

## ПРОБЛЕМЫ РЕОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

### REORGANIZATION OF HEALTH PROBLEMS IN RUSSIA

**В. А. Алексеев, доктор медицинских наук, профессор РМАПО**

**К. Н. Борисов, кандидат медицинских наук, доцент РМАПО**

Общей тенденцией реформирования здравоохранения в мире является государственное финансирование и регулирование здравоохранения плюс государственные гарантии бесплатной медицинской помощи с акцентом на профилактику. По мнению Всемирной организацией здравоохранения, необходимо повсеместно интенсифицировать внедрение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая дает реальную возможность сделать системы здравоохранения более доступными для всех и справедливыми. Описывается и оценивается опыт реорганизации здравоохранения и развития ПМСП во многих странах мира. С точки зрения сохранения и укрепления здоровья нации, внедрение в здравоохранении нашей страны рыночных отношений и тотальной системы добровольного медицинского страхования не имеет перспектив из-за неплатежеспособности большей части населения. Решение задачи повышения эффективности первичной медицинской помощи состоит в создании инфраструктуры так называемых Общих врачебных практик на основе современной поликлинической сети. Эта сеть имеет достаточный потенциал для структурной перестройки ПМСП, но схема ее внутренней организации требует оптимизации.

General world public health system reorganization trend is its state financing and regulation plus state guarantees for everybody to get free medical aid with focus on preventive treatment. As per World Health Organization, it is the Primary Medical and Sanitary Aid (PMSA) that should be intensively introduced to every country's health system, since it provides real possibilities to make this system more accessible for everybody and more just. Health system and PMSA reorganization approaches practiced in many countries are described and assessed. Proceeding from the aim of preserving and strengthening the nation's health, it is unpromising to reorganize Health System in Russia on the basis of paid medical services and total voluntary medical insurance, since paying capacity of most of its population is low. Effectiveness of the primary medical aid may be increased through creation of infrastructure of so-called General Doctors Practices on the basis of existing network of policlinics. The potential of this network is sufficient for PMSA structural reorganization, but its internal organizational system should be optimized.

La tendance générale mondiale de réorganisation des systèmes nationaux de santé publique est le financement et l'administration étatiques plus la garantie étatique à chacun d'obtenir l'aide médicale gratuite, particulièrement telle préventive. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé Publique, les soi-disantes Aides Primaires Médicales et Sanitaires (APMS) doit être intensivement introduit dans les systèmes nationaux de santé publique, parce qu'ils donnent la possibilité réelle à faire ses systèmes plus accessibles aux tout le monde et plus justs. Les approches pratiquées dans beaucoup des pays à réorganiser les systèmes de santé publique et les APMS sont décrites et évalués. Du point de vue de conservation et amélioration du santé de la nation, c'est inperspectivement de réorganiser le système de santé publique en Russie en base de médecine payante et d'assurance médicale volontaire totale, parce que la capacité du paiement de majorité du peuple est basse. L'efficacité d'aide médicale primaire peut être amélioré par la création d'infrastructure des soi-disantes Pratiques des Docteurs Générales en base du réseau des policliniques existantes. Le potentiel du réseau est suffit pour la réorganisation structurelle d'APMS, mais son structure intérieur doit être optimisé.

Gesamttrend der Gesundheitswesensreorganisation in manche Länder der Welt ist staatliche Finanzierung und Verwaltung des Gesundheitswesens plus Staatsgarantie freier medizinischen Primärhilfe zu jedermann mit Betonung auf Vorbeugung. Nach der Weltgesundheitsorganisation, die so-geannte Primäre Ärztliche und Sanitäre Hilfen (PÄSH), die wirkliche Möglichkeit geben, die Nationalgesundheitswesenssysteme für jedermann erreichbar und gerecht machen, in diese Systeme intensiv eingetragen werden soll. Die Eingänge zur Reformierung der Nationalgesundheitswesens- und PÄSHsystemen in viele Länder der Welt sind geschrieben und geschätzt. Vom Gesichtspunkt der Erhaltung und Befestigung der Nationsgesundheit, es ist perspektivlos, die Gesundheitswesenssystem Russlands auf Grund der Bezahlungsmedizin und totaler freiwilligen Versicherung reorganisieren, weil die meisten Bevölkerung des Landes keineswegs zahlungsfähig sind. Die Effektivität der ärztlichen Primärhilfe kann durch Bildung, auf Grund des heutigen Netzes der Polikliniken, von so-geannten Gemeinsamen Ärztlichen Praxen verbessert werden. Das Potenzial dieses Netzes ist insgesamt für das Strukturreorganisieren des Gesundheitswesen- und PÄSHsystemen genügend, aber sein innen Organisationsstruktur optimiert werden soll.

