

15231

Рубрика: ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Резюме: предложена единая схема оценки концепций реформы здравоохранения; health care system reform conception integrated appraisal scheme is proposed.

Ключевые слова: концепции социальных преобразований, реформа здравоохранения, схема оценки; conception of social transformation, health care system reform, appraisal scheme.

ОЦЕНКА КОНЦЕПЦИЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.С.Акопян, А.В.Тихомиров

В период возобновления после паузы, возникшей с середины 90-х годов, инициатив создания различных концепций реформирования сферы охраны здоровья возникает необходимость их оценки по единым правилам реалистичности и соответствия существующим в стране политическим, экономическим и правовым условиям.

Этого требует и существенное расхождение между понятийным аппаратом социалистической организации здравоохранения по модели Семашко и капиталистической организации общества.

Сложившиеся установки здравоохранения известны и в новых условиях продвигают прежние идеи. Так, депопуляция и демографический кризис, сверхсмертность, низкая рождаемость объясняются недостаточностью финансирования здравоохранения, а отсюда необходимостью усиления материально-технической базы учреждений здравоохранения, повышения доступности здравоохранения, изменения финансирования здравоохранения и т.д. В контексте такого понимания добавляются потребности нового времени (выбор врача, медицинского учреждения и страховой организации и т.д.). Именно в парадигме сохранения социалистической модели Семашко сформулированы бюджетная реформа, реформы здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Не потому, что модель Семашко плоха сама по себе (она была лучшей в мире тогда, когда соответствовала общественному строю, в котором возникла и развивалась), а потому, что общественный строй изменился, она не способна ему соответствовать в изменившихся условиях.

Если в советском государстве оно, охватывая все общество, предпринимало меры государственного строительства, ассоциированные с изменениями в обществе, то в новое время возникло расхождение между процессами государственного строительства и общественного развития. Государство оторвалось от общества, но, как и прежде, пытается доминировать в его жизнедеятельности в своем видении его нужд и ожиданий. Тем самым реформы, которые проводит государство по традиции в свою пользу и считающиеся им пригодными для общества, на деле не корреспондируют реальным процессам в обществе.

Выдвигаемые в обществе концепции реформирования здравоохранения также исходят каждая из своего понимания преобразования той же модели Семашко, притом что смысл реформирования фокусируется не более чем на скудости

финансирования отрасли государством либо на реструктуризации практического здравоохранения, либо на том и другом вместе.

В связи с этим и возникает необходимость выяснения отправных начал, критериев оценки и ориентиров пригодности концепций реформирования сферы охраны здоровья.

Выяснение отправных начал этих концепций необходимо для того, чтобы понять, что включает, какой смысл содержит, на каких принципах, реперных точках построена любая из них.

Выяснение критериев оценки этих концепций необходимо, чтобы каждая из них продемонстрировала соответствие единой мере нужд и ожиданий общества от охраны здоровья.

Выяснение ориентиров пригодности этих концепций для практического внедрения необходимо для того, чтобы понять, что каждая из них несет на выходе, помимо деклараций и предположений.

Если концепция построена на основе воспроизводства клише модели Семашко, отвлеченного от удовлетворения нужд и ожиданий общества, и пронизана логикой негатива настоящего и лозунгами на будущее, очевидно, она не несет конструктивной идеи переустройства отрасли.

Если концепция основана на радикальных идеях приватизации и/или упразднения – хотя бы в части – бесплатного здравоохранения без мобилизации существующих в отрасли ресурсов оптимизации расходов, такая концепция тоже является половинчатой и не соответствует своему назначению.

Если концепция предполагает решение проблем отрасли сугубо медико-технологическими мерами, минуя экономику и право, она также едва ли имеет перспективу реализации.

В качестве отправных начал концепции, прежде всего, должны предполагать проведение социальной реформы в сфере охраны здоровья. Именно социальное, а не ведомственное или бюджетное переустройство в сфере охраны здоровья единственно может быть предметом реформы.

Реформа может состоять лишь в приведении парадигмы устройства сферы охраны здоровья к парадигме существования общества: при товарной организации общества может быть только товарная организация сферы охраны здоровья.

Социальный результат (общественное здоровье) есть следствие производительной деятельности. Демография является следствием не финансирования, а мотивированной экономической деятельности в сфере охраны здоровья, причем не прямо пропорциональным – не все зависит от охраны здоровья.

Государство управляет денежными средствами, распределяя их на нужды общества. Социальная политика осуществляется государством посредством публичного финансового менеджмента в отраслевом обороте медицинских услуг.

