УДК 316.422

ББК 60.56

DOI: 10.35211/2500-2635-2021-2-46-7-15

ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КРЫМА И СЕВАСТОПОЛЯ В XXI ВЕКЕ: ТРАНСФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

THE MEDICAL SERVICES DYNAMIC OF THE POPULATION OF THE CRIMEA AND SEVASTOPOL IN XXI CENTURY: THE TRANSFORMATION OF SOCIAL-ECONOMICAL MODEL

БОБОШКО Артем Андреевич

Волгоградский государственный университет,
Волгоград, Россия

E-mail: artembobo@bk.ru

Аннотация. Система охраны здоровья России и ее неотъемлемых частей – Крыма и Севастополя является единым целым. В ее основе лежит обязательное медицинское страхование – обобщающее понятие, являющееся апогеем развития системы в нашей стране. Модернизация системы охраны здоровья Крыма и Севастополя проходила иным путем, резко отличающимся от общероссийского сценария. Возможность сравнительного анализа медицинского обслуживания в Крыму и Севастополе и в России в целом в силу отличающихся путей исторической трансформации представляет интерес для понимания глубинных проблем и способов решения последних, учитывая опыт зарубежных стран с социально ориентированной экономикой. В статье рассматриваются основные модели систем здравоохранения, принятые в различных странах, анализируются преимущества и недостатки, используется системный подход познания отечественной системы, а также анализ модернизации здравоохранения Крыма и Севастополя с позиции моделей социального действия и социальной интеракции. Предлагается понимать систему здравоохранения в России как отличную от классических и не имеющую аналогов в мире. На основании этого предлагается ввести новый термин – “модифицированная национальная медицинская страховая модель”.

Ключевые слова: система здравоохранения, социальная защита, обязательное медицинское страхование, социальные изменения.

BOBOSHKO Artem A.

Volgograd State University,
Volgograd, Russia

E-mail: artembobo@bk.ru

Abstract. Russian system of health protection and its parts (the Crimea and Sevastopol) is a single whole. In the base of it there is a medical insurance. It is a generalized concept, being the apogee the system development in our country. The modernization of the health protection system of the Crimea and Sevastopol went another way, which are dramatically different from the national scenario. The opportunity of comparative analysis of medical services in the Crimea and in Sevastopol and in Russia as a whole due to the different ways of historical transformation, is interested for understanding underlying problems and ways to solve them taking the experience of foreign countries with a socially oriented economy. It is considered the main models of health system in the article, adopted in different countries. It is analyzed advantages and disadvantages. It is used the system approach of knowledge of domestic system and also analysis modernization of health system of the Crimea and Sevastopol from the position model of social acting's and social interactions. It is offered to understand the health system in Russia as different from the classic ones and have not analogues in the world. Based on this it is offered to enter a new term- «The modified national health insurance model».

Keywords: the system of health services, social defense, mandatory health insurance, social changes.

Основная цель системы здравоохранения в любой стране – поддержание и улучшение здоровья населения. Предупреждение, раннее выявление

и эффективное лечение заболеваний позволяет сохранять общественные трудовые ресурсы и тем самым снизить материальные потери, которые возникают в результате прерывания рабочими и служащими своих трудовых обязанностей.

Системы охраны здоровья стран мирового сообщества находятся в постоянном видоизменении, дополняются различными реформами, заимствуют друг у друга положительные практики. Существующие попытки классификации мировых систем здравоохранения многочисленны, построены на различных подходах (Мельник 2016).

В апреле 2011 года в США компанией PNHР (Врачи для национальной программы здравоохранения) со ссылкой на отчет ВОЗ 2000 года были представлены обобщающие результаты анализа основных систем здравоохранения (Health ...web). Это исследование предлагает четыре основных модели: модель Бевериджа, модель Бисмарка, национальная медицинская страховая модель, модель «из кармана» и отдельная модель США «лоскутное одеяло». На взгляд автора статьи, эта классификация может быть использована для понимания процессов, происходящих при реформировании системы здравоохранения Крыма и Севастополя.

Здравоохранение практически всех стран исторически, а также по ряду институциональных признаков относится к системе социальной защиты государства. Именно поэтому в большинство классификаций входят исторические наименования систем социальной защиты по имени автора, внедрившего систему. Более достоверно было бы называть эти системы системами социальной защиты, а здравоохранение рассматривать как элемент этой системы. Наиболее широко и адаптировано к реалиям постсоветского пространства в этой области, с точки зрения автора статьи, подошел российский профессор Лев Пантелеимонович Якушев в документе «Рекомендации правительствам и парламентам стран Содружества независимых государств по вопросам политики в области социального обеспечения». Ученый считает, что базисная модель социальной защиты может строиться на трех критериях предоставления пособий, а именно: «что ты имеешь», «что ты сделал» и «кто ты есть» (Джеймс, Сайлер, Мутон, Якушев 1994:2).