**Ключевые слова:** здравоохранение, Первичная медико-санитарная помощь, реорганизация, Общая врачебная практика, оптимизация.

**Key words:** public health system, Primary Medical and Sanitary Aid, reorganization, General Doctors Practices, optimization.

**Mots clefs:** système de santé publique, Aide Primaire Médicale et Sanitaire, réorganisation, Pratiques des Docteurs Générales, optimisation.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitswesen, Primäre Ärztliche und Sanitäre Hilfe, Reorganisieren, Gemeinsame Ärztliche Praxis.

В плане критического осмысления реформ отечественного здравоохранения, время от времени полезно проводить анализ тенденций и опыта развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в странах Европы и Северной Америки, которые традиционно являются объектами подражания и копирования в России. Каждый раз, когда заходит речь об оценке какой-то инициативы или практики, в отечественном здравоохранении самым «обезоруживающим аргументом» в дискуссиях становится утверждение, что «во всех развитых странах Европы и Америки» это делается так-то и таким-то образом. Редко можно услышать, что, несмотря на этот «сокрушительный по своей убедительности факт», он может служить не более чем случаем из практики, но вовсе не образцом для подражания, тем более копирования. Оказывается, можно поступать иначе. Правда, для этого следует проявить смекалку, основу которой составляет мастерство принимать рациональные решения, хорошо взвешенные относительно последствий, ближайших и отдаленных для проживающего большинства граждан страны. Если внимательно приглядеться к тому ажиотажу реформ, который царит последние 20 лет в стране, в том числе в здравоохранении, то становится очевидным, что Россия не отличается оригинальностью решений и, чаще всего, занимается копированием опыта, от которого в других странах решительно отказываются.

Было время, когда к нам приезжали из других стран, чтобы воспользоваться опытом оригинальных решений, в частности, в области организации медицинской помощи населению; ныне такой потребности за рубежом не испытывают. Скорее, можно прочесть и услышать мнение, которое российский литературный классик очень давно выразил словами о том, что «предназначение России быть предостережением всему миру». Поскольку наше стремление копировать все то, что происходит в других странах, не ослабевает, а постоянно нарастает, есть потребность критически вникнуть в некоторые образцы зарубежного опыта. Особенно полезно было бы рассмотреть его в аспектах развития идей ПМСП, провозглашенных, в свое время, Всемирной организацией здравоохранения.

Анализируя международный опыт реформирования здравоохранения, в своих ежегодных докладах ВОЗ традиционно подводит итоги и определяет перспективы. Учитывая высокий международный авторитет ВОЗ, к высказываниям и мнениям этой организации стоит прислушиваться.

Следует также вспомнить, что Россия продолжает оставаться в рядах этой организации, хотя и оказалась на ее задворках, утратив былую силу сверхдержавы, к мнению и опыту которой не только внимательно прислушивались, но и следовали страны-члены этой организации. К сожалению, сегодня представительство России в ВОЗ выглядит жалко и беспомощно, как

с точки зрения наличия в Секретариате российских специалистов (их там просто не стало), так и с точки зрения позиций, занимаемых делегацией страны на уставных сессиях.

В докладе ВОЗ за 2008 год вновь звучит призыв к странам интенсифицировать внедрение практики ПМСП, которая сегодня «актуальнее, чем когда либо». По мнению ВОЗ, это обеспечит реальные возможности, чтобы предпринимаемые реформы «делали системы здравоохранения более равноправными, открытыми для всех и справедливыми». Последнее утверждение звучит более чем актуально для современного российского здравоохранения.

