

КОНФЕРЕНЦИИ

Т. Н. Филиппова

Российское здравоохранение: какой диагноз?



ФИЛИППОВА Татьяна Николаевна — преподаватель кафедры экономической социологии (Москва, Россия).

E-mail: filippova@hse.ru

2–5 апреля 2013 г. состоялась XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества, организатором которой являлся НИУ ВШЭ¹. Одна из сессий конференции затрагивала проблематику института здравоохранения. В её рамках состоялись три заседания. Первые два были сфокусированы на общих вопросах развития здравоохранения, третье — на социологии медицины. Участниками сессии стали экономисты, социологи и специалисты в области государственного и муниципального управления. Также в рамках конференции прошёл круглый стол «Новая социальная политика: замыслы и реализация», где среди прочего обсуждалась концепция реформы российского здравоохранения. Подавляющее большинство докладов основывались на российских данных либо в них сравнивалась российская специфика с опытом зарубежных стран. В статье делается обзор именно этих выступлений.

Работа сессии началась с выступления Р. Ф. Габидуллиной, аспирантки факультета государственного и муниципального управления МГУ им. М. В. Ломоносова, посвящённого проблеме рейтингования *медицинских учреждений*². По мнению докладчика, составление рейтингов имеет множественные задачи. Прежде всего, ранжирование даёт ориентиры в отношении качества услуг, что важно как для пациентов при выборе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), так и для врачей и администраторов в оценке работы медучреждений. Также рейтинги позволяют сравнивать между собой различные ЛПУ, что способствует развитию конкуренции в сфере здравоохранения. В конечном счёте, они даже могут влиять на установление объёма финансирования лечебных учреждений. В странах Западной Европы и США составление рейтингов медицинских учреждений имеет определённую традицию и историю. Автор исследования перечислила самые авторитетные из них — CHKS Top Hospitals Program (Англия, рейтинг составляется с 2001 г.), Health Consumer Powerhouse (Европейский союз, с 2005 г.), Hospital Compare (США, с 2003 г.), HealthInsight National Rankings for Hospitals (США, с 2004 г.). В России опыт составления рейтингов медицинских учреждений пока не имеет широкого распространения и использования. Большинство известных рейтингов основываются на учёте субъективных оценок пациентов. Пожалуй, единственным примером серьёзного подхода к рейтингованию медицинских учреждений может служить методика, разработанная Минздравсоцразвития России в 2012 г., которая включает оценку 12 статистических показателей деятельности ЛПУ. Однако исследователь отметила,

¹ С программой XIV Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, а также с тезисами и текстами всех докладов можно ознакомиться на сайте, URL: <http://conf.hse.ru/2013/>

² Габидуллина Р. Ф. 2013. *Разработка модели рейтингования ЛПУ в России*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/3ea072c7d0901af4f7fc130d1b7d2e51dfd41d43.doc>

что набор заявленных параметров вряд ли можно считать полным. Так, например, классический подход предполагает использование так называемой триады А. Донабедиана (A. Donabedian): оцениваются человеческие и материальные ресурсы клиники (структура), фиксируется летальность и осложнения (исходы) и изучается мнение о репутации лечебного учреждения (процесс). Докладчик подчеркнула, что как раз наиболее спорным и сложным вопросом в составлении рейтингов лечебных учреждений является вопрос о том, какие показатели необходимо включать в рейтинги, чтобы обеспечить их методологическую значимость, а также прозрачность и простоту в использовании.

