

Тихомиров А.В. Гуманитарные проблемы модернизации здравоохранения¹
//Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 3. – С.3-5.

Резюме: показано, что без постановки человека в центр реформы здравоохранения она окажется несостоятельной; revealing that without human centering health service system reform will fail.

Ключевые слова: гуманитарные проблемы, здравоохранение; реформа; humanist problems, health service system, reform

Социальное государство, как известно, берет на себя в объеме, соответствующем его возможностям, обеспечение определенного уровня жизни своих граждан, удовлетворение их материальных и духовных потребностей. Это означает, что государство в пределах своих возможностей обеспечивает не равенство в *распределении* благ, как сейчас, а справедливость в их *получении* в зависимости от индивидуальной нуждаемости. Это означает также, что государство обеспечивает справедливое удовлетворение потребностей одних не за счет равенства в бедности других, как сейчас, а за счет эффективной социальной отдачи от вложений в экономику социальной сферы.

Здравоохранение существует для людей – для тех, кого врачуют, и тех, кто врачует. Социальный результат – здоровье – нужен первым, и для его достижения соответствующая деятельность осуществляется вторыми. В этом ракурсе, очевидно, единственно и можно рассматривать проблематику модернизации и постмодернизационного функционирования и развития здравоохранения.

О каком здоровом образе жизни всерьез можно говорить, когда практическая медицина не мотивирована даже лечить? О каком лечении можно говорить, если вместо этого врач вынужден заниматься писательством отчетов? О каком финансировании отрасли можно говорить, если врач – нищ, а пациент вынужден содержать здравоохранение вторым-третьим бюджетом, докупая нужное и приплачивая врачу?

Следовательно, только в том случае модернизация здравоохранения достигнет цели, если врачи будут заниматься своим хорошо *оплачиваемым* делом, и пациенты будут заниматься своим здоровьем безотносительно *дороговизны* медицины. Зарубежный опыт показывает, что это – возможно.

В том и состоит суть социальной политики государства в сфере охраны здоровья, чтобы повернуть существующие бездушные механизмы организации и финансирования здравоохранения лицом к людям.

В настоящее время эти механизмы повернуты исключительно лицом к государству, бюрократии, казне. Чиновник в скверно работающей системе бюджетного распределения волен и себя не обидеть, и скупыми щедротами

¹ Доклад на Второй Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы новой здравоохранительной политики (НЗП), общественного здоровья и здорового образа жизни в условиях системной модернизации отечественной экономики» прошла 19-20 апреля 2011 года на площадке Общественной Палаты РФ.

государства распорядиться по своему усмотрению, и врачам скудный корм задать, и пациентам барственно отказать. Потому что здравоохранение у нас складывается в государстве, в бюджетной сфере.

Но ведь болеют-то – люди, а не государство. И лечат их тоже – люди, а не государство. И люди лечат людей не в государстве, а в обществе. Государство же призвано оплачивать услуги тех, кто лечит, в пользу тех, кого лечат. У нас же оказание и оплата медицинских услуг происходит в государстве, а их получение пациентами – в обществе.

Почему так происходит? Потому что между медиками и пациентами существует *посреднический* механизм отраслевого ведомства – крайне прожорливый в свою пользу и крайне неэффективный для тех и других. В рамках бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения он объединяет и институты управления, и институты квази-финансирования отрасли, и институты квази-поставщиков медицинских услуг. Средства государственного финансирования осваиваются органами и учреждениями здравоохранения в *замкнутом круге бюджетного распределения*, к которому непричастны ни те, кого лечат, ни те, кто лечит, по принципу «Бери, что дают!».

Но ведь социальный результат создается не от *финансирования* органов и учреждений здравоохранения, а от практической деятельности, имеющей экономический характер реализации создаваемой *ценности* – товаров, работ, услуг медицинского назначения.

Именно социальный результат создается *частной* медициной, причем – в отсутствие органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения и даже финансовых структур.

Следовательно, социальный результат не является *прерогативой* ведомственной организации здравоохранения, как не является *противопоставлением* частной медицине. Более того, парадокс заключается в том, что подведомственное здравоохранение ориентировано не на достижение социального результата, а на освоение бюджетных средств под всего лишь *обоснование* достижения такого результата. Социальный результат в подведомственном здравоохранении получается как *побочный продукт* освоения бюджетных средств учреждениями здравоохранения, для которых пациенты – не более чем единицы финансового учета.

А в частной медицине социальный результат является *прямым* – хотя бы и не прямо-пропорциональным – *следствием* экономической деятельности. Именно этим частная медицина отличается от реального сектора экономики, который принимает участие в создании социального результата *опосредованно* – через налоги. И частная медицина подвержена укорам лишь в том, что, не имея своих финансовых институтов, как в подведомственном здравоохранении, существует за счет прямых, а не опосредованных государством платежей.

Тот факт, что социальный результат является следствием экономической деятельности, а не финансирования органов и учреждений здравоохранения, приводит к пониманию того, что доля здравоохранения в ВВП определяется

не объемом *вложений*, а величиной совокупного *оборота* продукта экономической деятельности в отрасли. И снова только частная медицина в состоянии продемонстрировать результат собственно экономической деятельности, поскольку подведомственное здравоохранение богато лишь объемами государственных вложений и нормативных квази-эрзац-суррогатов услуг и их оплаты.

Частная медицина имеет то преимущество для общества, что состоит из равноудаленных от государства поставщиков медицинских услуг. Они не находятся на содержании государства за счет налогового бремени общества, как учреждения здравоохранения. Ничем, кроме договорных обязательств, они с государством, если оно оплачивает их продукцию в пользу пациентов, не связаны, но ровно по этим обязательствам и несут ответственность.