Сектор ПМСП в странах Европы тридцать лет тому назад находился на периферии систем здравоохранения, однако все последующее время отмечено серьезными усилиями по переводу его в центр внимания этих систем. Одним из показателей перемен явилось то обстоятельство, что во многих странах первичный сектор уже не рассматривается как находящийся в тени и подчинении сектора стационарной помощи. Начался длительный и сложный процесс превращения его в равного партнера секторов вторичной и третичной помощи.

Вместе с тем, несмотря на демонстративные усилия государственных органов, формирующих политику в здравоохранении, стимулировать развитие сектора первичной медицинской помощи, имеющиеся официальные данные свидетельствуют о том, что существенного перераспределения ресурсов от стационарной помощи к амбулаторной в большинстве стран Европейского региона не наступило. Надо думать, что на это есть веские причины, то есть не все воспринимают эту идею разумной. По данным ВОЗ, среди стран Европы доля расходов на стационарную помощь в совокупных расходах на здравоохранение реально сократилась только в Венгрии, Латвии, Австрии и Дании. За последние 10–15 лет изменения в организации первичной медицинской помощи связаны с развитием различных форм сетевых взаимодействий. Врачи общей практики все сильнее втягиваются в деятельность вторичной и третичной помощи, медсестер и социальных работников, оказывающих помощь больным на дому. При этом развитие ПМСП происходит в различных формах, и пока нет ясных свидетельств в пользу доминирования в будущем какой-либо модели.

Появились признаки возможного видоизменения функции «привратника», выполняемой во многих европейских странах врачами общей практики, к которым обязан обратиться пациент для получения помощи в случаях, не требующих экстренного вмешательства. Пациент может избрать врача общей практики в качестве консультанта, который направит его к узкому специалисту для успешного лечения имеющегося недуга, но может обойтись и без него.

В ряде европейских стран апробировались различные механизмы создания и функционирования «фондов» врачей первичного звена. Такой опыт существует в Великобритании, Испании, Италии, Швеции, Финляндии, Эстонии. Он свидетельствует о ряде преимуществ внедрения таких механизмов финансирования. Так, в литературе отмечается:

- более гибкое предоставление услуг ПМСП, включая расширение их перечня, обеспечение своевременного доступа, повышение степени соответствия выполняемых лабораторных анализов нуждам пациентов, развитие электронных коммуникаций (Великобритания, Финляндия, Швеция, Эстония);
- сокращение количества анализов крови (примерно на 8%) и частоты госпитализации больных, которые могут получать амбулаторное лечение, например, больных диабетом (на 6% в Италии);
- повышение эффективности использования ресурсов (*cost effectiveness*) в случае применения финансовых стимулов (например, выписывание более выгодных и экономически эффективных лекарственных препаратов в Великобритании и Италии);
- сокращение времени ожидания требуемого лечения (Финляндия);
- использование фондодержателями дополнительной информации о клиническом и организационном качестве услуг специалистов для организации предоставления более успешной помощи своим пациентам.

За последние годы в Англии число семейных врачей заметно сократилось, а в США в три раза увеличилось число детей, которых обслуживают не врачи общей практики, а педиатры. В Европе осталось 12 стран, где первичную помощь детям оказывают врачи общей практики. Сегодня общепризнано, что существование самостоятельной педиатрической службы – признак цивилизованности страны.

На протяжении ряда лет во многих странах наблюдаются тенденции к кооперации врачей различных специальностей для совместного использования диагностической техники. Оказывается, что это выгодно и эффективно во всех отношениях. Получается так, что наша отечественная модель организации поликлинических учреждений оказалась достойной подражания в международной практике. Вот на это надо обратить внимание и никак не разрушать поликлиническую сеть, а поддерживать и совершенствовать ее. В этой связи, инициатива создания центров здоровья при поликлиниках, успешно внедряемая в отечественную практику, несомненно, имеет хорошую перспективу. Заслуживает внимания идея преобразования поликлиник в сеть врачебных практик. При этом предполагается усиление кооперации между автономными по своему статусу субъектами оказания медицинской

помощи, самостоятельно принимающими клинические и экономические решения. Это способно обеспечить более эффективную систему оказания ПМСП, по сравнению с учреждениями, в которых координация деятельности разных врачей обеспечивается административными методами. Однако подобная организационная инициатива должна быть тщательно проанализирована в ходе ограниченного пилотного проекта.

