

УДК 330.1 + 614.2

*Л.С. Федотова***ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК ОБЩЕСТВЕННОЕ БЛАГО И НАЦИОНАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

В любом обществе имеет место жесткое противоречие между существующими ресурсами и потребностями. Современная цивилизация достигла впечатляющих успехов в решении многих проблем. Уже не вызывает сомнений положение о том, что здравоохранение является важнейшим общественным благом. В статье рассматриваются национальные модели организации здравоохранения. Качество медицинских услуг и степень их доступности в значительной степени определяет современное состояние и перспективы развития социально-экономической и политической ситуации в стране. Отмечается, что трактовка К. Эрроу рынка медицинских услуг не утратила своего значения. На практике это находит свое подтверждение в особенностях формирования величины спроса и предложения и возможных вариантов поведения медицинского персонала. Проанализированы четыре базовые модели организации здравоохранения. Отмечается, что процесс оптимизации здравоохранения в России не привел к получению ожидаемых результатов. Особенно много вопросов вызывает решение проблем, которые связаны с доступностью медицинских услуг, их качеством и повышением реальной заработной платы медицинского персонала.

Ключевые слова: ресурсы, потребности, общественное благо, здравоохранение, медицинские услуги, национальные модели здравоохранения, государство, правительство, бюджет.

Доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о состоянии здравоохранения в мире за 2013 г. «Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами» начинается со слов генерального директора ВОЗ Маргарет Чен: «Всеобщий охват населения медицинскими услугами – это единственная, самая надежная концепция, которую может предложить система общественного здравоохранения» [1; III]. Стоит обратить внимание на то, что речь идет об общественном здравоохранении. Тем самым признается тот факт, что по своей сути и стратегической значимости здравоохранение, несомненно, является общественным благом.

Неразрешимое противоречие между наличными ресурсами и потребностями общества и его граждан сопровождает человеческую цивилизацию на всех этапах ее развития. Суровая экономическая реальность вынуждает государство и его граждан осуществлять выбор между различными видами общественных и личных потребностей. Любой из вариантов осуществленного выбора для одних экономических агентов будет выгодным, для других – нет. Данное утверждение очень легко можно проиллюстрировать, если обратиться к сфере здравоохранения, которая предоставляет населению страны различные медицинские услуги.

ВОЗ под «медицинскими услугами» подразумевает «методы укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и оказания паллиативной помощи, которые распространяются на процессы медобслуживания в общине, центрах здоровья и стационарах. В это понятие включены подходы к принятию мер в отношении социальных детерминантов и определяющих факторов окружающей среды как внутри сектора здравоохранения, так и за его пределами. Защита от финансовых рисков является составной частью комплекса мер, обеспечивающих социальную защиту в целом» [1; XII].

Медицинская услуга как один из видов общественного блага в обязательном порядке предполагает необходимость выбора, то есть отказа от другого блага. Сложность данной проблемы усиливается, если вспомнить, что повышение качества медицинских услуг предполагает обязательное проведение весьма затратных научных исследований, которые совсем не гарантируют получение желаемого результата. Именно научно-исследовательская работа является залогом улучшения уровня здоровья и качества жизни человека.

Согласно докладу ВОЗ следует различать три варианта содействия научным исследованиям в целях достижения всеобщего охвата медицинскими услугами:

- во-первых, это создание национальных и всемирных центров сбора, хранения и обмена данными научных исследований. Это будет способствовать отслеживанию хода работ по достижению необходимых результатов и максимального охвата медицинскими услугами в каждой стране;
- во-вторых, координация научных исследований в различных странах и определение приоритетных научных направлений, а также содействие взаимовыгодному сотрудничеству по реализации исследовательских проектов;

– в-третьих, научные исследования в области здравоохранения будут более эффективными и продуктивными при условии получения гарантированной и регулярной прибыли. Только устойчивое финансирование создает необходимые гарантии для осуществления исследовательских проектов.

Таким образом, частные инвесторы и правительства разных стран, участвующие в научных исследованиях, должны решать проблему общественного выбора, исходя из экономической ситуации и собственных обязательств по инвестированию средств в научные исследования в области здравоохранения [1; XVIII].

Американский экономист К. Эрроу в своей статье «Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения», опубликованной в 1963 г., несовершенный характер и многочисленные противоречия рынка медицинских услуг. В данной статье трудности в развитии системы здравоохранения напрямую увязываются с проблемой асимметричной информации. Действительно, в данной отрасли национальной экономики эта особенность информации проявляется очень ярко и достаточно жестоко. Об этом можно судить по следующему отрывку: «Существует особое свойство неопределенности: она очень различна для разных сторон сделки. Поскольку медицинские знания очень сложны, информации, как о последствиях, так и о возможностях лечения, которой владеет врач, непременно намного больше, чем у пациента, или, по крайней мере, в это верят обе стороны. Кроме того, обе стороны осведомлены об этом информационном неравенстве, и их отношения окрашиваются этим знанием» [2. С. 307].

