

Тихомиров А.В. Доклад на Пироговском съезде врачей 27.10.2011
«Социально-ориентированная реформа здравоохранения: перспектива
медицинского сообщества» //Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 6.
– С.5-9.

Резюме: реформа здравоохранения состоится, если будет проведена для
людей; health care system reform will be well-grounded being oriented on society.
Ключевые слова: здравоохранение, реформа, правовое положение врача;
health care system, reform, medic legal position.

Российское здравоохранение из светлого прошлого влетело в темное
будущее, да так и застыло на двадцать лет со всеми своими прежними
пороками, обрастая новыми как синяками от столкновения с реалиями.

Два десятилетия разговоров о реформе промчались, а социалистическое
здравоохранение продолжает мирно тонуть во враждебном
капиталистическом окружении.

Реформы нет, маршрута движения нет, да и охраны здоровья – тоже уже
нет.

Здравоохранение в нашей стране подотчетно не людям, а власти, и не по
практическим результатам, а по мере освоения средств государственной
казны в круге бюджетного процесса (рис.1). В круге – только чиновники.
Хотя формально он распространяется и на медиков-бюджетников. Но им
перепадает лишь то, что без них не осияют чиновники, и потому – в условиях
жесткого нормирования этих следовых крох. По существу, пациенты
получают хоть что-то от нищенских щедрот медиков, а не государства.

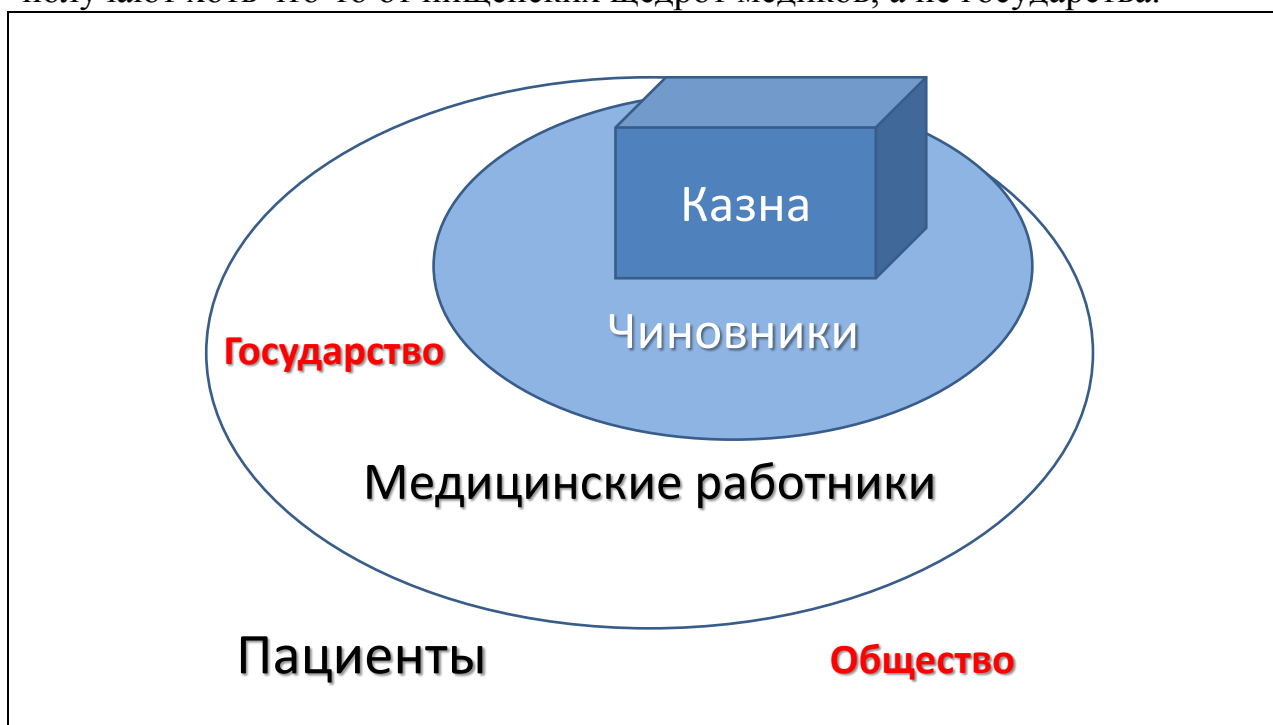


Рис.1. Схема доступа к средствам государственной казны.

