

А.Л. Линденбрaten
Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении
Под ред. Академика РАМН О.П. Щепина.
Москва «Медицина» 2005

<i>Предисловие</i>	1
<i>От автора</i>	2
<i>Очерк первый. Об общественном здоровье</i>	2
<i>Очерк второй. О системе здравоохранения</i>	6
<i>Очерк третий. Об управлении здравоохранением</i>	8
<i>Очерк четвертый. О финансировании здравоохранения</i>	11
<i>Очерк пятый. Об обязательном медицинском страховании</i>	14
<i>Очерк шестой. О платной медицинской помощи</i>	19
<i>Очерк седьмой. О ресурсосберегающих технологиях</i>	22
<i>Очерк восьмой. О качестве медицинской помощи</i>	24
<i>Очерк девятый. О врачах</i>	27
<i>Очерк десятый. О подготовке кадров</i>	29
<i>Очерк, одиннадцатый. Об оплате труда медицинских работников</i>	33
<i>Очерк двенадцатый. О пациентах</i>	36
<i>Вместо эпилога</i>	39

Предисловие

Книга, подготовленная профессоров А.Л. Линденбрatenом, необычно. В ней о самых сложных вопросах здоровья населения и здравоохранения страны рассказывается в публицистическом жанре, что встречается крайней редко. Редко, прежде всего, потому, что автор излагает вопросы, с одной стороны, на высоком профессиональном уровне, а с другой – они становятся доступными для понимания всей огромной аудиторией, представленной населением нашей страны. Здоровье волнует всех, правда, с учетом возрастных изменений: в юном и молодом возрасте меньше, в пожилом – больше. И хотя одному здравоохранению не под силу взять на себя всю ответственность за его сохранение и тем более укрепление, оно, несомненно, играет ведущую роль в выполнении этой задачи. Действительно, на протяжении ряда лет советского периода в истории нашей страны работникам здравоохранения удалось добиться выдающихся результатов, которые не имели, да, я думаю, и не будут иметь аналогов в мировой истории. Но следует быть объективным и признать, что этот период был коротким и проблемы, которые стали нарастать, обозначились уже во второй половине 70-х годов XX века.

Тезис о бесплатности здравоохранения стал определенным тормозом в его дальнейшем развитии. Правильно, что сегодня речь идет не столько о бесплатности, сколько о доступности и качестве оказания медицинской помощи, и это главное. Но для доступности надо иметь определенные условия. Сегодня в Москве и ряде других городов созданы коммерческие учреждения на уровне самых высоких мировых стандартов, но они, к сожалению, не доступны для большинства населения страны. Такие учреждения совершенно необходимо иметь как свидетельство того, что может быть достигнуто при внедрении современных технологий в медицине, но стремление государства и общества должно быть направлено на то, чтобы любой гражданин страны имел возможность получить в них медицинскую помощь.

Вот об этих, очень серьезных, вопросах и размышляет автор очерков, и не только размышляет сам, но и подводит читателя к необходимости размышлять – как следует обустроить систему здравоохранения страны, чтобы чувствовать себя в ней комфортно и смотреть на свое будущее без пессимизма.

Книга, несомненно, полезна, и я уверен, что читатели встретят ее с интересом и благожелательностью.

Академик РАМН О.П. Щепин

От автора.

Вы держите в своих руках, Уважаемый читатель, второе (дай бог, не последнее) издание этой книги, которая впервые появилась на свет совсем недавно и была вызвана желанием автора поделиться некоторыми своими профессиональными взглядами, сложившимися в начале XXI века. Смена веков и тысячелетий, помимо всего прочего, ознаменовалась и изменением названия существовавшей долгие годы науки «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Не вдаваясь в споры о том, насколько это удачно, хотелось бы воспользоваться случаем и поразмышлять, сменилось ли только название, или поменялись и какие-то подходы к оценке состояния здоровья населения и факторов, влияющих на него, принципы формирования системы здравоохранения.

Должен сразу честно предупредить читателя, что эта книга – не учебник и не руководство. В ней нет незыблемых истин и неукоснительных правил, и вопросов в ней содержится, наверное, больше, чем ответов на них. Она лишь предмет размышлений, выносимых на суд широкой публики, что позволяет тем самым условно отнести предлагаемые читателю очерки к жанру публичных размышлений. Таким образом, эти очерки носят публицистический характер и предназначены отнюдь не только для специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения, а для всех тех, кто в силу своей профессии или интересов задумывается над проблемами здоровья населения, и тех, кто эти проблемы должен решать.

Взгляды, излагаемые в этой книге, не являются официальной позицией какой-либо организации или учреждения, а отражают лишь личную точку зрения автора, которая, как говорится, может не совпадать с его позицией, свидетельством чему является то, что эта точка, бывало, уже менялась и, возможно, еще в чем-то изменится. Собственно говоря, очерки и названы современными не только потому, что они предназначены для современников, но и потому, что *со временем*, как известно, все течет, все изменяется. Кстати, потому данное издание и называется исправленным, что даже за столь краткий промежуток времени, прошедший с момента выхода в свет первого издания, уже вынудил автора внести некоторые изменения и уточнения в текст очерков. А дополненным оно является потому, что в нем даны два новых очерка, а также, в порядке эксперимента, мини-очерки, состоящие из нескольких строк, которые надо расценивать как шутку, возможно, неудачную (автор заранее приносит извинения у читателей и особенно у читательниц), но в то же время помня, что в каждой шутке есть доля шутки.

В книге, естественно, отражены далеко не все аспекты, связанные с общественным здоровьем и здравоохранением, поскольку, во-первых, автор не настолько самоуверен, чтобы считать себя специалистом по всем вопросам, во-вторых, он оставляет за собой право о других проблемах еще поразмышлять в дальнейшем, а в-третьих, будет полностью удовлетворен, если эти очерки вызовут у уважаемого читателя желание, в свою очередь, задуматься, заставить работать свои «маленькие серые клеточки», как говорил великий сыщик Эркюль Пуаро.

Очерк первый. Об общественном здоровье.

Этот печальный мир одевает одетого и раздевает голого

Кальдерон.

Изучение общественного здоровья и разработка системы мер, направленных на его сохранение и улучшение, всегда являлись предметом социальной гигиены и организации здравоохранения. Поэтому не случайно, когда встал вопрос об изменении названия дисциплины, предмет науки нашел отражение в ее новом наименовании – общественное здоровье и здравоохранение. Таким образом, суть дисциплины, несмотря на изменение названия, не изменилась. Но значит ли это, что не должны измениться и взгляды на общественное здоровье и на систему здравоохранения, пытающуюся повлиять на его состояние?

Кстати, если говорить об общественном здоровье или здоровье общества, то возникает вопрос: а может ли вообще какое-либо общество, в том числе и наше, быть здоровым? Если исходить из определения, принятого ВОЗ (а там не утоняется, о здоровье индивидуума или общества идет речь): «Состояние полного физического, душевного и социального благополу-

чии, а не только отсутствие болезней и физических нарушений», - то можно сделать вывод, что здорового общества вообще не существует. И болезней всегда достаточно, и до полного благополучия далеко. Не случайно, пытаясь охарактеризовать состояние здоровья населения, мы пользуемся привычным набором показателей, отражающих рождаемость, смертность, младенческую смертность, продолжительность жизни, заболеваемость, инвалидность и т.д., то есть свидетельствующих скорее о нездоровье, чем наоборот.

Хотелось бы, однако, обратить внимание на то, что рассчитываются эти показатели. Как правило, на 1000 населения и представляют, таким образом, некоторые усредненные цифры, на основании которых мы и делаем те или иные выводы.

Тут я, кстати, рискну сделать отступление и поделиться одной мыслью, связанной с использованием основных показателей, отражающих естественное движение населения: рождаемость, смертность и рассчитываемый на их основе естественный прирост. Всегда ли мы учитываем, что эти показатели находятся, по существу, в разных шкалах измерений, хотя рассчитываем мы их на 1000 населения? Но в этой самой тысяче рождаются далеко не все, а умрут, по крайней мере, со временем, все. Более того, чем меньше будет рождаемость, тем все больше будет меняться возрастная структура данной совокупности населения в сторону увеличения доли лиц старших возрастных групп, а отсюда и естественное увеличение смертности. Примерно такая же картина может быть, на мой взгляд, и когда мы ставим задачи добиваться снижения заболеваемости и смертности. Ведь если мы снижаем заболеваемость (я имею в виду не регистрацию, а оздоровление населения), то в перспективе должно произойти увеличение продолжительности жизни и накопление доли лиц старших возрастных групп, что, в конце концов, на определенном этапе приведет к увеличению показателей смертности. Такой вот парадокс.

Теперь к вопросу о том, можно ли, даже теоретически, говорить о некоем однородном обществе, которое в полной мере характеризовали бы показатели состояния здоровья. Прежде всего, общество, наверное, можно было бы разделить, как минимум, на две совокупности: одна, которая является практически здоровой и в медицинской помощи по существу не нуждается или пользуется ею в основном по принципу само- и взаимопомощи. Обращения представителей этой группы в лечебно – профилактические учреждения связаны, в основном, с необходимостью получения листка временной нетрудоспособности, да и тот в меняющихся социально – экономических условиях нужен все реже и реже. Эти лица не нуждаются и в рецептах, поскольку к льготным категориям они, как правило, не относятся, а за полную стоимость лекарства теперь можно купить и без рецепта. Совет врача в этом плане тоже не очень нужен, поскольку гораздо быстрее и проще в наши дни можно получить все рекомендации, включив телевизор: нурофен – и боль прошла, Эффералган – упса – и дети здоровы, есть подходы и к семейной медицине – пьем бальзам Биттнера всей семьей, а если и перепили, то добро пожаловать в клинику доктора Майорова или Маршака. Я уж не говорю про возможность обратиться к народным и астральным целителям, магам белой и черной магии и им подобным. Эти не только вылечат, но еще и сглаз вместе с порчей снимут, успех в бизнесе обеспечат и мужа навсегда приворожат (хотя с последним я на месте женщин был бы поосторожней и подумал, а нужен ли он – такой – навсегда).

Другая же группа населения обременена в основном хроническими заболеваниями, которые достаточно регулярно доставляют беспокойство и требуют внимания. При этом с обострениями, даже зная свой диагноз, самим справиться удастся не всегда и приходится обращаться к врачу, а то и госпитализироваться в стационар, особенно учитывая имеющиеся, как правило, сопутствующие заболевания.

К этому разделению, существовавшему, очевидно, всегда и определяющемуся, прежде всего, биологическими или генетическими факторами, скорректированными, впрочем, образом жизни, резко проявившееся в последнее время социальное расслоение общества добавило и новую дифференциацию, основанную на принадлежности к различным социально – экономическим группам населения.

В подтверждение этого тезиса сошлемся на материалы, опубликованные профессором Т.М. Максимовой* и свидетельствующие о существенных различиях в структуре и распространенности заболеваний в тех или иных группах населения, в зависимости от характера их занятости.

Так, например, соматические заболевания, в том числе достаточно тяжелые и ограничивающие жизнедеятельность – гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, остеохондроз, у женщин – гинекологическая патология – в большей мере распространены среди работников бюджетной сферы.

Частные предприниматели и работающие в сфере бизнеса, - по мнению автора, определено более здоровый контингент, так как хронические заболевания у них наблюдаются значительно реже, чем в других группах, бронхиальная астма – в проведенном исследовании не были отмечены вообще. Реже возникало и обострение хронически заболеваний в течение года.

Высокая распространенность некоторых заболеваний (ИБС, гипертоническая болезнь, цереброваскулярные болезни, болезни суставов) выявлена среди неработающих. В то же время частота различных видов тяжелых травм (переломы, сотрясения головного мозга, отравления, ожоги) значительно выше у сотрудников негосударственных учреждений, достигая 5 – 8 кратного превышения у частных предпринимателей.

От социально - экономического положения зависит здоровье не только взрослых, но и детей. С падением жизненного уровня семьи появляются предпосылки для хронизации болезни ребенка. Так, если среди семей с высоким уровнем жизни было выявлено 14% детей с хроническими болезнями, там, где уровень жизни оценивался как средний или выше среднего, их число составляло соответственно 32% и 27,3%, а в семьях с низким уровнем жизни число хронически больных детей достигало почти половины (49%).

Создается впечатление, что высказывание Кальдерона, вынесенное в эпиграф, в полной мере относится и к состоянию здоровья: условия и образ жизни действуют положительно на здоровых и богатых и отрицательно на бедных и больных.

Таким образом, может быть, более правильным было бы говорить не столько о здоровье общества, как такового, сколько о здоровье отдельных сообществ: здоровых и больных, богатых и бедных, предпринимателей и служащих. Но если изучение общественного здоровья населения лежит в основе разработки мер по его сохранению и укреплению, то есть системы здравоохранения, то наличие различных сообществ со своим состоянием здоровья может лежать в основе разных мер. И если система здравоохранения в государстве должна быть, наверное, все-таки одна, то подсистемы или системы оказания медицинской помощи могут и должны на данном этапе развития общества быть разными. Эти различия, собственно говоря, и лежат в основе того, что называется сегментированным рынком медицинских услуг, который, хотим мы того или нет, де-факто уже существует.

Опять-таки, по данным исследования Т.М. Максимовой†, более обеспеченные в материальном плане частные предприниматели чаще обращались за медицинской помощью в новые медицинские структуры, в платные медицинские учреждения (практически каждый третий частный предприниматель), а также к народным целителям и экстрасенсам (*см. выше – вот уж воистину, в каждой шутке только доля шутки*), в то время как работники бюджетных сфер значительно реже (в целом – около 7%).

По данным проведенного опроса, среди взрослого населения, имеющего какое-либо хроническое заболевание, более 15% респондентов относятся к самым неимущим слоям общества и вынуждены отказываться от покупки лекарств из-за отсутствия материальных средств.

Материальное положение родителей также стало непосредственно определять степень доступности медицинской помощи для их детей. Возможности в реализации прав ребенка на

* Максимова Т.М., Белов В.В., Токуров М.В., Хритова В.В. Здоровье различных групп населения трудоспособного возраста // Проблемы соц. Гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. - №2. – С.4 – 9.

† Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. – М., 2002. - 192 с.

получение необходимой медицинской помощи стали в значительной степени зависеть от имущественного ценза семьи.

Подавляющее большинство респондентов, относящих себя к низкой имущественной категории (72,1%), а также более 40% родителей, чей уровень жизни, по их оценке, ниже среднего, не могут оплачивать медицинские услуги для своих детей.

Работники бюджетных организаций – это наименее платежеспособная категория граждан. Для трети опрошенных (32%) из числа работников бюджетных организаций совершенно недоступно платное медицинское обслуживание ребенка.

В целом, платные услуги недоступны для 28% респондентов, а 21,5% семей ответили, что смогут платить за медицинскую помощь своему ребенку только при условии экономии на продуктах питания. В то же время подавляющему большинству опрошенных, а именно 70,3%, предлагали оплатить медицинские услуги, предоставляемые детям (консультации специалиста, диагностические процедуры, массаж и др.)

Справедливости ради надо отметить, что приведенные цифры во многом зависят от формулировки вопроса при проведении соответствующих опросов. Если спрашивать, могут ли респонденты оплатить медицинскую помощь, то многие отвечают – нет. Если же спросить, приходится ли платить, то тут уже большинство отвечает – да.

В целом же описанная ситуация привела к тому, что основными потребителями платных медицинских услуг являются дети работников коммерческих фирм (60%) и частных предпринимателей (38%). Самый неимущий слой граждан, чей бюджет не позволяет пользоваться платными услугами в лечебно – профилактических учреждениях, формируется за счет работников бюджетных организаций (51%) и безработных (13%).

Таким образом, экономическое неравенство людей обуславливает их неравенство в возможности поддержания своего здоровья.

Можно также подумать и о том, в каком сегменте рынка поставщиков медицинских услуг более заинтересован каждый из сегментов рынка медицинских потребителей.

Так, например, для здоровых, хотя и бедных, этот вопрос не принципиален, поскольку если им и приходится обращаться к врачу, то не так уж и важно, к какому, так как повод для этого бывает достаточно формальным.

Здоровые и богатые, наверное, были бы заинтересованы в семейном (доверенном, личном) враче, подобно личному адвокату, который, если уж и понадобится, направит в какой-нибудь модный узкоспециализированный центр, пусть и платный, но связанный с высокими технологиями. Впрочем, все то же самое необходимо, очевидно, богатым, но больным. Для больных и бедных был бы нужен тот самый врач общей практики, оказывающий максимально возможный объем помощи и направляющий, если надо, в обычные (в смысле оплаты) учреждения.

Есть и еще одна тема для размышлений. Это – использование принципа общественной солидарности, который реализуется как в рамках бюджетной системы финансирования, так и в системе обязательного медицинского страхования. И налоги, из которых формируются бюджетные средства, и страховые взносы в большем объеме выплачиваются имеющими больший доход (богатый платит за бедного). И налоги, и страховые взносы платят все, хотя не все обращаются за медицинской помощью (здоровый платит за больного).

Таким образом в общественной солидарности нуждаются прежде всего больные и бедные, те, кто исправно платит налоги и за кого их работодатели, в том числе из бюджетных организаций, где сосредоточена значительная часть неимущественный налог, включая взносы в фонды обязательного медицинского страхования.

Более обеспеченные лица, которые являются хорошими донорами средств для здравоохранения, с одной стороны, больше уделяют внимания собственному здоровью, занимаются профилактикой и соответственно меньше нуждаются в медицинской помощи, а с другой – нередко предпочитают вкладывать личные средства в заботу о своем здоровье, не очень заботясь об уплате налогов и взносов, то есть проявлении той самой общественно солидарности. Впрочем, к ней мы еще не раз вернемся.

Очерк второй. О системе здравоохранения.

Слова

у нас

до важного самого

В привычку входят,

ветшают как платье...

В. Маяковский

«Владимир Ильич Ленин»

Мы настолько привыкли говорить о системе здравоохранения, что зачастую даже не задумываемся о значении этого понятия и, лишь когда нам требуется дать определение для какой-нибудь энциклопедической статьи или глоссария, начинаем испытывать определенные затруднения. Впрочем, однозначный ответ в данном случае дать действительно непросто. Во многом это объясняется тем, что система здравоохранения – макропонятие, состоящее из двух составляющих: система и здравоохранение.