По мнению К. Эрроу, специфика системы здравоохранения определяется следующими факторами:

во-первых, это природа спроса: его величина изначально не стабильна, так как в отличие от спроса на еду или одежду, данный вид спроса не является регулярным и предсказуемым. Обращение к врачу (за исключением профилактических обследований) по своей сути – это исключение из нормальной ситуации;

во-вторых, ожидаемое поведение врача. В силу того, что пациент не может проверить качество медицинских услуг, пока они не будут потреблены, то в отношениях врача и пациента всегда присутствует больший или меньший элемент доверия. Для врача это означает, что он не может действовать только в собственных интересах. Он обязан учитывать интересы пациента. Поведение врача должно быть общественно ориентированным, а пациент вынужден верить лечащему врачу. В качестве абсолютно негативного примера поведения врача можно привести следующую информацию: в Санкт-Петербурге возбуждено уголовное дело в отношении стоматолога, которую подозревают в мошенничестве. Как сообщают следователи, врач удалила пациентке 22 здоровых зуба, чтобы заработать на дальнейшем протезировании. Вместо здоровых зубов были установлены несъемные протезы («мости»). В результате стоматолог получила от пациентки более 843 тыс. руб. [3];

в-третьих, как отмечает сам К. Эрроу «излечение болезни так же непредсказуемо, как и ее факт» [2. С. 307]. Действительно, о качестве подавляющего большинства товаров можно судить на основании своего опыта или мнения окружающих. Если речь идет о серьезной болезни, то ни свой, ни чужой опыт помочь не могут.

Данное утверждение можно легко подтвердить данными статистики.

В январе 2017 г. ВОЗ опубликовала данные о причинах смертности в мире. В 2015 г. во всем мире умерло 56,4 млн человек, из них более половины смертельных случаев – 54 % – были вызваны следующими 10 причинами. Два первых места в рейтинге смертности занимают ишемическая болезнь сердца и инсульт. Они уносят больше всего человеческих жизней и в течение последних 15 лет остаются ведущими причинами смерти в мире. В 2015 г. от них в общей сложности этот мир покинули 15 млн человек (26,6 %). Затем следуют инфекции нижних дыхательных путей и хроническая обструктивная болезнь легких. Каждая болезнь унесла по 3,2 млн человеческих жизней (5,7 %). Пятое место – рак легких – 1,7 млн человек (3 %). Диабет – причина смерти 1,6 млн человек (2,8 %). Причем медики обращают внимание на то, что эта болезнь очень «прибавляет в весе» – за последние тридцать лет число заболевших диабетом увеличилось почти в четыре раза! А с 2000 г., когда от него умерло менее 1 млн человек, в 2015 цифра увеличилась уже до 1,6 млн. За период с 2000 по 2015 гг. смертность от деменции возросла, причем даже существеннее, чем от диабета – более чем в два раза. Поэтому данное заболевание стало 7-й ведущей причиной смерти в мире. Восьмое и девятое места делят диарейные заболевания и туберкулез – по 1,4 млн человек (2,5 %). Десятое место принадлежит дорожно-транспортным происшествиям и их последствиям – 1,3 млн человек (2,3 %). Три четверти погибших – это люди мужского пола [4].

Для сравнения, в современной России в течение длительного периода печальное лидерство принадлежит смертности от болезней системы кровообращения – 55 % от общего числа умерших в стране, ишемической болезни сердца (29,1 %) и цереброваскулярной болезни (16,9 %). При этом по причине новообразований умерло 15 % от общего числа смертей по всем причинам, от болезней органов дыхания – 3,9 %, от заболеваний органов пищеварения – 4,5 %. Внешние факторы смертности как причина смертности значительно отстают от заболеваний системы кровообращения (8,7 % от общего числа смертей). Летальные исходы, связанные с транспортом, – 1,2 %, отравление алкоголем – 0,6 %, самоубийства – 1,5 % [5];

– в-четвертых, условия предложения. В отличие от рынка совершенной конкуренции для врача вход в отрасль предоставления медицинских услуг ограничен весьма жесткой процедурой лицензирования. Впрочем, данное условие является принципиальным требованием для высокоразвитых стран с рыночной экономикой, которая дополняется высоким уровнем социальных гарантий. В Советском Союзе данный вариант допуска к врачебной деятельности не применялся, а в настоящее время вообще имеет место явное снижение уровня профессиональной подготовки врачей. Именно об этом говорит исполнительный директор Фонда профилактики рака Илья Фоминцев. Он отмечает, что в этом году Фонд профилактики рака «Живу не напрасно» и НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова открыли третий набор в специальный образовательный проект – онкологическую ординатуру для выпускников медицинских вузов и молодых врачей «Высшая школа онкологии». Конкурс был как в хороший театральный вуз – 38 человек на место. Средний балл аттестатов претендентов – 4,53. Однако с простейшими медицинскими задачами справились меньше трети соискателей [6].