Государство тем самым не только девальвирует ценность медицинской профессии. Медики остаются подневольными бюджетным предписаниям батраками государства. Трудовой статус работников, помноженный на ведомственные ограничения, не оставляет им возможности заботиться об интересах пациентов. Они работают на государство, а не на общество. А перед пациентами медики выставляются ответственными за состояние здравоохранения в стране.

Возникает вопрос, а почему, если на государственной службе они не состоят?

И где они трудятся: в обществе или в государстве? Каждый день из общества на работу в государство ходят, как чиновники?

Или это государство болеет, нуждаясь в помощи почти миллиона врачей?

А если в помощи врачей нуждается все-таки общество, то почему их держат при государстве?

Ответов на эти вопросы нет. Уже два десятилетия.

За это время узаконена категория услуги, возникло медицинское страхование, появились внебюджетные фонды. Государство оплачивает медицинские услуги как товар.

Но сохранились из прошлого учреждения. Как терминалы бюджетной черной дыры в социальной сфере. Товарообмен в бюджетной сфере в принципе невозможен.

А экономика не терпит черных дыр. Товарные отношения стали складываться помимо учреждений здравоохранения – с участием их работников.

Притом что здравоохранение заточено на использование, потребление ВВП, только частная медицина работает на его создание. В никуда утекают колоссальные средства.

И от многочисленных ведомственно-законодательных новаций, особенно в последнее время, меняется разве что пропорция, а структура экономики отрасли остается прежней (рис.2).



Рис.2. Структура экономики здравоохранения.

И вот грянул кризис. Надо минимизировать расходы.

Вроде бы естественно сокращать чиновников и их довольствие, как и избавляться от непрофильных активов.

Действительно, медиками создается продукт, оплачиваемый как товар. Это медицинские услуги. А общество с государством в товарных отношениях не состоит. Поэтому нечиновные бюджетники со своими поделками на продажу – это чуждый для государства элемент.

Да и на одного медика с сошкой – семеро чиновников с ложкой. Лечит первый, а с общего бюджета кормятся вторые.

И кризис – хороший повод поставить все с головы на ноги (рис.3).