Государство в качестве плательщика в пользу граждан может быть связано с товаропроизводителями только платежным механизмом, но не имущественной принадлежностью. Поставщики медицинских услуг равноудалены от государства, действующего в интересах граждан.

Государство осуществляет оплату медицинских услуг не в бюджетной сфере, как в настоящее время, а через гражданские платежные механизмы – в гражданском обороте.

Выгодоприобретатель, в пользу которого платит государство, не может быть непричастен к механизму этих платежей. Гражданин должен голосовать государственным рублем за свой выбор поставщика медицинских услуг

Реформа может происходить только по соответствующим институтам: мера переустройства одного института непригодна для переустройства другого. Изменение финансирования влияет на институты финансирования, а не практического звена в здравоохранении, и наоборот.

Отправным началом концепций реформирования сферы охраны здоровья должны корреспондировать критерии их оценки.

Таким критерием, прежде всего, является соответствие нуждам общества, а не государства и бюрократии: насколько результат реформы ориентирован на удовлетворение нужд общества? Ведь если замысел реформы оказывается отвлеченным от таких целей, она окажется несостоятельной.

Таким критерием является также соответствие реалиям, а не лозунгам: насколько результат реформы вписывается в социально-политические, экономические и правовые реалии? Ведь если отрасль останется в существующем состоянии несоответствия окружающей действительности, реформа теряет смысл.

Другим критерием является ясность социальной политики государства в сфере охраны здоровья: насколько результат реформы делает прозрачной последующую политику государства в социальной сфере? Ведь если политика государства останется такой же неизвестной для общества, как сейчас, то и в пореформенном состоянии отрасль будет лишена устойчивых ориентиров функционирования и развития.

Следующим критерием является позиционирование интересов в отрасли: насколько результат реформы расставляет участников общественных отношений в отрасли в соответствии с их действительными интересами? Ведь если эти интересы не учтены или неправильно позиционированы, отношения в отрасли в действительности будут складываться иначе, чем они смоделированы.

Еще одним критерием является экономическая организация отрасли: насколько в результате реформы отрасль подвергается товарообменному преобразованию? Ведь если товарообмен в отрасли в действительности происходить не будет, эквивалентность встречных предоставлений не возникнет, то рассчитывать на эффективность отдачи от вложений государства в отрасль невозможно.

Критерием оценки концепций реформирования сферы охраны здоровья является также социальная ориентированность организации отрасли: поставлен ли гражданин в центр механизма оказания и оплаты предоставляемых ему медицинских услуг? Ведь если, как в настоящее время, получатель этих услуг оказывается вовне отношений плательщика и исполнителя, то эти отношения по-прежнему складываются помимо его интересов.

Наконец, таким критерием является также наличие механизма реализации концепции (переходного и итогового): реализуема ли посредством предлагаемых мер концепция, произойдет ли с этим реформа и обусловит ли функционирование

и развитие отрасли в пореформенный период? Ведь если концепция нереалистична, реформа не состоится и не повлечет ожидаемых изменений в отрасли.

Отправным началом концепций реформирования сферы охраны здоровья и критериям их оценки должны корреспондировать ориентиры пригодности этих концепций.

Одним из таких ориентиров является благо для общества, которое несет реформа. Такое благо должно быть определимым, измеримым и доступным оценке. Исходя из того, что экономическая деятельность в социальной сфере своим прямым (хотя бы и не пропорциональным) следствием имеет социальный результат, показателем блага для общества является величина отраслевого оборота, а показателем его недостаточности – демографические изъяны. Понятно также, что и издержки реформы не должны превосходить результирующее пореформенное благо. Концепция реформы, ориентированной на достижение экономическими мерами блага для общества, достойна реализации.

Другой ориентир – осуществление здравоохранения в обществе, а не в государстве. Не государство нуждается в медицинской помощи, а общество. И для оказания медицинских услуг, и для их оплаты, в том числе государством, существует гражданский оборот, а не бюджетная сфера. Концепция реформы, ориентированной на осуществление здравоохранения в обществе, достойна реализации.

Следующий ориентир – действия государства в сфере охраны здоровья в интересах общества, а не в интересах самого государства. Это демонстрирует и ракурс правового регулирования, и фискальная политика в отрасли, и размещение государством средств казны в сфере охраны здоровья: нужен правовой режим социального заказа, а правовой режим государственного заказа свидетельствует об обратном. Насколько далеко государство готово идти в интересах общества в социальной политике показывает, насколько власти близки нужды и ожидания подвластных. Концепция реформы, ориентированной на присутствие государства в сфере охраны здоровья ради интересов общества, достойна реализации.