Аналогичную точку зрения высказывает доктор медицинских наук В. Егоров: «На Западе с самых ранних курсов медицинской школы внедряются принципы доказательной медицины и постоянного самообразования. А у нас учат точно так же, как и 38 лет назад, когда еще я был студентом. В России, например, не преподают молекулярную биологию. Хотя в других странах у первокурсников этот предмет появился еще лет десять назад... Когда российский студент или начинающий врач в поисках ответа на интересующий его вопрос обращается к зарубежной литературе (если, конечно, обращается), выясняется, что знаний не хватает. И становится ясно, что если он хочет правильно лечить, ему необходимо дополнительное образование» [7].

Вторая особенность предложения медицинских услуг, по мнению К. Эрроу, еще более замечательная: «Стоимость медицинского образования сегодня высока и только меньшая его часть оплачивается студентами. Таким образом, частные выгоды для поступающего студента значительно превышают его затраты... Специальная роль образовательных институтов, состоящая в одновременном дотировании и нормировании на вход в отрасль – общая для всех профессий, требующих сложного обучения» [2. С. 308]. Тем самым даже в США медицинские услуги могут быть в значительной степени отнесены к общественным благам;

– в-пятых, очень сложная, зачастую весьма запутанная, система ценообразования. Например, имеет место явная и неявная фиксация цен. Ценовая конкуренция между врачами и медицинскими учреждениями не приветствуется.

В настоящее время существующие в различных странах системы здравоохранения классифицируются следующим образом:

- система частного здравоохранения на основе использования рыночных принципов страхования;
- система обязательного медицинского страхования (система Бисмарка);
- система бюджетного финансирования здравоохранения (система Бевериджа).

Для системы частного здравоохранения характерно отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Предоставление медицинской помощи осуществляется в большинстве случаев на платной основе, за счет средств самого потребителя услуг.

Наиболее типичным примером такой системы является система здравоохранения в США, которая характеризуется отсутствием единого централизованного управления и наличием различных типов медицинских учреждений. Абсолютно все учреждения предоставляют медицинские услуги на исключительно платной основе. Некоторые категории граждан, которые лечатся бесплатно, но их расходы компенсируются либо государством, либо специальными фондами.

Больницы в США делятся на три типа.

Первый тип: государственные больницы – финансирование ведётся федеральным правительством и/или правительствами штатов. Здесь предоставляют услуги для ветеранов, инвалидов, госслужащих, больных туберкулезом и с психическими заболеваниями.

Второй тип: частные больницы, нацеленные на получение прибыли (до 30 % всех больниц). Они представляют собой типичное бизнес-предприятие, которое формирует свой капитал на индивидуальной, групповой и акционерной основе.

Третий тип: частные «бесприбыльные» больницы, которые создаются по инициативе религиозных или этнических групп, либо местных жителей. Главное отличие этих больниц от больниц второго типа заключается в том, что полученные доходы идут не держателям акций в виде дивидендов, а вкладываются в больницу. Государство поддерживает такую деятельность в виде льготного налогообложения. Несмотря на «бесприбыльный» статус учреждения лечение, как и в коммерческом госпитале, остаётся платным. Популярность подобного статуса больниц можно объяснить стремлением избежать уплаты налогов [8].

Итогом этого является весьма высокий уровень заработной платы врачей в США.

Самая высокооплачиваемая профессия – это анестезиолог. В среднем анестезиологи в США получают в год 235 070\$. Согласно данным Американского сообщества анестезиологов, представители этой профессии отвечают за безопасность и состояние пациента до, во время и после операции. В США они должны 4 года учиться в колледже, 4 года в медицинской школе и еще 4 года на курсах повышения квалификации для анестезиологов. Большинство анестезиологов получают профессиональную сертификацию, а потом еще год учатся по дополнительной программе для специалистов. Согласно отчету за 2014 г. компании Medscape, почти 80 % анестезиологов проводят 40 и более часов в неделю с пациентами.

Вторая высокооплачиваемая профессия в США – хирург. Ежегодно хирурги получают в среднем 233 150\$. На следующей ступени зарплатной лестницы стоят акушеры-гинекологи, годовая зарплата которых составляет в среднем 212 570\$. Стоматологи-ортодонты получают в среднем 196 270\$ в год. На пятом месте по уровню зарплаты находятся терапевты, средняя зарплата которых составляет 188 440\$ в год. На шестом месте – психиатры. Средняя зарплата психиатра – 182 660\$ в год. Среди высокооплачиваемых профессий в США оказались руководители компаний, их средняя зарплата составляет 178 400\$ в год [8].

Для нуждающихся граждан в США созданы две специальные программы: Medicaid и Medicare.