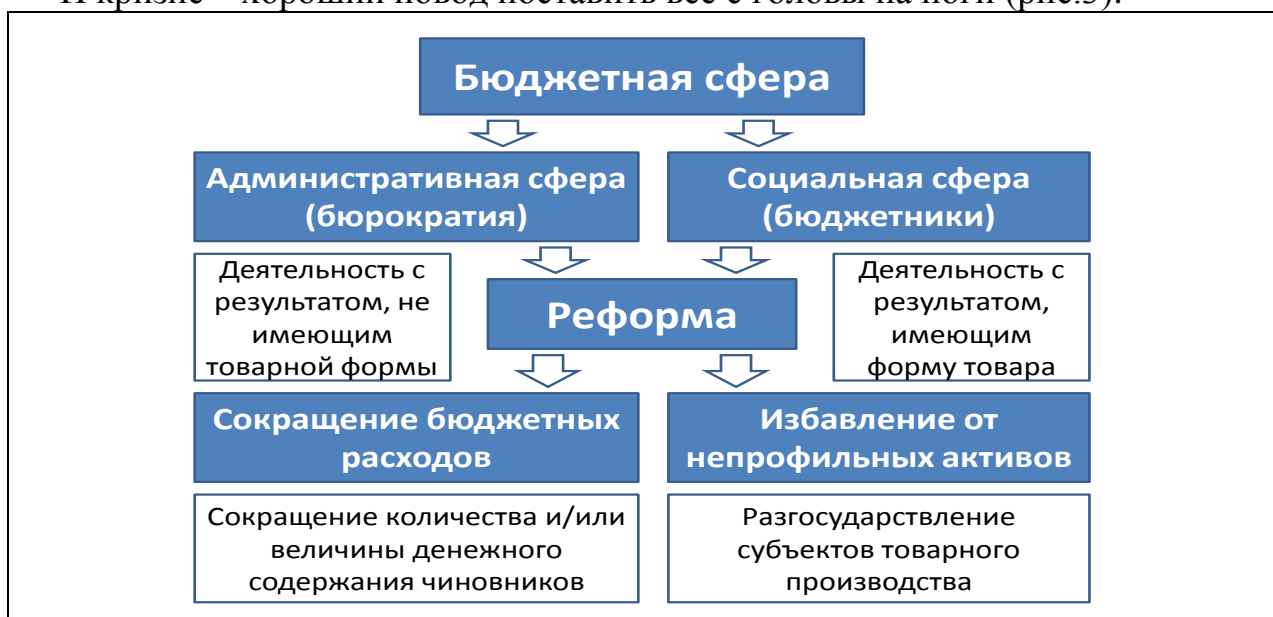


Рис.3. Схема антикризисных мероприятий государства в социальной сфере.

Но есть исторические традиции. Сокращение чиновничества на деле приводит только к его разрастанию... (рис.4).



Рис.4. Реакция численности чиновничества на инициативы ее сокращения.

А бюджетников социальной сферы, казалось бы, самое время отпустить.

Но тут другая загвоздка. Бюджетники у нас – не более чем придаток к имуществу государства, на котором основаны учреждения социальной сферы. Отпустить их – а что будет с имуществом?

Отпустить бюджетников – это и потеря приказного руководства ими. Захотят лишнего. Вон Чехия и Израиль это продемонстрировали.

Вместо этого проводится бюджетная реформа (рис.5). Имущество сохраняется за государством, а при нем – и бюджетники.



Рис.5. Реформа бюджетной сферы.

Учреждения делятся по допуску к паразитированию либо на кармане всех налогоплательщиков (казенные), либо только нуждающихся (автономные), либо на любом (бюджетные). Иными словами, и налоги сохраняются, только увеличиваясь, и узакониваются системность поборов сверх того. Которые поступают в собственность государства.

Государство стрижет купоны с общества.

Осталась, правда, нерешенная мелочь. В роли придатка к имуществу государства, на никакой зарплате медики не могут быть мотивированы к эффективной деятельности. Обещания даже 30% повышения зарплаты к нищенским окладам дела не решит. Выгорание или просто безразличие – а страдают пациенты. Медицина стала массово калечащей, сплошь врачи-убивцы, а отвечает работодатель.

Родилась идея перенести ответственность на медработника. Но при действующем законодательстве он доступен только уголовной ответственности. И вот сначала замминистра говорит про некую «пакетную лицензию», а в проекте новых Основ появляется уже положение об аккредитации врачей. Одновременно тему разделения ответственности поднимает и медицинское предпринимательское сообщество. Работодатели не готовы и дальше нести убытки из-за работников.

По существу, в полный рост встает вопрос о статусе врача как субъекта гражданского права, о чем ранее уже заговорила медицинская общественность.

И именно этот вопрос становится ключевым для перспективы развития отрасли. Все фокусируется на фигуре врача.

Поэтому реформа здравоохранения – не та, которая наделяет пациента декларативными правами, а врача загоняет в клетку запретов и ограничений.

Реформой является такое коренное изменение положения дел, при котором врач мотивирован заниматься здоровьем пациента.

Врачу для этого на самом деле не так много и надо. Ему нужен источник финансирования его деятельности, и не нужны – проблемы с получением денег. Он не должен их выклянчивать.