Для тех, кто не имеет иных доходов, помимо пособий, в силу вступает первый принцип «что ты имеешь», который делает социальную защиту независимой от капиталистических отношений. В практическом исполнении это проявляется в виде адресной помощи. Этот тип используют англоговорящие страны, в том числе Великобритания, и Япония (1994:3). Принцип «что ты сделал» связан с прошлым заработком, его основной целью является сохранение качества жизни, достигнутого в результате трудового стажа, при наступлении старости или иных социальных рисков. Преобладает в Западной Европе. В Дании, Швеции, Норвегии используют механизмы, основанные на принципе «кто ты есть». Денежные пособия или эквивалентные услуги предоставляются всем на равных условиях и не зависят от предыдущих заработков.

Термином «медицина» сегодня обозначается совокупность достаточно разнородных элементов профессионального, экономического, политико-

идеологического и административно-управленческого характера. Единственным их общим знаменателем является тот факт, что все они имеют определенное отношение к человеческому здоровью, болезням и организации лечебного процесса. Иногда для обозначения этого явления еще употребляют выражения «система здравоохранения», «общественное здоровье», «здравоохранение», «защита здоровья» и т. д. Во всех этих случаях речь идет о поддержании коллективного здоровья населения на том уровне, который бы обеспечивал нормальное течение социальных процессов. Речь в этом случае идет о способности к воссозданию труда и продуктов труда, демографическом воспроизводстве населения, поддержке определенного на основе здравого смысла практического опыта, нормального или обычного для данного населения коллективного самочувствия, о борьбе с распространением инфекционных, простудных и других болезней, поддержке нормального психического коллективного здоровья и тому подобное.

Следует отметить, что система здравоохранения постепенно отделяется от функции социальной защиты и становится отдельной мультидисциплинарной отраслью. Опосредованным доказательством этого можно считать Указ Президента Российской Федерации от 21 мая 2012 года № 636 (web), в котором разделяется Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации на Министерство здравоохранения Российской Федерации и Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации.

Вполне предсказуемо, что система защиты здоровья населения не может взять за основу только один из критериев предоставления пособий: «что ты имеешь», «что ты сделал» и «кто ты есть» и перенести их в основу оказания медицинской помощи. В такой ситуации будут нарушены базовые принципы ВОЗ (всеобщий охват, устранение преград для доступности медицинской помощи и т. д.) (Доклад ... 2010 web). Необходимо использовать все три критерия одновременно, но при различных социальных рисках. Под социальным риском следует понимать достоверность наступления сложной жизненной ситуации, обусловленной внешними факторами. К факторам, которые нарушают нормальное течение трудовой жизни и снижают социальный статус рабочих, относятся болезни, старость, несчастные случаи, эмоциональное выгорание и др.

Модель Бевериджа «Социализированная медицина». В данной системе государство полностью контролирует управление здравоохранением, источником финансирования являются налоговые платежи. Практически все медицинские учреждения принадлежат государству, врачи приравниваются к государственным служащим, но есть и частнопрактикующие врачи, которые опосредованно получают оплату от государства. Такие системы имеют низкие подушевые затраты, потому что правительство, являясь единственным плательщиком, контролирует деятельность и финансовые траты медицинского персонала. Страны, идущие по плану Бевериджа – Новая Зеландия, Великобритания, Испания, частично Скандинавия. Система Семашко Советского Союза также относится к разновидности данной модели.

Плюсы данной модели: всеобщий охват обеспечивает каждому гражданину доступ к медицинскому обслуживанию; правительство страны несет ответственность за объемы и качество медицинской помощи, и это финансово выгодно, если государство будет поддерживать низкую стоимость медицинского обслуживания; граждане не получают никаких счетов за лечение.

Минусы системы: в независимости от того, пользуется ли гражданин услугами здравоохранения, он должен платить высокие налоги; качество медицинской помощи находится под контролем государства, и это может нанести вред, если правительство количественно ограничит услуги, к которым пациенты имеют доступ; для получения медицинской помощи существует вероятность долгих сроков ожидания, особенно для не экстренных ситуаций.