Международный опыт непропорционального развития стационарного обслуживания и узкой специализации в медицине проявился доказанными фактами неэффективности и неравенства в оказании медицинской помощи. В развитых странах увеличение за последние 15 лет числа врачей на 35% произошло за счет роста числа специалистов (50%) и врачей общей практики (20%). Опыт развитых стран также показал, что при избыточной доле высокоспециализированной медицинской помощи качество лечения не соответствует затраченным на него средствам. Ориентация на стационарное лечение, в свою очередь, приводит к значительному росту расходов. Сегодня, с запозданием на 50 лет, развитые страны, осознав упущенные выгоды от ориентации на больничное лечение, стремятся ограничить его. В России тоже, слепо следуя этой тенденции, сокращают коечный фонд, не учитывая многих особенностей менталитета своих граждан и социальных последствий для некоторых слоев населения, особенно проживающих в примитивных условиях российской сельской местности. К сожалению, способность оценивать последствия принимаемых организационных решений в специфических условиях страны у отечественных организаторов здравоохранения и политиков оставляет желать много лучшего. Из любого международного опыта следует делать хорошо продуманные выводы, но никогда не внедрять его, бездумно копируя.

Любая хорошо функционирующая система здравоохранения является по сути ограниченной, слажено действующей структурой. Эффективная система здравоохранения – это больше, чем совокупность производителей медицинских услуг, и она предполагает значительную степень взаимодействия между последними, как с точки зрения координации между уровнями оказания помощи, так и в плане обеспечения оптимального маршрута движения каждого пациента внутри системы. Пациенту обеспечивается преемственность получаемой медицинской помощи на протяжении всего лечебно-диагностического процесса, в котором каждый производитель медицинских услуг играет строго отведенную ему и хорошо продуманную роль.

Задача отработки подобного системного процесса оказания медицинской помощи, который удовлетворял бы потребности как пациентов, так и производителей медицинских услуг, была поставлена перед государственными системами здраво-

охранения Скандинавских стран много десятилетий тому назад. Самым первым шагом на пути к запуску указанного процесса явилась инициатива, имевшая целью разработку полноценной комплексной системы ПМСП. Был предпринят переход от традиционной схемы оказания помощи врачами общей практики к модели, при которой последнее, осуществляя мониторинг и анализ потребностей каждого больного в услугах здравоохранения, брали на себя ответственность за координацию процесса оказания помощи между ЛПУ всех типов и уровней: больницами, поликлиниками, врачами первичного звена, учреждениями медсестринского ухода и подразделениями по оказанию медпомощи на дому. Для тех, кто знаком с системой советского здравоохранения не понаслышке, а из личного опыта, очевидно, что это не что иное, как модификация советского опыта, когда участковый терапевт являлся диспетчером лечебно-диагностического процесса, осуществляя ту же самую координационную функцию.

В Швеции и Финляндии были приняты законы, предусматривающие организацию центров ПМСП в каждом муниципальном образовании, укомплектованных врачами общей подготовки (ВОП), медсестрами, санпросвет- и социальными работниками. Такие центры получили возможность координировать процесс оказания помощи гражданам, направляя их в ЛПУ разных уровней и типов. При этом они приняли на себя общую ответственность за состояние здоровья населения муниципалитета. Шведская и финская модели имели значительные отличия от датской и норвежской, где ключевую роль продолжали играть врачи общей практики, чье направление требовалось для госпитализации больных в стационар, и которые работали в тесном сотрудничестве с участковыми медсестрами и патронажными службами.