Нужно место размещения и приема пациентов, обследования и лечения, нужна необходимая медицинская техника, но совсем ни к чему бремя собственности на это имущество. Он должен заниматься своим делом – лечить людей.

А чтобы совершенствоваться, ему нужно находиться в стимулирующей к развитию среде себе подобных. Этого не заменит ни нынешняя ведомственно-трудовая субординация, ни продразверстка на отбывание часов повышения квалификации.

И это – условия *sine qua non*, все или ничего. Прочие – не более чем производные (рис.6).

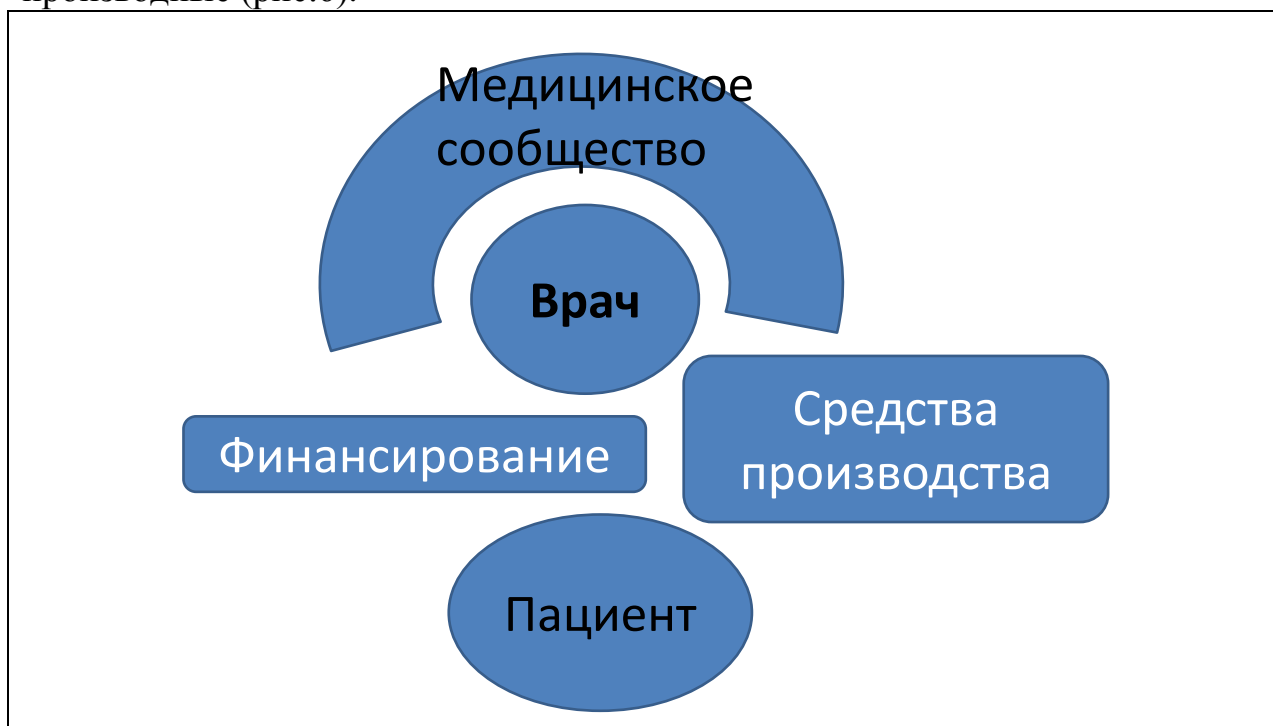


Рис.6. Схема производственных потребностей врача.

Все это может быть достигнуто лишь реальной реформой.

Смысл такая реформа будет иметь, если будет проведена для людей. И превратно полагать, что реформа должна быть лишь для пациентов. Медики – такие же люди, так же имеют свои интересы и потребности, только еще и

ради пациентов. Поэтому реформа должна быть социально-ориентированной, равно для медиков и пациентов.