Модель Бисмарка «Социальное медицинское страхование». В основе модели - система страхования. Страховщиками («больничными кассами», «фондами по болезни») являются страховые организации или общества взаимного страхования, которые финансируются совместно работодателями и наемными работниками из страховых взносов. Такие общепринятые схемы медицинского страхования не приносят прибыли и имеют общий охват. Больницы, как правило, являются частными, врачи наемными работниками. Хотя это модель с несколькими плательщиками (в Германии, например, около 240 различных фондов), жесткое регулирование дает правительству большую часть влияния на контроль затрат. Частные страховые компании также являются акторами плана, но они должны быть некоммерческими, и закрывать услуги, выходящие за рамки «больничных касс». План Бисмарка имеет место в Японии, Германии, Франции, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии.

Плюсы: невысокие административные расходы; нет риска разорения из-за высоких расходов на лечение; гражданам не нужно беспокоиться о том, что они не застрахованы; время ожидания получения услуг первичной медико-санитарной помощи невелико.

Минусы системы: высокие обязательные страховые взносы; делается ударение на снижении затрат и эффективном управлении, что проявляется в ограничении доступности к медицинским услугам в отдаленных районах и сельской местности, а также в удлинении сроков ожидания приема узкоспециализированных врачей и оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Национальная медицинская страховая модель. Пытается объединить в себе положительные стороны моделей Бевериджа и Бисмарка. Врачи и больницы являются частными, но финансирование происходит из государственной программы страхования. Медицинское страхование происходит автоматически. В маркетинге нет необходимости, система не приносит прибыли в чистом виде, отсутствуют отказы в претензиях. Единственный плательщик (государство) имеет возможность регулирования цен, планирования расходов, ограничения или развертывания дополнительных медицинских услуг, за которые оно готово платить. Частное страхование присут-

ствуется как добровольное и позволяет получать услуги, не входящие в государственное страхование. Одна из лучших в мире (по критериям ВОЗ) программа NHI (National Health Insurance) получила свое развитие в Канаде.

Модель «из кармана». Платная медицина. Массовую медицинскую помощь, регулируемую на уровне законодательства, имеют в мире не более сорока стран. Другие менее развитые страны не могут развивать институт здравоохранения. В таких странах медицина фрагментирована и не имеет организации. Богатые имеют возможность оплачивать лечение, а бедные не обладают роскошью болеть. Сотни миллионов людей Южной Америки, Африки, Индии в течение всей жизни не посещают врача.

Модель «лоскутное одеяло». Термин системы, которая существует только в США, поскольку у них есть отдельные фрагменты всех четырех систем. Для лечения ветеранов – это система Великобритании (государственная медицина); что касается населения старше 65 лет, которое участвует в национальной программе Medicare, – это система NHI; для трудящихся, которые оплачивают страховые взносы и имеют полис, – это бисмарковская схема. Примерно у 20 % народонаселения США отсутствует медицинская страховка, нет государственных льгот. Эта страта оплачивает лечение «из кармана», а фактически не может оплачивать, и только при критических состояниях может попасть в отделение ургентной помощи государственной больницы.

Данная классификация, конечно, не может учесть всей сложности и мультидисциплинарности института здравоохранения, однако в большей мере объединяет в себе утилитарные культурные черты.

Система Семашко. В соответствии с приведенной выше классификацией относится к разновидности модели Бевериджа. Исходной отправной точкой в нашем исследовании следует считать появление новых стран после распада Советского Союза и те политические изменения, которые привели к реформированию в социально-экономической сфере. Как Россия, так и Украина (Крым и Севастополь стали субъектами Украины как самостоятельного государства в 1991 году) получили в наследство систему здравоохранения, известную в мире как систему Семашко. Это структура системы здравоохранения, которая выполняла поставленные задачи на протяжении 70 лет в СССР. После революции 1917 года было провозглашено право на всеобщее бесплатное медицинское обслуживание. Это стало возможным после полного перехода всех структур здравоохранения (а в дальнейшем создания новых) в руки государства, и перевода врачей в бюджетные организации, сделав последних практически государственными служащими. Государство полностью контролировало общественное и индивидуальное здоровье. Доступ к услугам системы здравоохранения определялся либо по территориальному признаку, либо местом работы через цеховые поликлиники. Выбор врача не был предусмотрен. Однако высокопоставленные чиновники имели доступ к элитной сети клиник: таким образом, нарушая, провозглашенный принцип равноправия.

В 1985 году в Советском Союзе на фоне перестройки назрела необходимость реформирования. Проявились явные недостатки системы здравоо-

охранения, уже стало невозможно скрывать регрессию качества медицинской помощи. По версии образовательного интернет-проекта Countrues.World число больничных коек в 1985 году на 100000 населения в СССР составляло 1298 (в 2,5 раза больше, чем в США) (Medical ...web). Этот факт указывал на то, что здравоохранение развивалось по пути экстенсификации. Но стандарты оснащения и элементарные условия пребывания в больницах (особенно в сельской местности) не соответствовали нормам. Медицинские работники все чаще стали получать неформальные денежные платежи от пациентов. Таким образом, концепция всеобщей бесплатной медицинской помощи начала разрушаться.