В большинстве округов Швеции пациент имеет право самостоятельно, без направления врача общей практики, обратиться к врачу-специалисту амбулаторного отделения больницы. С целью сокращения числа необоснованных амбулаторных посещений, многие шведские больницы ввели систему более высоких соплатежей (до 260 шведских крон) для пациентов без направлений. Во всех четырех Скандинавских странах пациенты имеют право обратиться в стационар за экстренной и неотложной помощью (в Швеции за это надо платить). В Дании около 5% граждан являются пользователями довольно дорогой программы медобслуживания «Group Two», организованной окружными советами по здравоохранению. В Финляндии пациенту частично возмещают затраты, связанные с самостоятельным обращением к частнопрактикующим врачам-специалистам. Однако большинство граждан во всех Скандинавских

странах (исключая Швецию) перед обращением к амбулаторному специалисту в государственные больницы обязаны получить направление от врача первичного звена.

В 2004–2005 годах Всемирным Банком было проведено детальное исследование опыта внедрения семейной медицины в 5 странах: Армении, Боснии и Герцеговине, Киргизии, Молдавии и Эстонии. Все они в начале 90-х годов имели построенную на единых принципах систему здравоохранения, известную как модель Семашко. Были предприняты попытки реформирования этой системы с развитием общих (семейных) врачебных практик. Во всех этих странах произошло расширение спектра услуг, предоставляемых семейными врачами на уровне ПМСП, главным образом, за счет мероприятий по санитарному просвещению, укреплению здоровья (а не борьбе с болезнью) и профилактики заболеваний. В результате улучшилась доступность первичной помощи. В Армении, Киргизии, Эстонии стало наблюдаться сокращение количества направлений в стационар. В Армении государственные учреждения здравоохранения были трансформированы в закрытые акционерные общества, а в 2000 году поликлиники получили автономный статус и перестали подчиняться стационарам. Государственные агентства здравоохранения стали выполнять функцию покупателей услуг, поставщиков различных видов медицинской помощи. В ряде районов детские поликлиники, поликлиники для взрослых и женские консультации были консолидированы в единые центры медицины первичного уровня, работа которых была организована по принципу семейных врачей. Однако развитие семейной медицины столкнулось с рядом препятствий. В частности, с сопротивлением узких специалистов, работающих в поликлиниках и стационарах, которые рассматривают данную практику как шаг назад от сложившейся и оправдавшей себя системы.

В Боснии и Герцеговине были осуществлены пилотные проекты по внедрению модели семейной медицины. Между пилотными и остальными районами наблюдается статистически значимая разница в показателях здоровья. В Киргизии в городах были созданы центры семейной медицины на основе детских поликлиник, женских консультаций и поликлиник для взрослых. В сельской местности созданы группы семейных врачей. Усилена функция семейного врача как диспетчера в системе организации медицинской помощи: пациенты, обращающиеся в не экстренных случаях за медицинской помощью к специалистам и в стационары без направлений от семейных врачей, должны сами ее оплачивать. В районах, где были созданы группы семейных врачей, значительно увеличился объем и состав медицинских услуг, предоставляемых в первичном звене.

В Молдавии на базе бывших поликлиник были созданы центры семейной медицины, а на базе сельских врачебных амбулаторий – центры здравоохранения, кабинеты семейных врачей и посты здравоохранения для семейных врачей. Исследование деятельности семейных врачей выявило разницу в качестве применяемых медицинских приемов в пользу новой организационной инициативы.

Наиболее глубокое реформирование ПМСП было проведено в Эстонии. Оно было проведено во всех районах страны, за исключением столицы, где заведующие поликлиниками, поддерживаемые городским органом управления здравоохранения, лоббировали сохранение поликлиник с врачами, получающими фиксированные оклады. К 2004 году количество семейных врачей составило 6,5 на 10 000 населения, что приблизилось к среднему для западной Европы уровню. С 1998 года семейные врачи обрели функцию частичных фондодержателей. В 2002 году бюджет общей врачебной практики предусматривал, что 18,4% от размера оплаты, получаемой врачом от обслуживаемых жителей, используются для покупки отдельных клинических и диагностических услуг. Однако врач не имеет право оставить себе средства в случае сокращения объемов этих услуг. Вместе с тем, если врач сумел договориться о меньшей цене за услугу, то он может сохранить у себя экономию на разнице. Семейные врачи вовлечены в непрямые закупки, т.е. в планирование объемов помощи и оплаты некоторых специалистов: ортопедов, офтальмологов, гинекологов и др.