Система – совокупность взаимосвязанных элементов, которые, взаимодействуя, обретают новое качество, обладая свойствами единого целого. Что же это за элементы? Сколько их? Насколько они обязательны?

Ответы на эти вопросы может дать анализ понятия «здравоохранение». Здравоохранение имеет, как правило, два толкования. Одно – это комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения. Второе – отрасль, предназначенная для обеспечения населения медицинской помощью. И в том, и в другом случае речь идет о населении. Следовательно, оно и является одним из обязательных элементов системы здравоохранения. Более того, системообразующим элементом. Ибо без населения, здоровья, как одной из его характеристик, и потребности в сохранении здоровья, в том числе путем получения медицинской помощи, не было бы необходимости и в самой системе здравоохранения.

Сохранение здоровья и его укрепление возможно или путем профилактических мероприятий, направленных на предотвращение влияния на человека неблагоприятных факторов, или путем оказания медицинской помощи, направленной на устранение результатов этого воздействия, его последствий. И в том, и в другом случае ведущая роль принадлежит врачам или медицинским работникам, которые или непосредственно оказывают медицинскую помощь, или дают информацию о тех или иных факторах, неблагоприятно воздействующих на организм человека, и возможных способах предотвращения этого воздействия. Следовательно, вторым обязательным элементом системы здравоохранения являются медицинские работники либо, учитывая необходимость участия на современном этапе в осуществлении лечебно – диагностических и профилактических мероприятий различных специалистов, лечебно – профилактические или санитарно - противоэпидемические учреждения.

Собственно говоря, именно во взаимодействии медицинского работника и пациента и осуществляется оказание медицинской помощи, причем роль пациента нередко не менее важна, чем врача. Кстати, очевидно, именно так к этому и относились древнеарабские врачи, которые, обращаясь к своим пациентам, говорили примерно следующее: «Нас трое – Вы, я и болезнь. Если Вы будете заодно с болезнью, то мне одному будет сложно справиться с Вами двумя, но если Вы будете заодно со мной, то вдвоем нам будет легче победить болезнь». И разве не на этом же принципе построена сегодняшняя доктрина «информированного согласия пациента». Если пациент будет иметь необходимую информацию, на основе которой он вместе с врачом примет соответствующее решение о тактике обследования и лечения и вместе с ним будет претворять это решение в жизнь, то и результат будет, очевидно, лучше.

Кстати, о роли пациента во многом свидетельствуют и материалы исследования, проведенного И.С. Кицулом^{*}, согласно которым сроки лечения и его исходы в значительной степени зависят от тяжести состояния пациентов при обращении за медицинской помощью. В свою очередь, исходный уровень состояния пациентов при обращении за медицинской помощью во

^{*} Кицул И.С. Научный анализ влияния исходного состояния пациентов на эффективность медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 24с.

многим определяется уровнем их общей санитарной культуры и заинтересованности в повышении и сохранении собственного здоровья, в том числе поведенческими установками в части своевременности обращения к врачу и выполнения его назначений. Так, при своевременном обращении у 79,4 больных из 100 наступало выздоровление, а случаев ухудшения состояния и летальных исходов не наблюдалось. В тех же случаях, когда имело место несвоевременное обращение, регистрировались летальные исходы и случаи ухудшения состояния. Большинство пациентов (62,7%) не всегда выполняли назначения врача.

Взаимодействие двух элементов системы здравоохранения в содержательном плане основывается на достижениях медицины (как науки), а в плане организации – теории управления, менеджмента и маркетинга, статистики, экономики и др., что лишней раз свидетельствует о том, насколько сложнее организовывать эффективное функционирование всей системы здравоохранения, чем оказать медицинскую помощь отдельному пациенту. Впрочем, клиницисты, наверное, могут возразить и объяснить, что, помимо знаний медицины, кстати, давно уже дифференцированной на множество отдельных специальностей, им необходимо знание физики, химии, психологии, философии и др. Так что, наверное, справедливо будет признать, что любое дело делать хорошо – сложно, но необходимо.

Итак, для оказания медицинской помощи было бы достаточно пациента и медицинского работника, но коль скоро речь идет о системе, то взаимодействие этих двух элементов должно как-то регулироваться. Это может происходить или по принципу саморегулирования, или при наличии какого-либо регулятора отношений, роль которого выполняет, как правило, соответствующий субъект управления, являющийся еще одним элементом системы здравоохранения.

Правда, если возможно саморегулирование, значит орган управления является вроде бы необязательным элементом. Но саморегулирующиеся системы являются недостаточно устойчивыми, отсюда возникающая потребность в регуляторе взаимоотношений. Теоретически эту роль мог бы исполнять закон, но, во-первых, попробуйте создать законодательство, предусматривающее все возможные взаимоотношения двух субъектов и порядок их регулирования, а во-вторых, важнейшим условием при этом становится принцип законопослушания. Для России это имеет особое значение, поскольку в нашей стране, по известному выражению, две беды – дураки и дороги, – а дуракам, как говорится, закон не писан.

И с населением, и с ЛПУ у нас в стране находится во взаимосвязи еще один элемент – страховщик, который аккумулирует средства застрахованных (читай – населения) и передает их в ЛПУ, а также контролирует качество медицинской помощи, которая и представляет собой взаимодействие врача и пациента. Тем самым страховщик взаимодействует с другими элементами и в то же время регулирует их взаимодействие между собой, во многом, кстати, дублируя этим органы управления здравоохранением. Таким образом, страховщик также, судя по всему, является субъектом системы здравоохранения, но, в отличие от населения и ЛПУ, не обязательным, а появляющимся только при использовании медицинского страхования как механизма финансирования ЛПУ. К таким же субъектам относятся, очевидно, и фонды ОМС.

Еще одной отличительной чертой системы здравоохранения является ее многомерность. И население, и особенно медицинские работники представлены различными категориями и группами, в свою очередь взаимодействующими между собой в процессе оказания медицинской помощи. Но если население сегментировано и сегментированы поставщики медицинской помощи, то и треугольник, включающий еще и субъект управления, превращается в многогранную пирамиду, в основании которой находятся весьма разнородные субъекты, взаимоотношения между которыми должны регулироваться из одной вершины, хотя нельзя забывать и о различных иерархических уровнях управления – от заведующего подразделением до соответствующего уровня министерства.

Кстати, именно в многомерности заложен, возможно, ответ на вопрос о существовании разных систем здравоохранения: федеральной, муниципальной, частной, ведомственной и др. Система здравоохранения, наверное, все-таки одна и состоит из одних и тех же обязательных элементов, а в упомянутых случаях правильнее говорить, очевидно, о разных ее уровнях или сегментах с позиции управления, финансирования и т.д.

Более того, если посмотреть на системы здравоохранения, существующие в разных странах, то их относят, как правило, к одной из трех моделей: Семашко (советская), Бевериджа (английская) и Бисмарка (немецкая). И во всех вариантах сохраняются обязательные элементы: население и медицинские работники, все они построены на принципах общественной солидарности. Различия же заключаются в основном в механизмах финансирования и методах управления, что является предметом особого разговора.

Очерк третий. Об управлении здравоохранением.

... Сущность искусства в управлении заключается в умении идти на компромисс с минимумом нежелательных последствий.

Г. Кунц, С. О’Доннел

В последние годы мы все чаще говорим о необходимости повышения эффективности управления здравоохранением. Наверное, это не случайно. Ведь эффективность деятельности любой системы зависит, как известно, прежде всего, от того, насколько эффективно она управляется. Собственно говоря, одно из общепринятых определений понятия «управление» как раз и гласит: поддержание наиболее устойчивой и эффективной деятельности системы. Следовательно, о том, насколько эффективна существующая сегодня система управления здравоохранением, можно было бы судить по устойчивости и эффективности действующей системы здравоохранения.

Что касается устойчивости, то следует признать, что, несмотря на все катаклизмы, экономические и социальные кризисы, система здравоохранения в нашей стране продолжает функционировать. А вот оценка ее эффективности заставляет предположить, что дело не столько в сохранении эффективности управления, сколько в созданном десятилетиями запасе прочности, который пока, как мы ни стараемся, разрушить не удастся.

Отсюда напрашивается вывод, что с управлением-то как раз стало хуже, и неизбежен сакраментальный вопрос: той ли дорогой идем, товарищи? Может быть, стоит вернуться к достаточно хорошо отработанной и зарекомендовавшей себя системе централизации и жесткого вертикального подчинения? Чтобы ответить на эти вопросы, самое время вспомнить о методах управления. Дело в том, что, провозгласив в свое время переход от административно – командных к экономическим методам управления, мы стали ждать развития рыночных механизмов, конкурентных взаимоотношений и, как следствие, быстрого повышения качества медицинской помощи. Однако скоро сказка сказывается, да не скоро дело делается.

На самом деле, такой переход не может быть осуществлен мгновенно, с такого-то числа такого-то месяца. Необходим определенный переходный период. Если наша система действительно была «больна», то следует помнить, что помимо диагностики нужно еще и лечение, а процесс этот достаточно длительный и не всегда безболезненный. Можно ли его ускорить? Несомненно. Но это, как и при любом лечении, требует неукоснительного выполнения предписаний и четкого соблюдения режима. Дело в том, что, уйдя от одних методов управления, мы не успели в полной мере заменить их другими и очень скоро убедились, что любой порядок лучше, чем беспорядок. Отсюда естественное желание и призывы навести, наконец, порядок, подразумевая, что пусть уж лучше будет такой, как раньше, чем вообще никакой. Однако правильное, наверное, все-таки набраться терпения, и, не шарахаясь, следовать избранному курсу, а еще точнее – начать ему следовать.

Действительно, система финансирования, например, по своей сути мало изменилась, оставаясь все той же системой распределения ограниченных ресурсов, будь это бюджетные средства или средства, аккумулированные в фондах обязательного медицинского страхования. Система оплаты труда медицинских работников по-прежнему не выполняет ни воспроизводительной, ни стимулирующей функции. Механизмы конкуренции, по существу, так и не заработали, а все рыночные отношения свелись к превращению пациента из скрытого плательщика за медицинские услуги в явного, поскольку он теперь все чаще оплачивает медицинские услуги (как легально, так и нелегально), возмещая дефицит средств в лечебно – профилактических учреждениях.

Алгоритмом перехода к экономическим методам управления должно быть, очевидно, установление своеобразных «правил игры», ведущее из которых можно сформулировать следующим образом: «Работать правильно и хорошо должно быть *выгодно*». Ведь не секрет, что многие из декларируемых реформ, новаций, механизмов не приживаются лишь потому, что они невыгодны тем, от кого зависит их внедрение. И сколько бы мы ни говорили о необходимости рационального использования кадров, ни один главный врач не пойдет на сокращение штатов, поскольку ему это невыгодно. Ведь от этого зависит и его собственная зарплата, и объем финансирования учреждения по 1-й и 2-й статьям бюджетной классификации. И как бы ни говорили о необходимости развития стационарзамещающих форм, главный врач не будет сокращать свой коечный фонд и открывать дневной стационар, пока не убедится, что это действительно дает экономию и, самое главное, эта экономия остается у него. И не будут врачи заниматься профилактикой, поскольку тезис «болезнь легче предупредить, чем лечить» оказывается удивительно справедливым в плане дешевизны, а зачем же им торговать дешевым товаром, на который еще и покупателя-то не найдешь? А вот за лечение страховщик тоже не ахти сколько, но все-таки исправно заплатит.

Таких примеров можно привести множество, и все они свидетельствуют о необходимости, в частности, изменения системы финансирования здравоохранения, оплаты медицинских услуг и заработной платы медицинских работников, о чем впереди отдельный разговор и что является, собственно говоря, ничем иным, как экономическими методами управления.

Немаловажное значение, конечно, имеет и понимание того, что такое работать «правильно и хорошо», то есть постановка целей, которая, в свою очередь, может зависеть от определенной мотивации. В качестве примера можно привести проведенный нами в одной из больниц опрос о значимости различных критериев для оценки труда врачей. На первое место почти единодушно был поставлен объем выполняемой работы, ибо именно за него учреждение получает деньги от страховой медицинской организации, а уж качество, результативность и другие критерии рассматривались в этой ситуации как менее значимые.

Говоря о мотивации, очень импонирует в этом плане мысль, высказанная в свое время А.И. Вялковым*, который предложил принимать решение о выделении и масштабе субвенций тем или иным территориям, учитывая, прежде всего, ориентацию местного бюджета на социальные проблемы. Это должно не только заинтересовывать экономически самостоятельные регионы в решении задач охраны здоровья населения, но и снижать иждивенческие настроения в дотационных регионах, стимулируя их к поиску эффективных управленческих решений. Кстати, если с точки зрения теории посмотреть как на определенные этапы управленческого процесса (целеполагание, выявление проблемы, выбор решения, организация исполнения, стимулирование, контроль исполнения), так и на основные функции управления (планирование, организация, руководство, мотивация, контроль), то нетрудно заметить, что мотивация (стимулирование) так же, как и контроль, являются неизменными атрибутами управления. Впрочем, что касается контроля, то с этим у нас недостатка никогда не было, и мы хорошо помнили, что социализм – это учет и контроль. И даже наличие второй головы у орла на российском гербе наводит на размышление, не для контроля ли за первой она существует. Но вот что касается мотивации... Тезис об отказе от административно – командной системы предусматривал также сокращение управленческого аппарата. Что же произошло на самом деле? Учитывая процессы децентрализации управления, необходимость вести самостоятельную хозяйственную деятельность, в учреждениях стали появляться новые должности заместителей главного врача, отделы маркетинга и менеджмента, экономические и информационные службы. Появившиеся после введения обязательного медицинского страхования новые структуры – территориальные фонды ОМС – также стали брать на себя многие функции управления. Во вновь созданных федеральных округах появились полномочные представители не только президента, но и министерства здравоохранения и, наконец, в соответствии с приказом министра в этих округах должны быть сформированы соответствующие коллегии. Добро бы еще все эти

* Вялков А.И. Теоретическое обоснование и разработка основ региональной политики в здравоохранении: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 48с.

структуры служили разработке и внедрению экономических методов управления, но пока это остается в основном благими пожеланиями.

Во многом это может объясняться тем фактом, что как бывшие, так и вновь назначаемые руководители не являются профессионально подготовленными специалистами в области управления. Большинство из них вынуждены опираться или на свой собственный, иногда весьма незначительный опыт, или на знания, приобретенные как из специальной литературы, которую им, правда, читать все равно некогда, так и на различных курсах и циклах усовершенствования и повышения квалификации, посещать которые тоже не всегда удается.

Кстати, если говорить о циклах по повышению квалификации, то следует учесть, что хотя недостатка в различных структурах, проводящих их, сегодня не испытывается, уровень преподавания зачастую оставляет желать лучшего. Ибо не секрет, что далеко не всегда преподавание ведут настоящие специалисты в области управления, разработчики тех или иных его методов и механизмов, а сплошь и рядом люди, лишь изучившие и пересказывающие опыт других.

Впрочем, есть и еще одна проблема. Это - текучесть кадров. Не успевает вновь назначенный руководитель осмотреться, приобрести какой-то опыт, пройти соответствующее обучение, не говоря уже о возможности внедрения каких-то новых организационных и управленческих технологий и оценки их эффективности, как его уже освобождают от должности в связи с очередной выборной кампанией, сменой главы местной администрации, а соответственно и его «команды». Так что нередко возможность заниматься управленческой деятельностью зависит не от подготовки того или иного кандидата, а от того, в какой деревне он родился, с кем вместе учился и с кем ходит париться в баню.

Не призывая вернуться к лозунгу «Кадры решают все», хотелось бы все-таки заострить внимание на кадровом вопросе и подумать, например, о необходимости заключать контракт на определенный срок со вновь назначаемым руководителем, чтобы он мог спокойно работать, не завися от политических катаклизмов на местном уровне и тех или иных пристрастий вышестоящего руководства, а процедура расторжения такого контракта должна быть отработана не хуже процедуры импичмента президента.

Кстати, поскольку этот очерк посвящен вопросам управления, хотелось бы остановиться еще на одном аспекте, связанном с понятиями субъекта и объекта управления. Вопрос этот не случаен. В последнее время приходится слышать и читать об управлении чем угодно. Прямо какая-то мания управлять. Управляют коечным фондом, качеством медицинской помощи, здоровьем... В то же время, если мы говорим об управлении системой, очевидно, надо вспомнить о том, что система есть совокупность взаимосвязанных элементов, обладающих свойствами единого целого, и объектом управления становятся не элементы системы, а взаимосвязи между ними. Действительно, когда мы говорим, например, об управлении больницей, то надо понимать, что управляем или воздействуем мы не на здания, койки, лифты, лекарства и т. д., а на взаимосвязи и взаимодействие между отдельными элементами учреждения: клиническими и параклиническими подразделениями, врачами и пациентами, медицинским и хозяйственным персоналом и др. Коечный же фонд или совокупность коек является одним из элементов системы здравоохранения, так же, как, например, здоровье является характеристикой пациента или населения, то есть опять-таки одного из элементов системы и т. д., и, следовательно, они не могут быть объектом управления. Хотя если говорить о качестве медицинской помощи, то тут я, пожалуй, готов к определенному компромиссу. Действительно, если рассматривать процесс оказания медицинской помощи как взаимодействие врача и пациента, то есть основных элементов системы здравоохранения, а качество - как характеристику этого процесса, то с определенной долей условности можно говорить об управлении качеством. Впрочем, качество - понятие настолько сложное и интересное, что ему обязательно будет посвящен отдельный очерк.

В целом же эффективность управления в здравоохранении как социальной системе зависит прежде всего от умения воздействовать на взаимоотношения в системе, то есть заинтересовать все ее элементы в оптимальных формах взаимодействия, что может привести к максимальному развитию одного из высших принципов управления - саморегулирования. А если

в государстве, представляющем собой систему, в которой здравоохранение, в свою очередь, является лишь одним из элементов, создадут заинтересованность всех ее субъектов не в посещениях и койко-днях, медицинских услугах и счетах-реестрах, а в здоровье населения, то тогда и эффективность здравоохранения будет высокой, да и само государство более устойчивым.

Очерк четвертый. О финансировании здравоохранения

—А как у Вас с деньгами?