А для этого нужно, чтобы охрана здоровья, как и ее оплата, происходила в обществе, а не в государстве (рис.7). Из бюджетной сферы здравоохранение должно переместиться в гражданский оборот. И государству предстоит финансировать здравоохранение не на привычном плацу под предписания и приказы, а на площадке гражданского общества на условиях обязательств. Равно как заботиться о том, чтобы у медиков было в достатке то, что их мотивирует к заботе об интересах пациентов. Недоработка государства для этих целей становится очевидной для общества.

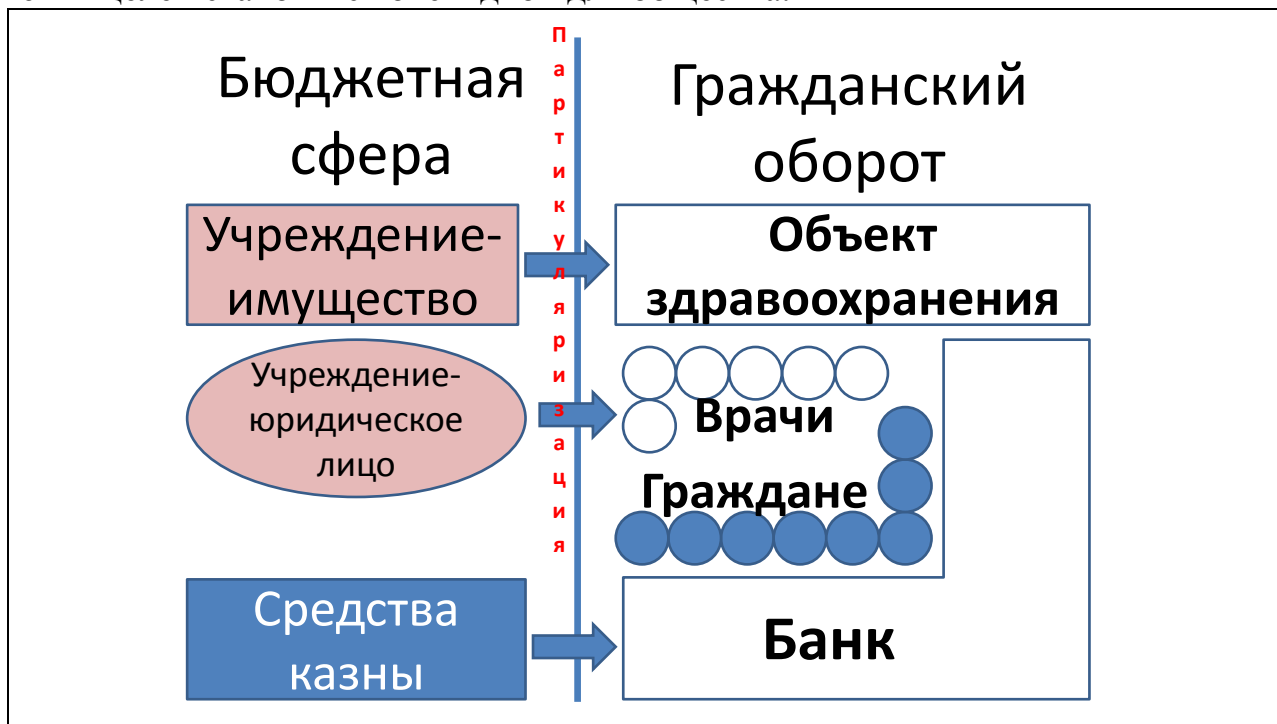


Рис.7. Схема социально-ориентированной реформы здравоохранения.

Партикуляризация учреждений здравоохранения обособляет их юридическую судьбу как субъекта и как объекта, тем самым предотвращая приватизацию государственного имущества.