Семейная медицина имеет не только авторитетных сторонников, но и не менее авторитетных противников. Соответственно, в разное время эта проблема вызывала то повышенный интерес, то предавалась забвению. Распространено мнение, что семейная медицина – медицина богатых. Это утверждение имеет основание в том плане, что обеспеченные люди раньше других усмотрели преимущества наблюдения у семейного врача и медсестры. Многие высказывают мнение, что этот принцип оказания медицинской помощи хорош для сельских районов, где затруднен контакт с врачом-специалистом. Данное утверждение, несомненно, заслуживает внимания. Семейная медицина не исключает обращения к врачам-специалистам за консультацией и лечением в особых случаях. Учитывая, что у семейных врачей и семейного фельдшера достаточно широкие полномочия, данная категория медицинского персонала должна обладать обширными знаниями и умениями. Вне этого условия, практика семейного врача не имеет смысла и может обернуться серьезными проблемами для здоровья доверившихся ей граждан. В России практика семейной медицины не получила развития, в том числе ввиду отсутствия кадров, обладающих должной квалификацией.

Затраты на здравоохранение растут в подавляющем большинстве развитых стран, и это совершенно неизбежно в связи как с постарением населения, так и с развитием медицинских технологий. Большая часть затрат на обеспечение системы здравоохранения исходит из государственного бюджета. В 2004 году эта доля в среднем по странам составила 73%. При этом в Люксембурге, Чехии и Словакии доля государственного финансирования составила около 90%; в Великобритании, Швеции, Дании, Норвегии – около 85%; в США – 45%; в Греции – 50%; в Нидерландах – 60%; в Австралии – 65%; Австрии, Испании и Португалии – 70%; Бельгии – 71%; Италии – 72%; Японии – 72%; Германии и Франции – 76%. В некоторых странах-членах ЕС доля государственного финансирования, наоборот, снизилась, по сравнению с 1990 г.: в Польше – на 23,1%, Венгрии – на 16,6%, Чехии – на 8,2%, Испании – на 6%. Существенное сокращение ранее довольно значительной доли государства в финансировании является следствием перехода к ориентированной на рынок экономике, что отнюдь не свидетельствует в пользу этой модели общественных отношений. В ряде стран государственное участие, наоборот, выросло (Корея, Ирландия, Турция, Швейцария, США). В США, например, доля государства в затратах на здравоохранение выросла с 40% до 45%, и хотя доля частного сектора в США продолжает преобладать, государственные затраты на здравоохранение на душу населения в абсолютных величинах выше, чем в большинстве стран-членов ОЭСД.

Частное медицинское страхование и непосредственные выплаты наличными (out of pocket) представляют собой те самые негосударственные источники, которые компенсируют существенную долю расходов на здравоохранение. Оплата наличными частных лиц – важный источник финансирования в некоторых странах, особенно там, где частное медицинское страхование не развито. В 2004 г. доля прямых затрат была наибольшей в Мексике (51%), Греции (45%) и Корее (37%).

Что касается частного медицинского страхования, то лишь 6% общих затрат на здравоохранение в среднем по странам-членам ОЭСД компенсируется за счет средств этого источника. Однако у некоторых групп населения Германии и Нидерландов частные фонды покрывают довольно большую часть расходов. Во Франции и Канаде за счет частных фондов здравоохранения покрывается от 10 до 15% общих затрат. Все без исключения жители этих стран охвачены государственной системой здравоохранения, но с помощью частных фондов получают некоторые дополнительные услуги.

Франция, Италия, Япония, Великобритания являются лидерами по конечным результатам деятель-

ности здравоохранения. Россия занимает 127-е место, а по интегральной системе – 130-е, существенно уступая большинству восточноевропейских стран со сходным уровнем экономического развития. При этом по показателю расходов на душу населения Россия занимает 75-е место.