Программа Medicaid, рассчитанная на помощь людям с низким уровнем доходов, финансируется как федеральным правительством, так и на уровне штатов. Поскольку каждый отдельный штат имеет свою собственную программу Medicaid, это создаёт значительные сложности в государственном управлении. Чтобы воспользоваться услугами Medicaid, необходимо доказать, что материальное положение у данного человека ниже определённого уровня. По этой программе предоставляется 5 услуг: стационарное и амбулаторное лечение, консультации различных специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторная диагностика и рентгенологические методы исследования. Medicaid играет огромную роль с точки зрения выстраивания стартовых возможностей для разных категорий населения и перераспределения доходов в стране. По данным на 2006 г., ее услугами воспользовались 38,3 млн граждан США.

Medicare нацелена на помощь гражданам США пенсионного (старше 65 лет) и тем, кто близко подошел к этому рубежу. В качестве источников финансирования выступают: налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. В перечень услуг по этой программе входят: стационарное лечение, некоторые профилактические услуги, домашнее обслуживание, диагностические процедуры и короткое проживание в домах престарелых. Однако не предоставляются длительная госпитализация, бесплатное получение слуховых аппаратов и рецептурных препаратов. Программа охватывает 40,3 млн пациентов. К началу XXI в. данная программа столкнулась со значительными сложностями, связанными со старением населения и увеличением доли пенсионеров. На конец 90-х гг. XX в. расходы на Medicare составляли 2,6 % ВВП [8].

Недавно избранный Президент США Дональд Дж. Трамп предлагает реформировать систему здравоохранения. Эти предложения в американской прессе получили название «Трамп-уход». Суть изменений, которые выдвинул Трамп, заключаются в том, что принципы свободного рынка, которые широко используются в бизнесе, также должны применяться и к системе здравоохранения. В частности, предлагается, чтобы страховые компании имели реальные возможности для осуществления собственных планов по использованию государственных бюджетных средств. По мнению Трампа, это должно способствовать росту конкуренции и большего выбора для потребителей.

Возникновение и развитие модели здравоохранения Бисмарка является прямой реакцией на социалистические движения в Западной Европе второй половины XIX в. Появление Германской империи – это закономерный результат агрессивной внешней политики Бисмарка, но процесс объединения полностью соответствовал экономическим интересам национальной буржуазии. Однако бурное развитие капиталистических экономических отношений в объединенной Германии сопровождалось обострением социальных отношений. Роль защитника интересов рабочих начинает играть социал-демократическая партия.

Политическая и экономическая элита Германии достаточно быстро осознала потенциальные опасности, которые может представлять социалистическое движение. Во второй половине XIX в. в Германии сложилась весьма непростая социально-экономическая и политическая ситуация. Период бурного экономического роста, который получил название «Эпоха грюндерства», закончился крупным биржевым крахом 1873 г., что, естественно, сопровождалось снижением уровня жизни рабочих и ремесленников, массовыми банкротствами мелких и средних фирм. Все это способствовало началу процесса создания единой партии рабочих.

В 1875 г. Всеобщий германский рабочий союз и Социал-демократическая рабочая партия объединились в Социалистическую рабочую партию Германии, идеология которой представляла собой достаточно противоречивое сочетание взглядов Ф. Лассалья и К. Маркса. Программа партии утверждала, что «труд есть источник всякого богатства и всякой культуры» [11], а освобождение труда является миссией рабочего класса. В 1877 г. на выборах в рейхстаг социалисты получили полмиллиона голосов и двенадцать депутатских мест. По своей популярности социалисты опередили прогрессистов и имперскую партию. Социал-демократы стали четвертой по числу поданных за нее голосов партией Германии [12].

Данный сценарий совершенно не устраивал политическую и экономическую элиту Германии. Последовал быстрый и достаточно жесткий ответ. По требованию Бисмарка рейхстаг в октябре 1878 г. принимает «Закон против вредных и опасных стремлений социал-демократии», который вошел в исторические анналы как «Исключительный закон против социалистов». Этим законом запрещались союзы, имевшие целью «ниспровержение общественного строя, а также угрожающие общественному спокойствию и согласию между разными классами населения» [13]. Надо отметить, что Бисмарк крайне критически воспринимал социалистические идеи. В частности, ему приписывается следующая фраза: «Если вы хотите построить социализм, выберите страну, которую не жалко» [14]. Очень часто следует добавление – например, Россию.

