

На недавнем заседании президиума Госсовета Президент РФ призвал отказаться от неэффективных методов управления в системе здравоохранения. Он потребовал разработать меры по совершенствованию системы ОМС, чтобы россияне имели гарантированные возможности получения бесплатных медицинских услуг.

А что пока мы имеем в реальности? Многие на личном опыте убеждаются: чтобы хорошо лечиться, надо быть готовым раскошелиться. Не желаете платить за лечение? Что ж, ваше право...

К сожалению, в ходе нескончаемых перемен последних десятилетий «здоровью» здравоохранения нанесён немалый вред. В условиях рыночной экономики в эту сферу вкачиваются огромные средства, только вот она почему-то всё не расцветает. Может, выбран неверный ориентир? Так в чём наша ошибка и как её устранить? Насколько страховая модель финансирования здравоохранения соответствует реалиям демографического и экономического развития страны? Об этом в формате заочной конференции начинает разговор ведущий научный сотрудник НИИ общественного здоровья и организации здравоохранения кандидат медицинских наук Андрей РАГОЗИН.

Понятие перманентное?

Суть разменявших третий десяток лет «реформ» здравоохранения России – попытка заменить так называемую бюджетную (социальную) модель его финансирования, суть которой – прямое бюджетное финансирование единой национальной сети лечебно-профилактических учреждений, ответственной за организацию и оказание медпомощи населению по всей территории страны, в пользу страховой (рыночной) модели, предусматривающей использование страховых посредников для оплаты обращений населения за помощью в автономные, конкурирующие друг с другом, ответственные за своё финансовое состояние ЛПУ, обслуживающие «свои» территории. Обществу были навязаны ожидания, что рыночные механизмы (прежде всего конкуренция и привлечение частных инвестиций) помогут повысить эффективность здравоохранения, улучшить доступность и качество медпомощи, модернизировать инфраструктуру и создать условия для достойной оплаты труда медработников. Однако...

Более чем за 20 лет реформ ни одна из этих целей не достигнута. Хуже того, россияне столкнулись с новыми проблемами. С одной стороны, расходы на здравоохранение выросли. СССР расходовал 2,7-3% ВВП. Общие расходы РФ на здравоохранение (государство + население) в 2010 г. достигли 5,1% ВВП (и это без учёта расходов на ведомственную медицину, взятки и «подарки» врачам, лечение за рубежом и т.д.).

С другой стороны, по данным опросов, в частности Левада-Центра, лишь 22% россиян считают, что им доступна качественная медицинская помощь. Общее число медицинских организаций (по сравнению с СССР) сократилось примерно в 1,5 раза, прежде всего в сельской местности и небольших городах. В результате населению многих территорий становятся недоступны даже простые виды медпомощи, в том числе такие жизненно важные, как «скорая» и родовспоможение. Отставание зарплат медиков от зарплат работников других отраслей достигло невиданных размеров и потребовало личного вмешательства руководителей страны.

Почему же страховая модель не сработала в России так, как во многих развитых странах? Представляется, что авторы реформ не учли тот факт, что используемая модель финансирования здравоохранения должна соответствовать реалиям территориального, демографического, экономического, политического и культурного развития страны. В результате получилось как в русской поговорке: «Гладко было на бумаге, да забыли про овраги».

Давайте разберёмся. Поскольку базовая потребность населения – медицинские услуги, а не страхование, а конкуренция между страховыми посредниками в условиях ОМС (обязательный характер страхования, единый тариф, единый объём покрытия и т.п.) весьма условна, то ключевой инструмент эффективности страховой модели – рыночная конкуренция между медицинскими организациями, которую, однако, серьёзно ограничивает специфика рынка медицинских услуг: неэластичность, неравномерность и сезонность спроса, различная маржинальность (выгодность) медицинских услуг для ЛПУ. Целесообразность рыночных инвестиций в ЛПУ напрямую зависит от демографии обслуживаемой территории

лоёмкость, уникальность ключевых специалистов, высокие постоянные издержки, длительный срок окупаемости инвестиций, сложность доступа к рынку, жёсткая привязка оказания медуслуг к территории проживания потребителей и т.д.).

К успеху – при комплексности

Анализ показывает, что все без исключения страны с высокой эффективностью страхового финансирования, входящие в TOP-30 мирового рейтинга национальных систем здравоохранения, разработанного агентством Bloomberg на основе интегральной оценки данных ВОЗ, Всемирного Банка и ООН (см. табл.),

между ЛПУ и делает ненужной «сельскую медицину»;

– высокая доля так называемых «эффективных» городов с населением 100 тыс. и более, демография и экономика которых делают возможными рыночные инвестиции в развитие высокотехнологичных видов помощи;

– развитое производство и инвестиционная привлекательность как условия для масштабных долгосрочных рыночных инвестиций в ЛПУ;

– для стран с большой территорией – высокая доля налогов, остающихся в распоряжении региональных правительств и муниципалитетов (самых заинтересованных инвесторов

для слияние нескольких сотен ранее автономных учреждений в несколько десятков объединений, что де-факто привело к монополизации огромного рынка Москвы – о какой конкуренции здесь может идти речь?)