Не только Россия сталкивается с разрывом между расходами и результатом. Например, США тратят на здравоохранение 16% ВВП (по абсолютному размеру это больше, чем весь ВВП России), но имеет крайне затратную и неэффективную систему здравоохранения, поэтому отстают от менее развитых стран по показателям ее эффективности. Эксперты прогнозируют, что в США через 14 лет затраты на здравоохранение будут съедать 21% ВВП, а другие страны ОЭСД (или ОЭСР): Япония, Австрия, Южная Корея, Новая Зеландия – 14–16%.

Тема децентрализации медицины на сегодняшний день весьма актуальна не только для России. К концу XX века в ряде стран Западной Европы, где роль государства в здравоохранении была ведущей, наметились тенденции к децентрализации. Но о какой децентрализации идет речь? Там говорится о перераспределении финансирования системы медстрахования между государством, работодателем и работниками, но при этом с обязательным сохранением за государством жесткого контроля за качеством медицинских услуг и распределением расходов выделяемых средств.

Так, в Германии в 2007 году правительство А. Меркель приняло закон о создании Единого фонда здравоохранения, средства которого распределяются по страхователям. Ключевую роль в этой модели стали играть предприниматели, выплачивающие обязательные взносы в страховые фонды.

В Великобритании реформа здравоохранения 80–90-х годов коснулась, в первую очередь, врачей общей практики. Были приняты законы, предписывающие врачам именно в целях эффективного государственного контроля объединяться в «группы» с правом на частную практику. В результате, Великобритания, при сопоставимом качестве медицинского обслуживания, расходует в расчете на пациента в 1,5–2 раза меньше средств по сравнению с другими западными странами.

Французская модель (по итогам 2004 года она была признана одной из лучших в мире) предусматривает единый порядок страхования, которым (что зафиксировано государством) охвачено более 80% населения страны. Система из нескольких десятков страховых компаний (или «касс») контролируется государством и финансируется за счет страховых налогов. Кроме обязательного госстрахования, существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи неимущим.

Система здравоохранения в США принципиально другая. Там нет единой национальной системы медицинского страхования. Большинство американцев (около 70% населения) имеют частную страховку: либо от работодателя, либо индивидуально, причем ее наличие – одно из обязательных условий приема на работу. Но одновременно в США действуют две правительственные программы: «Медикер» (медицинская помощь людям старше 65 лет) и «Медикейд» – для безработных, неимущих и инвалидов, хотя, на самом деле, этой программой на 40–45% пользуются американцы с низкими доходами. Кроме того, в 2004 году в США введена система медицинских накопительных фондов, которая, как утверждается, помогла остановить рост цен в секторе амбулаторных услуг.

Однако, при всем этом разнообразии, как признают сами американцы, главная проблема – фактическая недоступность качественных медицинских услуг для людей с низким уровнем доходов. По данным статистики, 13–17% американцев хотя бы в течение года не имеют медицинской страховки. Продолжительность жизни американцев меньше (в том числе и по этой причине), чем граждан большинства «развитых» стран Европы, а по уровню ряда онкологических заболеваний, ожирению, психическим расстройствам США занимают одно из первых мест в мире. Поэтому не случайно многие американские специалисты считают необходимым переход к централизованной «социальной» системе здравоохранения, как во Франции или Германии.

Летом 2007 года в США вышел фильм известного кинорежиссера М. Мура «SICKO», который впервые остро поднимает тему кризиса американской системы здравоохранения. В качестве альтернативы в фильме рассматривается кубинская (!) модель. Случайно ли?

В самое последнее время по инициативе президента Обамы в США предпринимается реформа в здравоохранении с целью сделать медицинскую помощь более доступной для широких слоев населения. О результатах этой инициативы говорить рано, можно лишь заметить, что оппозиция этим намерениям достаточно значительна, и чем закончатся благие намерения президента США, сказать трудно.

Давно известно, что у неизмеримо более бедной, по сравнению с США, социалистической Кубы – одна из лучших в мире систем здравоохранения. С 1958 года средняя продолжительность жизни на Кубе выросла с 59 до 76 лет. Количество врачей на 10 тысяч жителей – одно из самых высоких в мире – 591 (в США – 549, в России – 417). В некоторых областях медицины (микрохирургия глаза, лечение кожных заболеваний) Куба занимает ведущие мировые позиции. Особое внимание на Кубе уделяется профилактике

заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, ранней диагностике и лечению. Причем квалифицированная медицинская помощь является бесплатной и доступна для любого гражданина страны.