—С деньгами хорошо. Без денег плохо.

Из анекдота

Внебюджетные источники финансирования, территориальные программы обязательно-го медицинского страхования, программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи... Сколько нововведений буквально за какие-то 10 лет, и все ради решения одной проблемы — обеспечения финансирования здравоохранения. Да еще сохранения его бесплатности. И что же?

Если говорить о бесплатной медицинской помощи, то сама постановка вопроса не совсем корректна. Если быть точным, то говорить нужно не о том, должна ли быть платная медицинская помощь, и даже не о том, кто за нее должен платить, а о том, сколько надо платить и как это должно осуществляться.

На самом деле, может ли медицинская помощь вообще быть бесплатной? Естественно, нет. Платить надо за все. Говорят, бесплатным бывает только сыр в мышеловке, но и это не совсем верно. Сначала за этот сыр платит тот, кто его покупает, а затем тот, кто пытается его съесть, причем, как правило, слишком дорогой ценой.

Осуществление медицинской помощи обязательно связано с затратами или расходами. Это и медикаменты, и реактивы, и перевязочный материал, и коммунальные услуги медицинскому учреждению, и многое-многое другое. Да и медицинским работникам, в конце концов, за работу заплатить надо. Следовательно, все эти затраты должны быть возмещены или, иначе говоря, кем-нибудь оплачены, то есть речь идет уже не о бесплатной медицинской помощи, а о том, кто выполняет функции плательщика. Давайте попробуем разобраться. Расходы на оказание медицинской помощи осуществляются, во-первых, из средств, поступающих на расчетный счет медицинского учреждения по безналичному расчету из бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, страховой медицинской организации и т. д.; во-вторых, наличных средств, поступающих в кассу учреждения от пациентов за так называемые платные услуги; и, наконец, в-третьих, наличных средств и, условно говоря, натуральных продуктов (медикаменты, одноразовые шприцы, системы, белье, посуда, рентгеновская пленка... уважаемый читатель сам может продолжить этот перечень), поступающих от пациентов, минуя кассу учреждения. Кто выполняет функции плательщика во втором и третьем случае, думается, и так понятно. Что же касается средств, получаемых медицинским учреждением по безналичному расчету, то и бюджет различных уровней, и средства медицинского страхования (как обязательного, так и добровольного) формируются за счет соответствующих налогов и страховых взносов (или опять же целевых налогов), которые платит уважаемый *налогоплательщик* (он же потенциальный пациент).

Следовательно, когда мы привычно уже говорим о различных источниках финансирования здравоохранения, то должны отдавать себе отчет, что на самом деле этот самый источник один, а различными являются честные (и нечестные, кстати, тоже) способы отъема денег у населения.

Администрации же различного уровня, выделяющие средства из бюджета, и страховщики, оплачивающие счета медицинских учреждений, получив деньги у работающего населения, выполняют функции покупателей медицинских услуг или, по существу, посредников, которым население поручило распорядиться переданными средствами, для того чтобы обеспечить ему возможность удовлетворить свои потребности в медицинской помощи. Кстати, называть администрации любого уровня покупателями услуг у ЛПУ, наверное, не совсем точно, если они являются собственниками этих учреждений.

Вот тут-то и возникают упомянутые в начале уже более правомерные вопросы о том, сколько же населению надо платить за получаемую медицинскую помощь и какой из вышеперечисленных основных трех механизмов оплаты лучше использовать. Ну и, наконец, еще один вопрос. Если за все платит пациент, почему же не срабатывает известное правило: кто платит, тот и заказывает музыку? Может быть, мало платит?

Совершенно очевидно, что общий объем финансирования (или, условно, той самой платы) должен обеспечить как минимум, возмещение всех общественно необходимых затрат, связанных с оказанием медицинской помощи населению. Для того чтобы определить размер этих затрат, можно воспользоваться таким общепринятым сегодня показателем, как доля внутреннего валового продукта (ВВП), выделяемого на здравоохранение. Вот уже многие годы, как этот показатель в нашей стране, то несколько уменьшаясь, то увеличиваясь, составляет, по официальным данным, в среднем около 3—4 %, в то время как в экономически развитых странах он уже давно приближается примерно к 10 %. Впрочем, может быть, поэтому они и такие развитые. Ведь не секрет, что чем лучше медицинская помощь, тем лучше состояние здоровья населения, а значит его трудоспособность и, следовательно, тем больше того самого ВВП оно произведет. Да и обороноспособность страны от этого не пострадает. То есть здоровье является категорией и политической, и экономической, и чем лучше оно, тем могущественней становится государство, а вложение средств в здравоохранение является достаточно выгодной инвестицией.

Отсюда напрашивается простой вывод. Или мы и дальше будем иметь то здравоохранение, которое заслужили (читай, оплатили), или надо взять у населения средств в 3 раза больше и решить, как это лучше сделать: в виде подходящего налога, страхового взноса или оплаты наличными в медицинском учреждении.

Теперь маленькая поправка к официальным данным. Если учесть, что население, а точнее пациенты, выкладывают в той или иной форме в процессе лечения суммы, сопоставимые с теми, что получают учреждения по другим каналам финансирования, то выясняется, что, по оценкам некоторых специалистов, общие расходы на здравоохранение составляют на самом деле более 6 % от ВВП. А следовательно, взять у населения надо уже не в три раза больше, а лишь в полтора. Но и это еще не все. Как показали исследования, население в виде налогов и страховых взносов выплачивает средства примерно на 30—40 % большие, чем получает потом в виде медицинских услуг при обращении за медицинской помощью.

Куда исчезают эти средства? Да никуда не исчезают. Они просто затрачиваются в основном на содержание и обслуживание самой системы здравоохранения, включая органы управления, различные структуры обязательного медицинского страхования, медицинские учреждения с пустующими койками и работающим далеко не на полную мощность медицинским персоналом. А если к этому добавить огромного, хотя и не всегда заметного спрута в виде банковской системы, через которую многократно проходят финансовые средства здравоохранения, каждый раз соответственно уменьшаясь в размерах, то картина и вовсе становится безрадостной. Если во времена М. Е. Салтыкова-Щедрина «один мужик двух генералов кормил», то в наше время на одного работающего «едоков» приходится явно больше. Собственно говоря, именно для того, чтобы восполнить возникший дефицит, пациенту и приходится вкладывать свои кровные, оплачивая медицинскую помощь, по существу, дважды: один раз официально с помощью государства и второй раз в рамках той самой теневой экономики, столь характерной для нашей страны. Кому же выгодна теневая экономика в здравоохранении? Кстати, размышления по поводу этого вопроса могут привести к достаточно неожиданным результатам.

Возьмем, к примеру, население в целом или, точнее, его работающую часть - тот самый единственный истинный источник финансирования здравоохранения или плательщика за получаемые медицинские услуги. Следует, очевидно, сразу разделить это население на две части: здоровое население, не обращающееся за медицинской помощью, и болеющее, или пациенты.

Первые из них участвуют в оплате медицинской помощи больным по принципу общественной солидарности через системы налогообложения (бюджетное финансирование) и ме-

дицинского страхования (обязательное или добровольное). Для них легализация расходов должна повлечь за собой увеличение налогов или страховых взносов, что, впрочем, одно и то же. Так что в их интересы это входить никак не может.

Что касается пациентов, то есть тех самых, которые сегодня и расплачиваются, то и тут все совсем не просто. Если попытаться легализовать оплату через увеличение налогов или страховых взносов, то, во-первых, смотри предыдущий абзац, а во-вторых, тогда придется оплачивать не только услуги, но и содержание всей системы. Так что без посредников дешевле обойдется. Можно, правда, платить прямо в медицинских учреждениях, но легально, через кассовый аппарат. Но платить-то придется наличными и, наверное, немало. А так, глядишь, бельишко свое из дому прихватишь, еду родственники все равно принесут, да она и вкуснее. А если по знакомству лечишься (что только мы не делаем по знакомству!), то, может, и вообще бесплатно помогут. Опять же, лечит ведь врач, инъекцию делает медсестра, а массаж — массажистка. Так что заплатить, может быть, надежнее им, а не учреждению.

Теперь о тех, кому платят, то есть о медицинских учреждениях. Ну, им-то, по большому счету, все равно, кто и как заплатит. Лишь бы денег хватало на существование. Хотя если будут отдавать легально через посредников, то неизвестно, дойдут ли они (главным врачам, впрочем, это уже хорошо известно), а если напрямую, в бухгалтерию учреждения, то, будь любезен, уплати налоги. Не случайно наша голь, хитрая на выдумки, нашла выход и здесь, оформляя добровольные пожертвования граждан.

Есть еще фонды ОМС и страховые медицинские организации. Ну, эти вообще должны «несушим» пациентам в ноги кланяться. Иначе, по всем законам экономики, они давно приказали бы долго жить. Судите сами. Объем средств, получаемых территориальными фондами обязательного медицинского страхования от страхователей, регламентирован единым для всей страны размером страхового взноса, установленным законом, и зависит в основном от экономического развития данного региона, количества зарегистрированных страхователей с определенным фондом заработной платы, а также их финансовой дисциплины, не будучи связан с состоянием здоровья населения, проживающего на данной территории, и его потребностью в медицинской помощи. В свою очередь, страховщики получают средства из фондов ОМС уже по подушевым нормативам, размер которых отличается на каждой конкретной территории и связан в основном с численностью населения и объемом средств, аккумулированных в территориальном фонде, в зависимости от количества застрахованных в данной страховой медицинской организации. Финансирование же медицинских учреждений осуществляется, как правило, по тарифам за медицинские услуги и в значительной степени отражает реализованный спрос населения на медицинскую помощь, что, как уже было сказано выше, практически не учитывается при финансовом обеспечении территориальных программ ОМС. Отсюда парадоксальная ситуация, когда тариф сплошь и рядом ниже себестоимости услуги и включает в себя лишь некоторые ее составляющие. Так что, если бы не пациент, банкротство стало бы неизбежным.

Остались еще органы управления здравоохранением, но они, по-моему, давно уже превратились в «сапожников без сапог», охотно снимающих с себя всякую ответственность в сложившейся ситуации и больше озабоченных политической обстановкой на территории.

В общем, куда ни кинь - всюду клин. Так что, судя по всему, виноват не кто-то в системе финансирования здравоохранения, а она сама. Вот об этом бы и надо подумать всем, кто имеет к ней отношение.

Итак, что же можно предпринять, чтобы если не ликвидировать, то хотя бы уменьшить теневой сектор в финансировании медицинских учреждений, и почему, проводя в 90-е годы реформы в здравоохранении, мы пошли на такую невыгодную модель, которая заставила всеми правдами и неправдами вводить платную медицинскую помощь?

Следует учесть, что сутью реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной. В основе этого лежало вполне естественное и, казалось бы, логичное предположение, что чем больше источников финансовых

средств будет использовано, тем больше будет самих средств. Вот ТУТ-ТО очевидно, и оказалась зарыта собака.

Дело в том, что, как уже говорилось выше, при любой модели источник финансирования на самом деле всегда один: тот кто создает эти средства своим трудом - население (причем не все, а лишь работающее). А то, что мы стали называть источниками (бюджет, обязательное или добровольное медицинское страхование, договора и т. д.), на самом деле не источники, а каналы, по которым средства передаются от потребителей медицинских услуг (населения) к их поставщикам (лечебно-профилактическим учреждениям). Следовательно, увеличилось количество не источников и финансовых средств, а каналов, по которым эти средства передаются.

Кстати, пробовал ли уважаемый читатель представить себе, какое количество финансовых потоков существует в нашем здравоохранении? Вот только часть из них. Администрации организаций, учреждений и предприятий платят налоги в бюджет, часть средств из которого направляется на здравоохранение, они же перечисляют страховой взнос за своих работников в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС), они же могут заключать договора добровольного медицинского страхования (ДМС) со страховыми медицинскими организациями (СМО) или на определенное медицинское обслуживание с лечебно-профилактическими учреждениями, а также вкладывать средства в содержание медсанчастей, профилакториев и т. д. Сами работающие также платят подоходный налог, заключают договора ДМС, пользуются платными медицинскими услугами и др. Другие категории населения, хотя и значительно в меньшей степени, но также участвуют в формировании финансовых потоков. Но это только начало. Из бюджетов средства направляются как в учреждения здравоохранения, так и в ТФОМС (за неработающее население), из ТФОМС в СМО, а оттуда в учреждения и т. д., и т. п. Можете сами продолжить этот список, только не забудьте учесть при этом, что деньги между всеми субъектами проходят через банки. Выясняется, что количество видов финансовых потоков превышает 50, а общее их число (учитывая количество предприятий, СМО, ЛПУ, банков и т. д.) даже на одной территории может составлять тысячи. Вот тут самое время вспомнить школьный курс физики, который подсказывает, что чем больше звеньев в системе, тем больше теплотери (под теплом в данном случае подразумеваются деньги) и ниже ее КПД.

Итак, ясно, что, как минимум, еще без одной реформы нам не обойтись. И надо очень серьезно подумать, чтобы не повторить прошлых ошибок.

Очерк пятый. Об обязательном медицинском страховании

Полное спокойствие может дать человеку только страховой полис...

И. Ильф, Е. Петров «Золотой теленок»

В последнем десятилетии XX в. в России было принято решение о введении обязательного медицинского страхования. С тех пор была разработана нормативно-правовая база, созданы соответствующие структуры (фонды, страховые медицинские организации), накоплен определенный опыт, анализ которого позволяет наметить дальнейшие перспективы этой модели здравоохранения в нашей стране. Но прежде чем двигаться дальше, иногда бывает полезно остановиться, осмыслить пройденный путь, чтобы точнее проложить дальнейший маршрут.

Наверное, надо все-таки признать, что введение системы обязательного медицинского страхования в нашей стране на сегодняшний день не оправдало всех надежд, которые на него возлагались. Во многом это, очевидно, связано с нарушением принципов осуществления любых реформ, то есть управления инновационным процессом, который предусматривает сначала изучение предлагаемого нововведения, прогноз его эффективности, необходимое правовое, ресурсное, кадровое, организационное, информационное обеспечение, обучение персонала и т. д., а потом уже, по мере готовности, поэтапное внедрение предложенной новации.

В случае с обязательным медицинским страхованием, как это нередко у нас бывает, сначала был введен в действие соответствующий закон, затем объявлено о переходе на медицинское страхование, и методом проб и ошибок данная новация стала внедряться на различ-

ных территориях, что привело к хаотичности в выборе решений, сиюминутности многих конкретных механизмов функционирования отрасли, появлению множества моделей функционирования системы ОМС.

К сожалению, сыграло свою роль и то, что многие увидели в обязательном медицинском страховании некую альтернативу системе здравоохранения, хотя его надо рассматривать как один из возможных механизмов ее финансового обеспечения. Сама же система здравоохранения должна оставаться единой, иметь соответствующую организационную структуру, субъекты и объекты управления и прочие необходимые атрибуты.

Сложившаяся же ситуация нашла свое отражение в несогласованной политике между местными администрациями, различными органами управления здравоохранением и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, что проявлялось в дублировании полномочий, самоустранении от решения ряда вопросов, а нередко и к их конфронтации, что зачастую вообще стало приводить к преобладанию в управлении принципа саморегулирования. Такое положение особенно тяжело сказалось на лечебно-профилактических учреждениях, которые были вынуждены приспособляться и лавировать между соответствующими структурами, заботясь не столько об объеме и качестве оказываемых ими медицинских услуг, сколько о выбивании средств для собственного существования.

И все-таки сегодняшний взгляд на систему ОМС в нашей стране позволяет надеяться, что это всерьез и надолго. Об этом, кстати, свидетельствуют не только соответствующие высказывания и решения на уровне Президента и Правительства России, но и изменение отношения к ОМС в целом. Вначале это нововведение встречало некоторое если и не сопротивление, то, по крайней мере, сомнение со стороны медицинских работников, обусловленное, возможно, определенной их консервативностью. Нередко отмечалось негативное восприятие и со стороны населения, которое воспринимало предлагаемую реформу как одну из форм платной медицинской помощи, тем более что это действительно совпало с развитием платных медицинских услуг, да и теневого сектора экономики в здравоохранении тоже. Однако затем ситуация стала меняться, и сегодня все чаще можно услышать, что именно система ОМС и позволила «выжить» отечественному здравоохранению.

Кстати, что касается «выжить», то, как говорил один из персонажей популярного фильма: «Жить хорошо, а хорошо жить — еще лучше!», но для этого нужны соответствующие средства, а отсюда необходимость задуматься о самом механизме формирования средств ОМС.

Введение медицинского страхования рассматривалось, прежде всего, как дополнительный источник средств для создания устойчивого механизма финансирования системы здравоохранения.

Стало ли оно таким? Вопрос, что называется, риторический. Ни для кого не секрет существенный недостаток средств в территориальных фондах ОМС, связанный, прежде всего, с низким уровнем страховых взносов за работающее население (3,6 % от фонда заработной платы вместо требуемых даже по предварительным расчетам 10 %), отсутствием или резким снижением страховых платежей за неработающих граждан.

С самого начала функционирования системы обязательного медицинского страхования в стране отмечалось отсутствие соответствующего экономического обоснования территориальных программ ОМС, которые должны были быть не ниже базовой программы, рассчитанной, кстати, отнюдь не на самый худший вариант, а обязательной и для самой худшей территории, и не учитывающих сложившейся экономической и медико-демографической ситуации на конкретной территории.

Следует отметить и целый ряд специфических особенностей, имеющих в прохождении финансовых потоков между различными участниками системы ОМС. Так, объем средств, получаемых территориальными фондами обязательного медицинского страхования от страхователей, регламентирован единым для всей страны размером страхового взноса и зависит в основном от экономического развития данного региона, количества зарегистрированных страхователей с определенным фондом заработной платы, а также их финансовой дисциплины, не

будучи связанным с состоянием здоровья населения, проживающего на данной территории, и его потребностью в медицинской помощи.

В свою очередь, страховщики получают средства из фондов ОМС уже по подушевым нормативам, размер которых отличается на каждой конкретной территории и связан в основном с численностью населения и объемом средств, аккумулированных в территориальном фонде, в зависимости от количества застрахованных в данной страховой медицинской организации.

