

Всероссийская заочная читательская конференция по проблемам и вопросам доступности, качества и бесплатности медицинской помощи в России, инициированная «Медицинской газетой», – дело, без сомнения, нужное, необходимое и своевременное. Правда, уважаемое федеральное профессиональное издание с первой публикации на эти темы – «Гладко было на бумаге...» научного сотрудника НИИ общественного здоровья и организации здравоохранения кандидата медицинских наук Андрея Рагозина задавало несколько негативный тон этому обсуждению, поскольку автор публикации – явный противник системы обязательного медицинского страхования, раз утверждает, что рыночные механизмы в здравоохранении страны за «более чем 20 лет реформ» не оправдали ожиданий. Повторю не дословно, но близко к его тексту: эффективность здравоохранения не повысилась, доступность и качество медпомощи не улучшились, не созданы также условия для достойной оплаты труда медработников. Словом, с начала внедрения медицинской страховой модели в России «оврагов» стало только больше. Автор призывает вернуться к «принципам бюджетной модели финансирования» здравоохранения, чтобы не «имитировать рынок и страхование (как это сейчас имеет место в России), сосредоточив все силы на управлении национальной сетью ЛПУ с целью обеспечить максимально равную доступность помощи населению, её своевременность, этапность и преемственность».

### Запрета на финансирование из бюджета нет

«Но давайте разберёмся!» – воскликну вслед за А.Рагозиным, памятуя, что нельзя путать божий дар с яичницей.

Прежде всего, не надо делать из системы обязательного медицинского страхования козла отпущения. Российское здравоохранение финансируется не только из этого источника, а по смешанному принципу – ещё из федерального и региональных бюджетов. И я знаю это не понаслышке, поскольку 35 лет отдал медицине и немало лет проработал главным врачом крупнейшей в Омской области многопрофильной городской клинической больницы № 1. Частенько бывал и за пределами нашего отечества, почему смею утверждать: и в Европе, и, например, в далёкой от неё Австралии – почти по всему миру – нет чисто бюджетного или только по системе ОМС финансирования здравоохранения. Везде оно формируется по смешанному принципу. Да и, по большому счёту, все деньги – государственные: и ОМС, и трансферты из Москвы (куда стекаются все налоги, а потом распределяются по субъектам), и субсидии. Речь о том, что есть бюджет области, есть бюджет города, федеральный и ОМС...

Прочитав статью, я позвонил Владимиру Спинову, тоже врачу, депутату горсовета, а сейчас руководителю Омского фонда ОМС, и он подтвердил, что нет пока у нас одноканального финансирования. «Мы к нему только стремимся», – сказал он.

Помню, работал молодым врачом на практике в Кургане, в родильном доме. В этом роддоме 1,5 месяца не было родов – ну не рожали тогда наши женщины! А когда я дежурил, девчонки говорят: никто не рожает, мы сбегали на танцы – молодые были! Они ушли – привозят двух рожениц! Почему я это вспомнил? А представьте, что подобное происходит сегодня. Что получит коллектив роддома по сертификатам, если за 2 месяца только двое родов? Выживет ли это медучреждение родовспоможения? Нет, конечно!..

Сейчас всё это стало нивелироваться, и министр здравоохранения Омской области Андрей Евгеньевич Стороженко (очень опытный и грамотный руководитель, последние годы возглавлял региональное Управление Росздравнадзора) прекрасно понимает ситуацию, и на местах главные врачи всё понимают. Они знают, что есть некоторые клиники, больницы, особенно в сельской местности, где нет большого поступления больных. Но в таких местах есть острая необходимость сохранить ставку медработника, даже если у него нагрузка небольшая. А если финансировать такую больницу только из средств, которые поступят по страховым случаям, то она ничего не получит. Может быть, даже содержать такое учреждение не получится, потому что расходов

### Сколько «стоит» больной

Уважая мнение А.Рагозина, не могу согласиться, что, цитирую, «анализ приведённых данных показывает абсолютную бесперспективность надежд на эффективность страховой модели в России в ближайшие несколько десятилетий», а вот возвращение к чисто бюджетной модели – прямо-таки панацея. Мол, порочность ОМС в том, что при этой системе деньги идут за пациентом. Сначала его лечат, потом за это лечение в больницу или поликлинику поступают деньги. А при бюджетном финансировании наоборот: деньги приходят вперёд пациента. Хотя, вспомню не очень давнее прошлое, они поступали как ежемесячные платежи. Но вот в чём может быть загвоздка: бюджетные деньги пришли, а придут ли пациенты? В страховой медицине больше внимания

Конечно, тарифы растут, но в действительности стоимость лечения, медикаментов и услуг всегда выше, чем усреднённый тариф. Как больница может это компенсировать? Есть такое понятие, как «средние цифры», скажем, сколько в среднем должен больной лечиться при том или ином заболевании. Возьмём, к примеру, больного с острым холециститом. Раньше после операции холецистэктомии больной должен был находиться в отделении 12-16 дней. И за них больница получала деньги по тарифу. И по факту. Сейчас при эндоскопическом лечении такого больного выписывают на 4-й день. При этом больница получает средства, как и прежде. За счёт них и компенсируются затраты в ЛПУ в целом. К тому же, замечу, на разных территориях – разные тарифы. А люди-то болеют одинаково...

