

О РЕФОРМЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. Сопуев

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, национальная реформа, государство.

ON THE REFORM OF NATIONAL HEALTH

A.A. Sopuev

NSC MoH KR, Bishkek, Kyrgyz Republic

Keywords: healthcare, financing, national reform, state.

После обретения независимости изменившиеся социально-политические условия в Кыргызстане привели к изменениям во всех сферах общества. Коснулось это и здравоохранения. Однако его низкая эффективность не уменьшает накал страстей в обществе по поиску наиболее оптимального пути реформирования национального здравоохранения. По моему мнению, за основу развития здравоохранения в Кыргызстане следует взять концепцию известного российского ученого А.В. Тихомирова о социально-ориентированной модернизации здравоохранения.

Обычно о здравоохранении судят по показателям социальной среды: заболеваемость, смертность и т.д., а также по медико-организационным показателям, таким как коечный фонд, посещения и т.д.

Как правило, о проблемах постсоветского здравоохранения говорят, исходя из пафоса профессии,

гуманности медицины и малости заработной платы медицинского персонала. Решения обычно усматриваются в повышении доли финансирования здравоохранения в ВВП, росте заработной платы медиков и заимствовании зарубежного опыта.

Организационно-финансовым состоянием здравоохранения недовольны одинаково медицинские работники и пациенты. Первые, будучи поставлены в социальное положение нищих, получают мзду от вторых, которые в результате содержат здравоохранение двойным бюджетом - за счет налогов и за счет поборов. При этом вторые в 4 раза более активны, чем первые, в предложениях путей исправления ситуации.

Государство же, пренебрегая ими, продолжает политику, унаследованную с прежних времен. Полагаясь на общепринятую в мире долю затрат на здравоохранение в ВВП, государство лишь увеличивает финансирование отрасли. Именно эти цели преследуют

приоритетные национальные проекты в здравоохранении.

Очевидно, не то и не так поставили во главу. А что во главе? Сформирована ли вообще перспективная модель здравоохранения и понимание того, как этого добиться с помощью реформ? Жизнь показывает, что нет. Нет ни идеологии пореформенного здравоохранения, ни идеологии реформ.

В настоящее время постсоветское здравоохранение - это социалистический анклав в капиталистическом окружении. Модель Семашко ориентирована на потребление, на использование ВВП. Здравоохранению сколько не дай - все будет мало. Потому что оно привыкло только тратить.

Однако в капиталистическом обществе социалистическая модель организации здравоохранения не работает. Работоспособной является такая модель здравоохранения, которая соответствует политическим, экономическим и юридическим реалиям капиталистического общества, как это существует повсеместно в мире.

За рубежом - такие же врачи и такие же пациенты. И здравоохранение есть везде. Там не было социализма, а потому товарные отношения в здравоохранении сложились изначально. И налоги там платят так же. Но почему-то и врачи живут достойно, и пациентов не унижают, и в большинстве - все довольны.

Отсюда возникают два вопроса: что за рубежом есть такое, чего нет у нас, и чего за рубежом нет такого, что есть

у нас.

За рубежом есть товарные отношения, основанные на договоре. И если плательщиком является не сам гражданин, то в его пользу платит третье лицо, в том числе государство.

За рубежом нет учреждений здравоохранения. Учреждения - есть (в германской группе государств), но они основаны на собственном имуществе. А учреждений здравоохранения - нет. Куда обращается гражданин за медицинской помощью? К частнопрактикующему врачу либо в частную медицинскую организацию. Этот бизнес основан на частной, а не публичной (государственной) собственности. Есть и исключения, когда государство нетоварным путем дотирует медицинские организации. Но они не становятся от этого государственными. Различия лишь в том, коммерческими или некоммерческими они являются, то есть работают на дивиденды учредителям или обращают прибыль на реинвестирование осуществляемой деятельности.

В Кыргызстане учреждения основаны не на своем имуществе. Получают - не свое, используют - не свое, тратят - не свое. Государственное. Основанные на несобственном имуществе, учреждения здравоохранения безответственны перед пациентом. Они безответственны и перед собственником (государством), оплачивающим их долги оплачиваются из казны.