Финансирование же медицинских учреждений осуществляется, как правило, по тарифам за медицинские услуги и в значительной степени отражает реализованный спрос населения на медицинскую помощь, что, как уже было сказано выше, практически не учитывается при финансовом обеспечении территориальных программ ОМС. Поскольку на размер тарифов определяющее влияние оказывает объем имеющихся в фондах средств, то по существу это очень напоминает старую распределительную систему, основанную на «остаточном» принципе, только под новым названием и якобы из нового источника (хотя выше уже подчеркивалось, что источником средств в конечном итоге всегда является налогоплательщик). К тому же это приводит к полному отказу от понятия рентабельности деятельности ЛПУ, что отражается на состоянии их материально-технической базы, возможности развития учреждений и использования прибыли для поощрения интенсификации и улучшения качества работы.

А если к этому добавить еще и механизм штрафных санкций, которые, как показывает опыт, не столько влияют на улучшение качества медицинской помощи, сколько ухудшают и без того незавидное финансовое положение лечебно-профилактических учреждений, то невольно начинаешь задумываться, каким же будет итог при такой арифметике. Отсюда и возникает мысль о необходимости перехода от механизма распределения имеющихся средств к определению необходимого их объема, основанного на анализе состояния здоровья населения, его потребности в медицинской помощи, разработке соответствующих стандартов ее объема и использовании имеющихся методик ценообразования. Именно такой подход и может привести к использованию действительно современных экономических методов управления, в частности планирования финансовых ресурсов на уровне как отдельных учреждений, территорий, так и всей страны.

Обязательное медицинское страхование рассматривается как составная часть государственного социального страхования, призванная обеспечить равные возможности граждан в получении медицинской и лекарственной помощи и защиту их здоровья в условиях рыночной экономики.

Однако можно ли говорить о равных возможностях, если финансовое обеспечение на 1 жителя, по данным Федерального фонда ОМС, колебалось в 2003 г. от 1419,8 руб. в Саратовской области (в том числе по территориальной программе ОМС - 420,1 руб.) и 1190,0 руб. в Республике Дагестан (по территориальной программе ОМС - 600,2 руб.); до 13 881,4 руб. в Чукотском автономном округе (по территориальной программе ОМС - 5580,2 руб.) и 12 537,4 руб. в Таймырском автономном округе (по территориальной программе ОМС - 3625,8 руб.). Да, названные территории очень разные, но и в рамках федеральных округов отличия тоже были весьма заметные: в Центральном округе - от 1174,2 руб. в Курской области; до 5233,3 руб. в Москве; в Северо-Западном округе - от 1611,8 руб. в Новгородской области до 8083,4 руб. в Ненецком автономном округе; в Уральском округе - от 1559,5 руб. в Курганской области до 8658,2 руб. в Ханты-Мансийском автономном округе; в Дальневосточном округе - от 2223,6 руб. в Приморском крае до 13 881,4 руб. в Чукотском автономном округе и т. д.

Кстати, если посмотреть на структуру населения в различных территориях, то выясняется, что в наиболее финансово благополучных регионах преобладает молодое трудоспособное население, в меньшей степени нуждающееся в медицинской помощи, чем лица старших возрастных групп, составляющие значительную долю населения в территориях с низкой обеспеченностью финансовыми ресурсами.

Может быть, равные возможности должны обеспечиваться конвертируемостью страхового полиса, то есть возможностью свободного выбора ЛПУ и врача на любой территории, чтобы избежать влияния заведомо худших условий для оказания медицинской помощи, сло-

жившихся по месту проживания застрахованного. Но это требует, во-первых, четко работающей системы взаиморасчетов между территориями, а во-вторых, не надо в таком случае забывать и о транспортных расходах, которые намного превышают сегодня тот самый подушевой норматив.

Кстати, это самое выравнивание должно обеспечиваться, по идее, заложенным в основу ОМС принципом общественной солидарности, который нередко формулируется как «Здоровый платит за больного, богатый - за бедного». Но для того, чтобы выровнять всех в стране, и эта своеобразная касса взаимопомощи должна быть одна, то есть оплата должна идти из одного фонда - федерального. Всей страной договорились, всей скинулись и всей - делимся. Тогда, действительно, богатый и здоровый, где бы он ни жил, поможет бедному и больному. Если же мы такие кассы, то бишь фонды, создаем по территориям - субъектам Российской Федерации, то чтобы все субъекты были равны, нужно и взносы делать разные, с учетом потребности населения территории, то есть количества бедных и больных.

Вообще, если говорить о двух вышеназванных составляющих принципа общественной солидарности, то следует отметить, что в существующей у нас модели для их реализации используются как бы два разных механизма. Первый - в виде страховых взносов, которые выплачивает работодатель из фонда заработной платы. В данном случае средства здорового работающего, попадая в фонд ОМС, идут на оплату медицинской помощи условно его болеющему коллеге. Второй реализуется в виде страховых платежей, выплачиваемых местными администрациями за неработающее (то есть бедное) население. Средства при этом получаются в виде доходной части бюджета, то есть формируются за счет налогов, выплачиваемых работающими (богатыми). Кстати, вышеупомянутая формулировка принципа общественной солидарности более точно звучала бы так: «Работающий платит за всех». Казалось бы, нуждающемуся в медицинской помощи, что работающему, что неработающему, нужны одинаковые средства. Хотя неработающему, наверное, большие. Ведь он не только больной, но и бедный. Что же происходит на самом деле? Вот опять-таки данные ФФОМС. Страховые взносы на одного работающего в 2003 г. в среднем по РФ составляли 1357,1 руб., а на одного неработающего - 652,5 руб. Еще большие различия отмечались по отдельным территориям.

Может быть, взять да и проявить солидарность, один раз увеличив размер страхового взноса за счет адекватного уменьшения подоходного налога, но зато и освобождения местных администраций от платежей за неработающее население? Элементарный расчет показывает, что перемещение даже 1 % от фонда заработной платы из подоходного налога в страховой взнос увеличило бы количество средств в территориальных фондах ОМС, приходящееся на неработающее население, в среднем примерно вдвое. А если взять не 1 %, а больше? Такая вот интересная арифметика получается. А еще говорят, что от перемены мест слагаемых сумма не изменяется! Впрочем, готов держать пари, что в стране не найдется ни одной местной (да и не местной тоже) администрации, готовой пойти на такой шаг.

Большое значение имеет также способ оплаты медицинских услуг, поскольку он должен не только обеспечивать возмещение лечебно-профилактическому учреждению общественно необходимых затрат, связанных с оказанием медицинской помощи, но и выполнять стимулирующую функцию, направленную на повышение эффективности их деятельности.

Система ОМС и соответствующий порядок финансирования медицинских учреждений должны были создать условия для здоровой конкуренции между ними за оказание медицинской помощи большему количеству застрахованных с более высоким качеством. Однако на практике даже апробированные в прошлом условия поощрения учреждений и медицинского персонала сегодня практически не действуют. Указанные выше ограничения в финансировании, а также единая бюджетная тарификация ограничивают заработок медиков и никак не связывают его с количеством и качеством произведенной работы. Зарплата руководителей ЛПУ по-прежнему зависит от числа коек и врачебных должностей, что не позволяет использовать более экономичные условия работы и приводит к необоснованному и неоправданному увеличению мощности учреждений и их штатного расписания. Отсутствие, как и раньше, соответствующих механизмов заинтересованности в сохранении здоровья со стороны населения, а также руководителей предприятий и организаций создает в совокупности с вышеука-

занными факторами затратную систему здравоохранения, которая связана не с теми или иными недостатками системы ОМС, а с игнорированием общих экономических законов и принципов управления.

Ведь если объем средств, получаемых лечебно-профилактическим учреждением, зависит от количества оказанных медицинских услуг и размера тарифа на них, то, естественно, управляемым на уровне учреждения фактором является только первый из названных, а следовательно, создается заинтересованность в его увеличении всеми правдами и неправдами (назначим, а не назначим - так припишем).

Определенные надежды на изменение этой ситуации возлагаются на так называемое подушевое финансирование, то есть когда необходимые финансовые ресурсы рассчитываются в среднем на одного жителя. Этот механизм был бы вполне приемлемым для распределения финансовых средств, если бы он базировался на действительно необходимом объеме медицинской помощи и рассчитывался бы «снизу», а не «сверху», как это происходит в подавляющем большинстве случаев. В действительности же при подушевом финансировании обеспечивается существующая сеть учреждений здравоохранения, и фактическая численность медицинского персонала лишь закрепляется таким расчетом. Таким образом, в рамках новой системы сохраняется по существу старый механизм распределения, связанный не с «зарабатыванием» средств, а с их «получением», или, еще точнее, «недополучением».

Должен признаться, что, готовя к печати это издание, я до последнего момента откладывал внесение каких-то дополнений и изменений в очерк об обязательном медицинском страховании, ожидая, что вот-вот будет принят новый закон и я смогу изложить и прокомментировать его основные положения. Однако время идет, появляются все новые редакции соответствующего законопроекта, да если он даже и будет, наконец, принят, то, с одной стороны, жизнь на этом не остановится, а с другой - у нас в стране уже давно сложилась ситуация, когда законы живут своей независимой от нашей реальности жизнью (или наоборот). К тому же, перечитывая написанное выше к первому изданию этой книги, я прихожу к выводу, что поставленные вопросы по-прежнему имеют право на жизнь. И все-таки, чтобы не откладывать обновление этого раздела на третье издание, я рискну высказать несколько мыслей по поводу ряда позиций, включенных в законопроект «Об обязательном медицинском страховании», отдавая себе отчет, что, возможно, в окончательной редакции они будут представлены по-иному.

В частности, мне представляется, что в новом законопроекте предлагается достаточно четкий алгоритм планирования необходимого объема средств для оказания медицинской помощи застрахованным, включающий разработку клинических протоколов, клинико-экономических стандартов и, наконец, тарифов с учетом имеющихся цен и применяемых технологий (не забыть бы еще про нормальный уровень заработной платы медицинских работников). Остаются, конечно, вопросы о методологии разработки протоколов и стандартов и необходимости их постоянного пересмотра, но это уже тема другого разговора. Пока же посмотрим, что получится. Могу только поддержать и идею перехода к одноканальной системе финансирования, хотя меня продолжает точить червь сомнения, касающегося выполнения бюджетных обязательств. Впрочем, поживем - увидим.

Наконец, еще один аспект, связанный с возможностью выбора застрахованными страховой медицинской организации. Вообще, то, что мы все чаще пытаемся дать нашим гражданам право выбора хоть чего-нибудь, уже замечательно. Только вот беда - очень уж у нас народ безграмотный. Никак не знает, как этим правом распорядиться. То с вкладами в разные банки дров наломали, то должны были решать головоломку с выбором управляющей организации для распоряжения пенсионными средствами, то вот теперь грядет новая задача - выбор страховщика. Интересно, на основании какой информации и как все это будет происходить. Чем-то игру в рулетку напоминает. Кстати, если вспомнить о рулетке, хорошо известно, что в выигрыше, в конечном итоге всегда оказывается казино, а не посетитель. Не получится ли, что при известной пассивности населения выбор будет сделан за него и деньги окажутся в «нужной» страховой компании?

Опять-таки, время нас рассудит. А вообще, сколько же интересного нас ждет еще впереди!

Очерк шестой. О платной медицинской помощи

Чтоб вы так доехали, как вы заплатили.

Объявление в одесском трамвае

До сих пор не затихают споры о допустимости платной медицинской помощи населению, что объясняется и имеющимися противоречиями с действующей Конституцией, и озабоченностью о необходимости решения вопросов финансирования здравоохранения, без которого тому самому населению просто некуда будет в конце концов обращаться.

Говоря о платной медицинской помощи, надо, прежде всего, очевидно, определиться, что мы под этим понимаем: взимание денег с пациента при обращении его в лечебно-профилактическое учреждение или необходимость оплаты медицинской помощи как таковой. Кстати, именно в этом и кроется, на мой взгляд, причина многих недоразумений и противоречий. Дело в том, что в нашем восприятии «платное» — это то, что мы оплатили, достав наличные средства из кармана или сумочки. Но при этом мы забываем, что существует еще и безналичный расчет.

Если говорить об оплате медицинской помощи, то понятно, что ее оказание всегда связано с определенными расходами, обусловленными проведением тех или иных исследований, что требует наличия оборудования, реактивов, пленок и т.д., а также лечебных мероприятий, невозможных без медикаментов, инструментария, перевязочных средств. Должен быть оплачен труд медицинских работников, коммунальные услуги и многое-многое другое. Все эти расходы должны быть возмещены или, говоря иначе, оплачены, то есть сама по себе медицинская помощь всегда является платной. Следовательно, более правомерным является вопрос не о бесплатной медицинской помощи, а о том, кто же за нее должен платить, но он, несмотря на кажущееся многообразие моделей финансирования здравоохранения, является, в общем-то, риторическим, поскольку заплатить за что-то может только тот, у кого есть деньги. А деньги есть (или, по крайней мере, должны быть) у того, кто их зарабатывает своим трудом, то есть имеет доход от своей трудовой деятельности. Следовательно, платит за медицинскую помощь, как и за все остальное, трудоспособное, работающее население. Платит в виде налогов в бюджет, страховых взносов в фонды ОМС и страховые медицинские организации и т. д., независимо от того, будет получать медицинскую помощь или нет. Платит, потому что использует принцип общественной солидарности, согласно которому эти деньги пойдут для оплаты медицинской помощи если не ему, то остальной части населения, которая не может заплатить за себя сама. Но поскольку взимание налогов и сбор взносов осуществляется без нашего участия на уровне бухгалтерии, то есть в виде безналичного расчета, то у нас и создается иллюзия бесплатной медицинской помощи.

Правда, в этом случае, если население уже заплатило за медицинскую помощь, используя принципы безналичного расчета, авансирования и общественной солидарности, то имеет ли право на существование платная медицинская помощь в ее общепринятом значении, то есть должны ли мы раскошелиться, придя на прием к врачу, вызывая бригаду скорой медицинской помощи или госпитализируясь в стационар.

Ответ, на первый взгляд, достаточно прост. Нет, если за все заплачено сполна. Да, если мы провели, условно говоря, лишь предоплату в определенном проценте от стоимости медицинской помощи и теперь требуется окончательный расчет. Возникает, правда, вопрос, почему же раньше денег, передаваемых лишь через бюджет, в здравоохранении хватало и медицинская помощь была (условно) бесплатной, а теперь, после введения обязательного медицинского страхования и других каналов финансирования, приходится сплошь и рядом еще и доплачивать.

Не претендуя на полный и всесторонний анализ, попробую высказать некоторые предположения по этому поводу.

Во-первых, пресловутые «рубчики», «трешки», «пятерки» и «чирики» существовали и раньше, идя, правда, не на возмещение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, а на некую надбавку (причем, налогонеоблагаемую) к весьма скромной заработной

плате медицинских работников. Во-вторых, имеющихся средств относительно хватало на существование лечебно-профилактических учреждений с явно недостаточной материально-технической базой, по своему технологическому уровню все более отстававших от развития современной медицинской науки и практики.

Но где-то в 60—70-е годы XX в. этих средств стало недостаточно для соблюдения закона воспроизводства, сначала расширенного, а затем и простого. Вот здесь, очевидно, и надо искать причины кризиса в здравоохранении. Кстати, попытки предпринять что-либо для преодоления этой ситуации предпринимались и раньше. Во многом на это был направлен, в частности, целый ряд экспериментов: по расширению прав главных врачей, более рациональному использованию коечного фонда, внедрению нового хозяйственного механизма. Но все эти эксперименты, несмотря на то, что они дали очень много информации для совершенствования управления лечебно-профилактическими учреждениями, не могли решить главной проблемы — улучшения финансирования здравоохранения. Это объясняется тем, что общий объем средств в отрасли не увеличивался, а лишь делались попытки тем или иным образом его перераспределить.

Собственно говоря, именно сложившееся положение и послужило во многом причиной проведения реформ, направленных на поиск дополнительных источников финансирования с целью увеличения общего его объема и сохранения «бесплатной» медицинской помощи. Однако желаемого результата нововведения, как известно, не принесли. Во многом это обусловлено тем, что механизмы обязательного и добровольного медицинского страхования явились не столько способом привлечения дополнительных средств, сколько дополнительными каналами их передачи, частично возместив резко сократившееся бюджетное финансирование. Таким образом, хотя население и стало вкладывать больше средств (правда, с учетом инфляции постоянно обесценивающихся), но появившиеся многочисленные финансовые потоки по пути к лечебно-профилактическим учреждениям значительно мелеют и усыхают, а диспропорция между получаемыми средствами и себестоимостью современных медицинских технологий, применяемых в учреждениях, все возрастает. Это и приводит к тому, что возникший дефицит приходится покрывать за счет все того же единственного истинного плательщика - населения, точнее той его части, которая в виде пациентов обращается за медицинской помощью. Возникающие же противоречия с существующей правовой базой заставляют искать суррогатные формы оплаты, когда пациент, например, не платит за медицинскую помощь, но несет с собой медикаменты, реактивы, рентгеновскую пленку, продукты питания, белье, шприцы и др., тем самым участвуя в возмещении расходов лечебно-профилактического учреждения. Так, по результатам проведенных нами исследований в лечебно-профилактических учреждениях различных территорий России, было выявлено, что в среднем от 70 до 95 % пациентов приходится затрачивать собственные средства в процессе получения медицинской помощи, хотя все это, естественно, только усиливает «теневой» сектор экономики, в отношении которого мы и так, по-моему, чуть ли не впереди планеты всей. Кстати, не объясняется ли развитие теневой экономики вольным или невольным желанием медиков обеспечить все-таки соблюдение закона воспроизводства (не только в отношении себя) и тем самым сохранить здравоохранение по существу как саморегулирующуюся систему?

Развитию же легальных платных медицинских услуг несомненно способствует появление учреждений различных форм собственности и прежде всего хозяйственных обществ, которые, предлагая самые современные технологии, повышенную комфортность, наконец, более высокое качество, вступают в конкурентные взаимоотношения с муниципальными учреждениями здравоохранения и находят вполне платежеспособного и заинтересованного потребителя своих услуг.