У нас одна задача: чтобы медицинская помощь была своевременной и качественной, доступной и квалифицированной. А право выбора за пациентом. Но тут другая проблема. Если у терапевта на участке 1699 человек, то он может взять себе ещё одного – это норматив. Но если у нас у некоторых участковых врачей «на обслуге» по 3-3,5 тыс.? У меня была врач, у которой наблюдались 5 тыс. жителей из омских микрорайонов «Прибрежный», 6-й и посёлка Рыбачий. Она получала около 40 тыс., но даже за эти деньги не каждый будет работать. Поэтому как заставить врача взять больного «со стороны»? Право выбора у больного есть, но реализовать его сложно, да и то лишь там, где есть недостаток населения.

Автор статьи, конечно, сгущает краски. Давайте говорить так: дина-

### Конференция читателей «МГ»

# Медицинское страхование — не имитация

## Право выбора зависит от возможностей региона



много: и коммуналка, и ремонт, бензин, машина... Амбулатория или ФАП в сотне километров от райцентра, до которых по бездорожью не добраться (разве что на тракторе) – и здоровый не доедет. Финансирование таких учреждений только за счёт средств фонда ОМС недостаточно, а сохранить их необходимо, и задача руководителей здравоохранения определить, каким образом это сделать. Обязательно. Позакрывать их по причине финансовой неэффективности – это неправильно. И правильно сказано в статье «Гладко было на бумаге...», что чисто страховая медицина для России пока не приемлема. Может быть, только в европейской части страны, где плотность населения большая, она возможна...

Андрей Рагозин приводит в пример Австралию, якобы схожую по заселённости и другим факторам с Россией, но где очень высокая эффективность здравоохранения, – я там был 5 раз. Но там другая ситуация – там нет такого. Если взять всю территорию Австралии, то получится 2 человека на 1 км<sup>2</sup>, но страна живёт по побережью, середина – пустая. В центре континента практически нет населения, кроме небольшого числа аборигенов. Так что, на мой взгляд, несколько некорректно сравнивать нашу страну с Австралией.

У нас многое меняется к лучшему: 2 недели ожидания даже на специализированные ультразвуковые обследования (магнитная или ядерная томография) – это максимум, если, конечно, это плановое обследование. И к узкому специалисту редчайшей специализации россияне не в месячных очередях маятятся – день-два. Такого и в Европе нет, даже за деньги там приходится ждать, и ждать долго.

нужно уделять тарифной политике и государственному заказу, то есть объёму оказания помощи. Всё зависит от цены страхового случая, от тарифа. У нас тариф принимает комиссия. Принимает, исходя не из того, каковы затраты на ту или иную нозологию, а сколько конкретно денег имеется. Учитывая, конечно, и сколько больных прошло через конкретное учреждение, сколько в среднем «стоит» один больной (хотя это равносильно средней температуре по больнице). К примеру, острый панкреатит (серьёзное заболевание) может протекать как «отёчная» форма, на лечение которой потребуются 5-7 дней, и в день на такого пациента придётся тратить 150-170 руб. Но бывает и панкреонекроз с гнойными осложнениями, где потребуются, возможно, хирургическое вмешательство, а после и лечение в реанимации. На него будет затрачиваться около 2,5-3 тыс. руб. в день, а иногда и больше. А платить будут за неосложнённый панкреатит: все затраты суммируют, разделят и получают среднее, допустим – 300 руб. Конечно, скажу мягко, такой расчёт несправедлив.