Частная медицина – экономически организованная альтернатива подведомственному здравоохранению. Она не противопоставляется обществу, как подведомственное здравоохранение, поскольку именно в обществе и развивается.

Надуманым является противопоставление частной медицины и бесплатности оказания медицинской помощи. Факт допуска частной медицины к участию в программах ОМС свидетельствует, что она способна функционировать и на государственном финансировании.

Частная медицина далеко не всегда является коммерческой, поскольку может существовать в форме некоммерческих организаций. А для общества важно именно некоммерческое реинвестирование капитала в отраслевой оборот, а не коммерческая свобода его перетекания вовне.

Для целей инновационного развития отрасли инвестиционный климат в ней имеет определяющее значение. При бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения инвесторов не находится – капиталы не готовы вкладываться в проедание. Напротив, частная медицина привлекательна для инвестиций, поскольку воспроизводит ценности, принося отдачу от вложений.

Получается, что на экономическом поле в отрасли частная медицина имеет неоспоримые преимущества перед симбиозом органов и учреждений здравоохранения и финансовых институтов бюджетной сферы.

Частная медицина – не только не препятствие для модернизации здравоохранения, но единственно возможным *исходом* такой модернизации у нас может быть только частная медицина. И пока она не станет таковой – модернизация здравоохранения не состоится. Модернизация здравоохранения *начинается* с разгосударствления практического звена.

И если частная медицина в отношениях с пациентами обходится без посредничества отраслевого ведомства, будучи способна функционировать равно на частном и на государственном финансировании, то проблема модернизации здравоохранения зависит от того, как с разгосударствлением практического звена изменится роль отраслевого ведомства.

С одной стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для государства означает избавление от бремени содержания непрофильных

активов и переход только к финансовому менеджменту в договорных отношениях с частной медициной – пресловутому «одноканальному финансированию». Для отраслевого же ведомства это означает субтотальное избавление от бюрократии, ненужной в отношениях с частной медициной.

С другой стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для общества означает, что государство как плательщик в пользу граждан за оказываемые им медицинские услуги выступает на стороне их интересов, а не на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения, как сейчас.

С третьей стороны, разгосударствление учреждений здравоохранения для медицинского сообщества объективно представляет собой благо, но субъективно не может быть воспринято иначе, чем посягательство на привычную устоявшуюся энтропию. Ведь для существования в новых условиях придется осваивать новые знания за пределами сугубо медицинских.

Кроме того, медицинское сообщество ныне является неоформленным и разрозненным ведомственно-трудовой подчиненностью, а многочисленные ассоциации, общества и пр. организации, выступающие от его имени, в действительности не представляют его большинства, чтобы выразить консолидированные интересы профессиональной общественности. Вполне возможно, что в стремлении ничего не менять медицинское сообщество окажется настолько же реакционным, как и ведомственная бюрократия.

Аналогично, сообщество пациентов не является сплоченным общим пониманием своих интересов. Но пациентскую общественность едва ли озаботит разгосударствление учреждений здравоохранения при условии осознания, что частная медицина не противоречит бесплатности здравоохранения. И в стремлении к изменениям пациенты, похоже, являются самой активной силой, которой нечего терять.

Иными словами, действительная модернизация здравоохранения для блага тех, кого лечат, и тех, кто лечит, ведет к противопоставлению объективных интересов государства и пациентского сообщества субъективным интересам бюрократии и превратно понимаемым интересам медицинского сообщества.

Отсюда ясно, во-первых, что модернизация здравоохранения не может быть доверена ведомственной бюрократии – по образному выражению бывшего мэра Москвы это все равно, что предложить лягушкам осушить болото.

Во-вторых, модернизация здравоохранения не может быть доверена представителям медицинской практики – реформа предполагает стратегическое экономическое, правовое и организационное видение медицины, а не узкое медицинское видение экономики, права и управления в здравоохранении.

В-третьих, модернизация здравоохранения не может быть доверена специалистам извне здравоохранения – нельзя мерой знаний в организации водного транспорта, в экономике труда или в праве социального обеспечения осуществить реформу сферы охраны здоровья.

Исходя из вышеизложенного, модернизация здравоохранения – это дело ориентированных в организации частной медицины экономистов, юристов и управленцев, способных выбрать целесообразную концепцию модернизации здравоохранения и убедить пациентское и медицинское сообщества, политические партии и высшее руководство страны и государства в ее правильности.

Изменения в государстве – как, например, административная реформа 2003 года – требуют обсуждения в обществе, а уж изменения в самом обществе, особенно в такой чувствительной сфере, как здравоохранение – тем более. Нынешняя келейность разработки отраслевым ведомством законодательных рецептов для общества в сфере охраны здоровья недопустима. Да и сама модернизация здравоохранения не произойдет в порядке «скорой помощи». Поэтому вдумчивый выбор, глубокая проработка и широкое обсуждение обществом и планомерное, возможно, небыстрое внедрение – условие реализации проекта модернизации.

Таким образом, охрана здоровья осуществляется в гуманитарном процессе взаимного удовлетворения интересов членов общества. Пренебрежение этим, как и общественным мнением ведет к нежизнеспособности любой реформы в социальной сфере. Мифология угроз частной медицины в рамках идеологических клише прежнего времени контрпродуктивна. Куда большие угрозы исходят из сохранения бюджетно-учрежденческой организации здравоохранения. Пришла пора государству не только о богатстве власти, но и об обделенности подвластных подумать – о пациентах, врачах и их бедах. Если государство стремится к эффективному социальному проектированию, то выбор гуманитарных «точек роста» модернизации создает основу, а обсуждение в обществе – жизнеспособность ее осуществления.