Рассматривая систему охраны здоровья Крыма и Севастополя в самом начале XXI века, необходимо указать на социально-экономическую дезориентацию. Основной проблемой являлся (и является в настоящее время в Украине) дисбаланс между рыночным путем развития экономики и системой здравоохранения, построенной в социалистическом обществе. Убедленным приверженцам системы Семашко необходимо задуматься о том, что в Украине система находится в режиме стагнации (Бобошко 2014).

Старший юрист программы по Европе, России и Евразии Центра глобальной политики здравоохранения Джудит Твигг в своем отчете обращала внимание на то, что коррупция в сфере здравоохранения в Украине занимает верхние строки рейтинга (Twigg 2017).

На протяжении 23 лет в медицинском обслуживании населения в Крыму и Севастополе не происходило никаких сдвигов и изменений, несмотря на необходимость в глобальной реформе. На заседании Верховной Рады Украины 11 сентября 2003 г. обсуждали вопрос о принятии Закона Украины «Об общеобязательном государственном социальном медицинском страховании». Решение не было принято, вопрос был снят с рассмотрения.

Система здравоохранения в Российской Федерации. С точки зрения автора статьи, российскую систему невозможно отнести ни к одной категории по классификации PNHP. Забегая вперед, можно предложить термин «Модифицированная национальная медицинская страховая модель». Началом реформирования системы здравоохранения России нужно считать 1991 год, когда был принят Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991). Уже в 1993 в России принимается закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», заложивший правовую основу современной российской системы здравоохранения (1993). Впервые в России в законе появляется понятие «базовая программа обязательного медицинского страхования». Обязательное медицинское страхование (ОМС) в России было введено в 2010 году Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (2010). Закон регулирует институциональные отношения, определяет взаимоотношения субъектов процесса медицинского обслуживания, вводит понятие обязательного медицинского страхования как вида социального страхования. Таким образом, в основе охраны здоровья населения России лежит модель Бисмарка – обязательное медицинское страхова-

ние. Дополняют систему элементы модели Бевериджа – финансирование из федерального и местного бюджетов (выплаты по национальным проектам, федеральным целевым программам), по ряду статей расходов медицинских учреждений и за лечение неработающих (дети, пенсионеры, инвалиды, безработные), а также некоторым ведомственным диспансерам. Российская система здравоохранения сформировалась как оригинальная, не имеющая аналогов в мире, на основе модели Бисмарка с элементами модели Бевериджа, наличием платных услуг, основных постулатов национальной медицинской страховой модели (единый плательщик – государство, планирование), но с отличиями в структуре и направлении денежных потоков.

Крым и город Севастополь стали частью этой системы как два субъекта Российской Федерации 18 марта 2014 года. Этот день необходимо считать второй исторической вехой в социально-экономических изменениях в здравоохранении, да и в жизни двух миллионов людей полуострова. С формальной точки зрения, присоединение прошло довольно быстро и безболезненно. Однако по объективным причинам инфраструктура новообразованных субъектов и Российской Федерации значительно отличались, в том числе и структура системы здравоохранения. За короткий срок здравоохранение Крыма и Севастополя было переведено на обязательное медицинское страхование. Титанические усилия многих государственных структур дали результаты. Однако остались и исторически сформировавшиеся «якоря»: материально-техническая база, сложности в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, отсутствие современного оборудования. Теория социальных изменений – одна из основных проблем в социологии. Реформирование здравоохранения России можно рассматривать как микроэволюционный процесс. И даже учитывая эту мягкость, процесс оказался непростым, требующим постоянных корректив и оптимизаций различного уровня.

Обязательное медицинское страхование как основная часть системы здравоохранения стало тем фундаментальным элементом перехода от хронического государственного недофинансирования к выделению и изоляции средств для отрасли здравоохранения Крыма и Севастополя.