Иждивенчество является модусом существования национального здравоохранения. Это разворачивает как администрацию, так и персонал, безразличных к тому, что не

составляет их личного имущественного интереса, и, напротив, живо заинтересованных в том, что обеспечивает их личными доходами. Отсюда - коррупция и мздоимство.

Равно главные врачи учреждений здравоохранения, заведующие отделениями и врачебный персонал различают доходы и заработную плату, и рост первых во времени опережает рост второй. При этом руководители учреждений здравоохранения, т. е. лица, принимающие решения, не мыслят экономическими категориями, что было бы обязательно, будь они причастны к реальному нахождению в экономическом обороте.

Государство содержит учреждения здравоохранения из казны. Но и доходы забирает в казну. Деньгами государство, по существу, платит самому себе. А с пациентами расплачивается медицинскими услугами, оказываемыми учреждениями здравоохранения. Пациенты - вне механизма оплаты этих услуг. В принципе они нужны для этого лишь как "посещения" и "койки". Государство позиционируется не на стороне пациента, а на стороне принадлежащих ему учреждений здравоохранения.

Это обуславливает существующую структуру нерыночной экономики здравоохранения, которая, будучи основана на использовании ВВП, охватывает бюджетные учреждения здравоохранения и, по существу, противостоит рыночной экономике создания ВВП в здравоохранении, формируемой частными медицинскими организациями. Единой экономики здравоохранения не существует.

А в качестве отрасли здравоохранение охватывает государственные органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения: первые - вне экономики, вторые - вне рыночной экономики (рыночную экономику создает только частная медицина). Но, будучи в части - хотя бы и квази-эксплоативной - экономикой, здравоохранение не находит соответствующего места и в механизме государства. Здравоохранение не относится к государственной службе. Тем самым здравоохранение не является отраслью экономики, одновременно не входя в механизм государства. Положение здравоохранения как отрасли является неопределенным.

И как собственник учреждений здравоохранения, и как плательщик за оказываемые ими гражданам медицинские услуги государство лишь декларирует позиционирование здравоохранения в социальной сфере, на деле - то есть имущественной зависимостью - не выпуская его за пределы публичной сферы. Такого рода диссоциация имеет исключительно центростремительную имущественную природу и лишает складывающиеся в здравоохранении отношения свойств товарообмена, а платежный механизм - ориентации на интересы пациента.

Тем самым задачами реформирования здравоохранения являются:

- превращение учреждений здравоохранения в организации, отвечающие по своим делам, в том числе перед пациентом, собственными деньгами;

- включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг;

- достижение баланса экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов при оплате медицинских услуг.

Превращение учреждений здравоохранения в собственников возможно путем преобразования в формы частных организаций (партикуляризация), что связано с приватизацией закрепленного за ними имущества. С целью ее избежать существует механизм предварительного изъятия у них этого имущества и создания на его основе по всей республике сети объектов здравоохранения для размещения субъектов медицинской деятельности на условиях аренды.

Включение граждан в механизм оплаты оказываемых им медицинских услуг состоит в наделении их единым платежным документом так, чтобы каждый был волен выбирать медицинскую организацию и голосовать государственными деньгами за свой выбор.

Экономия государственных затрат на социальную сферу способно обеспечить сведение многочисленных на сегодняшний день фондов в единый медико-социальный фонд, в рамках которого должная диверсификация по направлениям оплаты приведет к прозрачному учету финансовых операций, предотвращая возможные злоупотребления.

Для оперативности производства платежей и воспроизводства средств, обслуживающих интересы общества, в том числе финансирования здравоохранения, необходимо их отделение от средств, обслуживающих интересы государства. Если управление вторыми - удел казначейства, то первые для управления в соответствии с названными целями нуждаются в размещении в банке. Такой банк может быть учрежден государством. В нем также могут размещаться капиталы субъектов медицинской деятельности, и в этом случае он становится зеркалом экономического оборота в здравоохранении.

Баланс экономических интересов государства и хозяйствующих субъектов достигается через создание механизма регулирования себестоимости медицинских услуг с помощью налоговых послаблений, экономических компенсаций и льгот, в частности при оплате аренды.

Тем самым социально-ориентированная прагматизация здравоохранения способна обеспечить радикальное исправление нынешнего положения дел в здравоохранении, избирательно ассимилировав зарубежный опыт и вобрав лучшее из нашего здравоохранения.