Имущество сохраняет свое назначение и поступает в ведение специально создаваемых для этого управляющих компаний, которым не принадлежит. Это - помещения, дорогостоящее оборудование, аппаратура и т.д.

Учреждения здравоохранения как юридические лица подвергаются ликвидации. Их персонал утрачивает положение медработников с запретом трудового найма на будущее. Медики становятся самостоятельными экономическими агентами подобно нотариусам, адвокатам, арбитражным управляющим, оценщикам. В отношении с пациентами в последующем они вступают напрямую, без опосредования работодателем.

Финансирование их деятельности происходит также без непосредственного участия государственных структур. Государству для этого достаточно основать банковское заведение с широкой филиальной сетью по всей стране или использовать существующий, например, Сбербанк.

В этом случае нынешняя бюджетная волокита уходит в прошлое. Бюрократии для работы бюджетными счетоводами потребуется совсем немного, остальные – свободны.

Как видим, конфигурация здравоохранения в корне меняется.

В финансовых отношениях с медиками государство переходит на сторону пациента (рис.8). Это принципиально важно, помятуя, что традиционно оно занимает сторону своей собственности, т.е. учреждений здравоохранения.



Рис.8. Механизм оплаты медицинских услуг.

В новой конфигурации государство лишь ведет индивидуальный счет пациента, исходя из потребностей его здоровья, с учетом комплекса патологий, которыми он страдает. А расчеты по этому счету с медиками производятся самими пациентами с помощью банковской карты.

Субъект медицинской деятельности получает оплату услуг не напрямую, как ныне, а опосредованно, через пациента. Пациент голосует государственным рублем за свой выбор. Те медики, к которым пациенты идут, остаются, прочие – сходят со сцены.

Деятельность медиков разворачивается на тех же площадях, что прежде они занимали в качестве работников, и с теми же ресурсами. Но теперь это – не опосредуемые учреждениями средства производства в принадлежности государства в качестве плательщика врачам. Это не только рабочая площадка для диагностики, лечения и реабилитации пациентов для врачей, но и инструмент для государства. Если государство неадекватно оплачивает услуги врачей, они уйдут на вольные хлеба прямой оплаты за счет пациентов. Поэтому государству выгодно держать в рамках себестоимость медицинских услуг без ущерба для оплаты деятельности врачей. Это и позволяет делать содержание средств производства за государственный счет – на условиях сдачи в аренду или безвозмездное пользование для врачей, обслуживающих за

тот же счет пациентов. А чтобы эти объекты функционировали максимально эффективно, ими ведает специализированная управляющая компания – единственная или не единственная в муниципалитете.

Конфигурация платежных отношений при этом может быть разной, цель – одна: создать врачам для медицинской деятельности режим наибольшего благоприятствования. Это становится в интересах государства, имущественными мерами проводящего рациональную социальную политику (рис.9).