### «Тяжёлый» тариф

У академика РАМН Сергея Фёдоровича Багненко, ректора С.-Петербургского государственного

**ИЗ ДОСЬЕ «МГ».** *Василий Мамонтов родился в 1955 г. в Омске. После окончания лечебного факультета Омского государственного медицинского института в 1978 г. – хирург медико-санитарной части № 2. С 1990-1999 гг. – заместитель главного врача по хирургии БСМП № 1. С 1999 г. – главный врач омской городской клинической больницы № 1. Доктор медицинских наук, профессор. За большой вклад в развитие и оказание медицинской помощи удостоен почётного звания «Заслуженный врач РФ».*

медицинского университета им. И.П.Павлова, главного специалиста по скорой медицинской помощи Минздрава России, по поводу ОМС есть такая любимая фраза: «Тяжёлый больной – «тяжёлый» тариф». Это я к тому, что в Северной столице добились реальных тарифов и по некоторым реанимационным случаям, достигающим порой 20-25 тыс. руб. в сутки. То есть сколько и требуется в действительности на лечение людей с тем или иным заболеванием. Но, увы, Омск – не С.-Петербург. В городе на Неве и бюджет гораздо богаче, и в Законодательном собрании медики более активны, видимо, чем в городе на Иртыше. И когда Министерство здравоохранения РФ попыталось вернуть их в общий ряд, то ничего не получилось. Бюджет Питера позволяет такие расходы.

Это касается и стандартизации медицинских услуг, о чём тоже пишет Андрей Рагозин. И стандарты, в которых описано, какие манипуляции должен делать врач при выявлении той или иной патологии, какие медикаменты применять, есть. И ОМС учитывает эти стандарты. Конечно, бонусы можно поднять, но при одном условии: если бюджет субъекта Федерации профицитный. Иначе прокуратура по рукам ударит. Но если бюджет дефицитный, то какие могут быть бонусы? А профицит есть, наверное, только в Ханты-Мансийске – даже в Москве профицита нет. В идеале же на здравоохранение должно выделяться ровно столько, сколько требуется по нормативам.

И повышение произошло. Если раньше, 1,5-2 года назад, средняя зарплата врача в Омске (работающего не на одну ставку) была 23-24 тыс. руб., то сейчас – 33-34 тыс. И на это на всё нужно было найти деньги. Но, по физическому закону М.Ломоносова, если где-то что-то прибыло, то где-то столько же и убудет. Ведь с неба ничто не валится. Какие расходы сокращаются? Медикаменты нельзя сократить, питание больных – тоже. Сокращаются расходы на строительство, капитальный ремонт ЛПУ. Но сейчас, насколько я знаю, эти статьи не будут финансироваться

мика в здравоохранении при обязательном медицинском страховании хуже стала? Я не вижу, что хуже. Прогресс есть. Пусть небольшой. Но когда столько медицинской техники было в ЛПУ?! Сейчас, как бывало прежде, больные, скажем, с сепсисом бригада «скорой» повезёт не в ближайшую больницу, а в одну из ведущих клиник Омска – БСМП-1 или БСМП-2, поскольку смотрят на возможности: и кадровые, и оборудование, просчитывая шансы на спасение госпитализируемого. Другой пример – всегда было очень трудно перевести пациента из городской больницы в областную. Сейчас с этим нет проблем – это одна система, и это проще происходит. То есть лечебно-диагностические возможности региона используются более эффективно. А перевод муниципальной медицины под крыло государства, централизацию вообще здравоохранения продиктовала, считаю, как раз система обязательного медицинского страхования. Это объединение даёт возможность не расплываться. Сейчас всё в одних руках. Если что-то случилось сверхординарное в Омске ли, в сельских районах нашей сибирской области, министр принимает решение, собирает команду специалистов из разных ЛПУ – и отправляет «разруливать» экстренную ситуацию. Мы забываем, что у нас появились и частные клиники, причём очень мощные. В Омске, например, это клиника «Евромед», где собрались высококвалифицированные специалисты. У них есть поликлиника, стационар, санаторий «Меркурий», своя служба «03». «Евромед» стал оказывать помощь и по ОМС. По её стопам идёт и другая – «Вест-фарм», специализирующаяся на оказании помощи больным с хронической почечной недостаточностью, которым требуется гемодиализ. ГКБ № 1 с «Вест-фарм» сотрудничает.

А если говорить на тему, хватает или не хватает денег на медицину и здравоохранение в целом, то их никогда не хватало. И хватать не будет. Но, как утверждают учёные, всё самое интересное рождается на стыке наук, на стыке каких-то направлений. В нашем здравоохранении и наблюдается сегодня такая «стыковка» – ОМС, бюджет, частная медицина.

**Василий МАМОНТОВ,**  
первый заместитель председателя  
Омского городского Совета,  
профессор кафедры общей  
хирургии Омской государственной  
медицинской академии.

### Денег на здравоохранение никогда не хватит

Об оплате труда медиков я уже говорил – оплата становится всё достойнее. Но как можно навязать конкуренцию? Об этом написано в статье «Гладко было на бумаге...»