Таким образом, уже сегодня можно говорить о том, что в стране сложилась многоканальная система финансирования здравоохранения, основанная на сочетании принципов общественной солидарности, реализующейся через бюджетные ассигнования и механизмы медицинского страхования, и личной ответственности за состояние собственного здоровья, проявляющейся в необходимости дополнительных затрат при обращении за медицинской помощью.

Есть, правда, опасение (и небезосновательное), что к этой самой личной ответственности часть населения может отнестись безответственно и будет отказываться от обращения к врачу даже в случае заболевания, дабы избежать возможных расходов. Поэтому, с одной стороны, наверное, требуется соответствующая разъяснительная работа, а с другой - приобретенный опыт должен быстро подсказать, что расходы при своевременном обращении к врачу для лечения, а еще лучше для профилактических мероприятий значительно ниже, чем в случае хронизации процесса из-за отсутствия медицинской помощи или самолечения и последующего обращения по витальным показаниям с запущенными и более тяжелыми формами заболевания.

Кстати, проводимые периодически социологические опросы свидетельствуют, что население все более лояльно относится к развитию платных медицинских услуг, справедливо отмечая, что если плата будет гарантией качественной медицинской помощи, то почему бы и не заплатить. Можно было бы вспомнить и известный афоризм: лечиться даром - это даром лечиться. Хотя тут, может быть, не все так однозначно. Ведь даже не будучи специалистом в лингвистике, могу предположить, что выражение «даром» происходит от слова «дар», то есть без даров никак не обойдешься.

Очень не хотелось бы, чтобы у читателя на основании вышеизложенного сложилось впечатление, что эти строки являются агитацией за приватизацию в здравоохранении, платную медицинскую помощь или заказом каких-либо коммерческих структур. Ни в коей мере. Более того, в условиях крайнего социального расслоения, характерного для сегодняшнего этапа развития нашего общества, представляется целесообразным максимальное использование принципа общественной солидарности, то есть усиление бюджетного финансирования здравоохранения (что пока, к сожалению, вызывает большие сомнения) и развитие системы медицинского страхования, включая, в частности, обязательное увеличение размера страховых взносов, а также возможную его дифференциацию.

В то же время это несколько не должно исключать, в случае наличия у населения платежеспособного спроса, возможность получить, условно говоря, дополнительный товар за дополнительную плату. Позволю привести себе несколько аналогий из той же социальной сферы. Ни у кого, например, не вызывает возмущения или даже возражения, когда, получив бесплатное образование, желающие лучше овладеть иностранным языком оканчивают специальные платные курсы. Или, получив бесплатное жилье (если такое еще бывает), тут же вкладывают собственные средства, чтобы поменять обои, замки, паркет и т. д.

Таким образом, платная медицинская помощь была, есть и будет, или, если хотите, медицинская помощь была, есть и будет платной. Принципиальным становится, главным образом, вопрос о цивилизованных способах ее оплаты. При этом особое значение приобретает проблема рационального использования уже имеющихся средств, выделяемых в здравоохранение по принципу общественной солидарности, поскольку не секрет, что платные медицинские услуги являются зачастую не столько дополнительным источником финансирования, сколько способом возмещения дефицита, образовавшегося при прохождении средств по различным финансовым потокам от потребителя к поставщику и связанного с необходимостью содержания многочисленных посредников, оплатой банковских операций, нецелевым их использованием и т. д.

Лишь проведение соответствующей реформы системы финансирования здравоохранения, внедрение наиболее прогрессивных способов оплаты медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования может создать условия для развития приемлемого в социальном плане и отвечающего задачам государства сектора платной медицинской помощи, ориентированного на сегментированный рынок потребителей и не снижающего степень доступности и качества медицинской помощи населению.

Более того, средства, получаемые от платных медицинских услуг, которые, еще раз подчеркнем, должны быть дополнением к обязательному, в правовом плане гарантированному и достаточно высокому минимуму, можно рассматривать как инвестиции в развитие здравоохранения, если они, конечно, будут использоваться не только для повышения заработной платы медицинских работников, но и для улучшения материально-технической базы учреждений, внедрения

новых технологий, максимального возрождения профилактического направления и многого другого, что в конечном итоге может привести к повышению качества и эффективности медицинской помощи, а отсюда и к улучшению качества жизни.

Очерк седьмой **О ресурсосберегающих технологиях**

А что мы с этого будем иметь?

Неизвестный автор

В этом очерке мне бы хотелось остановиться на некоторых экономических аспектах деятельности лечебно-профилактических учреждений, связанных со столь часто провозглашаемой в последнее время политикой ресурсосбережения. Хотя сам этот термин уже вызывает у меня вопрос. А что, собственно говоря, сберегать? По-моему, одна ресурсосберегающая технология у нас в здравоохранении используется давно - это ограничение выделяемых ресурсов. Но, с другой стороны, чем меньше ресурсов, тем более рационально надо их использовать. Приходится считать, как говорится, каждую копейку.

Когда речь заходит о ресурсосберегающих технологиях, чаще всего, наверное, вспоминают стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи: стационары дневного пребывания, дневные стационары, стационары на дому и т. д. В последнее время в практическом здравоохранении нашей страны стала развиваться и такая форма, как школы оздоровления (самопомощи) для больных с различной хронической патологией: школы для диабетиков, астма-клубы и др., в которых осуществляется обучение населения тактическим приемам профилактики обострений болезни, навыкам необходимого для сохранения здоровья поведенческого образа жизни.

Правда, несмотря на постановку соответствующих задач в Концепции развития здравоохранения нашей страны, включение нормативов потребления стационарозамещающих технологий в программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, эти организационные формы, что называется, «не идут». В чем дело?

Казалось бы, эти технологии отличаются достаточно высокой эффективностью, причем во всех ее аспектах: и медицинском, и социальном, и экономическом. Анализ целого ряда исследований, проведенных нами в учреждениях разного типа различных территорий страны, показал, что клиническая результативность применения указанных технологий достаточно высокая, а учитывая относительно более легкий состав больных,— нередко даже выше, чем в круглосуточном стационаре.

Важной информацией в отношении эффективности ресурсосберегающих форм организации медицинской помощи является мнение как врачебного персонала, так и пролеченных больных.

По результатам анкетирования обращает на себя внимание факт одобрительного отношения пациентов к деятельности этих организационных форм и оказываемой в их условиях медицинской помощи. Среди причин, на основании которых у опрошенных формируется положительное мнение о стационарозамещающих технологиях, выделяется фактор удобного (рядом с местом проживания пациента) расположения места лечения. Отмечается возможность находиться в привычных условиях, не отрываясь от семьи, а иногда и совмещая лечебный процесс с производственной деятельностью. Исключается фактор психологической несовместимости пациентов, что нередко имеет место при круглосуточном пребывании в многоместных палатах, сглаживаются процессы адаптации.

Таким образом, подавляющее большинство пациентов, получивших медицинскую помощь в условиях дневных стационаров, предпочитают данную форму круглосуточному пребыванию в больницах и частым посещениям амбулаторно-поликлинических учреждений. Более половины опрошенных оценивают полученные услуги как эффективные мероприятия вторичной профилактики заболеваемости. Около 90 % респондентов довольны качеством оказания им медицинской помощи, при этом часть из них (около 19 %) допускают возможность личной оплаты оказываемых услуг.

Пристальное внимание организаторов здравоохранения в последнее время привлекает возможность использования стационарозамещающих форм хирургической помощи населению.

Отечественный и зарубежный опыт последних лет свидетельствует, что до 40—50 % плановых хирургических операций, целый ряд сложных высокотехнологичных методов диагностики, комплексное консервативное лечение больных хирургического профиля можно выполнять в амбулаторных условиях на базе дневных стационаров.

Перераспределение объема хирургической помощи со стационарного уровня на амбулаторно-поликлинический ведет к сокращению сроков лечения больных, высвобождению хирургических коек в стационарах, делает возможным их реперофилизацию, нацеленную на более эффективное использование и обслуживание хирургических больных с более сложной патологией.

Деятельность школ самообучения также является для населения удобной формой оказания медицинских услуг, на что указывает подавляющее большинство из числа лиц, участвовавших в социологическом опросе. Важным элементом, характеризующим удовлетворенность пациентов, является то, что, по их мнению, обучение в такой школе способствует предупреждению обострения хронического заболевания, многие реже обращаются за помощью к врачам-специалистам, а часть из них отмечают повышение трудоспособности и снижение затрат на лекарственное обеспечение в связи с болезнью.

Ну, и наконец, в качестве характеристики экономического эффекта можно привести материалы исследования, проведенного на базе лечебных учреждений Ставропольского края, которое показало на основании результатов сравнительного расчета стоимости определенного контингента больных хирургического профиля в стационарах круглосуточного пребывания и в дневных стационарах, что стоимость лечения больных в последних составляет 25—40 % от общих затрат, произведенных в больничных условиях.

Что касается последнего, то все справедливо с позиций макроэкономики. Да, если рассматривать систему здравоохранения в целом, то для всех основных ее элементов: населения, сети ЛПУ и органов управления - это выгодно. Но вот если взять отдельное учреждение, то есть тот уровень, где и должны внедряться соответствующие технологии, то ситуация несколько меняется, поскольку в силу вступают уже законы микроэкономики. И если для пациента вышеназванные ресурсосберегающие технологии представляют определенный интерес, то для руководства учреждения и медицинского персонала такая мотивация отсутствует. И это связано, прежде всего, с существующими механизмами финансирования ЛПУ. Любой производитель какого-либо товара или услуг заинтересован, естественно, в увеличении получаемого дохода, если при этом он получает определенную прибыль. Это может достигаться принципиально двумя основными путями: или увеличением объема производства, или снижением себестоимости производимой продукции. Во многом это определяется применяемым способом оплаты. Когда в основе лежит гонорарный принцип, то есть по существу сдельная оплата, естественно, предпочтительнее выглядит увеличение объема производства, но... при условии сохранения цены на производимый товар или услуги, включающей прибавочную стоимость или ту самую прибыль. Как известно, в условиях введения системы ОМС мы провозгласили прежде всего гонорарный способ оплаты медицинских услуг по принципу «деньги следуют за пациентом». Объем дохода ЛПУ, работающего в системе ОМС, определяется в принципе по формуле: количество услуг, умноженное на их тариф. На тариф, устанавливаемый на территории, учреждение, как известно, повлиять практически не может. А значит, остается только одно - наращивать объемы, то есть, по существу, стимулируется затратный тип функционирования системы здравоохранения. И это в условиях общей ограниченности выделяемых ресурсов. Причем если говорить о стационарозамещающих технологиях, то их внедрение в этих условиях было бы выгодно для учреждений лишь при условии соответствующей цены. В противном случае это приводит к уменьшению доходов. Не поэтому ли мы потеряли и пресловутое основное направление отечественного здравоохранения - профилактическое? Кстати, если вспомнить идею профилактики - болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить, - то и тут речь идет о ресурсосбережении. Но профилактика тоже не выгодна учреждению. Мне довелось недавно участвовать в работе семинара по модернизации системы ОМС, где директор одной из крупных страховых компаний в ответ на вопрос о тарифах на поликлинические услуги привел данные об их размере: 60 руб. на посещение с лечебно-диагностической целью и 19 руб. - с профилактической. Отсюда ясно, что выгоднее учреждению, тем более, если учесть, что профилактическая работа может улучшить состояние здоровья населения и снизить его потребность в лечебно-диагностических услугах, а значит уменьшить доходы ЛПУ и на перспективу.

Несколько иная ситуация складывается при фиксированных объемах финансовых средств (сметном финансировании, госзаказе и т. д.), когда может стимулироваться другой механизм - снижение себестоимости продукции, а значит и внедрение более дешевых, ресурсосберегающих технологий. Наверное, не случайно все больше внимания уделяется возможности перехода на подушевое финансирование, которое, по идее, должно способствовать более рациональному использованию выделяемых средств. Правда, для этого очень важным является корректное определение подушевого норматива, который должен рассчитываться не по принципу деления имеющихся средств на численность населения, а как расчет требуемого их объема для оказания необходимого объема медицинской помощи соответствующего уровня, обусловленного состоянием здоровья населения и его потребностью в медицинской помощи.

Таким образом, одними из наиболее эффективных путей ресурсосбережения в настоящее время, на мой взгляд, должны стать изменения в механизме финансирования лечебно-профилактических учреждений и соответствующая ценовая политика, ибо только обеспечение соблюдения двух основных диалектически взаимосвязанных функций финансовых средств - воспроизводственной и стимулирующей - будет способствовать максимально эффективному использованию имеющихся ресурсов.

Ну и в заключение (да простит читатель мою любовь к лингвистическим упражнениям) несколько слов о вошедшем в нашу жизнь термине - «стационарозамещающие» формы или технологии. Если стационарное лечение предназначено в первую очередь для больных, которые нуждаются в круглосуточном наблюдении и уходе, то пациенты дневных стационаров и тому подобных форм тем и отличаются, что могут лечиться амбулаторно, и развиваются эти формы преимущественно при амбулаторно-поликлинических учреждениях, и, следовательно, они являются не стационарозамещающими, а амбулаторнодополняющими. Так же неблагозвучно, но, на мой взгляд, по сути, более точно. Хотя, бог с ним, с названием. Лишь бы польза была.

Очерк восьмой. О качестве медицинской помощи.

Медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество оказываемых медицинских услуг.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»

О проблеме качества медицинской помощи в последние годы в нашей стране говорил, кажется, даже ленивый. Регулярно проводятся конференции, совещания, издаются сборники, утверждены официальные документы МЗ РФ и ФФОМС, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации победно рапортуют о количестве проведенных экспертиз и суммах, взысканных с лечебно-профилактических учреждений в виде штрафных санкций. И что же?

Казалось бы, прилагаемые усилия не могут не дать результата. Однако, по общему мнению, существенного улучшения качества медицинской помощи, оказываемой в практических учреждениях, не произошло. Более того, имеющиеся данные свидетельствуют, что ежегодно возрастает число граждан, обращающихся с жалобами и исками в соответствующие структуры. Значит, то ли эти структуры появились, то ли граждане более грамотными стали, то ли с качеством не все в порядке.

В чем же дело? Создается впечатление, что мы слишком увлеклись контролем ради контроля. Да, мы научились измерять качество, разработали соответствующие показатели и, затрачивая время и силы огромной армии экспертов, выяснили то, что, в общем-то, знали и раньше: медицинская помощь оказывается не всегда качественно, допускаются дефекты, причиной которых, как правило, являются действия медицинских работников. Но простое выражение этих знаний в виде количественных величин отнюдь не обеспечивает повышения качества или, по крайней мере, того, что мы под этим понимаем.

Следует отметить, что подходы как к оценке качества, так и к его повышению весьма различаются. И во многом это, очевидно, обусловлено разной трактовкой самого понятия «качество медицинской помощи» и его восприятием различными субъектами системы здравоохранения и медицинского страхования. Одни могут хотеть от медицинской помощи и, следо-

вательно, называть качеством комфортные условия ее оказания или использование самых современных технологий, другие - достижение наиболее благоприятных результатов или экономичность, третьи - соблюдение стандартов и т. д. Собственно говоря, классическое определение понятия «качество» трактует его как неотъемлемое свойство, признак какого-либо предмета, явления, процесса. Отсюда, наверное, очень важно каждый раз конкретно определять, какой предмет, явление или процесс нас интересует, поскольку только тогда мы сможем принять наиболее точное решение о способе оценки и о том, кто ее может и должен осуществить.

Сложившаяся в нашей стране практика показывает, что как бы внешне ни различались существующие способы количественной оценки качества медицинской помощи, их объединяет один и тот же принцип. Во всех случаях в качестве объекта изучения рассматривается лечебно-диагностический процесс или отдельные его этапы, которые сопоставляются с какими-то определенными формализованными или неформализованными стандартами. В основе всех предлагаемых методик лежит, как правило, метод экспертных оценок, в остальном же они отличаются лишь названием показателей и способами их расчетов. При этом отмечается целый ряд трудностей, таких, например, как проблема выбора экспертов, невозможность воздействия в ряде случаев на причины, вызывающие снижение качества, и т. д. Попытки использовать при этом специально разрабатываемые стандарты также нередко вызывают конфликтные ситуации, поскольку даже в идентичных учреждениях лечение аналогичных категорий больных может осуществляться по-разному, не говоря уже о каждом конкретном случае, когда необходимо учитывать состояние больного, наличие у него тех или иных противопоказаний, особенностей течения заболевания и т. д. Поэтому стандартизация должна, очевидно, прежде всего, предусматривать правильное осуществление конкретной выбранной технологии, допуская возможность использования в том или ином случае альтернативных технологий, нередко приводящих к одинаковому результату.

Говоря о выборе и внедрении тех или иных методов и организационных технологий оценки качества медицинской помощи, не следует забывать о затратах на обеспечение функционирования самих этих систем. Не секрет, что увлечение контролем качества медицинской помощи привело к созданию громоздких, дорогостоящих механизмов, не дающих соответствующего эффекта.

В связи с этим организация действенной системы оценки качества медицинской помощи требует четкого распределения полномочий в этом плане между медицинскими учреждениями, органами здравоохранения, различными субъектами медицинского страхования. Так, например, службы лицензирования и аккредитации должны в первую очередь оценивать соответствие медицинских учреждений и специалистов определенным квалификационным требованиям, страховщики, представляющие интересы застрахованных (потребителей), должны изучать уровень их удовлетворенности и степень достижения соответствующих результатов оказания медицинской помощи. Оценка же применяемых методов диагностики и лечения, тиражирование наиболее эффективных из них, поиск новых ресурсосберегающих медицинских технологий должны стать прерогативой руководства учреждений и клиницистов с привлечением при необходимости высококвалифицированных специалистов из числа главных специалистов органов здравоохранения или независимых экспертов.

Совершенно очевидно, что совершенствование форм и методов контроля само по себе не может сколько-нибудь значительно повысить качество медицинской помощи. Может возникнуть вопрос, нужна ли в таком случае вообще оценка качества медицинской помощи. Да, конечно, нужна. Но в первую очередь оценка должна использоваться лишь как механизм обратной связи в системе повышения качества или как способ получения информации, необходимой для принятия управленческих решений. Наиболее перспективным при проведении такой оценки представляется не выявление тех или иных дефектов, а наоборот, позитивный подход, то есть поиск оптимальных технологий, положительного опыта с целью их поощрения и тиражирования путем обучения и переобучения системы. Необходимо создавать действенные механизмы не только оценки качества медицинской помощи, но и ее повышения. Какие же наиболее приоритетные задачи предстоит решать в этом направлении?