Кадровые замены на уровне главных врачей и их заместителей, как правило, людьми с материка, безусловно, профессионалами в своем деле, но абсолютно не адаптированными с точки зрения менталитета, этнической составляющей, культурного, психоэмоционального, социологического вопросов, внесли сложности и напряженность в устоявшиеся коллективы больниц и поликлиник. К обостренности переходного периода на бытовом уровне для обычных врачей добавился элемент конфликтности на рабочем месте. Появление очередей в поликлиниках, введение новой документации, оформление всех документов с учетом требований страховых компаний – процесс оказался достаточно болезненным. В современной отечественной научной литературе обращает на себя внимание исследование по данной проблематике группы ученых Института социологии и регионоведения Южного федерального университета. Авторы отмечают, что «население Республики Крым демонстрирует низкий уровень позитивной медицин-

ской активности» (Войтенко, Вялых, Беспалова, Филимонова 2018:125). Полностью разделяя точку зрения авторов, хотелось бы добавить о дефиците медицинских кадров в Крыму и Севастополе, необходимости социально-экономических мер, направленных на исправление кадрового дисбаланса.

Подводя итог, следует заключить, что процесс модернизации общей структуры системы здравоохранения, а точнее, интеграция Республики Крым и города Севастополя в систему Российской Федерации с позиции федерального принципа финансирования и правового регулирования завершен, однако с позиции категории «социально-экономическая модель здравоохранения» имеют место значительные перекосы. Исходя из мирового опыта и опыта России, следует рассчитывать на долгосрочную перспективу развития института, которое сопряжено в свою очередь с улучшением материально-технической базы, изменениями в социальной сфере. Новая для крымчан модель здравоохранения медленно, но уверенно становится неотъемлемой частью социального сознания, постепенно детерминируется, изменяя взаимоотношения в социуме. Платные медицинские услуги, как один из трех основных элементов системы, пока развиты фрагментарно, и возможности воспользоваться платными услугами имеются далеко не у всех. Граждане с достатком «выше среднего» являются основными потребителями платных медицинских услуг, что приводит к образованию двух статусно обусловленных ступеней получения медицинской помощи. Аналогичные ситуации наблюдаются во многих странах, идущих по пути рыночных отношений, и они показывают, что обеспечить равенство в получении медицинских услуг всем гражданам остается недостижимой целью.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Федеральный закон РФ от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» // Ведомости Советов народных депутатов и Верховного Совета РФ. – 1993. – 19 августа. – № 33. – Ст. 1318.
2. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. – 3 декабря. – № 274.
3. Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 (ред. от 24.07.2009 г.) «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – 4 июля. – № 27. – Ст. 920.
4. Указ Президента РФ от 21 мая 2012 г. № 636 «О структуре федеральных органов исполнительной власти» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35300> (дата обращения: 20.03.2021 г.).
5. Бобошко, А. А. Проблемы и перспективы здравоохранения Республики Крым – социальная составляющая / А. А. Бобошко // Проблемы и перспективы социально-экономического реформирования современного государства и общества: материалы XVII Междунар. научно-практич. конф., г. Москва, 30 декабря 2014 г. – М.: Изд-во «Институт стратегических исследований», 2014. – С. 188–191.
6. Войтенко, В. П. Социальные проблемы здравоохранения Республики Крым в контексте реинтеграции в состав РФ / В. П. Войтенко, Н. А. Вялых, А. А. Беспалова, М. А. Филимонова // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология, 2018. – Т. 4(70). – С. 118–127.
7. Джеймс, Э. Рекомендации правительствам и парламентам стран СНГ по вопросам политики в области социального обеспечения: международный опыт в области социальной защиты [Электронный ресурс] / Э. Джеймс, М. Сайлер, П. Мутон, Л. Якушев // Проект

ТАСИС «Реформа системы социальной защиты в Российской Федерации». – Режим доступа: URL: <http://pensionreform.ru/6106> (дата обращения: 20.03.2021 г.).

8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. [Электронный ресурс] // Всемирная Организация Здравоохранения: глобальный веб-сайт. – Режим доступа: URL: <https://www.who.int/whr/2010/ru/> (дата обращения: 20.03.2021 г.).

9. Мельник, И. А. Классификация моделей здравоохранения. Мировой опыт становления систем здравоохранения / И. А. Мельник // Аспирант. – Ростов н/Д: Изд-во «Приоритет», 2016. – № 2. – С. 93–100.

10. Health Care Systems - Four Basic Models [Электронный ресурс] // Physicians for a National Health Program. – Режим доступа: URL: https://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php (дата обращения: 20.03.2021 г.).

11. Medical service: Hospital beds in countries of the world [Электронный ресурс] // Countries.World. – Режим доступа: URL: https://countries.world/world/Hospital_beds-88_594_1985_d.html (дата обращения: 20.03.2021 г.).

12. Twigg, J. The Soviet Legacy / J. Twigg // Ukraine's Health Sector. Sustaining Momentum for Reform — Washington, DC: Center for Strategic and International Studies, 2017. — P. 3.