В Германии второй половины XIX в. большую популярность приобрела теория «социальной монархии», что в конечном итоге привело к формированию политики «практического христианства», предполагавшая оказание помощи бедным [15]. Итогом этого было принятие рейхстагом в течение 1880-х гг. целого пакета законов о страховании по случаю болезни (1883 г.), увечья (1884 г.), старости и утраты трудоспособности, предусматривалась выплата пенсии рабочим по достижении ими возраста 70 лет (1889 г.). Например, закон о страховании здоровья предполагал выплату пособия по болезни, начиная с ее третьего дня. Максимальный срок получения пособия – 13 недель. В случае, если болезнь длилась больше этого срока, то вступало в силу положение о страховании от несчастного случая. Величина компенсации составляла 2/3 от средней зарплаты и начиналась с 14-й недели болезни. Ответственность за выплату этой компенсации возлагалась на ассоциации предпринимателей, основанные на кооперативных началах.

Таким образом, система Бисмарка может считаться первой национальной системой здравоохранения. Законодательно закреплялось обязательное медицинское, а затем социальное страхование граждан. Страховые взносы платили как работники, так и работодатели.

Больничные кассы самостоятельно регулировали свою деятельность и вступали в жесткую конкурентную борьбу друг с другом за большое количество застрахованных у них граждан. Необходимо отметить и тот факт, что больничные кассы вступали в долгосрочные договорные отношения с производителями медицинских услуг, тем самым они получали реальную возможность влиять на уровень тарифов.

Следует признать, что эти законы были намного эффективнее тех, что были приняты в тот период времени в других промышленно развитых странах. Бисмарк рассматривал эти реформы, как инструмент для превращения рабочего класса в сообщество лояльных государству и консервативно настроенных немецких граждан. Интересен тот факт, что социальные реформы Бисмарка работают до

сего дня. Они стали базой для создания немецкого социального государства, со временем их скопировали во многих европейских странах.

В современной Германии параллельно функционируют частные и государственные медицинские организации, которые конкурируют друг с другом. Частное и государственное страхование отличаются по способу установления и оплаты страховой премии. Так, например, в частной системе страхования учитываются классические признаки риска (пол, возраст, состояние здоровья, рыночная стоимость медицинских услуг), застрахованный платит за себя сам. В государственной системе страхования страховой тариф составляет процент от зарплаты, половину оплачивает работодатель.

Таким образом, система здравоохранения Германии основывается на использовании рыночных принципов. В то же время наличие государственной системы страхования предоставляет гражданам страны возможность выбора из множества страховых организаций. Очень важным является то, что медицинская деятельность в Германии регламентируется негосударственными общественными организациями. Это позволяет утверждать, что современная система здравоохранения в Германии гарантирует ее гражданам достаточно высокий уровень обслуживания. Тем самым находит свое подтверждение принцип, что в современной высокоразвитой стране здравоохранение – это общественное благо.

Система Бевериджа (еще одна модель организации национальной системы здравоохранения) – это канонический пример соединения государственного (не страхового) механизма оплаты медицинских услуг и рыночного механизма их производства частными организациями и врачами.

С 1911 г. в Великобритании существует система страхования, которая охватывает примерно треть населения страны. Данная система имеет важную отличительную особенность, которая сохранилась до настоящего времени: оплата врачей «общей практики» осуществляется по принципу капитации. Суть данного принципа – если уровень личного дохода превышает определенный уровень, то страхователь теряет право на пользование программами обязательного медицинского страхования и должен самостоятельно оплачивать медицинские услуги [16]. Основной принцип капитации – деньги следуют за пациентом, которые получают реальную возможность в определенной степени влиять на величину спроса, так как выбор лечащего врача зависит от пациента.

Дальнейшее развитие данной системы – это результат научных изысканий и оценки сложившейся социально-экономической ситуации барона Уильяма Генри Бевериджа – директора Лондонской школы экономики и политической науки. Беверидж по поручению премьер-министра Великобритании во время Второй мировой войны разработал программу изменений системы здравоохранения. Будучи сторонником кейнсианской теории Беверидж захотел создать социальную стратегию, конечная цель которой – это минимизация пяти сложнейших социальных проблем: безделье, невежество, болезни, нищета и бедность. В отчете отстаивалась идея дальнейшего развития системы социального страхования для создания всеобщей системы социального обеспечения и универсальной национальной службы здравоохранения [17]. Таким образом, национальная система здравоохранения была включена в структуру общей социальной политики.

Вполне естественно, что становление и развитие новой системы сопровождалось значительными трудностями. Особенно большие трудности вызвала проблема морального вреда. Например, врачи общей практики, услуги которых оплачивались по системе капитации, вызывались пациентами на дом, хотя никакой необходимости в этом не было. В то же время врачи, услуги которых оплачивались по принципу гонорара, получили реальную возможность влиять на величину спроса и предложения. При этом не было создано никакой контролирующей системы, которая должна была удостоверить истинность их предписаний. В результате пломбировались здоровые зубы, без необходимости выписывали рецепт на ношение очков, производились полостные операции при незначительных болях в животе.