Совершенно очевидно, что для того, чтобы качество медицинской помощи повышалось, его надо повышать, то есть внедрять лучшие технологии, обеспечивать наиболее точное их выполнение. Казалось бы, чего проще. Надо издать соответствующие приказы о внедрении самых передовых технологий и разработать инструкции по неукоснительному их исполнению. Практика, однако, свидетельствует, что приказами ничего не решается. Мало издать приказ, надо еще создать условия для его реализации и, в частности, заинтересовать в этом или использовать соответствующую мотивацию.

В этой мотивации и скрывается, судя по всему, один из основных механизмов повышения качества медицинской помощи, да и вообще функционирования всей системы здравоохранения.

Нет никаких сомнений, что одним из главных рычагов, способных пробудить эту мотивацию, является материальное стимулирование. К сожалению, до сегодняшнего дня так и не удается разрешить проблему, столь характерную еще для советского здравоохранения: взаимосвязь оплаты труда с его объемом и качеством. Впрочем, сегодня на первый план выходят задачи по совершенствованию не только способов оплаты труда медицинских работников, но и всего механизма финансирования медицинских учреждений.

Существующие механизмы финансирования, к сожалению, не связаны с качеством и эффективностью работы, а зависят в лучшем случае лишь от ее объема. При этом мало того, что преобладает валовой принцип, но он к тому же создает заинтересованность у медицинских работников в заболеваемости населения, а не в профилактической деятельности, поскольку оплачиваются посещения, койко-дни, случаи поликлинического обслуживания или стационарного лечения и т. д., но только не сохранение здоровья населения. Таким образом, количество, оказывается, не всегда переходит в качество.

Более того, если посмотреть внимательно алгоритм действий в области повышения качества, действующий в нашей стране, то его условно можно свести к следующей схеме: выявление дефекта - определение виновного - наказание его. Да и то, как правило, не его, а учреждения, где он работает, как это происходит в условиях функционирования системы ОМС, когда на основании контроля качества страховщиком применяются штрафные санкции в отношении медицинского учреждения.

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г., целью здравоохранения провозглашено сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Однако весь арсенал используемых в настоящее время оценок результатов медицинской деятельности лишь частично отражает ее влияние на состояние здоровья обслуживаемого контингента. Оплата медицинских услуг производится не за достижение медицинского результата в форме вновь созданного здоровья, а за их количество в соответствии с нормативной технологией. Стимулирование же наращивания объемов медицинской помощи вообще создает парадоксальную ситуацию, когда врач заинтересован, чтобы его пациенты болели как можно чаще и как можно тяжелее. Задействованные экономические механизмы, так и не создав реальной конкуренции производителей медицинских услуг, тем или иным образом поделили их потребителей - пациентов - на экономически «выгодных» и «невыгодных», что противоречит интересам как отдельных граждан, так и общества в целом.

Учитывая это, для повышения качества медицинской помощи на данном этапе следует, прежде всего, использовать принципы экономической мотивации всех субъектов систем здравоохранения и медицинского страхования, направленные на достижение максимальной заинтересованности в достижении поставленной цели. Такая мотивация может быть обеспечена механизмами дифференцированного финансирования учреждений здравоохранения и оплаты труда медицинского персонала, сочетанием принципов общественной солидарности и личной ответственности граждан за сохранение своего здоровья при оплате медицинской помощи, максимальной ориентацией на достижение не только количественных, но и качественных результатов.

Казалось бы, определенные сдвиги в этом направлении нашли свое отражение в утвержденной в 2003 г. отраслевой программе «Управление качеством в здравоохранении на 2003— 2007 годы». Однако складывается впечатление, что то ли принятие этой программы было самоцелью, то ли для ее реализации в свою очередь нужна мотивация, но пока особых изменений не ощущается.

Здесь, наверное, следует подчеркнуть, что любая, даже самая теоретически правильная и корректная модель повышения качества медицинской помощи будет функционировать оптимально только при соответствующей заинтересованности в этом всех субъектов системы здравоохранения.

Для пациента это должно означать не только облегчение страданий, но и восстановление утраченного здоровья и работоспособности, социальную реабилитацию, возможность улучшения своего благосостояния как путем полноценного участия в производстве, так и благодаря экономии средств, которые все чаще приходится затрачивать при обращении за медицинской помощью. Таким образом, качество медицинской помощи для потребителей во многом связано с понятием «качество жизни».

Для медицинских учреждений улучшение качества медицинской помощи означает повышение престижа и преимущества в конкурентных рыночных отношениях, что должно способствовать решению вопросов финансирования, особенно в рамках медицинского страхования и оказания платных медицинских услуг. Фонды ОМС и страховые медицинские организации должны быть заинтересованы в повышении качества медицинской помощи как с позиции защиты прав застрахованных, так и экономии имеющихся средств при улучшении состояния здоровья населения и снижении потребности в медицинских услугах.

Наконец, государство, благодаря повышению качества оказываемой населению медицинской помощи, может надеяться на улучшение состояния здоровья населения, что имеет значение с точки зрения как престижа, так и обороноспособности, повышения производительности труда, экономического развития, то есть, в конечном итоге, обеспечения собственного могущества.

Очерк девятый. О врачах

Особы обоего пола сидели в мягких креслах, кушали фрукты и от нечего делать бранили докторов. Порешили так, что если бы на этом свете вовсе не существовало докторов, то было бы прекрасно; по крайней мере, люди не так бы часто болели и умирали... И докторов стали хвалить; говорили, что без них никак нельзя, что если бы на этом свете не было докторов, то люди болели бы и умирали гораздо чаще.

А. П. Чехов «Разговор»

Что такое сегодня врач? Какой он? Ну, понятно, что с дипломом, свидетельствующим о полученном образовании, а теперь еще и с сертификатом специалиста, а может быть, и с лицензией. В белом халате, с шапочкой (или без), на шее фонендоскоп (или нет). Маска? Молоточек? Офтальмоскоп? Воображение упорно отказывается создать единый образ. А впрочем, что тут удивительного? Ведь если пациенты бывают разные, то и врачи, очевидно, тоже могут быть разные.

А если учесть, сколько их, то они, наверное, просто не могут не быть разными.

На самом деле, только вдумайтесь. На сегодняшний день, по официальным данным, в стране насчитывается около 47 врачей на 10 000 населения. Это значит — примерно 700 000 врачей. Представьте себе огромный город - как минимум, областной центр - в котором живут, включая детей и стариков, только одни врачи. Большие и маленькие, добрые и злые, довольные и не очень, здоровые и нездоровые, честные и нечестные... перечень можно продолжать до бесконечности. Почему же они разные? Только потому, что их много?

Прежде всего, они разные, наверное, потому, что они - люди, а люди все разные. И так было всегда. Нередко приходится слышать о том, что изменилась мораль врача, что се-

годня жизнь заставляет его думать не столько о больном, сколько о добывании средств для собственного существования. Где тот благородный врач, свято выполняющий клятву Гиппократова?

С одной стороны, этот вопрос сродни тому, хуже ли в наше время стала молодежь. И если отбросить привычное брюзжание по этому поводу, то, очевидно, объективности ради надо признать, что врачи разные не только сегодня, но таковыми были и всегда. За подтверждением можно вновь обратиться к А. П. Чехову... Топорков из «Цветы запоздалые» и Дымов из «Попрыгуньи», Старцев из «Ионыча» и Курятин из «Хирургии» (последний, правда, фельдшер, но какой образ!).

С другой стороны, при современном уровне официальной заработной платы нам действительно может стать не до клятвы и не до любви к ближнему.

Кстати, уж если речь зашла о деньгах, еще один извечный вопрос: а может ли врач брать деньги? Если деньги - эквивалент товара, а товар - овеществленный труд, то за труд - должен. Вопрос - с кого. Очевидно, с того, кто пользуется товаром. Но им, в данном случае, пользуются и больной, и учреждение, использующее наемный труд врача, и государство, которому, по идее, желательно иметь здоровое население. Пользуются все, а платит, в конечном итоге, только один. Тот, кто является единственным и истинным источником средств в системе финансирования лечебно-профилактических учреждений - налогоплательщик. Ибо только работающее население может отдать часть заработанных своим трудом денег на оплату медицинских услуг, причем делает это, как уже говорилось выше, самыми разнообразными способами: отдавая одну долю средств в бюджет в виде подоходного налога, другую - в систему медицинского страхования в виде взносов, третью - в виде платных медицинских услуг, четвертую - получая бесплатные медицинские услуги, что иногда обходится еще дороже, и т. д.

Врачи бывают разные и в силу своей специальности. И чем дальше, тем больше. Хотя в последнее время мы взяли курс на подготовку врача общей практики, порой кажется, что это не более чем очередной виток в бесконечной диалектической спирали развития.

Что лучше - специализация или интеграция? Сколько раз приходилось слышать саркастические усмешки по поводу специалиста по «левой ноздре». А если положить руку на сердце и честно признаться, к кому мы предпочтем пойти, когда у нас что-нибудь заболит именно в левой ноздре? К врачу общей практики в территориальную поликлинику или к известному специалисту по левой ноздре в консультативно-диагностический центр?

И, может, был прав К. А. Тимирязев (хотя он и не был врачом), считая, что каждый должен знать все о чем-нибудь и что-нибудь обо всем.

Да и вообще, если врач призван удовлетворять потребности населения в медицинской помощи, то надо учитывать, что потребности могут быть разными. Мы же одинаково высоко ценим и хорошо сидящий на нас костюм, купленный в магазине, пошитый по стандарту швей-мотористкой, и сшитое по индивидуальному заказу произведение модного кутюрье. И если пациенту нужен совет, или освобождение от работы или льготный рецепт, то вполне достаточно врача общей практики, а то и старого доброго участкового врача. В других же случаях, при неясной и, как все чаще бывает, сочетанной и запущенной патологии, далеко не каждый «узкий» специалист сразу разберется. В общем, перефразируя С. Михалкова можно сказать: «Все профессии важны, мамы всякие нужны!» И не важно, как называется та или иная специальность, главное - добиваться того, ради чего ты и работаешь.

Кстати, говорят, что для того, чтобы чего-нибудь добиться, надо мочь, уметь и хотеть. Мочь для врача - это, очевидно, иметь соответствующую материально-техническую базу, оснащенность, условия, в которых он работает. Уметь - это уровень образования, квалификации. Хотеть - это мотивация, которая может быть как заложена от природы, так и зависеть от условий работы. И чтобы врач занял достойное место в нашей жизни, он должен и мочь, и уметь, и хотеть. Потому что, если врач:

- хочет, но не может и не умеет - то это пока врач-интерн;
- может и хочет, но не умеет - врач-стажер;
- умеет и хочет, но не может - хороший врач в муниципальном учреждении;
- может, но не умеет и не хочет - плохой врач в коммерческом учреждении;

- умеет, но не может и не хочет - врач общей практики;
- может и умеет, но не хочет - врач-эксперт;
- не может, не умеет и не хочет - главный врач.

Если же говорить серьезно, то из упомянутой триады, возможно, наиболее важной является именно последняя составляющая, то есть мотивация, которая, в свою очередь, нужна и для создания наиболее приемлемых условий для работы, и для обучения.

В Национальном НИИ общественного здоровья РАМН несколько лет назад было проведено исследование, целью которого явилось изучение факторов, влияющих на выбор врачом тех или иных технологий. Ведь выбор оптимальной тактики ведения больного в каждом конкретном случае остается важной и сложной задачей для врача, от решения которой во многом зависит результат оказания медицинской помощи. Заинтересован ли врач в освоении и использовании новых, современных технологий, и есть ли у него для этого возможности?

Выяснилось, что наибольшее влияние на выбор медицинской технологии оказывают профессиональные факторы, характеризующие самого врача, в том числе такие, как квалификация и опыт врача, добросовестное отношение к своим обязанностям, желание помочь больному, подготовка по различным разделам медицины и т. д. Особенно значимыми эти факторы являются для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений.

Внедрению же новых, более совершенных технологий препятствуют, прежде всего, сложившиеся условия, причем для молодых специалистов - с одной стороны, их недостаточная квалификация и опыт, а с другой - отсутствие поддержки со стороны администрации, для опытных же врачей - трудоемкость освоения и внедрения новых технологий и отсутствие материальной заинтересованности в этом.

В плане мотивации многое зависит и от того, свободен ли врач в своем творчестве. Как показывают проводимые опросы, к сожалению, он нередко работает под прессом многочисленных приказов, стандартов, протоколов. А если еще учесть дамоклов меч экспертизы? Насколько живуче оказалось содержание известного определения: «Социализм - это учет и контроль». И, поскольку тот, кто не умеет хорошо работать сам, начинает контролировать, как работают другие, у нас нет недостатка в проверяющих. Наверное, уже трудно найти учреждение, где в данный момент не проходила бы какая-нибудь очередная проверка.

Что же делать врачу? Работать на больного или на эксперта? Где та золотая середина между искусством врачевания, основанным, в том числе, и на доказательной медицине, и механистическим выполнением утвержденного стандарта, относящегося не столько к данному больному, сколько к определенной нозологической форме, принятой как основной диагноз.

При этом надо бы еще учесть и те самые экономические условия, определяющие понятие «мочь». Не секрет, что тактика лечения, а значит и исход болезни во многом зависит от наличия того или иного оборудования, современных лекарственных препаратов, хотя в сегодняшних условиях врач сплошь и рядом вынужден назначать менее эффективные, но зато недорогие лекарства или же надеяться на возможности больного.

Очерк десятый. О подготовке кадров.

Людей надо учить не мыслям, а мыслить.

И. Кант

По роду своей деятельности мне приходится достаточно много заниматься педагогической работой. Правда, связано это, прежде всего, с последипломной подготовкой специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. И чем больший опыт я в этом приобретаю, тем отчетливее ощущаю, что вопросы медицинского (а может быть, и не только медицинского) образования и подготовки кадров далеки от своего разрешения.

Прежде всего, на мой взгляд, это связано с тем, что все наше образование (да и воспитание вообще) построено, к сожалению, в значительной степени на приверженности к определенным догмам. С детства от нас требуют запоминания и заучивания того, что написано в учебниках и преподается на уроках, семинарах, лекциях. Но всегда ли это абсолютно верно? В свое время, будучи студентом, я заучил много истин, которые теперь кажутся анахронизмом и их приходится переосмысливать. Должен, кстати, признаться, что когда мне приходит-

ся заниматься какой-либо новой проблемой, я начинаю не с изучения соответствующей литературы, а с попытки самому найти нужное решение. При этом я отдаю себе отчет, что, возможно, теряю время и рискую изобрести велосипед. Но мне кажется, что лучше пусть будет одним велосипедом больше, чем остаться вообще без него или кататься на трехколесном, да еще и сломанном велосипеде. Опять-таки, и удовольствие от процесса. Вот только, к сожалению, процессу мышления, умению думать, анализировать нас учат далеко не всегда, если вообще учат.

И как не позавидовать удачу из мультфильма «38 попугаев», который с серьезным видом сообщает: «У меня есть мысль, и я ее думаю». Каждый ли представитель семейства *homo sapiens* может похвастаться тем же? Иногда складывается впечатление, что если попробовать провести фотохронометраж жизни многих людей, то окажется, что она состоит, в основном, из чисто физиологических актов: проснулся, умылся, поел, доехал до работы, отработал (далеко не всегда задумываясь), вернулся, поел, иногда удовлетворил еще некоторые инстинкты и, наконец, заснул. И так день за днем. Обидно становится. Если и не за державу, то за этого самого *homo*.

Умение мыслить, по моему убеждению, необходимо в равной мере представителю любой дисциплины, и я далек от того, чтобы считать главным в медицине знание основ организации и управления здравоохранением, хотя и полагаю, что этой науке в медицине принадлежит примерно та же роль, что и философии среди других наук. Действительно, если рассмотреть основные функции управления или этапы управленческого процесса, то разве они не являются основой любой медицинской (да опять-таки и не только медицинской) деятельности? Врач любой специальности, встречаясь с больным и оказывая ему медицинскую помощь, последовательно собирает информацию (жалобы, анамнез, результаты обследования), анализирует ее (постановка диагноза), принимает управленческое решение (тактика ведения больного), реализует его, доводя, если надо, до исполнителей (специалисты параклинических служб, средний медицинский персонал и т. д.), и, наконец, оценивает его эффективность (эпикриз). А если добавить сюда знание вопросов психологии управления, основ менеджмента и маркетинга, такому врачу вообще цены не будет. Так что, может быть, для студента в качестве базового предмета основы управления важны ничуть не меньше, чем знания по физике, химии и даже (простите за святотатство) по анатомии.

В еще большей степени все это касается тех, кто по роду своей деятельности должен профессионально заниматься управлением: работников органов здравоохранения, главных врачей и их заместителей, других специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья.

Такой специалист, в принципе, сегодня должен владеть пониманием проблем общественного здоровья как важнейшей социально-экономической категории; четко представлять организационно-функциональную модель функционирования системы здравоохранения; знать основы методологии обеспечения качества и эффективности медицинской помощи, а соответственно и эффективности деятельности всей системы; владеть основными экономическими методами управления, включающими экономический анализ деятельности различных субъектов здравоохранения, ее планирование, использование принципов экономического стимулирования и др.; уметь использовать основные принципы маркетинга и менеджмента, в том числе и финансового; иметь представление об основах медицинского права и законодательства о здравоохранении; свободно ориентироваться в вопросах ресурсного и, прежде всего, финансового обеспечения функционирования отрасли, включая реализацию механизмов медицинского страхования и предпринимательства в здравоохранении, а также умение использовать информационные ресурсы, как в плане медицинской статистики, так и владения компьютерной техникой. К этому остается добавить еще знание психологии управления и языка (хотя бы родного).

На практике же большинство руководителей - в прошлом, как правило, лечащие или, реже, санитарные врачи, возможно, замечательные, опытные клиницисты, которые волею судеб оказались в управленческом кресле. И если их не научили науке управления раньше, в вузе (а там этому и не учили), то все приходится нередко постигать методом проб и ошибок, да

и их лимит может оказаться не безграничным. Существует, конечно, система последипломного образования, курсы усовершенствования и повышения квалификации, но могут ли они в полной мере ликвидировать имеющиеся пробелы?