Что мы в настоящее время слышим от разработчиков концепции развития здравоохранения в России? В качестве «панацеи» предлагается повсеместно ввести систему добровольного медицинского страхования (ДМС). Однако при этом умалчивается, что попытка реализовать систему ДМС при М. Зурабове фактически провалилась из-за неплатежеспособности большей части населения, и что ситуация с доходами населения никак не улучшается.

В России еще не до конца утрачен опыт советской системы здравоохранения. Есть богатый мировой опыт активного участия государства в охране здоровья населения. Есть ратифицированные Россией конвенции, которые фиксируют обязанности государства обеспечивать право граждан на здоровье. Есть, наконец, множество международных документов, подтверждающих, что без эффективной системы здравоохранения невозможно высокое качество того самого «человеческого капитала», который только и обеспечивает в современном мире успешное развитие.

Однако все эти документы и декларации – пустой звук, если медицина озабочена «метаниями в поисках платежеспособного клиента». Да, нужно строить высокотехнологические медицинские центры и нужно оказывать «адресную помощь». Но первоочередные задачи, которые требуется решать России, – возрождение практически погибшей профилактической медицины и форсированное развитие качественной системы первичной квалифицированной и общедоступной медицинской помощи.

Для этого необходимо, прежде всего, остановить непродуманное и поспешное «реформирование» системы здравоохранения, когда «реформаторы» исходят не из проблем самого здравоохранения, а из соображений «экономического обеспечения и финансового регулирования» сферы медицинских услуг. Ведь принцип – «болезнь легче предотвратить, чем лечить», относится не только к пациентам, но и к самой системе здравоохранения.

Большинство российских специалистов в области здравоохранения и эксперты Всемирного Банка

положительно оценивают опыт западных стран и видят решение задачи сокращения коечной сети и повышения эффективности первичной помощи в постепенном отходе от принципа обслуживания пациентов через существующую поликлиническую сеть и в создании инфраструктуры общих врачебных практик.

В то время как в здравоохранении современной России возвращаются к идее врачей широкого профиля и стимулируют развитие общих врачебных практик (ОВП), в некоторых странах, с исторически сложившейся системой первичной помощи на основе ОВП, активно используют опыт советского здравоохранения по комплексному поликлиническому обслуживанию населения группами специалистов разного профиля (терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога и др.). В Мельбурне было открыто 5 поликлинических центров, а социальная и экономическая эффективность их работы оказалась несоизмеримо выше самостоятельных практик.

Современная поликлиническая сеть не только не исчерпала своих возможностей для полноценной интеграции в новые экономические условия, но имеет достаточный потенциал для реформирования и обеспечения задач структурной перестройки ПМСП и по ряду показателей значительно превышает экономическую и социальную эффективность ОВП. Другое дело, что давно устарела и требует оптимизации схема ее внутренней организации.

Исключая нюансы, свойственные каждой стране, общим в реформировании здравоохранения в Европе является государственный способ финансирования и регулирования здравоохранения (включая обязательное медицинское страхование) и государственные гарантии бесплатной медицинской помощи с акцентом на профилактику. Так ли уж нужно России, имевшей отличный опыт в этом вопросе, искать каких-то других путей развития своего здравоохранения? Неужели все еще не ясно, что внедрение рыночных отношений в здравоохранении не имеет перспектив, если серьезно ставить задачу сохранения и укрепления здоровья нации. Нельзя превращать медицину в бизнес, эта дорога приведет к полному разрушению морально-этической основы этой благородной деятельности и к непригодности материально-технической базы, что уже, фактически, имеет место.

Алексеев В. А. – доктор медицинских наук, профессор РМАПО (Doctor of Medical Sciences, Professor, RMAPO)

Борисов К. Н. – кандидат медицинских наук, доцент РМАПО, главный врач городской поликлиники № 151 г. Москвы (Candidate of Medical Sciences, Assistant professor, RMAPO, Chief Physician, Moscow Municipal Polyclinic No. 151)

e-mail: info@idnayka.ru