Еще один ориентир – учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений в сфере охраны здоровья. Если отдельные группы общества не усматривают своей мотивации участия в этих отношениях, вся модель демонстрирует несостоятельность. Мотивация – единственное, что стимулирует каждого заинтересованно участвовать в общественных отношениях. Концепция реформы, ориентированной на учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений в сфере охраны здоровья, достойна реализации.

Ориентиром пригодности концепции реформирования здравоохранения является также единство диверсифицированного отраслевого оборота. Это означает, во-первых, что реформа должна упразднить существующую бинарность сферы охраны здоровья в противопоставлении подведомственного здравоохранения и частной медицины; во-вторых, отраслевой оборот должен быть должным образом диверсифицирован и сегментирован по различиям правового режима; в-третьих, отраслевому обороту должна быть законодательно придана та специфика, которая обособляет его от реального сектора экономики.

Концепция реформы, ориентированной на единство диверсифицированного отраслевого оборота, достойна реализации.

Еще один ориентир – интеграция пациента во все социальные процессы, касающиеся его здоровья. Общественное здоровье – это не обобщенная статистика здоровья населения для государства, это совокупные показатели индивидуального здоровья каждого гражданина в значении для общества. Общественное здоровье только в той мере зависит от мер охраны здоровья, в какой это доступно медицине. Помимо медицинских существует множество социальных факторов, влияющих на общественное здоровье. Соответственно, не государство, а общество должно определять значение этих факторов для себя и значение каждого голоса своих членов для государства, обязательное для реагирования. Соответственно, государству надлежит иметь необходимый фонд мобильного реагирования на неблагоприятные изменения социальной среды. Концепция реформы, ориентированной на интеграцию пациента во все социальные процессы, касающиеся его здоровья, достойна реализации.

Наконец, ориентиром пригодности концепции реформирования здравоохранения является разработанность транзитологической дорожной карты, т.е. своеобразного путеводителя в заданной системе координат реформы и пореформенного устройства сферы охраны здоровья, в соответствии с которым каждый отдельный элемент обнаруживает свое состояние в динамике преобразований (разумеется, речь идет не о медико-технологической, а об организационной стороне дела). Концепция реформы, ориентированной на создание информативной транзитологической¹ дорожной карты, достойна реализации.

Таким образом, концепции реформы здравоохранения нуждаются в оценке, приведенной к таким объективным положениям, пренебрежение которыми свидетельствует об отсутствии самой идеи реформирования в соответствующей концепции. Единая схема оценки концепций реформы здравоохранения (рис.1) позволяет провести пошаговый анализ любой из них в панорамном видении ситуации в целом.

¹ транзитология – наука, изучающая трансформационные процессы

| Сложившиеся установки | Отправные начала концепций | Критерии оценки концепций | Ориентиры пригодности концепций |
|--|---|---|--|
| Реформа здравоохранения, реформа ОМС, бюджетная реформа | Социальная реформа в сфере охраны здоровья | Соответствие нуждам общества, а не государства и бюрократии | Благо для общества |
| Демографический кризис | При товарной организации общества – товарная организация сферы охраны здоровья Демография является следствием не финансирования, а мотивированной экономической деятельности в сфере охраны здоровья, причем не прямо пропорциональным – не все зависит от охраны здоровья | Соответствие реалиям, а не лозунгам | Здравоохранение – в обществе, а не в государстве |
| Недостаточность финансирования | Публичный финансовый менеджмент в отраслевом обороте медицинских услуг | Ясность социальной политики государства в сфере охраны здоровья | Государство – для общества, а не для себя |
| Необходимость усиления материально-технической базы учреждений здравоохранения | Равноудаленность поставщиков медицинских услуг от государства, действующего в интересах граждан | Позиционирование интересов в отрасли | Учет мотивации всех и каждого участника общественных отношений |
| Повышение доступности здравоохранения | Государство через гражданские механизмы | Экономическая организация отрасли | Единство диверсифицированного |

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|
| | платит поставщикам медицинских услуг в пользу граждан | | отраслевого оборота |
| Выбор врача, медицинского учреждения и страховой организации | Гражданин должен голосовать государственным рублем за свой выбор поставщика медицинских услуг | Социальная ориентированность организации отрасли | Интеграция пациента |
| Изменение финансирования здравоохранения | Изменение финансирования влияет на институты финансирования, а не практического звена в здравоохранении, и наоборот | Наличие механизма реализации концепции (переходного и итогового) | Транзитологическая дорожная карта |

Рис. 1. Единая схема оценки концепций реформы здравоохранения