Действительно, каждый ли врач, пройдя даже соответствующую подготовку, может быть хорошим руководителем? Есть ведь еще и личностные качества, психологические особенности, которые могут быть, по крайней мере, относительным противопоказанием для занятия соответствующих должностей. Стоит ли полагаться здесь лишь на естественный отбор? Не случайно один из законов Паркинсона говорит об обычном несоответствии занимаемой должности, поскольку хорошо работающего специалиста повышают по службе до тех пор, пока он не занимает ту должность, которая оказывается выше его возможностей. Может быть, свое слово в поисках решения обсуждаемой проблемы скажет активно развивающаяся в последнее время психофизиология. До сих пор не утихают также споры, из кого лучше готовить менеджеров для здравоохранения: из врачей или лиц, получивших, например, экономическое образование. Я думаю, что этот спор во многом беспредметен. Не так важно базовое образование, сколько способности и умение конкретного человека. И не случайно история знает массу примеров блестящих мастеров своего дела, учившихся когда-то совсем другому ремеслу. Выше уже говорилось о тех требованиях, которые должны предъявляться к соответствующему специалисту. Самое поразительное, что в унифицированной программе последипломного обучения врачей «Социальная гигиена и организация здравоохранения», утвержденной Минздравом РФ в 2000 г., а также в учебных программах по общественному здоровью и здравоохранению для студентов высших медицинских учебных заведений и для ординаторов Факультета управления здравоохранением ММА им. И. М. Сеченова, утвержденных Минздравом РФ соответственно в 2000 и 2001 гг., все это есть (что, впрочем, не удивительно, особенно для двух последних программ, поскольку подготовлены они практически одним и тем же авторским коллективом). Совершенно, замечательные, на мой взгляд, программы. Правда, в отношении возможности их реализации возникает ряд вопросов. Если, например, в вузе выполнить учебную программу еще более или менее реально по объему (то есть количеству часов), то возникает вопрос о ее качестве. Можно ли надеяться, что преподаватель группы (даже с помощью лекторов) является настолько квалифицированным специалистом по всем разделам, что может дать на одинаково высоком уровне всю необходимую информацию студентам? В то же время на циклах повышения квалификации ситуация зачастую обратная: преподают там нередко приглашенные специалисты очень высокой квалификации, но по отдельным вопросам, которые и включаются в программу соответствующего цикла или семинара. Собственно говоря, программа такого цикла и зависит, как правило, от того, кого из преподавателей удалось пригласить. Особенно это касается достаточно краткосрочных выездных циклов. Попытки компенсировать объем программы заочной частью в виде подготовки слушателями рефератов вряд ли могут считаться полноценными, поскольку современная информатика позволяет решать этот вопрос с помощью Интернета весьма просто и быстро, не прибавляя, правда, не только знаний, но и того самого умения мыслить. Что касается усовершенствования или повышения квалификации, то можно затронуть еще и вопрос об их сроках. В соответствии с имеющимся положением такие курсы необходимо проходить каждые пять лет. Разумно, если исходить из имеющейся точки зрения, что за пять лет весь багаж знаний в области медицины полностью устаревает. Но если за пять лет он устареет полностью, то есть на 100 %, то, в среднем, получается на 20 % за каждый год. И какой же это специалист становится через три или четыре года? Значит, надо вести речь о непрерывном повышении квалификации. Надеяться на самообразование приходится не всегда. Очевидно, следует искать другие формы. И тут слово за теми, кто должен учить. Вопрос, кому учить, мне представляется одним из первостепенных. Недаром социологи, говоря о возможных сроках проведения каких-либо серьезных преобразований, связанных с изменением идеологии или методологии, подчеркивают иногда необходимость смены двух поколений: поколения учителей и поколения учеников. Владеют ли те, кто должен осуществлять соответствующую программу подготовки соответствующих специалистов, необходимым объемом знаний и, главное, соответствующим уровнем мышления? Я готов снять шляпу перед

огромной армией преподавателей, практически бескорыстно (если говорить о заработной плате) работающих на многочисленных кафедрах, но всегда ли они могут стать теми лидерами, за которыми слушатели и студенты готовы будут ринуться в океан нашей науки, испытывающей на данном этапе истории непрерывные потрясения. И, повышая квалификацию своих слушателей, повышают ли они также и свою? Я отдаю себе отчет, что многие мои коллеги могут с удивлением и осуждением подумать, не рублю ли я сук, на котором сам и сижу. Возможно, но я нередко, с огромным удовольствием входя в аудиторию и видя заинтересованные глаза, задаю себе вопрос, а все ли я правильно говорю и делаю. Ведь меня никто этому специально не учил. И моя преподавательская деятельность - это плод не только знаний, но и чисто эмпирического опыта, интуиции, а нередко и просто импровизация. Следует помнить и еще об одном. К сожалению, далеко не всегда теория полностью совпадает с практикой. И самые замечательные формализованные модели не всегда оказываются работающими. Как тут не вспомнить одного из персонажей Аркадия Райкина, призывающего пришедшего на производство молодого специалиста «на все, чему вас там учили, наплевать и забыть». Поэтому как было бы хорошо, если бы преподаватель мог посидеть денек-другой в кабинете главного врача, помогая ему научно обоснованно решать его проблемы в рамках так называемого управленческого консультирования и, в то же время знакомясь с бесценным опытом реальной жизни руководителя, не вписывающейся в каноны учебников, руководств и даже имеющихся законов и других регламентирующих документов. И, наконец, еще один вопрос, который все чаще и чаще вызывает споры и дискуссии. Это платное образование. Вопрос, который нельзя, на мой взгляд, трактовать однозначно. С одной стороны, не превращается ли платное образование, в частности медицинское, в покупку диплома специалиста, который, кстати (я имею в виду специалиста), государству не нужен. Ибо если он нужен, то его готовят по соответствующему плану на бесплатных основаниях. Я понимаю, что платное обучение выгодно вузу, поскольку благодаря этому улучшается его финансовое обеспечение. Но тогда было бы логичным, чтобы дополнительно полученные средства направлялись, в частности, на улучшение педагогического процесса и, прежде всего, это должно касаться как раз тех, кто платит. Но разве на практике они действительно получают лучшее образование? Думаю, что скорее наоборот. И спрос с них поменьше, да и мотивация другая. Может быть, надо было бы делать наоборот. Не вначале брать деньги, а потом зачислять и уговаривать учиться, а сначала зачислить всех студентов, а потом по результатам учебы, кто учится сам и хорошо, оставлять на бесплатном обучении, а у кого мотивации не хватает - пусть расплачивается за нерадивость. Все это, конечно, пока фантазия, но при появлении соответствующей правовой основы... С другой стороны, я могу сам себе и возразить, вспомнив о законном праве на образование. Может быть, государству он и не нужен как специалист данного профиля, но если сильно хочется, то кто ему вправе отказать, да еще за его же деньги, по принципу дополнительных услуг. Тем более что, поступая на платное отделение, он вроде бы не отнимает ни у кого место.

Кстати, если говорить об оплате и об интересах государства, то не могу не вспомнить не раз уже звучавшее предложение о решении проблемы распределения. Если государству нужно обеспечить не только подготовку определенного количества специалистов, но и работу их в соответствующих учреждениях на соответствующих территориях, то почему оно не может использовать с этой целью соответствующие рычаги, например в виде договорных отношений, когда с абитуриентом заключается договор о бесплатном обучении и распределении, при отказе от которого выпускник вуза компенсирует государству расходы по его обучению (по крайней мере, частично). Может быть, это в какой-то мере решило бы проблему закрепления кадров на местах, да к тому же было бы выгодно материально и государству, и вузу.

Впрочем, здесь я должен поумерить свой полемический пыл и неумную фантазию, поскольку впереди меня ждут лекции, на которых я должен буду говорить совсем о другом и которые должны, как минимум, помочь слушателям получить сертификат специалиста, а может быть - и я каждый раз надеюсь на это — и задуматься. Ведь все-таки мы - *homo sapiens*.

Очерк, одиннадцатый. Об оплате труда медицинских работников

Они делают вид, что платят, а мы делаем вид, что работаем.

М. Жванецкий

Все-таки надо отдать должное советской системе образования. Благодаря ей нам на всю жизнь удалось запомнить так называемый социалистический принцип распределения, который формулировался известной фразой: «От каждого по способностям, каждому по труду». Правда, то ли в учебниках не все было написано, то ли у нас с социализмом что-то не получалось, но до сих пор не ясно, как же этот принцип должен был реализовываться.

И вот, спустя много лет, когда мы задумываемся о проблемах экономики здравоохранения и, в частности, об оплате труда медицинских работников, возникают все те же вечные вопросы: «Сколько же надо платить, чтобы это было по труду, и как?»

Ну, на вопрос «сколько?» ответ напрашивается сам собой - чем больше, тем лучше. Но, во-первых, этот ответ звучит не научно, а во-вторых, он недостаточно конкретный, ибо хорошо известно, что не бывает много денег, а бывает мало потребностей. Наверное, для более точного ответа на поставленный вопрос можно учитывать, как минимум, три фактора. Первый - заработная плата должна отражать стоимость произведенных товаров и затраченный на их производство труд. Второй - заработная плата должна выполнять воспроизводственную функцию, то есть обеспечивать существование работника (желательно, нормальное) и возможность продолжать свою трудовую деятельность, в рамках которой и будет производиться тот самый товар. Третий - заработная плата должна выполнять стимулирующую функцию, то есть заинтересовывать трудящегося в увеличении количества производимого товара и улучшении его качества. И если с «товаром» в медицине разобраться, может быть, не так просто, то в отношении воспроизводственной функции определенным ориентиром может служить так называемый прожиточный минимум.

Вот тут мы и сталкиваемся с большой проблемой, поскольку оплата труда работников здравоохранения в настоящее время осуществляется, как правило, на основе Единой тарифной сетки, которая не только не обладает стимулирующей функцией, но и, мягко выражаясь, не всегда обеспечивает воспроизводственную функцию заработной платы (даже при наличии высшего разряда и отсутствии других членов семьи, живущих на те же деньги).

В среднем сегодня заработная плата в здравоохранении составляет примерно 60—70 % от средней зарплаты по экономике, хуже обстоят дела только в легкой промышленности, культуре, сельском и лесном хозяйстве. А если заработная плата оказывается ниже официального прожиточного минимума, то надо менять или одно, или другое. Лучше, естественно, первое.

Все это неизбежно приводит к сложившемуся положению, когда на одну заработную плату медику прожить невозможно и приходится максимально использовать «теневой сектор» экономики, дабы обеспечить хотя бы тот самый прожиточный минимум.

Еще один аспект, относящийся к распределению уже имеющихся фондов заработной платы и материального стимулирования медицинских работников, связан с поиском ответа на вопрос, «как» надо платить.

Очевидно, что выбор системы оплаты труда медицинских работников и ее организация одной из основных целей должны, в первую очередь, преследовать стимулирование объема и высокого качества оказания медицинской помощи.

Действительно, чем больше объем медицинской помощи (нужной, конечно), тем больше может быть вклад медиков в процесс воспроизводства здоровья населения, а следовательно, в его трудовой потенциал и производство национального продукта, от которого, глядишь, и нам, медикам, что-нибудь перепадет. Поэтому логично заплатить больше тому, кто выполняет больший объем работы.

Но, поскольку медицинская помощь нужна не ради количества услуг, а для достижения какого-то определенного результата, связанного с восстановлением утраченного здоровья или его сохранением, то справедливо было бы также заплатить больше тому, кто добивается наилучших результатов. Кстати, говоря о результатах, нельзя забывать и о таком важном социальном аспекте, как удовлетворенность потребителя, ради которого, между прочим, и функ-

ционирует вся система здравоохранения. Естественно, что степень достижения этих результатов во многом зависит от качества оказания медицинской помощи, то есть использования адекватных современных технологий и точного их соблюдения, поэтому без стимулирования качества тоже никак не обойтись.

К сожалению, до сих пор попытки увязать оплату труда с качеством медицинской помощи в России сводятся в основном к штрафным санкциям на основании экспертизы медицинской документации, то есть носят преимущественно административный характер, да и то на уровне учреждения в целом, а не отдельного медицинского работника, то есть наказываются косвенно все, в том числе и работающие лучше других.

В то же время последнее десятилетие ознаменовано в мировой экономике принципиальным изменением системы мотивации: переход от поиска и наказания провинившихся к стимулированию выявления и решения существующих проблем. Так, например, знаний и навыков отдельно взятого врача не всегда достаточно для оказания высококачественной медицинской помощи. Врач сегодня работает в составе сложной организационной структуры, включающей в себя множество составляющих и специалистов различного профиля. Тем, насколько хорошо эта структура организована, в значительной мере определяется эффективность лечения, которое получит пациент, а значит и достижение наилучшего возможного результата. Следовательно, этот процесс тоже должен стимулироваться. Например, отказ от необоснованной госпитализации, развитие амбулаторного звена и стационарозамещающих форм медицинской помощи могут привести к экономии значительного объема средств. Отчисление даже незначительной их доли на материальное стимулирование медицинского персонала могло бы послужить толчком к мобилизации внутренних резервов. Но ЛПУ, а тем более лечащий врач не получают от этого ничего, а стационар теряет вознаграждение за лишнего пациента. Еще более наглядна гипотетическая пока для нашей системы ситуация, когда эффективная профилактическая работа может существенно снизить уровень заболеваемости. При этом нагрузка, а следовательно, и доходы соответствующих учреждений могут снизиться, что вызовет их естественное сопротивление, хотя экономический эффект для общества в целом не вызывает сомнений.

Все это заставляет ставить вопрос о том, что систему оплаты медицинских услуг в учреждениях и единую тарифную сетку, регламентирующую заработок медиков, необходимо дополнить научно обоснованной системой материального стимулирования с учетом объема, качества и эффективности выполняемой работы.

При этом можно предположить, что система оплаты труда медицинских работников должна сочетать два принципа: традиционный, при котором оплата производится за выполненный объем работ (отработанное время, оказанные услуги и др.), и гарантированного обслуживания, когда главным становится результат.

Очевидно, что, исходя из первого принципа, размер вознаграждения врача будет прямо пропорционален числу пролеченных больных или оказанных услуг и стоимости лечения одного больного (стоимости оказанной услуги). Но в этих условиях медицинский работник объективно заинтересован, во-первых, в наличии больных как источнике своего существования и, во-вторых, в том, чтобы услуг им производилось больше.

Стремление обслужить как можно больше пациентов естественно может привести к снижению качества медицинской помощи.

Во всяком случае, прямой заинтересованности врача в оказании качественной медицинской помощи при таком подходе нет. Отсюда возникает необходимость создания мощного и дорогостоящего аппарата контроля качества оказанной медицинской помощи, что мы, собственно говоря, и наблюдаем на практике.

В основе второго принципа лежит задача по достижению максимально возможного результата, вплоть до сохранения и поддержания здоровья населения. При этом врач должен быть заинтересован в том, чтобы его пациенты не болели, а заболевшие излечивались бы быстрее и эффективнее. Следовательно, создавалась бы заинтересованность и в профилактике, то есть условия не только для эффективного лечения, но и улучшения состояния здоровья населения в целом. Естественно, при использовании этого критерия не следует забывать о не-

избежной разнице между максимально возможным и максимально желательным результатом, учитывая, что последний далеко не всегда достижим и зависит это отнюдь не только от врача.

Произошедшие в последние годы изменения в нормативно-правовой базе, возможность получать дополнительные средства за счет заключения договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, платных медицинских услуг позволяют руководителям ЛПУ уже в настоящее время разрабатывать и внедрять различные методы экономического управления, в том числе и системы материального стимулирования медицинских работников путем дифференциации оплаты труда с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Например, на основе разработанных в НИИ им. Н. А. Семашко (ныне - Национальном НИИ общественного здоровья РАМН) методических подходов несколько лет назад в клиниках Иркутского государственного медицинского университета* затем и в городской клинической больнице № 6 г. Иркутска** была внедрена система материального стимулирования медицинского персонала стационаров, что, с одной стороны, отразилось на показателях деятельности этих учреждений, а с другой - на уровне заработной платы медицинских работников.

Так, рассчитываемые по специальной методике показатели результативности, уровня качества лечения и удовлетворенности потребителей возросли в факультетских клиниках ИГМУ на 5,3, 11,2 и 13,3 %, а в ГКБ № 6 на 9,1, 11,5 и 6,0 % соответственно. При этом среднемесячный размер надбавки составил в среднем 634 руб. на одного врача и 352,8 руб. на среднего медицинского работника, а уровень оплаты труда возрос более чем на 60 %.

Методика материального стимулирования основного персонала поликлиники была внедрена в Центральной городской больнице г.Ноябрьска***.

При этом уже первые месяцы ее внедрения сопровождалась ростом показателя удовлетворенности пациентов на 5,1 %, качество медицинской помощи, по данным экспертной оценки, улучшилось в среднем на 8 %, а интенсивность врачебного труда возросла на 11,2 %. Врачи, работавшие лучше своих коллег, ежемесячно получали премию в среднем в размере 429,5 руб., причем эффективное функционирование методики обеспечивалось финансовыми затратами на фонд материального поощрения, составлявшими менее 3 % от фонда оплаты труда.

Можно было бы назвать и другие учреждения в различных территориях нашей страны, применяющие подобные экономические методы управления. Кстати, несмотря на использование в принципе одних и тех же методических подходов, во внедренных в вышеназванных медицинских учреждениях системах материального стимулирования имеются и определенные различия. Так, например, в г. Иркутске на первый план вышло, скорее всего, желание создать механизм социальной защищенности медицинских работников, используя все имеющиеся каналы финансирования учреждений. Поэтому, при выполнении соответствующих условий и требований, надбавку к заработной плате могут получать практически все. В то же время в г.Ноябрьске основной идеей было создание механизма внутрифирменной конкуренции, когда только действительно лучшие (правда, составляющие в среднем около трети персонала соответствующих категорий) могли претендовать на надбавку.

Что лучше? Как тут не вспомнить гоголевскую «Женитьбу»! Эх, если бы к повышению заработной платы, как в Иркутске, да еще бы конкуренцию, как в Ноябрьске... Но дело, все-таки, не в тех или иных нюансах, наборе критериев и показателей, а в возможности создания механизма, возвращающего заработной плате ее основные функции и приводящего к развитию системы здравоохранения в желательном направлении, причем путем не административно-командных, а по-настоящему экономических методов управления. И если в результате ме-

* Гайдаров Г. М. Научное обоснование управления деятельностью клиник медицинского ВУЗа в современных экономических условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1996.—48 с.

** Панов С. Н. Научно-методические подходы к организации материального стимулирования медицинских работников стационарных учреждений (по материалам г. Иркутска): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 2000.—24 с.

*** Третьяков А. Е. Научное обоснование дифференцированной оплаты труда основного персонала амбулаторно-поликлинического учреждения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 1999.—24 с.

дицинские работники будут получать материальные блага в соответствии со своим трудом, то, может быть, не так уж и важно, как будет называться общество, которое мы строим.

Очерк двенадцатый. О пациентах

Мой дядя, самых честных правил, Когда
не в шутку занемог,
Он уважать себя заставил
И лучше выдумать не мог.

А. С. Пушкин «Евгений Онегин»

В последнее время столько внимания уделяется вопросам защиты прав пациента, вплоть до разработки законопроекта «О правах пациента», говорится о необходимости учитывать его интересы, что неизбежно приходится задумываться, какова же его роль в здравоохранении, кто он для врача: пассивный объект оказания медицинской помощи или партнер, а может быть, клиент со своими запросами. Действительно, кто?

Может быть, попробовать начать с определения. Если заглянуть, например, в «Толковый словарь русского языка» С. И. Ожегова, то можно обнаружить следующее: *ПАЦИЕНТ. Больной, лечащийся у врача. А если не у врача? А если обратился к врачу, но не для того, чтобы лечиться? Клиент? У С. И. Ожегова — КЛИЕНТ. 1. Лицо, пользующееся услугами адвоката, нотариуса, банка. 2. Тот, кого обслуживают. Клиент ателье, парикмахерской, мастерской.* Ни слова о здравоохранении.

Есть специальное издание — «Энциклопедический словарь медицинских терминов», где сказано: *Пациент (лат. Fattens — страдающий) - лицо, которому оказывают медицинскую помощь.* Наверное, это гораздо точнее, правда, если забыть о латыни, поскольку, во-первых, он уже далеко не всегда страдающий, а во-вторых, страдающих много и среди тех, кому не оказывают медицинскую помощь, в том числе и врачей.

Достаточно часто стало использоваться такое понятие, как «потребитель». А что по этому поводу говорит С. И. Ожегов?

ПОТРЕБИТЕЛЬ. Лицо или организация, потребляющие продукты чьего-нибудь производства.

Кстати, может быть, не случайно процесс оказания медицинской помощи все чаще стали сравнивать с производством, говорить о производстве медицинских услуг. Вообще любое производство, по существу, сводится к переработке сырья в некую конечную продукцию, обладающую новым качеством. Например, на швейную фабрику поступает сырье в виде ткани, которая после переработки хотя и остается тканью, но приобретает новое качество в виде одежды. Или кожа на обувной фабрике превращается в обувь. Правда, свежие огурчики, превратившись на консервном заводе в маринованные, остаются все той же закуской, но и тут есть новое качество - хранить можно дольше.

А что в таком случае является сырьем для переработки в медицинском учреждении? Может быть, тот самый пациент? Действительно, поступил в качестве сырья больной человек (страдающий), а выписали после переработки уже в новом качестве - здоровый (если смогли, конечно). Если не смогли вылечить, то объяснение тоже есть соответствующее: хроническое заболевание, или поздно поступил, то есть, иными словами, сырье некачественное, а попробуйте-ка из плохого сырья сделать хорошую конечную продукцию. Вот наоборот - это сколько угодно. Все хорошо, но есть одно «но». Можно ли рассматривать пациента в качестве сырья, если, с другой стороны, он является обязательным структурным элементом (об этом уже говорилось) самой системы здравоохранения или оказания медицинской помощи, будучи потребителем, в процессе взаимодействия с которым производитель (врач) и борется с болезнью? Если так, то сырьем, очевидно, является не пациент, а его болезнь или, точнее, состояние его здоровья, которое после переработки (оказания медицинской помощи) должно приобрести новое качество. А наша аналогия с производством приобретет тогда вид не швейной фабрики, а ателье по пошиву из материала заказчика или парикмахерской, куда клиент (смотри определение С. И. Ожегова) доставил свою шевелюру, чтобы в соответствии с потребностью путем переработки превратить в другое качество (вплоть до ликвидации шевелюры как таковой).

Кстати, интересная эволюция прослеживается. Сначала на пациента смотрели как на объект воздействия врача, который лучше знает, что и как надо лечить, а дело больного - беспрекословно выполнять его назначения (так называемая патерналистская модель). Затем то ли прогресс медицины, то ли процессы демократизации привели к идее привлечь пациента к выбору тактики лечения и его осознанному осуществлению. И, наконец, сегодня мы уже нередко сталкиваемся с ситуацией, когда пациент, особенно в рамках платных медицинских услуг, диктует, какие диагностические и лечебные методы он хотел бы испытать на себе. Что же будет дальше? Вот уж поистине - я тебя породил, я тебя и убью.

Теперь самое время о родах и о пациенте как обязательном структурном элементе системы здравоохранения. Почему? Да потому, что с него все и началось.

Не свались в свое время первобытный охотник в яму, вырытую для мамонта (вот уж действительно: не рой другому яму...), и не сломай ногу, не понадобилось бы привязывать ему к ноге палку, оказывая тем самым первую помощь. И если бы не вселились в него потом злые духи (читай - заболел), не было бы нужды и в шамане (читай - будущем лекаре), их изгоняющем. Следовательно, без него (в будущем - пациента) не появился бы врач, и не возникли бы между ними взаимосвязи, приведшие постепенно к появлению целой системы - здравоохранения, а значит, пациент не просто элемент этой системы, а элемент системообразующий. Таким образом, получил подтверждение закон: спрос рождает предложение. А мы, медики, должны, соответственно, помнить, кому обязаны своим рождением.

Но мало этого. Нас ведь надо было не только родить, но еще и кормить-поить, одевать-обувать, то есть обеспечивать возможность работать, поскольку работа медиков - оказание медицинской помощи пациентам - неизбежно связана с затратами или расходами. Это и медикаменты, и реактивы, и перевязочный материал, и коммунальные услуги медицинскому учреждению, и многое-многое другое. Да и медицинским работникам, в конце концов, за работу заплатить надо. Следовательно, все эти затраты должны быть возмещены или, иначе говоря, кем-нибудь оплачены. Кто же за все это платит или финансирует здравоохранение? Да все он же - наш кормилец. Ибо, как уже говорилось выше, расходы на оказание медицинской помощи осуществляются в основном из средств, поступающих на расчетный счет лечебно-профилактического учреждения по безналичному расчету из бюджета, страховых структур и т. д., и личных средств граждан, поступающих в кассу учреждения за так называемые платные услуги, в виде добровольных пожертвований и др. Но ведь и бюджет различных уровней, и средства медицинского страхования (как обязательного, так и добровольного) формируются за счет соответствующих налогов и страховых взносов, которые платит уважаемый налогоплательщик, он же - потенциальный пациент. Да иначе и быть, наверное, не может, так как только представитель работающего населения, имея реальный доход, в состоянии заплатить за что бы то ни было, в том числе и внести в различных формах финансовые средства в систему здравоохранения.

Правда, этих денег все равно не хватает для компенсации всех расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, а также, добавим, с содержанием самой системы, и имеющийся дефицит вынуждены покрывать за счет собственных средств уже пациенты (платные медицинские услуги, приобретение за свой счет медикаментов, изделий медицинского назначения, продуктов, белья, посуды и т. д.), а это составляет, по данным разных исследователей, от 25 до 40 % всех расходов учреждений. Казалось бы, необходимость оплачивать медицинскую помощь должна была стимулировать заботу населения о своем здоровье. Однако на соблюдение здорового образа жизни, осуществление профилактических мероприятий, повышение медицинской активности, в свою очередь, требуются средства, а низкий уровень благосостояния, общая санитарная культура и целый ряд других социально-экономических факторов приводят к тому, что население не только не заботится о сохранении и укреплении своего здоровья, но и не обращается за медицинской помощью даже в случае заболевания, усугубляя и без того безрадостное положение.

Более того, по имеющимся данным, даже в случае обращения за медицинской помощью две трети пациентов не выполняют в полной мере все назначения врача, что, несомненно,

влияет на эффективность проводимого лечения. Как же прав оказался М. Жванецкий, пришедший к выводу: «Что с человеком ни делай, он упорно ползет на кладбище».

Все это требует повышения санитарной культуры населения, его медицинской активности, изменения менталитета вообще, что невозможно без целенаправленной деятельности органов и учреждений здравоохранения и, прежде всего, восстановления профилактической направленности отечественного здравоохранения.

Собственно говоря, это то, что медики хотели бы от пациента. А что хотел бы он?

А нужно пациенту, чтобы медицинская помощь была доступной и качественной. Покупателя, как известно, прежде всего, интересуют потребительские свойства товара - его полезность. Применительно к пациенту - это изменение состояния его здоровья в желательном направлении, то есть конечный результат оказания медицинской помощи.

Значимы для пациента и условия, в которых осуществляется медицинская помощь (услуга): безболезненность, отсутствие неприятных процедур, характер отношения с медицинскими работниками, т. е. комфортность получения медицинской помощи, причем с расширением платных медицинских услуг и развитием добровольного медицинского страхования эта сторона качества медицинской помощи будет играть все большую роль. Таким образом, качество медицинской помощи с позиции потребителя медицинских услуг достаточно полно может измеряться двумя параметрами: качеством лечения (конечным результатом) и качеством обслуживания. Максимальное повышение качества означает для пациента не только облегчение страданий, но и восстановление утраченного здоровья и работоспособности, социальную реабилитацию, возможность улучшения своего благосостояния как путем полноценного участия в производстве, так и благодаря экономии средств, которые все чаще приходится затрачивать при обращении за медицинской помощью, за счет сокращения расходов на медикаменты, сервисные услуги, дополнительное питание и т. д. Таким образом, качество медицинской помощи для потребителей непосредственно связано с понятием «качество жизни».

Но в качестве медицинской помощи должны быть заинтересованы не только пациенты, но и остальное общество. Ведь кажется логичным предположить, что чем лучше будет оказана пациенту медицинская помощь, тем дольше у него будет ремиссия, восстановление нарушенных функций и т. д. А это значит, что будет увеличиваться как трудоспособность отдельных граждан, так и трудовой потенциал всего общества, то есть улучшаться экономическое положение государства.

Таким образом, учитывая роль пациента в нашей жизни, следует стремиться к тому, чтобы он занял в ней и соответствующее место. И, планируя те или иные реформы, не лишним было бы поинтересоваться и мнением тех, ради кого в конечном итоге эти реформы и проводятся. Одним из возможных путей к этому является развитие систем социального мониторинга, которые, как показывает наш опыт, помогают оперативно получать необходимую для управления информацию от различных субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования, в том числе и от населения вообще, и от той их части, которая представлена пациентами.

Оценка эффективности медицинской помощи также должна включать изучение удовлетворенности потребителя, так как, во-первых, это одна из основных задач всей системы здравоохранения, а во-вторых, она является одним из индикаторов качества работы медицинского персонала, соблюдения им этико-деонтологических принципов. Удовлетворенность пациентов во многом поднимает престиж медицинских работников, способствует повышению медицинской активности населения.

С профессиональной точки зрения, для оценки качества и эффективности медицинской помощи представляет, на наш взгляд, интерес специальный показатель, который был предложен нами для проверки высказанного выше предположения о влиянии качества оказанной медицинской помощи на продолжительность последующего улучшения состояния пациента.

Этот показатель, представляющий собой соотношение длительности периодов обращения и необращения жителей за медицинской помощью, несомненно подвержен влиянию множества факторов. И длительность лечебно-диагностического процесса обусловлена отнюдь не только его качеством, и необращение за медицинской помощью может объясняться различ-

ными социально-экономическими причинами, а не самочувствием того или иного потребителя. В то же время на достаточно больших массивах этот показатель помогает выявить теоретически существующую зависимость состояния здоровья населения от качества оказанной медицинской помощи и уровня профилактической работы. Так, например, когда в ходе проведения специального исследования в г. Ноябрьске Ямало-Ненецкого автономного округа упомянутый показатель стал использоваться наряду с другими критериями для оценки качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, его значения стали заметно возрастать и достигли 43,1 дня условного здоровья на 1 день болезни в детской поликлинике и 43,5 дня - в поликлинике для взрослого населения. Для сравнения, аналогичный показатель, рассчитанный по данным детской поликлиники в г. Кинешме, составлял 26,6 дня. Правда, такой же показатель по поликлинике для взрослых в г. Москве - 45,4 дня - был вполне сопоставим с уровнем по г. Ноябрьску, но следует учесть влияние на состояние здоровья населения значительно более неблагоприятных факторов в г. Ноябрьске и возможные дефекты сбора информации в г. Москве. На этом можно было бы поставить и точку. Но, наверное, более правильно будет закончить многоточием, ибо каждый из нас потенциальный пациент, а процесс познания бесконечен...

Вместо эпилога

Хочу сразу предупредить, что читатели, которые осилили всю книгу, могут этот раздел не читать, поскольку вряд ли найдут в нем какие-нибудь принципиально новые мысли. Если же и предыдущие разделы никаких мыслей у Вас не вызвали, то, по крайней мере, кто-то из нас зря потерял время.

Для тех же, кто привык начинать чтение, заглянув в конец книги, попробую кратко изложить основные вопросы, которые возникли у автора в процессе размышления над некоторыми проблемами, являющимися предметом дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», а иногда и ответы на них, не претендующие, правда, на роль истины в последней инстанции. Надеюсь, что это поможет Вам решить, стоит ли вообще читать все вышеизложенное.

Итак, несмотря на изменение названия, предметом нашей дисциплины по-прежнему является изучение состояния здоровья населения и факторов, влияющих на него, а также вопросы организации и эффективности медицинской помощи населению.

При оценке состояния здоровья населения мы пользуемся, как правило, усредненными интенсивными или экстенсивными показателями. В таком случае, не отражают ли они здоровье условного, а не реального, весьма стратифицированного общества? И если так, то изучение состояния здоровья нужно проводить, наверное, не только в отношении всего населения, но и его отдельных сообществ и групп, а при организации медицинской помощи стоит задуматься, в связи с этим, о развитии сегментированного рынка медицинских услуг. Или де-факто это уже имеет место?

На сохранение и укрепление здоровья в той или иной степени влияет система здравоохранения. Кстати, в какой степени - 10 % или 30 % - мнения специалистов расходятся. Может быть, эти цифры опять усредненные и соответственно условные?

Есть расхождения и в попытках определить, что такое сама система здравоохранения. На мой взгляд, если говорить о системе, то это - понятие универсальное, представляющее многомерную совокупность обязательных (постоянных) элементов - население и медицинские работники (учреждения) - и элементов, выполняющих функции субъектов управления, регулирующих взаимоотношения в этой системе.

При этом в основе практически любой системы здравоохранения лежит принцип общественной солидарности, который в той или иной мере может быть дополнен принципом личной ответственности за сохранение собственного здоровья, что проявляется в разных механизмах оплаты медицинской помощи.

А должен ли и каким образом принцип общественной солидарности учитывать социальное расслоение общества? И может ли медицинская помощь быть бесплатной? Наверное, только для того, кто воспользовался той самой общественной солидарностью. Но ведь это

значит, что за него заплатил кто-то другой. Кто? Похоже, что в конечном итоге источник финансирования один - налогоплательщик, в том числе и в тех случаях, когда мы говорим о платных услугах, которые, на мой взгляд, имеют полное право на жизнь в рамках рынка медицинских услуг, особенно если они служат задаче повышения доступности и качества медицинской помощи населению.

А сколько вообще нужно денег на здравоохранение? Задав как-то на одной из лекций этот вопрос слушателям, я услышал от одного из них шуточный ответ: «Не меньше, чем на оборону». Но ведь в каждой шутке, как известно, только доля шутки. Действительно, с внешним врагом можно попробовать и договориться, а с внутренним (болезнью) это бывает делать гораздо сложнее.

Одной из главных задач финансирования является соблюдение закона воспроизводства, нарушение которого во многом и привело к кризису здравоохранения в нашей стране. И говоря о решении проблемы финансового обеспечения здравоохранения, может быть, важнее не спорить о судьбе системы ОМС, а подумать о реализации следующих принципов:

- переход от механизма распределения (будь то бюджетные средства или средства ОМС) к механизму определения и формирования необходимого объема средств на конкретной территории в соответствии с состоянием здоровья населения и его потребностью в медицинской помощи;
- уменьшение количества финансовых потоков в системе здравоохранения и медицинского страхования, что позволит не только снизить неоправданные расходы средств, но и облегчить их контроль;
- оптимизация механизмов финансирования лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих воспроизводственную и стимулирующую функцию денежных средств.

Последнее относится и к оплате труда, объем и механизм которой не должны вызывать социальной напряженности как среди медицинских работников, так и среди остальной части населения и служить мотивации улучшения доступности и качества медицинских услуг для населения (застрахованных), что отвечает их интересам.

Вообще же повышение качества медицинской помощи, являющегося характеристикой процесса взаимодействия медицинских работников и пациентов, должно быть целью управления, направленного на обеспечение устойчивого и эффективного функционирования системы. Реализовываться эта цель должна путем принятия управленческих решений, связанных, в первую очередь, с организацией, то есть созданием соответствующих условий, в том числе материально-технических, обучением (повышением квалификации) медицинских работников, воздействием на поведенческие установки пациента, мотивацией всех субъектов, направленной на реализацию поставленной задачи.

От эффективности управления зависит и эффективность деятельности всей системы здравоохранения. Искусство управления во многом заключается в умении установить «правила игры», стимулирующие деятельность всех субъектов системы в нужном направлении.

И, наконец, еще один вопрос - как бы сделать, чтобы управлением занимались те, кто умеет управлять, а не назначенные на соответствующие должности в силу различных, иногда весьма субъективных, обстоятельств?