Е. В. Селезнёва, аспирантка кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, поделилась с участниками конференции результатами своего исследования о *готовности населения к участию в оплате медицинской помощи и оценке им возможности введения соплатежей за медицинскую помощь, в частности за высокотехнологичное лечение*³. В последние годы граждане России всё чаще и чаще платили за своё лечение, и данное явление воспринимается ими почти как норма, поэтому сегодня особенно остро стоит вопрос о выборе способа участия населения в оплате медицинской помощи. Активно обсуждается возможность развития в России системы соплатежей за медицинские услуги, когда пациент оплачивает фиксированную часть их стоимости, а оставшиеся расходы покрывает государство. Докладчик отметила, что важно понять, как население оценивает такую инициативу. Для реализации данной задачи исследователем были использованы данные опроса Аналитического центра Юрия Левады (Левада-Центр) 2010 г., репрезентирующего население России старше 14 лет. Согласно этим данным, лишь 10% опрошенных считают, что все должны официально вносить небольшие суммы за любую медицинскую помощь, демонстрируя таким образом положительное отношение к возможности введения соплатежей. Самая распространённая точка зрения (45%) заключается в том, что государство должно предоставлять бесплатно всем гражданам только некоторые виды медицинских услуг (видимо, остальные услуги респонденты готовы оплачивать полностью). Четверть россиян (21%) не хотят ничего менять и готовы доплачивать врачам неформально. Почти столько же опрошенных (24%) полагают, что государство должно предоставлять бесплатное лечение только бедным. А вот идея введения соплатежей за высокотехнологичную помощь при сохранении бесплатных государственных гарантий на другие виды помощи и освобождении бедных от любых типов соплатежей нашла поддержку у гораздо большего числа опрошенных (54%). Остальные респонденты высказались против или затруднились с ответом. В первом и во втором случаях, согласно дискриминантному анализу, наиболее значимым фактором, определяющим ответы респондентов, оказался тип населённого пункта. Докладчик заметила, что предсказательная сила построенной ею модели не очень велика, поэтому в будущем исследование должно быть дополнено оценкой доступности медицинской помощи, которая, судя по всему, и скрывается за выявленной зависимостью ответов опрошенных от типа населённого пункта.

О новом явлении в российской практике рассказал С. В. Шишкин, д-р экон. наук, профессор, ведущий кафедрой управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. Его доклад был посвящён вопросу о возможностях *потребительского выбора в российском здравоохранении*⁴. В 2010–2011 гг. в федеральных законах «Об обязательном медицинском страховании» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было закреплено право пациентов напрямую выбирать врача и лечебное учреждение, ранее такая возможность была опосредована работодателями и органами власти. Интерес государства к этому явлению продиктован желанием способствовать развитию конкуренции между страховыми компаниями за застрахованных, что должно оказывать положительное влияние на всю систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Имеющиеся источники (опросы населения) позволяют оценить, произошли ли в связи с этим какие-либо изменения в реальном поведении

³ Селезнёва Е. В. 2013. *Готовность населения к участию в оплате медицинской помощи*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/0dba0f2baf4596fc76bd2ba7fdae4ec435022c51.pdf>

⁴ Шишкин С. В. 2013. *Возможности потребительского выбора в российском здравоохранении: декларации и реальность*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/33ed54bfce4a6ccebfb852287d70d8f011a6926e0.docx>

россиян. Для этих целей проводилось сравнение данных двух исследований. Первое исследование — это опрос 1600 респондентов, репрезентирующий взрослое население России, который был проведён Аналитическим центром Юрия Левады в 2009 г. по заказу НИУ ВШЭ. Результаты опроса сравнивались с данными Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) 2011 г. (выборка — 6385 домохозяйств, включающих 13 850 взрослых респондентов). В дополнение привлекались результаты проведённого в 2012 г. опроса 289 из 294 страховых организаций и их филиалов, участвующих в ОМС. Оказалось, что в 2011 г. только 2% россиян воспользовались своим правом смены поликлиники, к которой они были прикреплены (2009 г. — 2%); 14% столкнулись с ситуацией выбора врача или поликлинического учреждения (2009 г. — 12%) и 18% опрошенных и в 2009 г. и в 2011 г. реализовали своё право выбора больницы. Эту картину дополняют данные, полученные от страховых компаний: среднее, в расчёте на одну страховую медицинскую компанию, число россиян, выбывших из числа застрахованных, составило в 2010 г. 9%, в 2012 г. — 5%, а средняя доля вновь застрахованных — 13 и 9% соответственно, как отметил докладчик. В целом С. В. Шишкин критично оценил сложившуюся ситуацию. Происходящие изменения пока не настолько значимы, чтобы на механизм потребительского выбора можно было бы полагаться как на фактор развития системы здравоохранения.