Кстати, аналогичная ситуация отсутствия контроля за деятельностью врачей имеет место в современной России. Так, врач-стоматолог в одной из частных клиник Санкт-Петербурга удалила пациентке 22 здоровых зуба, что позволило врачу заработать почти 850 тыс. руб. Пациентка не собиралась лечить зубы. К стоматологу ее направили врачи, к которым она обратилась из-за проблем с височно-челюстным суставом. Рекомендованного врача-стоматолога характеризовали как одного из лучших специалистов в Петербурге [18].

Правительство Маргарет Тэтчер внесла существенные изменения в национальную систему здравоохранения. Это объяснялось тем, что достаточно часто стали возникать ситуации, когда больному требовалось достаточно сложное лечение, а неудачный итог лечения исключить было невозможно. Например, неудачный исход операции по пересадке органов мог привести к разорению врача, который занимается частной практикой.

Было принято решение разрешить объединяться на добровольной основе нескольким врачам общей практики. Эти врачи становились фондодержателями. Как отмечают В.И. Шевский и И.М. Шейман, «система фондодержания – это метод подушевой оплаты услуг амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепленного человека. Этот метод предполагает, что в нормативе финансового обеспечения медицинского учреждения (этот норматив выполняет функцию тарифа) предусматриваются затраты не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических центров, стационаров, скорой помощи). Фондодержание различается в зависимости от уровня финансовых рисков, которые несет амбулаторно-поликлиническое учреждение (далее – поликлиника) в связи с оказанием медицинской помощи прикрепленному населению. Эти риски определяются составом затрат, включаемых в подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторно-поликлинического учреждения» [19].

Фондодержательство оказалось новым и весьма эффективным вариантом организации системы управления здравоохранением. Именно эта система позволяет Великобритании расходовать почти в два раза меньше средств по отношению к объему ВВП, по сравнению с другими высокоразвитыми странами, оставаясь в течение длительного времени единственным государством, которому удается эффективно сдерживать расходы на здравоохранение.

При наличии эффективной национальной системы здравоохранения Великобритания расходует средств существенно меньше по сравнению с другими высокоразвитыми странами. Самый высокий уровень совокупных расходов на здравоохранение в процентах от ВВП в США – более 15 %, Германия, Франция, Швейцария – примерно 11 %, Канада, Португалия, Норвегия, Греция – почти 10 %, Италия и Нидерланды – примерно 9 %, Испания, Великобритания, Япония – 8 % [20].

Становление и развитие системы здравоохранения в СССР связывают с именем Н.А. Семашко, народного комиссара здравоохранения РСФСР с июля 1918 по январь 1930 г. Были обоснованы следующие принципы новой советской системы здравоохранения:

- создание единой централизованной системы здравоохранения;
- равная доступность здравоохранения для всех граждан;
- первоочередное внимание детству и материнству;
- единство профилактики и лечения;
- ликвидация социальных основ болезней;
- привлечение общественности к делу здравоохранения [21].

Впервые в мире в масштабах страны была создана централизованная система здравоохранения. В ведение Наркомата здравоохранения перешли все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. Частная медицина была фактически ликвидирована. В условиях тех огромных трудностей, которые были в стране после Гражданской войны, концентрация ресурсов в руках одного ведомства позволяла в условиях жесткого дефицита практически всех ресурсов получить впечатляющие результаты. Здесь можно отметить впечатляющие успехи в преодолении традиционных инфекционных заболеваний, сокращена материнская и детская смертность, была создана система профилактики социальных болезней и санитарного просвещения населения.

Была создана впечатляющая пирамида медицинских учреждений: фельдшерско-акушерский пункт, участковая поликлиника; районная больница; областная больница; специализированные институты.

Доступность здравоохранения обеспечивалась тем, что медицинское обслуживание было бесплатным, все граждане были закреплены за участковыми поликлиниками согласно их прописки. Сразу отметим, что достаточно часто это создавало значительные трудности при необходимости оказания медицинской помощи в каких-то неожиданных ситуациях.

Были созданы специализированные системы медицинских учреждений:

- для детей;
- материнства и младенчества;
- для борьбы с профессиональными заболеваниями на предприятиях с вредными условиями труда.

Н.А. Семашко был убежден, что главная задача каждого врача и всей системы здравоохранения состояла не только в том, чтобы вылечить больного. Необходимо предупредить болезнь, которая рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных условий и неправильного образа жизни. Важной мерой профилактики была вакцинация, которая впервые в мире проводилась для подавляющего большинства населения страны.

Однако система организации здравоохранения Семашко, как любая другая система, не была лишена недостатков. Стройность системы оборачивалась жесткостью: пациенты были прикреплены к определенному врачу, к определенной больнице. Пациенты не могли выбрать врача и медицинское учреждение, что делало невозможной конкуренцию между ними. Это, в свою очередь, порождало застой и невнимание к нуждам пациентов. Хотя опыт современной Великобритании показывает, что вполне возможно создать достаточно гибкую систему здравоохранения, которая базируется на использовании бюджетного финансирования.