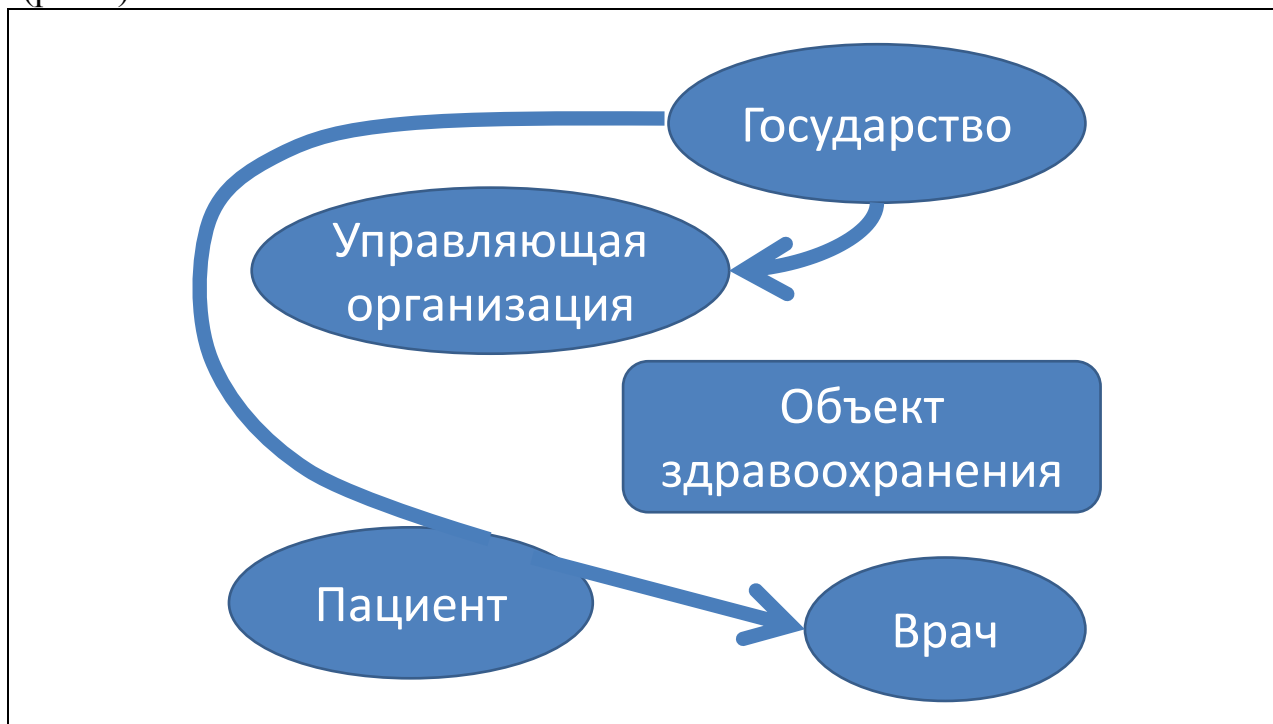


Рис.9. Схема перспективной субъектно-объектной организации здравоохранения.

Благо приобретений всегда сочетается с бременем утрат. С получением экономической самостоятельности врач наделяется и ответственностью, которую прежде нес его работодатель.

Вот тут и возникает необходимость в объединении (рис.10). Потому что в одиночку ни один медик не потянет груз совмещения положения хозяйствующего субъекта и профессионала. Отсюда, в бинарности нового социального положения, возникает и потребность в принадлежности к медицинскому сообществу.

Для существования в хозяйственном обороте медики вступают в некоммерческие партнерства как саморегулируемые врачебные практики на базе объектов здравоохранения – стационаров и поликлиник.

Для существования в профессиональной среде медики вступают в некоммерческие партнерства, которые осуществляют профессиональное самоуправление – профильные, региональные, национальные палаты, союзы, общества и пр. Оценка профпригодности, звания и дисбар, mailpractice и misconduct, повышение квалификации и научно-практические мероприятия – все это прерогатива органов медицинского сообщества.



Рис.10. Схема корпоративной организации медицинского сообщества.

Именно такие объединения призваны упростить и упорядочить деятельность медиков, для чего привлекают самых разных специалистов – финансовых агентов, аудиторов, страховщиков и т.д.

Именно при положении врачей в качестве фриленсеров им и становятся нужными органы медицинского сообщества – не так, как сейчас.

А государство имущественными инструментами способствует деятельности врачей, конвертирующей его экономические вложения в социальную отдачу.

Ради такой конфигурации здравоохранения приходится чем-то поступаться: государству – несостоятельностью руководить медиками, а медикам – несостоятельностью ответственности. Но без этого невозможна и реформа.

Концепция социально-ориентированной реформы сферы охраны здоровья, будучи радикальной, не является революционной. Иного пути, чем адаптация к существующей действительности, у здравоохранения нет. Извести пережитки иждивенчества в отрасли необходимо. Только здоровый прагматизм способен разорвать путы, которые тянут ее в прошлое, не давая развиваться.