После небольшого перерыва работа сессии продолжилась выступлением С. В. Ефремова, м. н. с. Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ. Он говорил о *некоммерческих инициативах в сфере здравоохранения и о роли государства как регулятора и финансового контролёра*⁵. Автор доклада отметил, что государство должно быть заинтересовано в работе с некоммерческими организациями (НКО) по следующим причинам: некоммерческие поставщики помогают снизить расходы на предоставление услуг и иногда обеспечить лучшее качество; кроме этого, в отличие от коммерческих организаций они реализуют некоторые дополнительные социальные функции. Однако в России НКО, в том числе социально ориентированные, имеют крайне низкую финансовую поддержку со стороны государства. Так, например, в общем объёме финансирования НКО, работающих в области здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения, лишь 0,93% средств — это выплаты из государственного бюджета⁶. Основные денежные поступления некоммерческие организации получают от членских взносов, пожертвований и других безвозмездных поступлений. Также НКО почти не оказывают платных услуг населению, что объясняется особенностями законодательства, ограничивающего хозяйственную деятельность некоммерческих организаций. Такая ситуация противоречит международному опыту, в частности, докладчик сослался на опыт США. В 2010 г. 74% своих доходов НКО получили от предоставления услуг, часть стоимости которых была возмещена государством (24%), 13% составили частные пожертвования, 8% — государственные гранты и 5% — другие источники. Американские некоммерческие организации, работающие в сфере здравоохранения и образования, в большей степени, чем другие НКО, ориентированы на получение доходов именно от предоставления услуг⁷. Рассматривая опыт США, докладчик остановился на изучении вопроса о том, какое влияние в исторической перспективе оказало развитие системы государственной поддержки на деятельность социально ориентированных НКО, и отметил, что на первом этапе рост государственного финансирования ведёт к укреплению некоммерческого сектора и удвоению предоставляемых им услуг, однако впоследствии зависимость от государства начинает снижать финансовую устойчивость НКО и может приводить к искажению их функций. С. В. Ефремов обратил внимание на то, что с учётом опыта США государственные контракты и гранты, безусловно, должны привлекаться российскими социально ориентированными НКО. Однако нельзя подразумевать, что подобные НКО способны замещать государственную систему здравоохранения.

⁵ Ефремов С. В. 2013. *Некоммерческие инициативы в оказании услуг здравоохранения. Роль государства как регулятора и финансового контролёра*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/6dacd17a3a8b83be13a54e27818d06f1552ef84e.pdf>

⁶ Данные Фонда «Институт экономики города».

⁷ Blackwood A. , Roeger K. L., Pettijohn S. L. 2012. *The Nonprofit Sector in Brief: Public Charities, Giving, and Volunteering. Urban Institute Research of Record*. 3. URL: <http://www.urban.org/publications/412674.html>

В заключение заседания с докладом о *возможностях социальных сетей в продвижении здорового образа жизни и профилактики хронических заболеваний* выступила Е. А. Тарасенко, канд. социол. наук, доцент кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ⁸. Докладчик отметила, что у этого нового явления есть как достоинства, так и недостатки. Разработка, поддержание, наполнение контентом и администрирование интернет-сайтов и страниц в социальных сетях о здоровом образе жизни, самоменеджменте хронических заболеваний не требует больших финансовых затрат. Пользователи подобных сервисов могут получать рекомендации в более индивидуализированной форме. И наконец, для продвижения здорового образа жизни могут быть использованы широкие возможности технологий мультимедиа (фото, видео, анимация, онлайн-игры и проч.). В то же время есть опасность того, что пользователи социальных сетей могут следовать рекомендациям непрофессионалов, в том числе в силу слабой включённости врачей в данный процесс и отсутствия у них чёткого понимания, как социальные медиа могут работать в продвижении здорового образа жизни и лечении хронических заболеваний. Основная задача докладчика состояла в сравнении структуры и контента наиболее популярных сообществ данной тематики в англоязычной и русскоязычной части социальной сети Facebook. По мнению исследователя, англоязычные сообщества выглядят гораздо более привлекательно (намного больше участников, активнее используются различные интернет-сервисы, чаще продвигается идея о роли семьи в укреплении здоровья, о необходимости физической активности, для пропаганды здорового образа жизни привлекаются медиаперсоны и известные люди). Завершая своё выступление, докладчик заметила, что российскому медицинскому сообществу нужно активнее заниматься продвижением здорового образа жизни в социальных сетях, учитывая их огромную аудиторию и имеющийся положительный зарубежный опыт.

Второй день сессии по проблемам здравоохранения был посвящён социологии медицины. Первым докладчиком была Т. Ю. Черкашина, канд. социол. наук, ст. н. с. отдела социальных проблем Института экономики и организации промышленного производства (ИЭОПП), заведующая кафедрой общей социологии экономического факультета Новосибирского государственного университета (НГУ). Она поделилась с участниками конференции результатами своего исследования о *неравенстве в потреблении медицинских услуг в России начиная с 1990-х гг. и по настоящее время*⁹. Для количественной оценки масштабов и факторов, определяющих это явление, использовались данные РМЭЗ НИУ ВШЭ за 1994, 1998, 2002–2011 гг. В своей работе докладчик опиралась на подход, при котором неравенство в потреблении медицинских услуг рассматривается как часть социально-экономического неравенства, для выявления которого оцениваются различия между разными доходными группами. Построенная модель, основанная на применении индекса концентрации, не фиксирует наличия в 1994–2011 гг. в России доходного неравенства в получении медицинской помощи, то есть в каждой доходной группе количество получающих медицинскую помощь является почти одинаковым. Однако в динамике заметна тенденция к увеличению данного неравенства. Для выявления факторов неравенства использовалась регрессионная модель, где зависимой переменной выступал показатель получения амбулаторно-поликлинической помощи в течение последних 30 дней, а в число предикторов, кроме среднедушевого дохода, были также включены самооценка здоровья, наличие полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), продолжительность рабочей недели на основном месте работы, тип населённого пункта, а для 2007 и 2009 гг. — доля домохозяйств, для которых ближайшая поликлиника находится в более чем 30 минутах транспортной доступности. Этот анализ также доказал, что доходный статус оказывает всё большее влияние на вероятность получения медицинской помощи. Но всё более значимым фактором становится тип населённого пункта. Горожане в среднем в 1,4–1,8 раза чаще посещают врачей, чем сельские

⁸ Тарасенко Е. А. 2013. *Medicine 2.0: потенциал социальных медиа для продвижения здорового образа жизни и самоменеджмента хронических заболеваний*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/7d1719cff136a560f72c8e85ef031bfa22aa87db.docx>

⁹ Черкашина Т. Ю. 2013. *Оценка неравенства населения по потреблению медицинских услуг*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/bc9b7c48fb13e5dc8da530e62dfb98d8d25f49c7.doc>

жители. Относительно последнего вывода докладчик высказала несколько предположений. Вероятно, в сельской местности происходит концентрация бедных, где формируется модель исключения (эксклюзия) из системы здравоохранения и других социальных институтов. Большое значение имеет также территориальный признак. Чем дальше медицинское учреждение, тем меньше пациенты обращаются за медицинской помощью, даже при наличии проблем со здоровьем. Поэтому, завершая выступление, докладчик заметила, что реструктуризация медучреждений, в рамках которой в 1995–2010 гг. произошло в том числе трёхкратное сокращение амбулаторно-поликлинических учреждений на селе, скорее, негативно сказалась на доступности медицинской помощи.

На проблеме *самоопределения и статуса врачей в современной России* было сфокусировано выступление Ю. А. Крашенинниковой, канд. ист. наук, доцента кафедры государственного и муниципального управления Пермского филиала НИУ ВШЭ¹⁰. Основная задача проведённого ею исследования состояла в выявлении представлений врачей о значимости своей профессии и их роли в жизни общества. Автор доклада использовала данные 32 интервью (2010–2011 гг.) с врачами из Москвы и Санкт-Петербурга, Алтайского края, Новосибирской области, Пермского края и Томской области, имеющими достижения в научной и профессиональной областях, опыт преподавания в медицинских вузах и (или) административной работы. Также в дополнение привлекались данные интервью с представителями первичного звена здравоохранения, которые исследователь собрала ещё в ряде других российских регионов. По мнению докладчика, наиболее значимый результат данного исследования состоит в том, что в представлениях российских врачей о своём статусе присутствуют две взаимоисключающие точки зрения: с одной стороны, это самоопределение себя как свободных профессионалов, а с другой — восприятие себя как государственных служащих. Первая позиция, скорее, связана с идеальным конструктом, который очень сильно расходится с действительностью. Врачи настаивают, что: (1) их работа является сугубо интеллектуальной и не может быть привязана ни к каким административным регламентам, (2) значимую роль играет экспертное знание, (3) они должны быть самостоятельны в определении диагноза и выборе методов лечения, (4) качество работы врача может определяться только медицинским сообществом и проч. В то же время врачи высказываются в том ключе, что они находятся на службе у государства. Именно в рамках данного подхода медики выстраивают отношения со своим основным работодателем — государством, ожидая от него определённых гарантий и поддержки. Докладчик отметила, что общество и тем более государство склонны видеть во врачах именно наёмных работников, однако игнорирование второй установки «врач — свободный профессионал» затрудняет сегодня диалог всех трёх сторон.

В рамках конференции также состоялся круглый стол «Новая социальная политика: замыслы и реализация». В. Е. Гимпельсон, канд. экон. наук, директор Центра трудовых исследований НИУ ВШЭ, говорил о состоянии рынка труда; Л. Н. Овчарова, канд. экон. наук, директор Независимого института социальной политики, — о возможностях российских домохозяйств по оплате услуг; О. В. Синявская, канд. экон. наук, заместитель директора Независимого института социальной политики, — о будущем пенсионной системы, и др. Выступление С. В. Шишкина, д-ра экон. наук, профессора, заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, было посвящено *перспективам реформирования системы здравоохранения*. В начале выступления учёный подчеркнул, что для улучшения показателей здоровья населения, снижения смертности и т. п. в условиях сохраняющегося финансирования системы здравоохранения требуется смена приоритетов государственной политики в этой области. По его мнению, есть несколько направлений реформ, которые необходимо реализовать. Во-первых, надо использовать потенциал мероприятий по развитию здорового образа жизни и профилактике заболеваний. Во-вторых, необходимо создать условия для эффективной конкуренции медицинских организаций и страховых медицинских организаций. Кроме этого, в организации самой

¹⁰ Крашенинникова Ю. А. 2013. *Самоопределение и статус врачей в современной России*. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/14a41162119a71daad1a655d2f65115c4af2fe7d.doc>

медицинской помощи важно укрепить участковую службу, уделить большее внимание реабилитационной службе и координации работы отдельных служб. Также должен состояться переход к эффективному контракту с медицинскими работниками, предполагающий оценку всего возможного комплекса показателей профессиональных достижений и пересмотр существующей системы переподготовки медицинских кадров. Обязательным, по мнению выступающего, представляется развитие форм софинансирования медицинской помощи государством и населением (в большей степени это касается среднего класса) при сохранении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи для основной части населения. Только таким образом, отметил С. В. Шишкин, можно добиться сегодня реализации задач, поставленных государственной программой развития здравоохранения в России до 2020 г.