К сожалению, главная проблема советского здравоохранения – хроническое недофинансирование – так и не получила своего решения. В итоге ситуация стала постепенно, а затем все быстрее и быстрее ухудшаться по мере усложнения и удорожания медицинских услуг. По этой причине многие современные методы лечения и препараты в Советском Союзе оказались недоступными для большинства граждан страны.

Итак, все рассмотренные здесь национальные модели здравоохранения ни коим образом не противоречат утверждению, что медицинские услуги по своей сути являются общественным благом. Поэтому социально-политическая ситуация в стране в значительной степени зависит от положения дел в национальной системе здравоохранения. К сожалению, полученные результаты проводимой в России оптимизации системы здравоохранения вынуждают усомниться в реальности достижения анонсированных целей, когда органы власти обосновывали необходимость так называемой «оптимизации».

Национальная ассоциация медицинских организаций России в апреле 2017 г. опубликовала итоги исследования российской системы здравоохранения и результатов «оптимизации». К сожалению, эти итоги никак нельзя назвать положительными. Так, в течение 2000 – 2015 гг. выросла заболеваемость населения по основным классам болезней. Особенно сложная ситуация с болезнями системы кровообращения – рост 82,5 %; эндокринной системы – 56,5; осложнения беременности и родов – 39,1; новообразования – 35,7 %. Несколько ниже темпы роста заболеваемости крови и кроветворных органов – 23,7; мочеполовой системы – 23,4; уха и сосцевидного отростка – 21,5 % [22]. Эти данные позволяют сделать совершенно очевидный вывод, что самая негативная ситуация сложилась с заболеваемостью системы кровообращения и кроветворных органов.

При столь непростой ситуации с заболеваемостью в России за период с 2000 по 2015 гг. в два раза сократилось количество больничных организаций: с 10,7 до 5,4 тыс. В результате по количеству больниц современная Россия отстает от РСФСР 1932 г. – 5 962 больницы. Уменьшается количество станций скорой помощи: с 3276 – в 2005 г. до 2561 – в 2015 г. Имеет место негативная динамика по количеству медицинского персонала: численность врачей на 100 000 чел. населения уменьшилась с 48,6 до 45,9 человек; среднего медицинского персонала – с 107,7 до 105,8 человек [22].

Все большие сомнения вызывает выбор для России страховой модели здравоохранения. Данная модель эффективно функционирует в Германии, Израиле, Кипре, Швейцарии, Южной Корее, Японии. Но для всех этих стран характерны следующие принципиальные особенности: высокая плотность населения, небольшая и достаточно равномерно развитая и заселенная территория, современная транспортная система. К сожалению, Россия не соответствует ни одному из этих критериев.

По формальным признакам система здравоохранения в России остается бесплатной: большинство услуг в поликлиниках и больницах должны оказываться без какой-либо оплаты со стороны пациента. Однако объем платных услуг, оказываемых государственными медучреждениями, постоянно растет. С 2005 по 2014 г. объем платных услуг вырос с 109,8 до 474,4 млрд руб. В результате доля платных услуг, оказанных населению, выросла с 6,4 до 8,2 % [22].

На практике сложилась ситуация, когда при формально бесплатной системе здравоохранения фактически имеет место принуждение пациентов к оплате обследования и лечения.

Очень много вопросов вызывает ситуация с заработной платой медицинских работников. «Российская газета» – официальное издание Правительства Российской Федерации – в марте 2017 г. отмечает, что зарплаты врачей растут только в официальных сводках Росстата. В результате «уровень заработной платы квалифицированных врачей по основной должности составляет не более 80 % от средней российской заработной платы, которая осенью прошлого года была 32 тыс. рублей. А существенный “рост” зарплат существует только в сводках Росстата и является артефактом методологии подсчета. Каждый третий медработник в России работает более 40 часов в неделю, а каждый пятый – больше 60 часов (вместо сорока – по закону). Переработки официально не оформляются и, соответственно, не оплачиваются» [23].

Как отмечает проректор Академии труда и социальных отношений А. Сафонов, «при подсчете зарплаты врачей стали считать доходы не только ключевого персонала, но и людей, занимающих руководящие должности, таким образом, средняя цифра стала выше». Далее он продолжает: «Не более трети медицинских работников ощутили рост заработной платы за последние 4 года, а о значительных повышениях оплаты труда говорят не более четырех процентов медработников. Напротив, снижение доходов почувствовали более трети опрошенных, причём каждый пятый говорит о значительном снижении оплаты труда» [23].