Поэтому использование страховой модели в России, не располагающей для этой модели необходимыми объективными условиями, закономерно привело к формированию так называемой бюджетно-страховой модели («многоканальное финансирование») – к вынужденному управленческому компромиссу между взаимоисключающими друг друга непродуманным «кабинетным» политическим требованием перевести здравоохранение

Конференция читателей «МГ»

Гладко было на бумаге...

Открываем Всероссийскую заочную читательскую конференцию «Доступность, качество и бесплатность медицинской помощи»

Сравнение эффективности здравоохранения стран, входящих в TOP-30 рейтинга Bloomberg, а также США и России

Место в мировом рейтинге здоровья населения	Страна	Факторы, влияющие на конкуренцию между ЛПУ					Общие расходы на здравоохранение	
		Плотность населения, чел/км ²	Территория, км ²	Плотность дорожной сети с твёрдым покрытием, км/км ²	ВВП на душу населения, \$, 2010	Рейтинг Doing Business 2012	% ВВП, 2010	на душу населения (\$, исходя из ППС, 2010)
1	Сингапур	Исключён из исследования (город-государство)						
2	Италия	193	301 340	1,61	30 900	73	9,5	3022
3	Австралия	2,8	7 741 220	0,07	40 800	10	8,7	2340
4	Швейцария	185	41 277	1,73	44 500	28	11,5	3184
5	Япония	336	377 915	2,57	34 700	24	9,5	3204
6	Израиль	354	20 770	0,88	31 500	38	7,6	2186
7	Испания	92	505 370	1,34	30 500	44	9,5	3027
8	Нидерланды	404	41 543	3,29	42 000	31	11,9	5038
9	Швеция	20	450 295	1,39	40 900	13	9,6	3757
10	Германия	230	357 022	1,8	38 100	20	11,6	4332
11	Кипр	117	9 250		21 000	36	6,0	1842
12	Австрия	100	83 871	1,34	42 400	29	11,0	4388
13	Франция	118	643 801	1,48	35 600	34	11,9	4021
14	Канада	3	9 984 670	0,05	44 100	17	11,3	4404
15	Новая Зеландия	15	267 710	0,23	28 000	3	10,1	3020
16	Греция	85	131 994		26 503	78	10,2	2853
17	Гонконг	Исключён из исследования (город-государство)						
18	Норвегия	14	323 802	0,004	53 400	6	9,5	5426
19	Ирландия	66	70 273	1,36	40 800	15	9,2	3704
20	Бельгия	341	30 528	5,03	37 800	33	10,7	4025
21	Великобритания	255	243 610	1,61	36 600	7	9,6	3480
22	Финляндия	15	338 145	0,15	36 000	11	9,0	3281
23	Португалия	116	92 090	0,77	23 400	30	11,0	2818
24	Коста-Рика	88	51 100	0,18	12 100	41	10,9	1242
25	Словения	99	20 273	1,92	28 800	35	9,4	2552
26	Дания	128	43 094	1,69	37 000	5	11,4	4537
27	Чили	60	756 102	0,02	17 400	37	8,0	1199
28	Куба	104	110 860	0,20	9 900	социализм	10,6	431
29	Южная Корея	494	99 720	1,03	31 200	8	6,9	2023
30	ОАЭ	99	83 600		40 200	26	3,7	1544
33	США	32	9 826 675	0,47	49 000	4	17,9	8362
97	Россия	8	17 098 242	0,05	17 000	112	5,1	998

□ страны, использующие страховое финансирование здравоохранения
■ страны, использующие бюджетное финансирование здравоохранения

(«деньги следуют за пациентом», то есть приоритет обращаемости над доступностью). Возможности стандартизации медицинских услуг (как важного фактора конкуренции между ЛПУ) серьёзно ограничена ремесленным характером труда лечащих врачей (индивидуальный характер каждого случая лечения, невозможность «слепого» использования статистических закономерностей, полученных при массовых исследованиях, и т.д.). Кроме того, имеет место «естественный монополизм» наиболее востребованных населением многопрофильных ЛПУ (исключительно высокая капита-

характеризуются комплексом факторов, который можно назвать для данной модели критически важным:

– высокая плотность населения, небольшая и поэтому достаточно равномерно заселённая территория, что позволяет обеспечить высокую привлекательность инвестиций в ЛПУ по всей территории страны («деньги следуют за пациентом»);

– высокоразвитая транспортная система и эффективная сеть городов, то есть проживание основной части населения в городских агломерациях и/или в городах, расположенных близко друг от друга, что повышает возможности конкуренции

в свою собственную медицинскую инфраструктуру);

– жёсткое государственное регулирование рынка медуслуг: антимонопольный контроль сделок слияния и поглощения «по вертикали и горизонтали», обоснованности тарифов, ограничение маржинальности бизнеса и гонораров врачей;

– зрелость «общества потребления», в том числе высокая культура потребления социальных услуг.