На основании приведенных выше данных можно утверждать, что здравоохранение в современной России достаточно быстро теряет признаки общественного блага. Более того, можно вести речь о реальных рисках критической деградации здравоохранения в стране. Хроническое недофинансирование здравоохранения в условиях неэффективной в российских условиях страховой модели здравоохранения ведет к постоянному росту нагрузки на медиков, что неизбежно сопровождается ухудшением качества медицинских услуг. Имеет место массовое «бегство» специалистов в сферу платной медицины, в том числе в форме внешнего совместительства. Перегруженность бюджетных больниц и поликлиник, огромные очереди, прогрессирующий дефицит оборудования и медикаментов вынуждают граждан прибегать к платным медицинским услугам.

Таким образом, без принципиальных изменений модели российского здравоохранения вполне реальной становится ситуация, когда деградация системы приобретет долгосрочный характер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233ru.pdf>.
2. Эрроу К. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения. URL: http://www.seinstitute.ru/Files/veh4-2-8_Arrow_p293-338.pdf.
3. URL: <http://doctortpiter.ru/articles/17033/>.
4. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>.
5. От чего умирает Россия. URL: https://www.zdorovieinfo.ru/bud_v_forme/bud_v_forme_obschie_staty/ot-chego-umiraet-rossiya/.
6. Фоминцев И. Этих врачей нельзя допускать к пациентам. URL: <https://lenta.ru/articles/2017/06/05/medvuz/>.
7. Егоров В. Россия и мир говорят на разных медицинских языках. URL: <https://lenta.ru/articles/2017/02/09/egorov/>.
8. Здравоохранение США (взгляд экономиста). URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/574>.
9. URL: <http://www.vestifinance.ru/articles/49849>.
10. URL: <https://trumpcare.com/trump-care-and-medicare/>
11. Маркс К. Критика Готской программы. URL: http://www.e-reading.by/bookreader.php/1029812/Genrih_-_Kritika_Gotskoy_programmy.html.
12. Бадак А.Н., Войнич И.Е., Волчек Н.М. Всемирная история: в 24 т. Т. 18: Канун Первой мировой войны. М.: Харвест, 1996. URL: <http://knigi.link/rossii-istoriya/vsemirnaya-istoriya-kanun-mirovoy.html>.
13. 19. Oktober 1878 – Reichstag verabschiedet Sozialistengesetz. URL: <http://www1.wdr.de/stichtag/stichtag7836.html>.
14. 15 ярких цитат Отто фон Бисмарка. URL: <http://diletant.media/articles/25467973/>.
15. Баев В.Г. Теория христианского государства VS идеи государства как высшего закона в политико-правовых взглядах Отто фон Бисмарка // Современное право. 2012. № 4. С. 11-15.
16. URL: <http://www.вокабула.рф>.
17. Алпатов Г.М. У истоков социального государства: У. Беверидж // Вестн. Перм. ун-та. 2009. Вып. 1 (8). URL: <http://www.histvestnik.psu.ru/PDF/20091/03.pdf>.
18. URL: <http://www.rbc.ru/rbcfreenews/592b1ef9a7947c527c9f156>.
19. Шевский В.И., Шейман И.М. Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации // Здравоохранение. 2008. № 4. С. 27 – 43.
20. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World // Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008) // URL: <https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa-613.pdf>.
21. Механик А. Пирамида Семашко // Эксперт. 2011. № 30-31 (764). С. 68-72.
22. Оптимизация Российской системы здравоохранения в действии. URL: <http://www.privatmed.ru/article/37/239/2218/>.
23. Гусенко М. Ростом не вышли. URL: <https://rg.ru/2017/03/20/issledovanie-zarplaty-vrachej-rastut-lish-v-svodkah-rosstata.html>

L.S. Fedotova

**HEALTHCARE AS A PUBLIC BENEFIT AND NATIONAL MODELS OF ORGANIZATION
OF THE MEDICAL SERVICES SYSTEM**

In any society there is a rigid contradiction between available resources and needs. The modern civilization has achieved impressive success in solving many problems. It is no longer a matter of opinion that health is the most important public good. In the article national models of the organization of public health services are considered. The quality of medical services and the degree of their accessibility largely determine the current state and prospects for the socio-economic and political situation in the country. It is noted that K. Arrow's interpretation of the market of medical services has not lost its significance. In practice, this is confirmed by the features of the formation of the magnitude of supply and demand and possible options for the behavior of medical personnel. Four basic models of the organization of public health services are analyzed. It is noted that the process of optimizing health care in Russia did not lead to the expected results. Especially many issues are caused by resolving the problems related to the availability of medical services, their quality and the increase in real wages of medical personnel.

Keywords: resources, needs, public good, health, medical services, national health models, state, government, budget.

Федотова Людмила Сайнакаевна,
кандидат экономических наук,
доцент кафедры экономики и менеджмента
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова»
119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
E-mail: kosta-krf@yandex.ru

Fedotova L.S.,
Candidate of Economics, Associate Professor
at Department of Economics and Management
First Moscow State Medical University
named after I.V. Sechenov
Trubetskaya st., 8/2, Moscow, Russia, 119991
E-mail: kosta-krf@yandex.ru