Ухудшение хотя бы нескольких из вышеуказанных параметров влечёт ощутимое падение эффективности страховой модели, что наглядно демонстрирует пример США – страны с наиболее инновационной, технологически передовой и стандартизированной медициной в мире, мощной экономикой, привлекательным инвестиционным и отличным дорогами, но – с огромной, неравномерно заселённой территорией (плотность населения колеблется от 200-300 чел/км² и более до 2 чел/км² и менее; есть как огромные городские агломерации, так и расстояния между соседними городами в сотни километров), и очень высокой свободой рыночных отношений в медицинском секторе. Результат – США расходуют в 2-3 раза больше стран-лидеров из TOP-30 рейтинга Bloomberg (занимая в нём 33-е место) и не могут решить проблему низкой доступности медпомощи для 46 млн американцев, не имеющих медицинской страховки, около 50 тыс. из которых ежегодно умирают из-за недоступности своевременной и соответствующей помощи.

Анализ приведённых данных показывает абсолютную бесперспективность надежд на эффективность страховой модели в России в ближайшие несколько десятилетий. В подавляющем большинстве регионов нашей страны сейчас нет ни одного из необходимых для этой модели условий: очень низкая средняя плотность населения (8 чел/км²); огромная, крайне неравномерно заселённая территория; малоэффективная сеть городов (среднее расстояние между соседними городами в европейской части России – 40-50 км, в восточной – 150-300 км); неразвитость дорожной сети (плотность дорожной сети с твёрдым покрытием всего 0,05 км/км²) в совокупности с её кошмарным состоянием и неэффективным трафиком, который серьёзно ограничивает рыночную конкуренцию между ЛПУ даже в Москве, перенасыщенной медицинской инфраструктурой. Низкий уровень производства, гиперцентрализованная налоговая система, неблагоприятный инвестиционный климат (112-е место в рейтинге Doing Business) и не превышающий 2-3 лет средний горизонт планирования бизнеса в России, по существу, исключают масштабные частные долгосрочные инвестиции в многопрофильные ЛПУ на основной территории страны. Ситуацию усугубляет незрелость «общества потребления», низкая культура потребления социальных услуг и отсутствие антимонопольного регулирования рынка медуслуг в России (наглядный пример – проведённая с молчаливого согласия ФАС и Минздрава России в 2012 г. реорганизация медицинских организаций Москвы, в рамках которой произо-

на «рыночно-страховые» рельсы, и необходимость в реальных условиях сохранить доступность помощи населению на основной части территории страны.

Типовой для российских регионов сценарий: из-за низкой заселённости территории сокращаются единственные поликлиника, больница, амбулатория или ФАП, которые не могут финансироваться «по-страховому» (за счёт оплаты обращений). В свою очередь, потеряв доступ к медпомощи, население перебирается в более крупные населённые пункты, усиливая российское безлюдье. Порочный круг! В небольших и средних городах сокращают узких специалистов (ограниченный поток обращений делает их «страховое» содержание невыгодным), дорогостоящая аппаратура простаивает. Сейчас этот процесс деградации медицинской инфраструктуры (особенно в сельской местности и небольших городах), парадоксальный в условиях роста финансирования здравоохранения, ускорен переходом на одноканальное финансирование.

Вернуть реку в старицу

Каковы же могут быть решения для выхода из этого управленческого, рукотворного по своей сути кризиса? Как мировой, так и опыт нашей страны показывает, что единственно возможный путь обеспечить высокую эффективность здравоохранения в странах, не располагающих необходимыми условиями для рыночной конкуренции между ЛПУ – это использование принципов бюджетной модели финансирования. Именно эта модель, впервые разработанная в нашей стране, позволила в условиях крайне ограниченных ресурсов создать первую в мире систему общедоступной помощи всему населению, высокая эффективность которой была признана мировым сообществом (например, на конференции ВОЗ в 1978 г. в Алма-Ате), и принципы которой были использованы многими развитыми странами.

Обратившись к таблице, любопытный читатель может увидеть, что страны-лидеры по эффективности здравоохранения, многие из условий которых схожи с Россией (Австралия, Италия, Канада, Куба, Норвегия, Новая Зеландия, Португалия и др.) используют адаптированные к местным условиям принципы бюджетной модели. Подход их понятен – если нет объективных условий для появления реального конкурентного рынка медуслуг (и, соответственно, для эффективности страхового финансирования здравоохранения), ненужно имитировать рынок и страхование (как это сейчас имеет место в России), сосредоточив все силы на управлении национальной сетью ЛПУ с целью обеспечить максимально полную доступность помощи населению, её своевременность, этапность и преемственность.

ОТ РЕДАКЦИИ. Напоминаем рабочие контакты конференции:
тел/факс: 8-495-608-86-95, -608-88-04; тел. 8-495-632-95-92, -608-71-55, -608-89-36, -608-76-76.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru