

ДЕНИС СОКОЛОВ

МЕДИЦИНА БУДУЩЕГО

Рынок профессиональных врачей
и умных пациентов в каждом смартфоне



Коронавирус как краш-тест выявил слабые места существующей системы на всех уровнях – от персональных проблем врачей, медицинских коллективов и тысячекоечных учреждений до фундаментальных трудностей управления отраслью и взаимодействия медицинской профессиональной корпорации с обществом и государством.

Можно ли решить эти проблемы окончательным переходом на страховую модель или возвращением к бюджетному здравоохранению, каковы перспективы частной

медицины, как вообще может выглядеть оптимальная система здравоохранения для России, если трезво оценивать финансовые, технические и кадровые возможности отрасли?

Предлагаемый анализ¹ – попытка обосновать и сконструировать медицину будущего, в которой врачи и пациенты оказываются достаточно подготовлены и мотивированы, чтобы полноценно использовать существующие биомедицинские технологии, средства коммуникации и пр.

Основные тезисы

Начнём с очевидной идеи, что система здравоохранения для политиков, бюрократов, врачей и пациентов совсем не одно и то же.

Политическому руководству важны общественное мнение и лояльность отраслевой бюрократии. Поэтому ему трудно, почти невозможно отказаться от популистских деклараций о реформах и модернизации, а также от подкупа медицинских чиновников.

Минфину и вообще правительству важно контролировать расходы и их соответствие целевым показателям. Для этих технократов важен дизайн управления отраслью. Плюсы и минусы бюджетной или страховой модели – это именно их повестка. Риски формирования квазирынка хорошо изучены, а в применении к российским реалиям были подробно описаны еще в 2000 году Сергеем Шишкиным² на примере опыта внедрения в России с 1993 года обязательного медицинского страхования.

Для врача (в идеале) медицина – это поле профессиональной деятельности, дающей самореализацию, профессиональную репутацию, высокий общественный статус и материальные блага.

С точки зрения пациента здравоохранение должно спасать и лечить – понятно, доступно и эффективно. А лечит врач при помощи знаний, оборудования и медикаментов. И качество этого лечения в последние 30 лет зависело от оснащенности врача, его профессиональной подготовки, от образования самого пациента, его связей, позволяющих попасть к нужному врачу, и денег, которые доктор получает за свою ответственную работу.

Модель финансирования не имеет значения

Первый тезис в том, что модель финансирования медицинского рынка может быть любой – страховой, бюджетной, частной, – но она должна обеспечивать достаточный объём средств и не мешать медикам работать: чиновники, финансисты, страховщики, следователи и даже благотворители не должны управлять диагностикой и назначением лечения.

Сравнение двух традиционно противопоставляемых в экспертном и профессиональном сообществе подходов (см. работу Владимира Назарова с соавторами³ или

1 При подготовке доклада использованы ранее опубликованные работы: Денис Соколов, Социологический анализ социально-гуманитарной сферы на Северном Кавказе (на примере состояния медицины в Дагестане), Пути к миру и безопасности. 2018. № 1(54) Спецвыпуск: Гуманитарные вызовы, гуманитарное реагирование и защита гражданского населения в вооруженных конфликтах. С. 207-222, **Институциональное исследование российского здравоохранения/ В.С. Назаров, Д.В. Соколов**; Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. – М.: Изд. НИФИ, 2016.

2 С.В. Шишкин, Реформа финансирования российского здравоохранения, ИЭП, Москва, 2000,

3 В.С. Назаров, Н.А. Авксентьев, Н.Н. Сисигина. Основные направления развития системы здравоохранения в

статью Юрия Воронина и Евгения Гонтмахера⁴⁾ с бюрократической точки зрения вполне содержательно, но это внутрикорпоративная дискуссия про то, как распределять деньги.

Скажут, что «правильные» стимулы лежат в основе функционирования «правильного» института. Да, но если присмотреться внимательно, «спор моделей» касается выбора оператора, регулирующего расходы на здравоохранение. Кто это будет – Минздрав, региональные администрации и клуб главных врачей по бюджетной модели; или Минфин, территориальные фонды медицинского страхования и страховые компании по модели страховой медицины? При минимальных транзакционных издержках (хорошее управление и полная информация) больничная касса от страховой компании для врача и пациента ничем не отличается⁵⁾.

В условиях российской конъюнктуры вопрос выбора модели финансирования здравоохранения скорее политический, он не про качество медицинской услуги, а про то, чьи люди (Минфина, Минздрава, региональных лидеров или корпоративных страховых компаний) садятся на финансовые потоки и по каким правилам организуется (или реорганизуется) этот административный рынок⁶⁾.

Прямого отношения к «боеспособности» медицинских коллективов этот спор не имеет, потому что эффективность медицинской помощи складывается на других рынках, не в штабах, а в окопах. Другими словами, и бюджетный, и страховой квазирынок – это рынки не медицинских услуг, а аналогов финансовых деривативов: приписанных к поликлиникам пациентов, квот на вы-

сокотехнологичную медицинскую помощь, объемов на услуги по ОМС и т.д.

Может показаться, что для качества услуг имеет значение, за что именно оператор (страховая компания, ФОМС, региональный бюджет, больничная касса) платит медицинской организации – за койко-дни или за так называемые законченные случаи лечения⁷⁾. Но оба эти понятия, в сущности, не медицинские, а бюрократические.

Оплата койко-дней в бюджетной модели, восходящей к иерархичной системе Семашко, стимулирует главных врачей заполнять свои стационары пациентами и требует от страховой компании и регионального департамента здравоохранения проверять обоснованность как госпитализации, так и её срока. Административные издержки организации такого контроля достаточно велики. Но и контроль законченных случаев лечения, составляющих базу расчетов в страховой модели, превращается в кафкианскую игру врачей и тех же регуляторов.

Парадоксально, но хорошее администрирование мешает работать медикам, потому что управленцы-энтузиасты с бизнес-образованием эффективнее мотивируют врача сосредоточиться на документообороте, на деривативах, а не на пациенте.

Оптимистичное предположение, что и страховые, и медицинские компании будут больше зарабатывать, если застрахованные пациенты будут меньше болеть, и эта перспектива заставит их волшебным образом пойти против текущих собственных интересов, звучит наивно. Не будем подробно обсуждать вклад здравоохранения в продолжительность жизни и медицинские расходы на это «добавленное время», здравый

России: тренды, развилки, сценарии. Москва, 2019, <ftp://w82.ranepa.ru/rnp/ppaper/021916.pdf>

4 Юрий Воронин, Евгений Гонтмахер. Как реорганизовать здравоохранение в России. Ведомости, 25.05.2020, <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2020/05/25/831062-reorganizovat-zdravooohranenie>

5 См. т.н. «теорему Коуза-Стиглера» о транзакционных издержках, Stigler, G.J. The Price Theory, 1966, Coase, Ronald H. "The Problem of Social Cost", Journal of Law and Economics 3 (1960), 1–44, Coase, R.Y. "The Nature of the Firm", Economica. 4(1937):1, 386–405.

6 Симон Кордонский, Рынки власти: административные рынки СССР и России. Москва, О.Г.И., 2000

7 Законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выписки, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента). Из письма Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 14-6/10/2-5305, цитировано по <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70207014/>

смысл и существующий опыт подсказывает, что единственное, в чём прямо заинтересованы страховые компании и медицинские организации, – это в росте стоимости страховых контрактов и среднего чека за законченный случай, чем бы он ни закончился для пациента.

По-настоящему важно, как быстро пациент попадает к нужному специалисту, сколько есть денег на ФОП медицинскому персоналу, оборудование и расходные материалы и как распределение этих денег зависит от квалификации, самоотдачи, ответственности, принимаемой на себя врачом и медицинским коллективом, и результатов лечения в виде живых или мёртвых, здоровых или больных людей, а не правильно или неправильно заполненных документов. Оценить эту эффективность может только сам пациент и профессиональное сообщество.

Ещё одна плохая новость для медицинской и силовой бюрократии в том, что они не умеют управлять даже доступом пациента к нужному врачу, они так устроены, что могут только препятствовать эффективной логистике: бюрократы создают ненужные барьеры, а силовики следят, чтобы эти барьеры было трудно обойти.

Медицина – это рынок богатого врача и просвещённого пациента

Второй тезис этой работы в том, что рынки дорогих, технологичных, часто жизненно важных медицинских услуг в условиях асимметрии информации (врачи гораздо больше знают о болезни, чем пациент и бюрократы) лучше всего регулируются институтом профессиональных репутаций, сильным профессиональным сообществом и максимально просвещённым потребителем.

Институт репутаций сегодня существует в редуцированном виде, в параллельном официальному здравоохранению пространстве, связан с теневыми соплатежами пациентов и поддерживается неформальными сетями родственников, земляческих, рабочих и прочих

социальных связей. Капитализировать репутационный капитал возможно в частной медицине богатой Москвы и в специализированных и многофункциональных центрах высокотехнологичной медицинской помощи, когда у менеджмента получается доплачивать профессионалам экстра-класса в кардиохирургии, сосудистой хирургии, нейрохирургии, трансплантологии и похожих по сложности и ресурсоёмкости специальностях⁸. Звёзды регионального масштаба вынуждены жить за счёт неформальных платежей и подработок в частных клиниках.

Сильное профессиональное сообщество без публичного института репутаций и экономически самостоятельных врачей трудно представить. Кроме того, лицензирование, подтверждение квалификации, создание и утверждение протоколов лечения, разбор сложных и спорных случаев – всё это должно относиться к компетенции сообщества профессионалов, а не бюрократов из министерств и страховых компаний. Пока врач – это «бюджетник», «государственный служащий»⁹, а все перечисленные функции де-факто находятся в компетенции Минздрава, региональных департаментов здравоохранения и института главных и нештатных специалистов, скорее относящегося к бюрократическому аппарату, чем к «гильдии» врачей, говорить о полноценном медицинском профсоюзе бесполезно.

На качественную медицинскую помощь может рассчитывать только медицински образованный пациент (или его представитель, иногда знакомый врач), обладающий средствами и социальными навыками, позволяющими быстро найти нужного специалиста. В экспертных интервью медицинская эрудиция и мотивированность пациента как фактор успешности лечения иногда оценивался даже выше, чем его платёжеспособность¹⁰.

Возможно, именно «умный пациент» сможет стать одним из бенефициаров и драйверов развития новой медицины. Его формирование подтверждается жалобами врачей первичного звена на начитанность больных и их родственников, а также масштабами организации народной экспертизы во время текущей пандемии.

8 См. главу про ВМП в данной работе.

9 По концепции Николая Семашко.

10 ПМА, 2014 – 2020, из интервью с врачами, работавшими в первичном звене и кардиоцентре Сургута.

Перечисленные институты (профессиональные репутации, профессиональное сообщество и «умный пациент») не смогут сформировать адекватный рынок вокруг 500, 600 и даже 1000-долларовой средней месячной врачебной ставки, которая платится как зарплата чиновника.

Отраслевая люстрация

Третий тезис – если мы хотим создать рынок именно медицинских услуг, придётся ликвидировать медицинскую бюрократию. Иначе чиновники и страховщики как главные бенефициары административного рынка¹¹ бюджетных или страховых деривативов никогда не позволят свободно взаимодействовать врачу и пациенту.

Клятва Гиппократа, идеологическая основа врачебной профессиональной этики, принципиально противоречит интересам страховых компаний и любых других фондодержателей.

Прямые финансовые интересы чиновников и страховщиков в том, чтобы ограничить расходы на лечение после того, как ресурсы уже распределены на упомянутом административном рынке. Участковый терапевт должен принять как можно больше пациентов, это позволяет выставить большой счёт страховой компании. Но затраты времени на каждый прием должны быть минимальны – ровно столько, сколько требуется для оформления документов. Дополнительные исследования назначать опасно – их могут не оплатить. Для системы пациент – лишь ценная бумага, дериватив, если, конечно, он правильно оформлен.

Если же, например, этому пациенту de-facto необходима операция, но она грозит юридическими рисками врачу и организации, а диагностические данные могут быть формально интерпретированы двояко – не всякий врач сегодня возьмётся за скальпель. И наоборот – хирургического вмешательства можно избежать, но операция простая и её риски для доктора (не для больного) меньше, чем риск выжидания. Почему бы здоровому человеку не удалить

здоровый аппендикс, по документам же всё будет правильно. И дежурный хирург в одной из больниц Санкт-Петербурга, объясняя перепуганным родителям, как это всё работает, говорит: «Я могу прямо сейчас взять вашу дочь на операционный стол, удалить аппендикс, и вы ничего не сможете мне сделать». После письменного отказа от операции ребенок просто пошёл домой¹², но сколько таких операций всё-таки проводится и сколько других, нужных, но опасных, не делается – сказать невозможно. Пациенты и их родственники порой готовы засудить врача, даже если тот честно, профессионально и до последней возможности боролся за жизнь больного. Это бюрократическая война всех со всеми прямого отношения к медицине не имеет.

Пока бухгалтер, страховщик и следователь оказываются сильнее врача, машина здравоохранения будет крутиться вхолостую. Как сказал главный врач одной районной больницы в Сибири, «вы должны понимать последствия, когда решаетесь попасть в колесо здравоохранения»¹³.

На юге России ситуация похожая. Например, в одну из центральных больниц дагестанской столицы поставили артроскоп. Наиболее простая и в то же время доходная операция – удаление мениска. Опытный травматолог так критикует работу отделения: «Мениски были всё время, как-то обходились без операции. А теперь, как аппарат появился – не обходятся. И не наблюдают потом»¹⁴. Точно так же во многих случаях без показаний назначается кесарево сечение.

Конечно, всякий бюрократический барьер, в том числе первичного звена здравоохранения, преодолевается неформально, и тогда российская медицина вполне эффективно может использоваться по назначению. Но не всеми и не всегда. Требуется везение, упорство, использование неформальных связей или неформальных соплатежей и мотивированного менеджмента со стороны пациента, его родственников или других заинтересованных агентов на всех этапах – от диагностики и лечения до ухода и реабилитации. Иногда у врача возникает неформальный профессиональный

11 Симон Кордонский, Рынки власти: административные рынки СССР и России, Москва, О.Г.И., 2000.

12 По материалам включенного наблюдения автора, Санкт-Петербург, 2016.

13 Из интервью автора, Томская область, 2011.

14 Интервью, врач, 65 лет, Дагестан, 2016.

интерес и он готов работать на результат, а не на отчёт перед страховой компанией. Тогда тоже можно рассчитывать на успех. Есть ещё фанатично преданные профессии специалисты, ставящие интересы пациента выше интересов системы, неудобные и чиновникам, и коллегам по работе. Этот посыл – часть профессиональной гордости. Клятва Гиппократы всё-таки часть идентичности врача, хоть и задавленная бюрократией.

Можно утверждать, что первичное звено не справилось с маршрутизацией во время пандемии COVID-19 не только из-за отсутствия новой краски на стенах, оно и в «мирное» время выполняло скорее функции барьера на пути пациента к квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Просто из-за наплыва требующих госпитализации больных и политической невозможности им отказывать плотину прорвало, как её прорвало бы и свежепокрашенную. Но это в пандемию.

Всё это, конечно, сложно звучит. Гораздо яснее (вроде бы) отвечает на текущие вызовы запущенная 1 января 2021 года кабинетом министров Михаила Мишустина реформа первичного звена здравоохранения, предполагающая реконструкцию и строительство зданий, техническую модернизацию и увеличение финансирования ФАП, поликлиник и районных больниц на 163 млрд (на 20%) по сравнению с 2020 годом. Со слов Татьяны Голиковой, на эти цели в начавшемся году будет направлено около 800 млрд рублей (около \$10,8 млрд)¹⁵.

Все будут довольны. Технократы из правительства и ФФОМС отчитаются количественными показателями, руководители здравоохранения и ЛПУ в регионах, «правильные» подрядчики и поставщики освоят бюджеты, врачи будут благодарны за возможность заработать немного больше, население с удовлетворением оценит новые здания, мебель и аппаратуру в поликлиниках. Вопрос – почему за те же примерно

деньги (зарплаты не вырастут радикально) те же люди (других нет), управляемые теми же бюрократами, отчитывающиеся теми же формальными показателями, станут вдруг эффективнее лечить людей.

Замена оплаты койко-дней на оплату законченных случаев, подушевое одноканальное финансирование, ФОМС и страховые компании, региональные или федеральные квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) – все эти старые или новые изобретения реформаторов просто «привинчиваются» к живучей наследнице системы Семашко – профессиональной и консолидированной бюрократической корпорации. Эта корпорация пронизана устойчивыми неформальными связями, держит в заложниках политически чувствительную социальную сферу, обладает корпоративной солидарностью и адаптивными коррупционными инструментами. Она научилась выводить средства и на дутых койко-днях, и на «мёртвых душах» с подушевым финансированием, на лишних пролеченных случаях, на квотах на ВМП, на закупках оборудования по тройной цене. На юге России продают за десятки тысяч долларов даже доходные (имеется в виду коррупционные доходы) рабочие места в больницах. Региональные тарифные комиссии (комиссии по разработке территориальных программ) – идеальные площадки согласования интересов.

Минфин, Минздрав, ФОМС, страховые медицинские компании, региональные департаменты здравоохранения, главные врачи областных и городских больниц, Роспотребнадзор, прокуратура и даже наркополицейские являются участниками административного рынка ОМС, региональных и федеральных бюджетов на здравоохранение объёмом около \$60 млрд. Но на этом рынке нет места только для врача и пациента, за которым якобы следуют деньги при подушевом финансировании.

15 Анна Королёва. 1 января начинается модернизация «первичного звена» здравоохранения. Эксперт, 29.12.2020, <https://expert.ru/2020/12/29/meditsinu-poobeshchali-sdelat-dostupnee/>

Поэтому врачи от Москвы до Владивостока говорят, что «система здравоохранения имеет адские перекосы, она безумно бюрократизирована, она абсолютно не нацелена на пациента, а нацелена на освоение денег и ведение документации в связи с этим освоением. 15 минут на человека, лечим по стандарту, никуда влево-вправо не отходим, если назначил лишнее исследование, то дали по голове. Думающие врачи, особенно молодые, не готовы работать в рамках жёстких протоколов и несуществующих диагнозов»¹⁶.

Медицинская бюрократия, российская система здравоохранения подчинила себе врача и превратила его в мелкого чиновника. Этот институт не может быть реформирован, но может (как показали полгода встряски во время борьбы с пандемией) и должен быть ликвидирован. И да, этот тезис прямо противоречит планам правительства увеличить финансирование поликлиник и районных больниц.

Медицина в смартфоне

Наконец, **четвёртый тезис** в том, что на месте успешно ликвидированной медицинской бюрократии совершенно необязательно создавать новую. С задачами маршрутизации, коммуникации и просвещения лучше справится приложение в смартфоне.

Как ещё обеспечить сосредоточение ресурсов в точке взаимодействия технически оснащённого врача и мотивированного просвещённого пациента, как не через маркетплейс, интегрирующий финансовые инструменты, систему смарт-контрактов, экспертные системы, uber-диагностику и телемедицину. Государство в беднеющей стране¹⁷ не сможет обеспечить гражданам возможность использовать свободно и в полной мере средства ОМС и целевых бюджетов на открытом конкурентном рынке, если не odstranit от регулирования этого рынка собственную бюрократию.

На приложение в смартфоне можно заменить дорогостоящее первичное звено здравоохранения, занимающееся преимущественно

администрированием и маршрутизацией потоков пациентов. Электронные экспертные системы справятся с подбором диагноза, если надо – по uber-технологии предложат вместе со способом и источником оплаты инструментальную и лабораторную диагностику, online и offline-консультации со специалистами. Справятся не хуже участкового врача, который всё то же самое делает, тыкая пальцами в клавиатуру (если не пишет от руки), пока вы сидите у него на приёме.

Если возможно так радикально оптимизировать первичное звено, то ФФОМС, ТФОМСы и региональные департаменты здравоохранения тоже можно упразднить.

Субъектами рынка окажутся врач и пациент, автоматически исключив из оборота и бюрократов, и мёртвые души, и значительное количество медиков-статистов.

Приложение сэкономит от 30 до 50% консолидированного (общественного, корпоративного и частного) бюджета отрасли.

И не нужно бояться страшного мифа о разрушении сети здравоохранения, потому что на 90% своей площади эта сеть имитирует медицинскую помощь, занимается маршрутизацией, несёт коммунальные расходы и ведёт чудовищный по бессмысленности документооборот.

В 2020-м году украинские волонтеры оснащают больничные койки кислородными концентраторами и корректируют протоколы лечения. И это только начало.

Радикальная либерализация внутреннего медицинского рынка привлечёт глобальных технологических гигантов с их стремительно развивающимися экосистемами и медицинскими сервисами, оживит инвесторов, актуализирует неформальные сети, даст, наконец, законно заработать опытным профессионалам и вдохнёт оптимизм и драйв в талантливых молодых врачей. Даже «социально незащищённые слои населения» будут значительно лучше защищены родственниками, волонтерами и своими «потяжелевшими» в 2-3 раза страховыми

16 Мужчина, врач, 1985 г.р., Москва, 2020. Похожие цитаты можно привести из интервью с докторами в Иркутске, Челябинске, Казани, Томске, Владивостоке и Санкт-Петербурге.

17 С 2014 года к 2020 в абсолютных цифрах государственные расходы на здравоохранение сократились на 25%, с \$80 млрд до \$60 млрд (по данным Росстата).

полисами, чем бюрократами. Управляемые пациентами или их представителями через смарт-контракты общественные 60 млрд долларов в год – вполне эффективный инструмент мотивирования пары сотен тысяч высококвалифицированных врачей.

Такой подход может показаться утопичным, поскольку он радикален, не учитывает интересы медицинской бюрократии и предполагает высокую медицинскую грамотность населения. Но все эти три аргумента можно легко переформулировать в виде задачи: здравоохранению нужна фундаментальная, меняющая статус врача и пациента реформа.

Спасти нельзя ликвидировать

Простым и наглядным аргументом в пользу того, что проблемой российского здравоохранения стала спасённая советская медицинская бюрократия, является Грузия. В Грузии государственное здравоохранение в 1990-х умерло, по меткому выражению доктора Ираклия Дарцмелия¹⁸, так же, как умерла система центрального отопления в Тбилиси. В то время, когда жители столицы Грузии топили свои дома буржуйками, врачи перешли к частной практике: подушевые расходы грузинского бюджета на медицину составили в 1999 году \$0,8 в год, доля здравоохранения в ВВП (составлявшем \$2,8 млрд) упала с более чем 4% в 1991 году до 0,59% в 1999. Половина из этих жалких нескольких миллионов долларов уходила ведомственной медицине МВД¹⁹. Первые шаги по реформированию здравоохранения в Грузии начались в 1995-1996 годах. С принятием новой конституции государство отказалось от полного и бесплатного медицинского обеспечения граждан, а иерархичная модель сети медицинских учреждений Семашко, которая всё равно умерла, была заменена на свободную сеть²⁰. Развитие медицины Грузии в дальнейшем было

основано на приватизации большинства стационаров и поликлиник и привлечении частных средств. Грузия – единственная постсоветская страна, в которой и граждане, и страховые компании, и бюджет покупают медицинские услуги у частных медицинских организаций. В интервью Дмитрию Гордону Александр Квиташвили, экс-министр и один из главных реформаторов грузинского здравоохранения уже при Михаиле Саакашвили, говорил: «Почему получилось? Я считаю, потому что мы начали с нуля... В Грузии реально всё уже было разрушено. Как ни парадоксально это звучит, я считаю, что это было хорошо – в том смысле, что выстраивать новое было легче»²¹.

Сеть живее медицины

В других трёх странах дело обстояло иначе. В России в 1999-2000 годах государственные расходы на здравоохранение упали до минимальных 3-3,2% ВВП²², составлявшего в 1999 году \$195,9 млрд, но это было почти \$6 млрд²³. В Украине в 1999 году общие расходы на здравоохранение составляли 4,5% ВВП (\$31,58 млрд) при доле государственных расходов 65% – почти миллиард

18 Из интервью автора в декабре 2020 года.

19 Roeder F., Urushadze A., Bendukidze K., Tanner M. 2014. Healthcare Reform in the Republic of Georgia: A Healthcare Reform Roadmap for Post-Semashko Countries and Beyond / Ed. by C. Given. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2014. Цитировано по: Майкл Теннер, Каха Бендукидзе, Андрия Урушадзе, Фредерик Редер, Реформа здравоохранения в Грузии, Inliberty, <https://old.inliberty.ru/library/587-reforma-zdravoohraneniya-v-gruzii>

20 Дмитрий Гордон, Квиташвили: Хороший хирург в Грузии имеет зарплату 15-20 тысяч долларов в месяц и больше, Гордон, 10.04.2018, <https://gordonua.com/publications/kvitashvili-horoshiy-hirurg-v-gruzii-imeet-zarplatu-1520-tysyach-dollarov-v-mesyac-i-bolshe-240585.html>

21 Там же.

22 Лариса Попович, Елена Потапчик, Сергей Шишкин, Эрика Ричардсон, Александра Вакро, Бенойт Мативет, Российская Федерация. Обзор системы здравоохранения, Системы здравоохранения: время перемен, Том 13, №7, 2011, ВОЗ, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/186089/E96158-Rus.pdf

23 Рассчитано по данным Всемирного Банка: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locale=ru&locations=RU>

долларов США²⁴: тоже есть, где развернуться. Даже в Беларуси, где на минимуме в 2000 году общие расходы на здравоохранение составляли 6,1% ВВП (\$12,74 млрд), доля государственных расходов на здравоохранение оставалась высокой, 75,5%²⁵, или примерно 585 миллионов долларов, в 100 раз больше, чем Грузии.

Потеряв в качестве профессионального медицинского сообщества (кто-то ушёл из профессии, кто-то уехал за границу, на десятилетия медицина перестала быть престижной сферой деятельности), системы здравоохранения в Беларуси, России и Украине выжили как бюрократические институты. Начавшиеся в России еще в 1990-е попытки избавиться от наследия Семашко упирались в сопротивление союза медицинских бюрократов и местных политиков.

Сергей Шишкин писал ещё в 2000 году, что «наименее управляемыми в масштабах региона являются изменения в сети ЛПУ²⁶. Местные власти ... очень часто принимают решения, противоречащие задачам реструктуризации здравоохранения. Попытки административным путем рационализировать сеть ЛПУ нигде не увенчались успехом.

У муниципальных руководителей свои интересы – интересы сохранения и упрочения своей собственной политической власти... Как правило, местные власти противятся закрытию или перепрофилированию экономически неэффективных участковых больниц и фельдшерских пунктов. Нередко осуществляется строительство новых больничных корпусов несмотря на то, что имеющиеся мощности полностью не используются. Распространённой является ситуация, когда городские власти открывают новые специализированные отделения в своих клиниках, создают специализированные

медицинские центры, хотя аналогичные мощности уже имеются в составе региональных медицинских учреждений...»²⁷.

В спасении медицинской бюрократии поучаствовали не только региональные власти. Политическое руководство страны даже в богатый на реформы первый президентский срок Владимира Путина не смогло полностью отказаться от гарантий бесплатной медицины в полном объёме. Согласно Конституции РФ, в стране «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»²⁸.

Сеть здравоохранения в этих условиях удалось сократить, но не оптимизировать. С 1990 года по 2000 она сжалась в части стационаров с 12,8 до 10,7 тысяч организаций и с 2 млн 37 тыс. коек до 1 млн 671 тыс. А к 2019 году – до 5,2 тыс. организаций и 1 млн. 124 тыс. коек. То есть примерно в 2 раза. Но амбулаторная сеть осталась такой же. В 1990 году было 21,5 тыс. амбулаторно-поликлинических организаций, минимум был в 2007–2009 годах (15,3 тыс.), но в 2019-м количество поликлиник практически восстановилось до 21,4 тыс.²⁹ Численность же врачей с 1990 года в итоге даже выросла с 667 300 до 714 100³⁰. И это несмотря на существенное сжатие периферии, которую эта сеть должна обслуживать. Официально население Российской Федерации за 30 лет не изменилось, зато население 15 крупнейших городов-миллионников выросло с 27 в 1989 году до 33,5 миллионов в 2020-м³¹, население городов больше 100 тыс. человек, выросло на 9 миллионов³². Практически весь этот прирост урбанизированного населения проходил за счёт четырёх регионов: Москвы, Московской

24 Валерия Лехан, Владимир Рудый, Сергей Шишкин. Система финансирования здравоохранения в Украине и пути ее реформирования. ВОЗ, 2007, стр. 5, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/111358/E90754R.pdf

25 Эрика Ричардсон, Ирина Малахова, Ирина Новик, Андрей Фоменко, Беларусь. Обзор системы здравоохранения, Системы здравоохранения: время перемен, Том 15, №5, 2013, ВОЗ https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/253546/HiT-Belarus-RU-web.pdf

26 Лечебно-профилактические учреждения.

27 С.В. Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения. ИЭП, Москва, 2000, стр. 187-188.

28 Статья 41 Конституции РФ, см. напр. <http://iv2.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm>

29 <https://rosinfostat.ru/zdravooohranenie/>

30 Там же.

31 <http://www.statdata.ru/goroda-millionniki-rossii-po-naseleniu>

32 http://www.demoscope.ru/weekly/ssp/rus_urban100.php

области, Санкт-Петербурга и Краснодарского края, которые выросли на 7 миллионов (больше, чем на 25%)³³.

Сколько людей остаются зарегистрированными в селах, посёлках городского типа и маленьких городках, а на самом деле живут и работают в Москве, Московской области или вообще за границей России, сказать трудно. Какая-то часть этих мёртвых душ, приписанных к поликлиникам и другим фондодержателям, помогают поддерживать амбулаторную сеть. В некоторых визуально наблюдаемых случаях можно говорить о десятках процентов мёртвых душ по отношению к реальному населению и выделяемого подушевого финансирования на них в составе бюджетов ТФОМС, но, как правило, это всё-таки не более 5-7%³⁴.

Даже без приписок закреплённого населения сохранённая сеть здравоохранения выглядит малоэффективной. Ещё в начале 2010 годов, работая в пилотных по переходу на одноканальное финансирование регионах, мы анализировали состояние медицины в удалённых районах Западной Сибири. Центральная районная больница, фондодержатель, по документам к оплате за пролеченные случаи выставляет примерно 600 операций в год, как в 1980-1990-х годах. Но в 1995 году только 10% были манипуляциями «малой хирургии», остальные были более сложные хирургические вмешательства (аппендектомии, холецистэктомии, ампутации, резекции молочной железы, даже резекция желудка по Бильрот 1 или 2³⁵), а в 2010 году при выросшем в несколько раз финансировании более 60% операций из 600 – малая хирургия на подкожной жировой клетчатке. Некому работать, хотя по ведомости хирургов меньше не стало, те же пять единиц³⁶. Вне региональных центров такая ситуация была повсеместной. Ниже мы ещё обсудим эффективность медицинских коллективов, здесь же важно отметить, что попытки оптимизировать российское здравоохранение упёрлись в эффективное сопротивление медицинской

бюрократии, интересы региональных и муниципальных политических элит, а также в неготовность федерального центра отказаться от популистских гарантий всеобщей, полной и бесплатной медицинской помощи.

Тот самый клуб, состоящий из главных врачей тысячекочных стационаров, руководителей региональных департаментов здравоохранения и национальных руководителей медицины, не дал ни оптимизировать, ни приватизировать сеть здравоохранения, этот растущий вместе с бюджетами источник административной ренты, не пустил грозящие серьёзной конкуренцией иностранные медицинские и страховые компании на свой рынок. Единичные организации в Москве и других крупных городах допущены только в систему ДМС.

В 2014 году государственные расходы на здравоохранение в России выросли в процентном соотношении ненамного – по данным ОСЭР, до 3,7% ВВП. Но ВВП в 2014-м был \$2,06 триллиона, больше чем в 10 раз превысив ВВП 1999 года. Только расходы государства на отрасль составили почти 80 млрд долларов, а общие (государственные, корпоративные и частные) достигали 150 млрд долларов, то есть выросли более чем в 10 раз по сравнению с минимумом в конце 1990-х годов. После 2014 года из-за девальвации рубля долларовый оборот отрасли упал примерно на 25%.

Институциональные реформы строились вокруг спора бюджетной и страховой моделей и сводились, по сути, к аппаратной войне за финансовые потоки. При бюджетной модели сохраняется роль профильного министерства и региональных управлений здравоохранения, при страховой – федеральным технократам и Минфину легче создавать правильные стимулы для участников рынка, кроме того, на свою долю в бюджетном пироге могут рассчитывать корпоративные страховые компании и крупные частные национальные медицинские сети.

33 Там же.

34 Полевые материалы 2011 – 2018 годов, Дагестан, Кабардино-Балкария, Томская Область.

35 См., например: <https://top.clinic/otdeleniya/obshchaya-hirurgiya/gastrektomiya-i-rezekciya-zheludka.html>

36 Интервью с главным врачом (мужчина, 1959 г.р.) и сравнительное изучение операционных журналов, Томская Область, 2011.

В объятиях менеджеров и прокуроров

Не стоит забывать, что лечат людей и берут на себя ответственность за их жизни во всей этой громоздкой системе здравоохранения непосредственно практикующие врачи. То есть те, кто остаётся «в сухом осадке» после вычитания многочисленных чиновников Минздрава, региональных и местных органов управления здравоохранением, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, Росздравнадзора, ФМБА, Роспотребнадзора, страховых компаний и ведомственной медицины. Не могут помочь пациентам и сотрудники следственного комитета прокуратуры, оперативники управления по контролю за оборотом наркотиков.

«Рецензировала смертные случаи, в основном попадался Южный Дагестан, тот же Дербент. И это были смертные случаи при инсультах. И вот там не было совершенно никакого следования протоколу лечения. И при этом пациенты гибли. Я могу чётко объяснить, что сделано не так и почему пациент погибает – хотя бы потому, что его лечат без визуализации. Но никому до этого совершенно нет дела. То есть если говорить о том же Следственном комитете, ни разу не было такой ситуации, что это действительно ошибка, мол, ошибка, повлекшая за собой смерть пациента. И это не разбирается никогда. Ну и причина смерти, соответственно, отёк мозга, тромбоэмболия. Нет КТ или нет МРТ, оно не проведено или проведено не вовремя. Лечат так, как будто верифицирован диагноз, без КТ...»³⁷.

К 2020 году российская (а также белорусская и даже украинская) медицина управляется как бюрократическая система, в которой почти не работают ни экономические стимулы, ни институт профессиональных репутаций. Это затрудняет полноценную борьбу за жизнь пациента, а иногда делает её невозможной.

Медицинский персонал поликлиник, число которых, как мы видим, не сократилось, занимающийся больше выписыванием бессмысленных справок и логистикой, с которой первичное звено абсолютно не справилось во время пандемии, ничем не может помочь пациенту. Собственно ответственной и содержательной медицинской практикой, согласно нашим исследованиям медицинских коллективов, занимается от 10–20% медицинского персонала терапевтических стационаров и до 50% хирургических³⁸. То есть по очень грубой оценке, из 700 тысяч врачей в России это около 100–150 тысяч специалистов, на содержание которых государство и граждане тратят при самых оптимистичных подсчётах до \$4–5 млрд из \$120–150 млрд общих расходов с учётом налогов. И эти врачи вынуждены работать под тотальным бюрократическим прессом, в статусе госслужащих нижнего звена. Они, а не спасшиеся от ликвидации в 1990-е и в 2000-е бюрократия и армия статистов, оказались рядовыми на войне с пандемией. Конечно, есть ещё оборудование, здания, расходные материалы, лекарства, средний и младший медицинский персонал, но общее представление об эффективности управления здравоохранением эти цифры дают.

Эффективные менеджеры тем не менее продолжают бороться за финансовые потоки, оправдывая свои доводы исключительно интересами пациентов. Попытка Минздрава осенью 2020 года вывести из-под страховых компаний и передать исключительно в ведение ФФОМС федеральную компоненту ОМС (более 100 млрд рублей в год) и ограничить лимит вознаграждения страховых компаний 0,5–1% (сейчас 1–2%) встретила сопротивление Минфина, ЦБ и страховщиков, сулящих правительству даже «острую социальную напряжённость в условиях пандемии»³⁹.

37 Интервью, невропатолог, 1978 г.р., Махачкала, 2020.

38 По материалам интервью в 2014 – 2020 годах, Владивосток, Иркутск.

39 Дмитрий Буртин, Татьяна Гришина, Анастасия Мануйлова, Шум в системе ОМС. Коммерсант, 20.10.2020, https://www.kommersant.ru/doc/4529622?from=main_1

Жизнь медицинских коллективов

Российская медицина, как и советская в 1980-х годах, остаётся недофинансированной. Проблема не только в низких зарплатах, но и в уравниловке – разница в доходах доктора, работающего на износ, и статиста очень небольшая. Это подтверждается тем, что на доходы врачей существенно не влияют ни учёные степени, ни участие в национальных и международных научно-практических конференциях и исследованиях. В тех регионах, где уровень доходов сравнительно большой, главные врачи стараются удерживать специалистов через совместительство, возможность подрабатывать в частных клиниках, закрывая глаза на прямые неформальные платежи пациентов. На юге, где официально врач может зарабатывать и 30, и 25 тысяч рублей, неформальный рынок доминирует в системе стимулов.

Ещё одна черта российской медицины – низкие средние интенсивность и эффективность труда. 10% работает за остальные 90%.

Бедный доктор

Зарботки врачей в Российской Федерации с \$50–60 в 1999 году выросли до упомянутых \$550–650 на одну ставку в месяц к 2020-му. При этом по официальной статистике средний доход врача немного превышает \$1000, но это с учётом совместительства (средний уровень совместительства в России – 1,3⁴⁰). Реальные оклады, без надбавок за переработку, дополнительные дежурства, совместительства, остаются на уровне 40–50% от общей суммы, получаемой врачом на руки. 100 000 рублей в месяц и больше можно получать либо работая на износ в стационаре, либо хорошо организовав личную логистику в первичном звене⁴¹, либо

работая узким специалистом, например на аппарате ультразвуковой диагностики⁴².

Для сравнения, врачи общей практики (семейные врачи) в 2019 году больше всех за месяц зарабатывали в Австралии (\$22 500) и в США (\$17 000). В Финляндии зарплата семейного врача составляет \$6000, в Германии \$5000, в Греции \$3000, в Азербайджане \$2700, в Эстонии \$1800, в Латвии и Польше \$1500, в Турции \$1200, в Грузии – \$1000⁴³. При этом в целом по экономике средние заработные платы (нетто), например, в Грузии \$367, в России \$686, а в Турции \$820⁴⁴. При этом если, например, хирурги в США зарабатывают в среднем больше, чем семейные врачи – примерно \$23,5 тыс., то в России хирург получает 825\$ в месяц, то есть меньше, чем семейный врач, и меньше, чем на сегодня Росстат даёт среднюю зарплату по отрасли – \$1065⁴⁵.

Кроме того, в России существует региональная дифференциация доходов медиков. Больше других зарабатывают московские врачи и врачи, работающие в ряде специфических (северных, нефтегазоносных) регионах.

В 2014 году, сравнивая регионы ДФО, один из руководителей регионального здравоохранения говорил, что на Дальнем Востоке «самый благополучный Сахалин. Регион вызывает... состояние удивления: неужели так может быть в здравоохранении. Начиная с того, что есть региональная программа развития здравоохранения, региональный бюджет до 2020 года в размере 200 миллиардов рублей... У них один из немногих регионов с профицитным бюджетом, но расходы на здравоохранение конкурируют за первое-второе место в структуре расходов области с ЖКХ. (Разработана и действует)

40 Татьяна Бескаравайная, Невидимые перемены. Медвестник, 30.12.2019, <https://medvestnik.ru/content/articles/Nevidimye-peremeny.html>

41 В нескольких интервью врачи делились успешным опытом: участковые хирурги рассказывали, что за счёт совмещения в двух поликлиниках, одна из которых в составе районной больницы в сельском поселении, участия в программе «сельский доктор» и нескольких дежурств в городском стационаре (Интервью автора, мужчина, 38 лет, Сургут, 2014).

42 В Санкт-Петербурге, например, врач-узист, оценивал свои доходы в 2029 году в 150–180 тысяч рублей в месяц (интервью, мужчина, 40 лет, СПб, 2019).

43 Зарплата врача в странах мира, Medicine, 12.11.2019, <https://umedicine.ru/doctors-income-world/>

44 Средняя зарплата по странам мира, Masterforex, <https://www.masterforex-v.org/wiki/average-salary.html>

45 Евгения Лепека, Сколько зарабатывают хирурги: зарплата в России и за рубежом, moneyscanner, 14.02.2020, <https://moneyscanner.net/zarplata-hirurga/>

собственная программа привлечения медицинских кадров, 700 тысяч рублей из регионального бюджета платится там доктору, который едет на Сахалин работать только за то, что он приехал. Плюс оплата проезда всей семьи, контейнера и всего прочего. 74 квартиры в прошлом году выдали всего в Южно-Сахалинске в рамках служебного жилья медработникам. 21 учреждение строится с нуля. Перинатальный центр. Поставили там для народа по программе ОМС компьютерный томограф, МРТ, в центре города. Народ идет туда по направлению поликлиники без ограничений и т. д. И обратная ситуация во Владивостоке, когда в бюджете вообще нет ничего, когда губернатор строит ФАПы, (которыми все недовольны)»⁴⁶. Ситуация с неравенством регионов в целом не изменилась за шесть лет.

«Самую высокую зарплату получали по итогам 9 месяцев 2019 года врачи в Чукотском (в среднем 187,9 тыс. руб.) и Ямало-Ненецком (182,7 тыс.) автономных округах. Самые низкие зарплаты – в Ингушетии (43,4 тыс.)»⁴⁷.

Нужно понимать, что эти высокие зарплаты – результат различных надбавок, о которых мы уже упоминали. Примерно с 2014 по 2017 год надбавки и увеличение финансирования отрасли привели к реальному росту доходов активно работающих специалистов:

«Когда началась эта модернизация системы здравоохранения (с 2011 года – Д.С), очень медленно-медленно зарплата поднималась, поднималась-поднималась, потом было очень хорошо, вот прям хорошо было (примерно 2017 год). Люди стали брать кредиты, влезать в ипотеку – какая-то появилась уверенность в завтрашнем дне»⁴⁸.

Мы уже писали, что с 2014 года по 2020 государственное финансирование здравоохранения в долларовом эквиваленте

сократилось примерно на 25%. Поэтому реализация указа президента Путина, согласно которому «в 2018 году уровень зарплаты должен быть у врачей 200% от средней по региону, а у младшего и среднего персонала – 100%»⁴⁹, привела в первую очередь к размазыванию ресурсов в попытках натянуть эти 200%.

Во Владивостоке объясняют: «официальная же у нас должна быть – 200 процентов по средней экономике... то есть она у нас должна быть 74, ведь 37 гуляет средняя по экономике, поэтому где-то 74–76 тысяч — в зависимости от... Её держат, но статистика опять же наука интересная... то есть на бумаге она держится, но по факту, понятно, у кого больше, у кого меньше, но скорее меньше у большей части»⁵⁰.

Пошли жалобы на то, что фиксированный оклад не превышает половины выплат, Минздрав потребовал увеличить фиксированную часть. Процесс напоминает перекалывание из одного кармана в другой. «Это не решит проблем, связанных с общим недофинансированием медучреждений, уверен Андрей Коновал»⁵¹. «Давление на регионы в этом вопросе на практике приводит к уменьшению надтарифных выплат: надбавок за стаж, квалификационную категорию, ночные дежурства. В итоге получается обидная уравниловка: одинаковую зарплату получает и заслуженный врач, и вчерашний выпускник вуза»⁵².

Давление в регионах почувствовали многие. Снижение реальных доходов совпало с административными изменениями, в ходе которых во многих ЛПУ неудобные главные врачи заменялись на более «послушных»:

«У нас в больнице поменялось за два года три главврача. И вот эти изменения, они коснулись и зарплаты. Было автономное учреждение здравоохранения, потом оно стало бюджетным учреждением здравоохранения... Больница была в долгах постоянно, кредиторская задолженность

46 Интервью с региональным руководителем здравоохранения, 1974 г.р., Владивосток, 2014.

47 Татьяна Бескаравайная, Невидимые перемены, Медвестник, 30.12.2019, <https://medvestnik.ru/content/articles/Nevidimye-peremeny.html>

48 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

49 Путин: к 2018 году зарплаты врачей удастся поднять до 200% от средней по региону, ТАСС, 08.03.2017, <https://tass.ru/obschestvo/4079040>

50 Интервью, мужчина, 1974 г.р., Владивосток, 2020.

51 Сопредседатель МПРЗ «Действие».

52 Татьяна Бескаравайная, Невидимые перемены, Медвестник, 30.12.2019, <https://medvestnik.ru/content/articles/Nevidimye-peremeny.html>

большая, соответственно, нам сокращали все эти стимулирующие выплаты просто до минимума. Мотивировали это тем, что у нас долги, мол, платить нечем, мол, хоть это вам платят. Мы даже пытались писать, жаловаться, но пришел ответ, мол, всё хорошо у вас, всё правильно, всё замечательно»⁵³.

Важно, что врач – это не строчка в статистическом отчёте или платежной ведомости. Это человек с 30–40 годами профессиональной жизни, в течение которой он набирается опыта (это лет 10), пытается построить семью, заработать на квартиру и загородный дом, посмотреть мир, сам успевает поболеть.

На сегодняшний день опытный активный специалист (35–45 лет), способный переносить большие нагрузки, связанные с ночными дежурствами и совместительством, имеет за плечами драматичную личную историю. Первые шаги в профессии он делал в конце 1990-х – начале 2000-х годов.

«Когда я закончила институт (1998 г. – Д.С.), ...отработала несколько месяцев в поликлинике и продолжала работать медсестрой в больнице... Когда я получила первую зарплату в поликлинике врачебную, я просто была в шоке, зачем я училась, ха-ха – у меня зарплата медсестры была больше зарплаты врача! Поэтому немножко это меня шокировало... Ну а потом в стационаре, когда были уже и дневная работа, и дежурство, и подработки были, то там уже получше было»⁵⁴.

«Получше» значит хватает на еду, одежду и коммунальные платежи. Позволить себе что-то большее (отпуск на море, машина в кредит и квартира в ипотеку) медицинские работники смогли только много позже, не все и ненадолго. Просто потому, что силы кончаются, а заработать на организацию пассивного дохода, в отличие от организующих его работу чиновников, доктор на сложившемся административном рынке не сможет.

«Я дежурю со студенчества, видимо, настал уже какой-то предел... Я сейчас вспоминаю годы учёбы и работы... Наверное, если бы мне всё это знать, я бы второй раз на такое не решилась

— потому что это действительно было на износ. Сутками... То есть я ухожу утром, день я учусь, иду на дежурство, на дежурстве, соответственно, поспать маловероятно, утром я иду снова на учёбу, прихожу домой, и если дежурство ещё через сутки, то мне удастся только вечером поспать, и утром я уже снова в таком же режиме – бывали моменты, когда просто не понимаешь, где ты находишься, что с тобой, какой день недели, выходной/не выходной... (И так, получается, лет 15-20 – Д.С.) Потом надо наработать опыт, ...зарабатываешь себе имидж... Наступил какой-то предел, я дежурить перестала – всё, я уже не могу больше. Могу оперировать в частной клинике три раза в неделю...»⁵⁵.

Есть немного другие траектории. Например, У., на момент интервью в 2014 году ему было 30 лет, из селения Нариман Ногайского района Дагестана, учился в ДГМА в Махачкале в 2001–2007 гг., два года проработал хирургом в районной больнице в Ногайском районе, где заведующий – его двоюродный брат. В мае 2010 г. приехал на неделю в Сургут, а ещё через неделю уже вышел на работу детским хирургом в городской поликлинике (он поехал именно в Сургут, потому что там и ногайцев много по сравнению с другими российскими городами), и брат жены пригласил. При устройстве на работу требуется местная, сургутская прописка, поэтому наличие родственников – огромное подспорье. В сургутской медицине много ногайцев (более 30 человек). У. так описывает стратегию поиска работы: «Мои родственники говорят: здесь есть хирург (ногаец), давай ему позвоним, встретимся, он нам раскидает что почём. Встретились, и он говорит: иди туда (называет поликлинику – Д.С.) – на 99% тебя возьмут... Вот так пришел, говорю, что у вас вакансия свободная, документы посмотрели – работай. И то, что я слышал, что дагестанский диплом не катит – это всё мифы... в большинстве случаев именно в здравоохранении берут тебя, только испытательный срок дают. В глаза не говорят, а так, условно, вместо кого-то берут, в декрет, например, если доктор ушла... Устраиваешь, тебя не отпустят... Опыт смотрят,

53 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

54 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

55 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

но берут и тех, кто ещё нигде не работал»⁵⁶.

Для того чтобы устроиться работать хирургом в Махачкале, нужно заплатить большие деньги (не 15–20 тысяч рублей, что равно стоимости переезда в Сургут при наличии родственников, а \$15–20 тысяч). Хирург со стажем в Дагестане зарабатывает всего 15–20 тысяч рублей. Заработать больше можно только получая деньги от пациентов, поэтому коррупционный «тариф» существует и на экстренную помощь, и на плановые операции. В Сургуте же У. работает в четырёх поликлиниках, в сумме выходит более 60 тысяч рублей. Кроме того, в Сургуте работают социальные программы. По программе «Земский врач» государство выплачивает 1 млн. рублей, если доктор устраивается на работу в село. Для того чтобы получить этот миллион в Дагестане, надо отдать в виде мзды (отката) 400 тысяч рублей, в то время как в Ханты-Мансийском автономном округе эта программа работает без коррупционных обременений.

В целом понятно, о каких деньгах идёт речь. В 2020 году в крупном областном центре у врача-хирурга высшей категории с 30-летним стажем, с подработкой в частной клинике совокупный доход не превышает 80-100 тыс. рублей:

«До коронавируса стало очень плохо: моя зарплата хирурга высшей категории на ставку составляла 40 тысяч рублей... Я в последнее время уже не дежурила. За дежурство как-то не очень хорошо платили, и со временем... маленько были проблемы со здоровьем – и я решила не дежурить. Я подрабатывала в частных клиниках. Это было выгоднее. Спать дома и зарабатывать деньги днём... С частными клиниками где-то до 100 тысяч я зарабатываю»⁵⁷.

Зарботки в частных клиниках принципиально не отличаются от государственных. Это один рынок труда, но бюрократии там меньше.

«У нас уходили (в частную медицину) доктора насовсем, зарплату они не потеряли – то есть меньше они не зарабатывают (и работа

немножко поразумнее, да, полегче). Ни от кого не слышала, чтобы они пожалели, что ушли из государственной клиники»⁵⁸.

Но в частную медицину дорога открыта далеко не всем, молодым врачам там очень тяжело утвердиться, потому что *«там ты зависишь от поиска пациентов себе на приём... потому что вы придёте в частную медицину, и если вы никто, и к вам никто не пойдёт, то вас никто там сильно долго держать не будет... либо будет держать, но вы будете голодать, потому что минимальный размер оплаты труда вам поставят, процент минимальный, ещё и людей нету»⁵⁹.* В государственной медицине поток пациентов обеспечен и всё зависит от материального обеспечения молодого доктора.

«Есть молодёжь, у которой экономические проблемы закрыты, нет детей, нет семьи, есть квартира от родителей – ему ОК. А есть ребята, которые в 23 года имеют двух детей, вынуждены нести бремя ипотеки... сами считайте. А любая нормальная молодёжь хочет развиваться, молодёжь хочет искать какие-то такие вещи, где будет интересно, где надо будет думать»⁶⁰.

Бюрократизация, неэффективность и публичные рассказы о росте зарплат врачей приводят к изменению отношения граждан к представителям профессии. Людей понять можно, как мы уже писали, столкновение с системой здравоохранения не для всех заканчивается хорошо. Часто население воспринимает врача как представителя власти. Да и сами врачи иногда сравнивают свои заработки с заработками полицейских и судей.

«Почему когда милиционер выходит на пенсию, ему выплачивают одновременно пособие до 200 тысяч и плюс он ещё и пенсию гораздо больше, чем доктор, получает. У врачей-то такого нет. Или возьмите судей, которые считают, что у них очень вредная работа: они там какие-то просто баснословные пенсии получают, которые нам и не снились даже»⁶¹.

При этом с неформальными платежами, если

56 Интервью, хирург в поликлинике, 1984 г.р., 2014.

57 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

58 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

59 Мужчина, врач, 1985 г.р., Москва, 2020.

60 Мужчина, врач, 1985 г.р., Москва, 2020.

61 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

вы доктор и работаете не в Сочи или Махачкале, с каждым годом всё хуже: «...Оно (неформальные выплаты врачам) все меньше и меньше, потому что народ сейчас привык, что им все должны, все обязаны совершенно бесплатно. Неблагодарный народ сейчас. Раньше люди от чистого сердца благодарили врача, так принято было и раньше, а сейчас нет, сейчас это не принято»⁶².

Работа по возможности, оплата по потребности

Отдельная проблема – отсутствие независимости доходов от квалификации и прикладываемых доктором усилий. Конечно, несколько «звёзд» в регионе могут организовать для себя адекватный неформальный денежный поток, но расходы пациентов в этом случае оказываются за рамками ОМС.

В рамках исследовательской программы РАНХиГС исследовательской группой НИФИ были проведены количественные исследования медицинских коллективов Челябинской области, Карачаево-Черкесии и Республики Татарстан. Исследование проходило в форме анкетирования и выгрузки данных в разрезе медицинских учреждений, были обработаны 900 анкет в Татарстане, 1525 анкет в Челябинской области и 230 в КЧР.

Эти регионы представляют собой совершенно разные пространства экономически, по степени

урбанизации и населённости. РВП на душу населения в Челябинской области в 2015 году (на момент исследования) был равен 334 000⁶³, в Татарстане – 474 000 на душу населения, а в КЧР – 144 000. В городах проживали 42,7% жителей КЧР; 76,4%, жителей Татарстана, 82,6% населения Челябинской области.

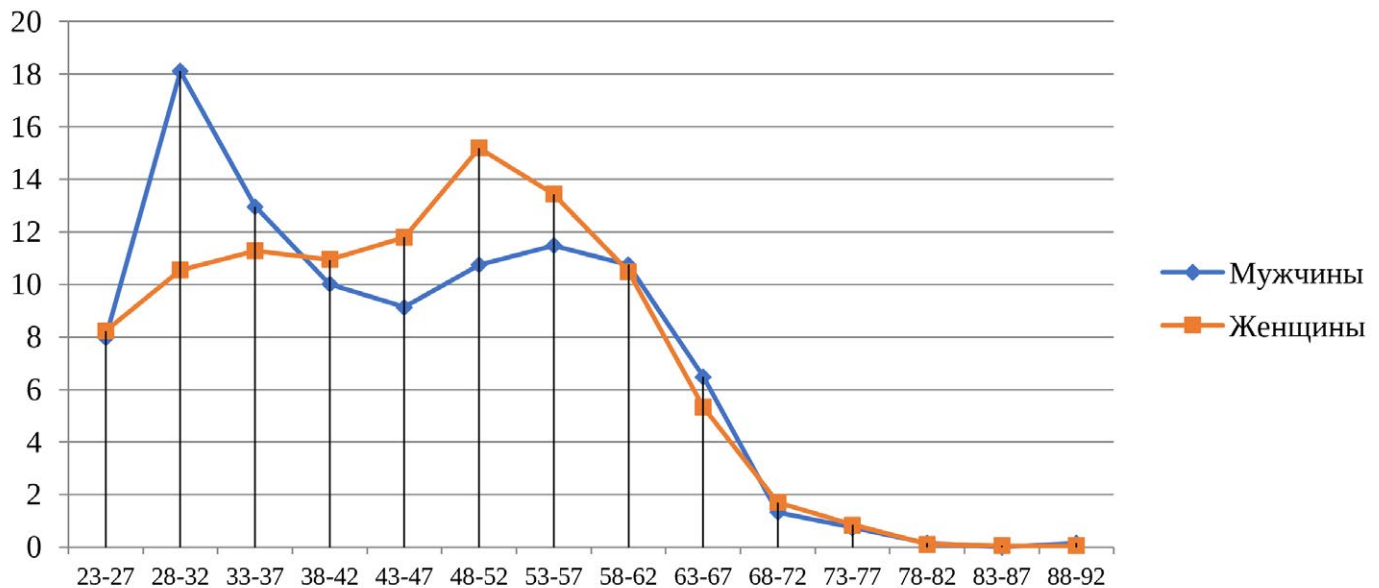
Медицинские учреждения исследуемых регионов получали 2/3 средств от ФОМС, 1/3 – из бюджетов разного уровня (региональные и муниципальные), частные средства оказывались в пределах статистической погрешности (менее 0,2%); ещё меньше – доля ДМС.

68% врачей всей выборки работают в тех же регионах, в которых учились. 30% занимают руководящие должности и 70% – специалисты. За последние 5 лет только 21% медиков участвовал в каких-либо научных конференциях в Российской Федерации, за пределы России выезжали только 4% опрошенных, научная степень была у 5% респондентов, 3% хотели бы уехать из России. Медианный доход по трём выборкам составил 30 000 рублей. Для всех наших предыдущих и дальнейших рассуждений интересным кажется половозрастной состав, по которому можно судить о продолжительности профессиональной жизни врача. Больше всего мужчин в профессии оказывается в 28–32 года, женщин в 48–52, основной провал – у пришедших в профессию в конце 1990 годов.

62 Хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

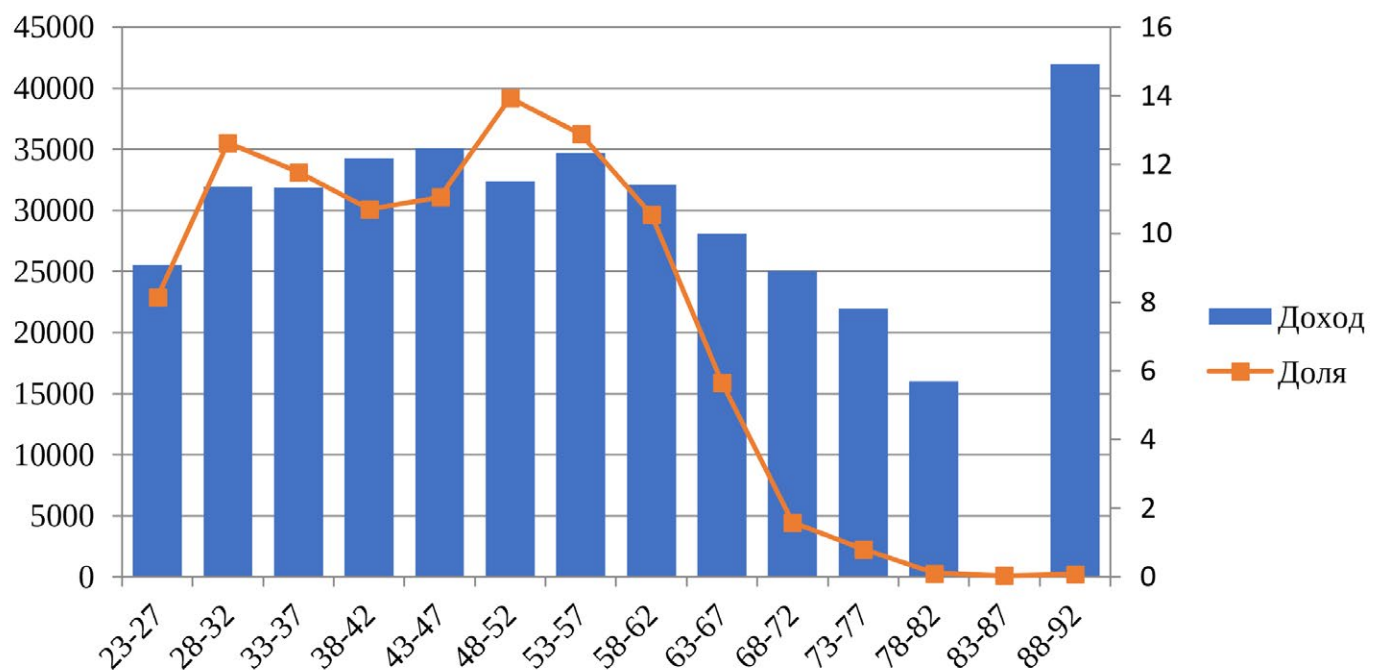
63 Валовой региональный продукт по субъектам Российской Федерации (валовая добавленная стоимость в текущих основных ценах) – всего, Федеральная статистическая служба.

Гендерно-возрастное распределение по совокупной выборке из трёх регионов



Наибольший средний доход 35 000 рублей у докторов по трём выборкам фиксировался к 43–47 годам, то есть после 20-летней практики, провал в 48–52 года, скорее всего, объясняется гендерными причинами, после 53–57 лет доходы врачей перестают расти.

Распределение общих доходов по возрастам и доля возраста по всем трём выборкам



Не будем перегружать текст диаграммами, добавим, что максимальных доходов врачи в Татарстане достигают в 68–72 года.

Если взять респондентов, у которых есть

международная научная активность, учёная степень и участие в ВМП одновременно, то таких окажется в среднем 1% из выборки для каждого региона. Медианный доход представителей этого процента был равен 25 000 рублей в Челябинске,

29 000 рублей в Татарстане и 20 000 рублей в КЧР.

Зато административные должности в Челябинске и КЧР больше влияли на медианный доход: 40 000 (вместо 34 000 по общей выборке) и до 21 000 (вместо 18 000 по общей выборке). В Татарстане администраторы от общей выборки не отличались: 30 000 рублей в обоих случаях.

Коэффициент совмещения был в 2015 году в Челябинской области 1,74, в Татарстане 1,5, в КЧР 1,41. Видно, что к 2020 (1,3) произошло существенное сокращение практики совмещения. В реальности это сокращение разницы в оплате в зависимости от эффективности. Все стали зарабатывать поровну, но больше с учётом всех надбавок.

На микроуровне отсутствие зависимости доходов от квалификации и уровня загрузки еще ярче. Возьмём типичное хирургическое отделение в региональном центре Восточной Сибири: *«У нас в отделении работает... шесть врачей и заведующий – это основные работники дневные»*. Заведующему 62 года. На семь человек *«три хирурга, которые делают практически все – 40, 47, 55 лет»*. Заведующий хороший оператор, но занят бумажками и не работает в операционной. Два шестидесятилетних доктора хирургии не обучаемы, делают только ампутации и вскрывают абсцессы. Один молодой, 27 лет, без категории, амбициозный, но пока мало что умеет. Доходы у всех примерно одинаковые. *«Одно время нам говорили, что будут считать, кто сколько сделал операций, в зависимости от чего будут платить. Но самое интересное, если заведующий снимет баллы с кого-то, естественно, будет крик и... "Ну, при такой зарплате я даже снимать-то не могу, потому что куда ещё меньше?" – говорит он»*⁶⁴.

Такой же разбор коллектива клинико-диагностического центра в другом областном центре, теперь в Западной Сибири, со слов его заведующей, показывает, что опереться руководитель из 10 сотрудников может только на одного 35-летнего доктора, которому интересно,

который осваивает смежные специальности. Остальные оказываются статистами. При этом материальное поощрение интенсивно работающего специалиста не может превышать \$100–150 в месяц⁶⁵.

Все респонденты, с которыми мы проводили интервью с 2014 по 2020 год в шести российских регионах, подтверждают, что в терапевтических отделениях эффективно работают 10–15% врачей, в хирургических – около 50%.

Образование и повышение квалификации

Мы не будем специально останавливаться на уровне высшего медицинского образования в стране. Скажем только, что в разных вузах и регионах оно сильно отличается. Медицинский институт в Москве или Санкт-Петербурге, конечно, готовит лучше, чем Дагестанская государственная медицинская академия, которая со слов самих преподавателей выпускает плохих специалистов: *«Я как человек, который преподаю, могу сказать совершенно объективно, и, наверное, никому не понравится такая характеристика. Есть студенты, которые не сдают (государственные выпускные) экзамены, но потом получают дипломы. Есть доктора, которые не сдают сертификационные экзамены, но работают узкими специалистами потом... Любимый пример со студенткой, которая говорила, что у человека есть два полушария, большое и малое. И она сейчас работает во ВТЭК»*⁶⁶. И таких действительно много. Они заканчивают учёбу, будучи не специалистами. Те, кто постарше, в большинстве своём даже если и были специалистами, деградировали»⁶⁷.

Профессия врача требует постоянного повышения квалификации, постоянной учёбы. Но в сложившейся системе большинство участников (сами врачи, руководители ЛПУ, образовательные учреждения, организующие курсы повышения

64 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

65 Интервью, заведующая КДЦ, 50 лет, 2014.

66 Имеется в виду Медико-санитарная экспертиза (МСЭ, раньше называлась ВТЭК – врачебно-трудовая экспертиза), один из видов медицинской экспертизы, определение в установленном порядке потребностей в мерах социальной защиты по медицинским показаниям. Учреждения МСЭ находятся в ведении Министерства труда и соцзащиты. Главное бюро МСЭ является подразделением Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) Министерства здравоохранения.

67 Интервью, невропатолог, 1978 г.р., Махачкала, 2020.

квалификации) слабо заинтересовано в результате. Вот несколько зарисовок, как это происходит.

«Я была в Питере на повышении квалификации, там был какой-то совершенно короткий цикл. Я работаю в женской консультации, и я думала: может, я хотя бы там вспомню акушерскую часть деятельности, ... смогу поассистировать на операциях... но нет»⁶⁸.

Массово повышение квалификации превратилось в совершенно формальный бюрократический процесс. У этого несколько причин. Для руководителей курсов повышения квалификации и для преподавателей это способ зарабатывать деньги, по которому существует формальная отчетность. Это не резидентура⁶⁹ в развитых странах, в которых обучение врача новым навыкам – это бизнес для разработчика или обладателя технологии, метода лечения, курса. Обучение стоит адекватных денег, но обучающая клиника и лично специалист несут ответственность за своего выпускника. Наши собеседники, прошедшие резидентуры в Южной Корее, США или Германии, десятилетиями поддерживают профессиональные контакты со своими учителями. В России есть примеры таких школ. Чаще всего они являются частью инфраструктуры поставщиков оборудования. Например, Johnson&Johnson совместно с министерством здравоохранения Татарстана на территории республиканской клинической больницы⁷⁰. Среди хирургов-эндоскопистов этот центр популярен как место, в котором реально учат работать.

Есть единичные авторские школы. В Тюмени на базе открытого в 2010 году (первая операция в апреле 2011) под руководством Альберта Сафиуллина федерального центра нейрохирургии создана такая учебная программа для нейрохирургов с уникальным симуляционным классом⁷¹. Важной чертой этого центра является включенность и руководителя, и ведущих врачей

в глобальную нейрохирургию, постоянный обмен опытом с ведущими медицинскими командами мира⁷².

Но это космос для единиц. «На земле» передним краем бюрократического освоения рынка повышения квалификации стало дистанционное обучение. Дистанционное обучение практикует и Johnson&Johnson, например для офтальмологов, но там есть и необходимые стандарты, и ограничение применения таких сертификатов. В российской практике даже серьезные фирмы рискуют своей репутацией.

«У меня есть несколько корочек такого дистанционного повышения квалификации, но оно же составляется в основном для регионов. То есть они рассчитывают на уровень не ниже среднего, а намного ниже среднего. Например, моё повышение квалификации в НИИ неврологии имени Бехтерева было таким, что я, пожалуй, преподаю студентам на более высоком уровне это... И казалось бы, такое весомое учреждение, но при этом даёт совершенно низкого качества контент»⁷³.

Ситуация с повышением квалификации отражает сложившуюся бифуркацию в медицинских коллективах. Есть те 10%, которые хотят работать, заинтересованы в новых знаниях и навыках, и есть остальные 90%, которые остаются статистами и делопроизводителями. Конечно, это упрощение, ниже мы ещё коснемся специфических медицинских коллективов, которые генерируют свою собственную профессиональную среду и культуру. Но в среднем «тех, кто как-то развивается, пытается что-нибудь почитать, выйти за пределы российской печати или хотя бы периодически российскую медицинскую читают – таких очень мало. Меньше 10%»⁷⁴.

К сожалению, возможности у этих 10% в последнее время стали снижаться. Причина, кроме непосредственно финансовой – замена на

68 Интервью, врач-гинеколог, ориентировочно 1977 г.р., Махачкала, 2020.

69 Резидентура – система постдипломного профессионального медицинского образования, распространенная в США, ЕС, Южной Корее и т.д.

70 Материалы интервью автора в Казани, 2014, Johnson&Johnson планирует до 2011 года вложить \$10 миллионов в Казанский учебный центр, Коммерсант, 17.06.2008, <https://www.kommersant.ru/doc/1188525>, про построенный центр: <https://bigpicture.ru/?p=98137>

71 См. сайт организации: <https://fcn-tmn.ru/федеральный-центр-нейрохирургии-мз-р/>

72 По материалам интервью автора в Тюмени.

73 Интервью, невропатолог, 1978 г.р., Махачкала, 2020.

74 Интервью, невропатолог, 1978 г.р., Махачкала, 2020.

бюрократов неудобных главных врачей, которые видели, может быть по старому опыту, в «своей» клинике зону своей личной ответственности, источник своей репутации, даже своего благополучия в стратегическом понимании.

«Пока у нас был нормальный главный врач, который много лет у нас был, он нас посылал ... на повышение квалификации ... Новые главврачи, которые после нашего были, они отказывались даже оплачивать командировки – только за свой счёт летишь, берёшь отпуск без содержания. Если ты куда-то полетел на конференцию, то никаких оплат – это ваше дело, нет такой статьи расходов. Я не знаю, тот (старый) как-то находил и статьи расходов, и спонсоров, видимо, и всё – он считал, что обучение врачей – это очень важно, а все остальные, видимо, так не считают. Они считают возможным эксплуатировать врача, его знания, но при этом не прикладывать никаких усилий к его обучению. Мы даже платим за повышение квалификации, когда идём на сертификат, обучение в местных – ну, институт повышения квалификации – и там есть определённая плата, она может быть символической, но мы платим сами, нам не оплачивают даже это ... Где-то тысяч 5–6»⁷⁵.

Ситуация, когда врач сам финансирует своё обучение, выглядела бы реалистично, если бы доктор был самостоятельным субъектом рынка, а не госслужащим с окладом \$650. Там, где специалисты ориентированы на международный рынок труда, они идут на то, чтобы платить большие деньги за обучение в США или других ведущих медико-технологических странах на свой страх и риск. В российских реалиях такая самостоятельная экономическая деятельность медика – это исключение из правила, как в случае таких специалистов, как упомянутый Альберт Сафиуллин из Тюмени или Олег Пак из Владивостока, возглавляющий медицинский центр ДВФУ⁷⁶.

Есть примеры, когда получить навыки и

окупить затраты на это вполне удаётся даже на периферии. Так, молодой хирург Магомед (имя изменено) из селения Губден на собственные средства прошёл подготовку по эндоскопической хирургии в Волгограде и поставил на поток эндоскопические операции на брюшной полости. До этого, для того чтобы получить хирургические навыки, он из ДГМА перевёлся на военный факультет медицинского института в Саратов, получил специальность военного хирурга и в качестве такового работал в Чеченской республике, участвовал в военных действиях в Грузии в 2008 г.

На момент разговора (2014 год) он пользовался ресурсом районной больницы (операционная, персонал, поток пациентов), но по сути вёл частную практику, являясь временным, ситуативным работодателем для хирургической бригады, выплачивая «ренту» главному врачу больницы за предоставление операционной и расходных материалов.

Магомед продолжает повышать квалификацию, сам платит за своё обучение, сам находит медицинские учреждения и специалистов, у которых сам себе организует аналог резидентуры⁷⁷. В итоге он единственный опытный хирург-лапароскопист на все районы республики. *«Три года занимаюсь лапароскопией. Мы – первый район в Дагестане, где внедрили лапароскопию... ни в одном районе в Дагестане больше этим не занимаются... По этим нацпроектам⁷⁸ они поставили всякое эндоскопическое оборудование, что диагностическое, что лечебное... Пока я сюда не приехал, шторцевский⁷⁹ с нуля ректороманоскоп стоял, никто не пользовался... То есть по нацпроектам они всё списали, раздали, и некому было работать, всё в пыли валялось, и это всё продолжается во всех районах Дагестана... Из городских больниц (кроме Махачкалы) только Дербент и Кизилюрт занимаются, остальные шесть городов абсолютно не занимаются»⁸⁰.*

Негативно повлиял на возможности

75 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

76 Сайт ДВФУ: <https://www.dvfu.ru/about/rectorate/4923/>

77 Резидентура – система постдипломного профессионального медицинского образования, распространенная в США, ЕС, Южной Корее и т.д.

78 Национальный проект «Здоровье» – программа по повышению качества медицинской помощи, объявленная президентом РФ, стартовавшая 1 января 2006 г. в рамках реализации четырех национальных проектов.

79 Эндоскоп производства фирмы «Шторц» (STORZ MEDICAL AG).

80 Хирург-эндоскопист, 1982 г. р. ПМА, 2014.

повышения квалификации и уход с российского рынка крупных фармакологических компаний. К 2020 году это стало заметно.

«Последних года два фармкомпании абсолютно не заинтересованы в поддержке конференций, обмена опытом, организации лекций. Потому что лекарства все сейчас российского производства. Все закупает дженерики... Раньше я ездила несколько раз в год на какие-то съезды, конференции. У нас каждый год российская школа проктологии проводилась... Обычно приезжаешь после таких мероприятий на каком-то подъёме, думаешь: ну всё, я сейчас горы сверну! ...Фармкомпании приглашали из Москвы шикарных лекторов... Мы были в курсе всех событий, всегда знали последние разработки. Сейчас всё это идет на спад. Никто нас не обучает – ни местная больница, ни минздрав местный ничего не делают для того, чтобы обучать врачей, делать какие-то конференции.

Мы в своём соку варимся, в своём опыте, друг другу рассказываем, кто там что делал...»⁸¹.

Отдельный удар по обучению российских врачей современным технологиям нанесла изоляционистская политика последних 5–6 лет. В одном из наших интервью руководитель специализированного регионального центра по детской кардиохирургии сокрушался, что воспроизводство квалифицированных кадров (центр иногда оказывался поставщиком подготовленных хирургов для московских клиник) и обучение работающих хирургов было построено на ежегодном рабочем визите американских хирургов, которые месяцами работали в операционной весте с российскими коллегами и передавали свой опыт и знания. Примерно в 2016 году региональное УФСБ порекомендовало «прекратить контакты с иностранцами».

Испытание COVID-19: коллапс системы

На федеральном уровне политическое руководство отреагировало на эпидемию мобилизацией коечного фонда, премированием медицинских работников за работу с ковидными пациентами, закупкой реанимационного оборудования и привлечением частной медицины к борьбе с пандемией.

Федеральная мобилизация ресурсов

Все эти меры связаны с распределением приличных бюджетов и выглядели решительно и динамично. Уже 8 апреля на посвящённом борьбе с коронавирусом совещании с главами регионов Владимир Путин объявил о выделении из федерального бюджета 33 млрд рублей на развёртывание дополнительных оснащённых коек в больницах, 13 млрд на закупку медицинской техники, включая аппараты ИВЛ, более 10 млрд

рублей на доплаты медикам: 80 тыс. рублей в месяц врачам, 50 тыс. рублей среднему медперсоналу, 25 тыс. санитарам. 50 тыс. в месяц доплаты положили врачам скорой помощи, 25 – фельдшерам и водителям⁸². По подсчётам «Проекта», уже на 29 июля ковидных контрактов федеральными и региональными бюджетами было заключено на 210 млрд рублей⁸³.

Всё это хорошо звучало и выглядело, пока оставалось на уровне политических решений федерального центра и богатой Москвы. Почти во всех регионах были организованы «красные зоны» в ковидных госпиталях с врачами в противочумных костюмах. Администрация Сергея Собянина на борьбу с пандемией к концу лета потратила 250 млрд⁸⁴. Для Москвы запустили знаменитый стационар в Коммунарке, в котором президент побывал, реконструировали несколько

81 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

82 <http://kremlin.ru/events/president/news/63176>

83 Юлия Апухтина, Даниил Сотников, Коронованные особы. Проект, 29.07.2020, <https://www.proekt.media/guide/koronavirus-goszakupki/>

84 Юлия Апухтина, Даниил Сотников, Коронованные особы. Проект, 29.07.2020, <https://www.proekt.media/guide/koronavirus-goszakupki/>

больниц, подключили частников, даже в торговых центрах поставили койки. Несколько десятков КТ-центров столицы занимались сортировкой пациентов по степени поражения легких.

Но уже на следующем уровне рутинной работы системы всё оказалось гораздо хуже. Нехватку квалифицированного персонала в системе, в которой последние 20 лет медицинская работа заменялась документооборотом, никакими мобилизационными миллиардами не исправить.

Ковидные госпитали вместо медицины

Коллапс начался ещё во время первой волны, в апреле–мае 2020 года. Под ковидные госпитали в регионах переоборудовали наиболее оснащённые и укомплектованные стационары. Конечно, если есть готовая больница, с реанимационными койками, и квалифицированными кадрами, «легче и удобнее взять и в готовой больнице сделать ковидный госпиталь и везти туда самых тяжелых больных со всего города..., если в инфекционной больнице всего 6 коек в реанимации..., а госпиталь ветеранов, тоже перепрофилированный под COVID, не имеет подготовленного персонала»⁸⁵. А миллион жителей лишился БСМП и экстренной сосудистой хирургии.

Под ковидные цели были переоборудованы не только региональные медицинские центры, но и федеральные. В предварительный перечень из 51 клиники, утверждённый правительством 25 апреля 2020 года, вошли военные госпитали, ведомственные больницы и федеральные специализированные медцентры, среди которых оказались ориентированные на сердечно-сосудистую хирургию, травматологию и ортопедию⁸⁶.

Койки добавить можно, врачей сразу взять неоткуда. Это типичная для российских регионов, даже для Санкт-Петербурга, история вытеснения ковидными койками других функций: «Вся хирургия города №⁸⁷ держалась на нашей больнице, потому что мы дежурили по скорой все дни в неделю круглосуточно, ежедневно... Представ-

ляете, что стало, когда мы стали заниматься ковидом... выпала из работы единственная хирургическая клиника в городе, нагрузка пала на областную и железнодорожную больницы. Они захлёбываются»⁸⁸.

Не только в ковидных стационарах появляются инфицированные пациенты, просто персонал работает без защиты и доплат, врачи и медсестры заболевают, целые отделения и огромные больницы закрываются на карантин. Или не закрываются, просто не подают данные, чтобы продолжать работать.

«Ковид везде, который скрывается. ...Областная больница подаёт данные, что у них никто не заболел – ни персонал, ни больные, – а у нас в больнице лежат прямо семейными парами их врачи, заезжают пациентами в красную зону династии ...из областной больницы, из кировской больницы, из института ортопедии, с медсанчасти, из железнодорожной, полыхают все больницы города ...И вот когда мы ушли в ковид, через некоторое время мы поняли, что нам-то легче всех – мы работаем в защите, а они нет, нам деньги платят, а им-то нет»⁸⁹.

Часто у медиков не остаётся другого выхода, кроме как идти работать в красную зону. Потому что по регионам «минимум на 50 процентов падает объём работы и, следовательно, финансирование медицинских учреждений, потому что идёт остановка всей плановой госпитализации... Часть больниц закрывается из-за ковидных вспышек»⁹⁰. То закрываются, то открываются, то снова закрываются. «Будут очень тяжелые последствия с точки зрения финансирования и выживания лечебных учреждений... Приостановили профосмотры, а это определённая доходная часть, остановили всю диспансеризацию, а это тоже доходная часть. Часть персонала пытается уходить в частную систему. Часть уходит в никуда»⁹¹.

Как только главный врач задаёт вопрос про деньги, он становится неудобен. В последние

85 Хирург высшей категории, женщина, 1971 г.р.

86 Дарья Шубина, В регионах перепрофилируют 51 клинику под лечение COVID-19. VADEMECUM, 25.04.2020, <https://vademec.ru/news/2020/04/25/v-regionakh-pereprofiliruyut-51-kliniku-pod-lechenie-covid-19/>

87 Крупный областной центр на востоке России.

88 Хирург высшей категории, женщина, 1971 г.р., 2020.

89 Хирург высшей категории, женщина, 1971 г.р., 2020.

90 Руководитель регионального здравоохранения, мужчина, 1970 г.р., 2020.

91 Руководитель регионального здравоохранения, мужчина, 1970 г.р., 2020.

несколько лет в региональном здравоохранении уже прошла замена «неудобных» профессионалов на бюрократов (по интервью в Иркутской области, Приморском крае, Дагестане).

Есть волевые и находчивые руководители, которые стараются спасти свои коллективы. Например, в том же Приморском крае, как только запретили плановую госпитализацию, главврач городского диагностического центра заставил своих врачей написать заявление на отпуск без содержания и идти работать в ковидный госпиталь. «Объясняет просто: “у меня 14 врачей вместе со мной пошли работать туда. Соответственно, у меня 14 человек получили заработную плату (и федеральные ковидные надбавки)”»⁹².

С ковидными надбавками получается интересный опыт – раньше за пределами Москвы врачи таких денег не видели, но благодаря COVID-19 поняли, столько может стоить их работа.

«Сейчас мы просто в шоке, как мы будем дальше жить... Мы где-то 250 тысяч сейчас в месяц зарабатываем... мы-то вот понимаем, что для нас эта работа гораздо легче той, которую мы делали раньше. А платят за неё в 6 раз больше...»⁹³.

Перевод всё большей части коечного фонда под знамёна ковидных госпиталей разрушил и без того слабую по содержанию систему здравоохранения, от ургентной до плановой, но не решил проблему кадров.

Из регионов врачи и средний медперсонал бригадами отправились в Москву, потому что в столице можно заработать. Какая-то часть медицинского персонала поехала из Украины и Беларуси в Польшу. Но большая часть этой профессиональной миграции ещё предстоит, если европейские страны начнут укреплять свои системы здравоохранения.

В России же нейрохирурги, травматологи, кардиологи, чтобы выжить, пошли в ковидные госпитали заполнять истории болезни в противочумных костюмах. И это оказалось непросто.

«Я выдержал два дня (в красной зоне) и вернулся в приёмное отделение... потому что утонул в бумагах, которые мне надо заполнять... за 16 часов работы я их не осилил... Второй момент – ...не надо смотреть, работает или не работает лечение – ты протокол шлёпай, а умные люди уже подумали, чем надо лечить»⁹⁴.

Врачи без необходимости боятся работать в ковиде «не потому, что мы не знаем, заболеем мы или нет... вопрос в том, что когда всё закончится, нас придут судить, Следственный комитет начнёт крутить руки по поводу того, как написаны бумажки. И это понимают все»⁹⁵.

И всё равно принесение в жертву пандемии регионального здравоохранения не решило проблемы. Из-за искажений статистики мы никогда не узнаем, смогла ли эта мобилизация существенно сократить летальность от осложнений при коронавирусной пневмонии и сколько людей погибло из-за неоказания помощи при других патологиях. Но даже логистически система захлебнулась.

В начале первой волны пропаганда и готовность администраторов по разным причинам, в том числе и из-за обещанных денег, легко отдавать койки под больных коронавирусом, вызвали бум немотивированных госпитализаций. По телевидению показывали очереди машин скорой помощи в Москве, был коллапс в Санкт-Петербурге, в Дагестане и некоторых других регионах.

«Тогда укладывали всех подряд..., просто чтобы люди не истерили, чтобы занять койки. Ещё говорили, что напрямую была команда, чтобы койки в больнице были заняты. В самом начале этой заявленной пандемии более 50 процентов были пациенты, не нуждавшиеся в госпитализации»⁹⁶.

Коллапс второй волны

Но настоящий коллапс в большинстве регионов наступил в октябре-ноябре 2020 года, когда количество пациентов, нуждающихся в реанимации, превысило возможности регионального здравоохранения.

92 Руководитель регионального управления здравоохранения, мужчина, 1970 г.р., 2020.

93 Хирург высшей категории, женщина, 1971 г.р.

94 Врач, мужчина, 1985 г.р., Москва.

95 Врач, мужчина, 1985 г.р., Москва.

96 Врач, женщина, 1979 г.р., Дагестан.

Специалисты и в России, и в Украине ещё в апреле говорили, что экстенсивное наращивание коечного фонда и поголовная госпитализация без просветительской работы, внедрения адекватных амбулаторных протоколов и организации эффективной сортировки приведёт к тому, что койки будут заняты, врачи кончатся, а количество пациентов продолжит расти⁹⁷.

Коллапс оставил два сценария для пациентов. Первый – открытый. Когда по любым основаниям в госпитализации отказывают больному с сатурацией даже меньше 90. Один из распространённых вариантов – отрицательный ПЦР-тест на COVID-19. Если принять во внимание, что существует заметный (от 20 до 40% и более) процент ложноотрицательных результатов при тестировании, то это что-то вроде биологической дискриминации. Причём врач, который озвучивает вердикт, в большинстве случаев это прекрасно понимает, но не может нарушать инструкцию.

Другой способ отговорить от госпитализации более честный – объяснить, что госпитализация возможна только сидячая (и в некоторых регионах в октябре-ноябре 2020 года это была суровая правда), что в больнице нет кислорода и не хватает персонала и что пациенту лучше лечиться дома. На коррупционном рынке стоимость госпитализации в некоторых регионах оценивалась в миллион рублей.

Второй сценарий действий системы в условиях коллапса – латентный и очень опасный для людей в тяжелом состоянии. Вас госпитализируют, но койка не оборудована кислородом, нет квалифицированного персонала. Пациент умирает в стационаре. Масштабы латентного коллапса зависят от страны и регионов.

Другие проявления обрушения системы – перебои с поставками лекарств и кислородных концентраторов, активный выброс на рынок «фуфломицинов», достаточно дорогих препаратов, эффективность которых не доказана, но есть прямые или косвенные рекомендации по их назначению от Минздрава.

К недостатку медикаментов в аптеках привели ажиотажный спрос и введение единой маркировки лекарств в России. Сбой электронной системы маркировки привели к перебоям с поставками важных препаратов.

После того, как в ответ на заявления губернатора Иркутской области, что в аптеках региона есть все необходимые лекарства, например азитромицин, активисты показали видео, где в этих же аптеках говорят, что антибиотиков нет и не предвидится, власти тактику поменяли. Теперь антибиотики не отпускают без рецептов, если препаратов нет в наличии. Если препараты есть – продают, как продавали обычно.

Проблема с кислородом вышла на первый план именно во время второй волны и государственной системой не была полностью решена ни в России, ни в Украине, ни в Беларуси.

Бюрократизация и централизация, к которой апеллируют в некоторых экспертных исследованиях⁹⁸, в России, Беларуси (придерживающейся в основном российских рекомендаций) и в Украине несколько месяцев сдерживала применение эффективных протоколов лечения в государственном здравоохранении, особенно амбулаторно. В России до публикации 9-й рекомендации Минздрава в октябре 2020 года при амбулаторном лечении «официально» не могли применяться антикоагулянты и глюкокортикостероиды, которыми неофициально родственники на основании неформальных консультаций со специалистами, работающими в том числе и в государственных больницах, спасали тяжёлых пациентов даже в дагестанских селах.

Мобилизация российского здравоохранения на борьбу с пандемией не открыла ничего нового про работу российских чиновников и топ-менеджеров корпораций с государственными закупками. Этот процесс хорошо описан⁹⁹ и был предсказуем. Новое знание для тех, кто не был погружен в отрасль раньше – это беспомощность, бюрократизация и опустошённость российской системы здравоохранения.

97 Интервью с докторами из Москвы, Киева, Владивостока.

98 См. там же: Юрий Воронин, Евгений Гонтмахер. Как реорганизовать здравоохранение в России, Ведомости, 25.05.2020, <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2020/05/25/831062-reorganizovat-zdravooohranenie>

99 Юлия Апухтина, Даниил Сотников. Коронованные особы, Проект, 29.07.2020, <https://www.proekt.media/guide/koronavirus-goszakupki/>

Альтернативы системе

Из бюрократизированной российской системы здравоохранения выпадает частная медицина, которую мы специально не исследуем.

Есть примеры скрытой приватизации сети в некоторых южных регионах страны, когда ЛПУ превращается в своеобразный ресурсный центр для его руководства и персонала. Отдельно стоит опыт специализированных центров, нацеленных на ВМП, которые особенно бурно развивались в первой половине 2010-х годов, до девальвации рубля и перевода квот на ВМП под финансирование ОМС, после чего эти квоты стали распределяться в рамках региональных тарифных соглашений.

«Странные аттракторы» ВМП: Сургут и Челябинск

На основе федеральных квот на высокотехнологичную медицинскую помощь возник достаточно эффективный административный рынок.

Первый пример – сургутский «Кардиоцентр»¹⁰⁰. Благодаря поддержке Сургутнефтегаза и личным качествам сменяющихся руководителей «Кардиоцентр» создал идеальные по региональным меркам условия для врачей. В качестве оперирующих хирургов удалось пригласить специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска. Маневрирование с квотами ВМП, кодами ОМС и платной медициной позволило дать высокую зарплату врачам и сохранить адекватную нагрузку для кардиологов, которые ведут непосредственно пациентов. За счёт кадровой политики, хорошего оборудования, качественного спроса на кардиохирургию (пациенты преимущественно до 60 лет) и консолидации около 1000 квот на ВМП центр развивался и подошел к планке, когда стало возможным даже частичное воспроизводство кадров. Сотрудники центра рассказывают, что в отличие от многих других ЛПУ в СКЦ опытные специалисты охотно учили молодых коллег. В

коллективе поддерживался командный дух и чувство коллективной гордости и ответственности.

Проблемы начались с внедрением «эффективного контракта» (внедрение с 2012 по 2018 год, в ХМАО активно стал вводиться в 2014 году)¹⁰¹, в результате которого врачи получили увеличение загрузки и сокращение оплаты труда. На деле эффективный контракт оказался административным инструментом выравнивания доходов медиков разной квалификации. Многие собирались увольняться, некоторые рассматривают, как вариант эмиграцию, в том числе и профессиональную (один из наших респондентов ушел из профессии). За три месяца после внедрения инновации с эффективным контрактом трое из наших респондентов – врачи, имеющие высокий профессиональный рейтинг и большой опыт работы, – эмигрировали за границу (Израиль, Германия), где смогли найти работу по специальности.

В 2010 году отделение кардиологии Челябинской областной клинической больницы получило по квотам ВМП оплату 1000¹⁰² операций с искусственным кровообращением, а в 2014 только 200¹⁰³. С июня по ноябрь 2012 года квоты на ВМП и объём работы были перераспределены на открытый в 2010 году Федеральный центр сердечнососудистой хирургии. В итоге Челябинская областная клиническая больница стала принимать экстренных больных с кардиологическими показателями, а Федеральный центр – плановых. На 2016 год у этого центра было 1300 квот на стентирование, 1000 на шунтирование вне рамок ОМС и 500 квот на ВМП в рамках ОМС (больше 1120 выделенных в рамках ОМС посещений с целью диагностики).

В 2014 году Челябинская областная клиническая больница была лидером по финансированию в регионе, концентрировала профессионалов и имела базу пациентов (это верно и для предыдущих годов тоже). Однако её кардиологическое отделение было разрушено и не

100 Материалы полевых исследований автора в составе рабочей группы ИЭП, июнь-июль 2014 г., ХМАО.

101 См., например, здесь: <http://www.przrf.ru/info/full/dlya-profaktivista1/Effektivnyj-kontrakt-v-zdravooohranenii/>

102 http://uralpolit.ru/news/society/news_society/vladimir-prikhodko-oblastnoi-minzdrav-nas-ne-uslyshal

103 Официальная статистика.

переведено в федеральный центр (руководитель отделения кардиологии Челябинской областной клинической больницы перешел на работу в университет и другую больницу и скоропостижно скончался в возрасте 60 лет через 2 года после закрытия отделения, им возглавляемого¹⁰⁴).

Создание федеральных центров, которые сосредоточили квоты ВМП вне ОМС¹⁰⁵ (более 310 тысячи квот) против 60 тысячи квот в рамках ОМС, создало новый внесистемный административный рынок медицинских услуг в России. Включение федеральных квот в 2014 году в базовую ОМС, установление в 2015 году общих тарифов по ВМП и общее сокращение государственного финансирования здравоохранения после дефолта 2014 года приостановили этот интересный эксперимент. Но этот опыт может быть востребован для превращения сети здравоохранения в России в современную государственную корпорацию развитыми элементами частно-государственного партнерства. Для лучшего понимания этого опыта приведем ещё один пример.

Медицинский центр ДВФУ

Открытие в сентябре 2013 года многофункционального *медицинского центра ДВФУ*¹⁰⁶ на острове Русском сопровождалось переходом в команду Олега Пака лучших кадров из краевого и городского здравоохранения Приморья и Владивостока.

Открывал центр президент РФ Владимир Путин. Идея создания Центра принадлежит Игорю Шувалову. В оборудование и строительство инвестировано около 7 млрд рублей, построено 8 первоклассных операционных на 200 коек стационара, в которых сегодня делают 35 операций по классу ВМП в день. Главный врач Олег Пак, нейрохирург, учившийся в США, старается, чтобы его сотрудники не оперировали грыжи и аппендициты, потому что только ВМП могло окупить затраты, произведённые при создании центра¹⁰⁷. В центре собраны лучшие (по возможности) хирурги из краевой сети

здравоохранения. Это вызвало недовольство со стороны руководителей краевых ЛПУ. Центр в 2014 году выбирал 3149 квот по ВМП, почти все, что есть в крае, существенно «обокрав» и краевую клиническую больницу, и некоторые другие ЛПУ Владивостока.

Специалисты говорят, что из хорошо работающего в Приморском крае здравоохранения есть только центр на острове Русский, «который сейчас ...на себя высасывает деньги плюс специалистов. 1,5 миллиарда стоимость оборудования на острове. 5,5 миллиарда стоимость здания. Широкие коридоры, там всё замечательно, аппарат DaVinci стоит в операционной. Они начали отбирать у другого здравоохранения а) квоты и б) под это дело идут доктора, потому что там выше зарплата и (лучше условия работы).

В центре разработали систему, как избежать тройного финансирования платно – бесплатно. ОМС – не ОМС ...Пациент по ОМС ложится, ему говорится: по ОМС мы должны сделать первое, второе, третье, а четвёртое, пятое, шестое вокруг (за другие деньги). Вот вы завтра выписываетесь с ОМС, ложитесь на платное, и начиная с палаты вы пользуетесь вы пользуетесь всей (премиум)-версией программы. Всё больше пациентов на это идёт, они выписываются, оплачивают всё по полной программе...

Кардиохирург Виталий Сорокин (проходил обучение в одной из крупнейших клиник Южной Кореи, работал в Приморской краевой клинической больнице – Д.С.) приезжает из Сингапура и оперирует «вахтовым» методом¹⁰⁸. Ему подбирают пациентов, он приезжает на неделю – прооперировал – уехал.

В центр взяли из Новосибирска инфекционистов. Нейрохирург сам Олег Пак. Он тоже учился в Корее, в Штатах. Он сейчас главврач этого центра и сам же оперирует по этой части.

Центра не было в программах модернизации

104 <https://vecherka.su/articles/society/13902/>

105 https://vademec.ru/article/vademecum_rasschital_obem_samoy_neprozhachnoy_chasti_gosudarstvennogo_zakaza_na_meduslugi/

106 Материалы полевых исследований автора в составе рабочей группы НИФИ, октябрь 2014 г., Владивосток.

107 Из интервью с Олегом Паком, Владивосток, 2014.

108 Биография есть на сайте МЦ ДВФУ: https://www.dvfu.ru/med/news/famous_heart_surgeon_vitaly_sorokin_advise_patients_in_the_polyclinic_of_the_medical_center_of_the_university/

вообще, это изначально был проект в структуре федерального университета. Он относится к Министерству образования и науки. Сам университет автономная организация, и ещё в его рамках есть этот медицинский центр. И всё это делалось к саммиту. Он должен был быть готов к саммиту. К саммиту он не был готов.

Квоты дали, потому что проект под персональным контролем Игоря Шувалова, хотя Минздрав не выделяет квоты не своей сети. Всех нагнули, и процесс там движется сейчас. Чтобы отработать за полгода больше 3 000 квот, приходится привлекать пациентов.

Во-первых, идёт везде реклама, что мы бесплатно по направлению поликлиники берем любого из вас. Второй момент: они, собирав врачей к себе из других учреждений, соответственно забирали себе клиентскую базу через этих врачей. И третье – сарафанное радио, что есть какой-то модный центр на острове Русском, туда надо попасть, потому что там хорошо, там светло и можно даже бесплатно по номеру ОМС получить. Они работают активно по квотам, а это означает для пациента бесплатно. Плюс к этому платные услуги, плюс ОМС-овский объём.

На Приморский край выделяется всего около 4 000 квот на ВМП, они забрали почти всё на себя. Т. е. они оголили вообще всё оставшееся. И получилось, что то, что другие учреждения действительно могли получить и за счет этого выживать, сейчас уже практически нет.

Это пример успешного учреждения, а пример неуспешного – всё остальное здравоохранение Приморского края»¹⁰⁹.

При этом некоторые специалисты утверждают, что в первые годы качество кардиохирургии в Хабаровске и в Новосибирске было выше, чем на Русском, и пациенты теряют, попадая почти в приказном порядке в медицинский центр при ДВФУ.

При переводе квот на ВМП в систему ОМС центр ДВФУ потерял объём, количество квот уменьшилось до примерно 1400 в 2019 году. К 2020 году с многими наполеоновскими планами пришлось притормозить. Тем более, что часть заработанных центром средств забрал на

погашение своих долгов университет.

«Центр не умер, что само по себе уже хорошо, но и сильно не развился, то есть сказать, что они какие-то новые направления за это время добавили – нет. У них достаточный объём платных услуг и основной, конечно, доход – за счёт квот, которые они получают. ...Им оставили часть федеральных квот и часть местных, которые подешевели в валюте после дефолта 2014 года.

Когда федеральные квоты заканчиваются, оказывается, что федеральные центры хотят получить деньги как раз с регионального бюджета, и тут начинаются конфликты, потому что уже как бы второе перераспределение, если что-то кому-то отдать, нужно у кого-то что-то забрать... и плюс к этому они привыкли работать по другим тарифам с учётом особенностей и оснащения, и расходников, и самих даже объёмов операции. Поэтому с одной стороны идёт уменьшение стоимости услуги у них, с другой идёт недовольство со стороны оставшейся лечебной сети, потому что идёт уменьшение объема финансирования туда.

Виталий Сорокин, который работает в Сингапуре, сейчас просто не прилетает сюда... он где-то раз или два в три месяца и оперировал в связи с закрытием границ.

В итоге почти все подобного рода центры приходят в местные министерства и департаменты и говорят, мол, ребята, мы уже выбрали все квоты, а мы всё можем, дайте нам еще. А это означает, что чтобы их дать, надо у кого-то забрать. И если кто-то по разным историям не выполнил объём квотированный, тогда идёт перераспределение. Раз в полгода, особенно в конце года идет перераспределение с тем, чтобы освоить – дурацкое слово – выделенные средства по данному разделу. Если они понимают, что там краевая больница уже не сможет сделать определённое количество процедур, то они говорят, мол, давайте перераспределим на медцентры... “У вас есть желающие, стоящие в очереди?” – “Да, у нас вот пациенты, которые ждут квотирование”. “Вот забирайте, оперируйте, делайте, протезируйте – всё что угодно”.

Была идея, что к нам сюда поедут китайцы

109 Интервью с руководителем регионального здравоохранения, мужчина, 1974 г.р., Владивосток, 2014.

как минимум, а уж тем более корейцы и японцы – нет, пока эта история ни о чём. Минздрав края периодически активно отчитывается об экспорте медуслуг, но почти все цифры – это легальные и нелегальные иммигранты, которые у нас здесь трудятся, это ближайшее зарубежье... то есть обращаются в лечебное учреждение за помощью ...фактически это просто заместительная терапия, некуда больше пойти, и они идут сюда, в нашу сеть»¹¹⁰.

Как ВМП работает «на земле», когда нет такого административного прикрытия, как в федеральном центре, хорошо видно из следующего сюжета, рассказанного врачом из восточносибирского регионального центра:

«...Операция шла по высоким технологиям, тариф 168 тысяч рублей. Один только шивающий аппарат стоил тогда 25 тысяч. Но эти аппараты больница умудрялась не приобретать. ...То есть мы голыми руками делали ту же самую операцию, заказывали аппарат больному, чтобы он его купил, ну и проходило это как операция по высоким технологиям. За это получал оперирующий хирург, если он еще и лечащий врач, тысячи две рублей... Ещё хирург, ассистент, человек, который ведет документацию там – по 10%. Ну, естественно, бухгалтер, экономист и так далее – всё это растаскивалось... То есть это, может быть, давало какие-то заработки, когда операция каждый день на потоке делается, 30 операций в месяц делают... умножить на 2 равно 60 – можно было тогда ещё как-то работать. Но не стоит это того! Операция действительно очень ...долгая и нудная... затратная – психологически, физически, и пациенту тоже нелегко. Но 2 000 – что это?! Плюс к тому же он аппарат покупает сам. Я ещё должна выкрутиться, чтобы он не попросил за него компенсации где-то там в страховой. Объяснить человеку, что я, мол, не могу вам сделать операцию без этого аппарата»¹¹¹.

Южные модели: Больница как ресурсный центр

Где-то на противоположном конце шкалы способов адаптации медицинских коллективов к системе здравоохранения находятся стратегии медицинских руководителей на юге страны, там, где средний уровень зарплат меньше. Конечно, этот «новый» опыт удивляет коллег с «севера».

«У нас доктор, 60 лет ему, бросил здесь (в Восточной Сибири) всё и уехал в Красную поляну на работу хирургом. Посидел он там, наверное, месяца 3-4, вернулся! Сказал, что в Красной поляне вообще делать нечего. А он такой оперирующий хирург, всё он умеет, знает, опытный, нормальный хирург. И он говорит, что там (другая – Д.С.) система у них – своих, которых допускают, которых не допускают... Просто так там не придешь на нормальную работу, чтобы тебе всё давали делать и, соответственно, чтобы ты за это получал... Зарплата официальная маленькая, а приносят (в конвертах). Поэтому... не смог пристроиться»¹¹².

Примерно такая же, только более укоренённая, ситуация в Дагестане. Там тоже небольшие средние зарплаты. Основной доход образуют нелегальные платежи пациентов. Рабочие места врачей продаются за приличные деньги.

«Например, место врача в центральной больнице, наверное, уже лет 5 стоит 2 миллиона... Последние специалисты, которые появлялись, по моему, отделение острокоронарной патологии у нас открывали, если я не ошибаюсь..., миллион триста место стоило. Но это всё такие, очень неофициальные сведения... Когда я закончила интернатуру, например, было место дежурантов во Второй городской больнице, она тогда была скоромошной. Место дежуранта немного стоило тогда – 800 тысяч... Это 2014 год. Это совершенно расстрельное место, на котором ни один здравомыслящий человек работать не захочет, потому что там большая ответственность и очень большое количество пациентов»¹¹³.

110 Интервью, мужчина, 1974 г.р., Владивосток, 2020.

111 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

112 Интервью, хирург высшей категории, 1971 г.р., 2020.

113 Интервью, невропатолог, 1978 г.р., Махачкала, 2020.

В Дагестане максимальные доходы в отрасли получают администраторы с политическим весом, дефицит специалистов выгоден – можно дороже продавать услуги:

«В каждой клинике есть один, максимум два специалиста, которые ...занимаются (реальным лечением сложных больных), им невыгодно, чтобы был второй конкурент. Возьмём урологический центр, один главврач занимается (эндоскопической урологией)..., весь урологический центр балду гоняет..., никого не отправляют обучаться, потому что в финансовом отношении ему выгодно самому всё иметь. Точно так же и в каждой клинике почти есть свои ведущие специалисты, которые сами пробиваются, сами ездят, сами обучаются современным методикам, а молодые сотрудники смотрят, крючки держат, их не отправляют (учиться), тот же главный хирург – ему зачем конкуренция, в плане денег невыгодно»¹¹⁴. Большинство амбициозных и способных молодых врачей предпочитает покинуть республику на этапе ординатуры, если не удалось сразу поступить в Московский, Астраханский или Санкт-Петербургский медицинские институты. В первые годы после введения единого государственного экзамена (ЕГЭ) в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге поступало несколько сотен дагестанцев, после чего руководство академии ввело специальный фильтр – собеседование, формализованное как психологический отбор¹¹⁵.

За пределами узкой группы богатых администраторов и удерживающих доходные профессиональные позиции «светил» в Дагестане практикуется стандартная для российского здравоохранения уравниловка, когда от усердия и успехов оплата труда не зависит совсем или зависит очень мало. *«Хорошо ты работаешь, плохо, качественно, некачественно... на оплате это не сильно отражается»¹¹⁶. Гораздо важнее*

отношения с руководителем или его материальная заинтересованность в сохранении рабочего места за конкретным специалистом. Одно из следствий сложившейся административной практики – передача части заработной платы врача или медсестры работодателю, она иногда может превышать 50%.

Новое земское здравоохранение

Но на Юге, кроме коррупции и практической приватизации государственной сети здравоохранения, есть свой большой опыт самоорганизации на уровне сельских обществ.

Еще 1992 году жители села Тлох Ботлихского района Дагестана фактически сами построили участковую больницу по инициативе и благодаря авторитету Султан Мухаммада, исламского тарикатского шейха, который пользовался большим уважением и влиянием в религиозном Тлохе. История этой больницы известна во всем районе и стала почти легендой. По словам её главного врача Исы Исаевича, теперь уже 70-летнего выходца из этого селения, травматолога, отработавшего большую часть жизни в Свердловской области, ученика знаменитого российского врача Гавриила Илизарова¹¹⁷, он не смог отказать Султан Мухаммаду и вернулся в родное село. Тогда и придумали, что это будет межрайонная больница с филиалом республиканского диагностического центра. В штат дали эндоскописта, врача УЗИ, хирурга эндоскописта и врача рентгенолога. *«Это моя была идея, чтобы тут открыли травматологические койки, потому что стоит большая военная часть в Ботлихе, дороги нагруженные, аварии случаются. Лучшие уж травматологические койки, чем кардиологические или гастроэнтерологические, которые в каждой больнице есть. А травматологии ни в одной больнице нет»¹¹⁸.*

114 Интервью, хирург-эндоскопист, 1982 г. р., Дагестан, 2014.

115 Интервью, хирург 1969 г.р., СПб., 2014.

116 Интервью, хирург-эндоскопист, 1982 г. р., Дагестан, 2014.

117 Гавриил Абрамович Илизаров (1921–1992 гг.) – советский хирург-ортопед, изобретатель, доктор медицинских наук, профессор.

118 Интервью с Исой Исаевичем, главным врачом Тлохской больницы, 1950 г.р. 2016, Тлох.

Неформальные сети как элементы альтернативной системы

Одна из важных идей, следующая за изложенным материалом, состоит в том, что продуктивными с точки зрения эффективного применения достижений доказательной медицины в интересах пациента и врача оказывается не система здравоохранения, а стратегии и практики, обходящие бюрократическую машину.

Развивая эту мысль, можно говорить о том что элементы нового, более эффективного и соответствующего новым технологиям рынка медицинских услуг проявляются в сегодняшнем, казалось бы, оппортунистическом или даже саботирующем систему поведении медицинских организаций, медицинских коллективов, отдельных врачей и различных по своей социальной природе сообществ граждан.

Поэтому для нас важен разбор таких кейсов. В какой-то мере примером внесистемной организации являются и федеральные специализированные центры, описанные выше. Но это сопротивление системе не со стороны общества, а со стороны элит – и политических, и профессиональных.

Сельская страховая компания

Первый наш пример из другого регистра – молодой кадарец¹¹⁹ 25 лет, попавший в автокатастрофу и потерявший обе ноги. На его спасение и последующее лечение в Волгограде родственники, друзья и односельчане потратили около миллиона рублей¹²⁰. Это типичное поведение родственников и односельчан почти любого дагестанца, нуждающегося в медицинской помощи. Все помогают, у кого есть – дают деньги. Это качество дагестанцев оказывает влияние на здравоохранение в соседних регионах. И врачи, и пациенты их республики отмечают, что если раньше ни в Ростове-на-Дону, ни в Астрахани врачи и средний медицинский персонал не брали деньги за свою работу, ограничиваясь конфетами

или алкоголем, то со временем, в «тучные» 2000-е гг. дагестанцы «приучили» соседей к неформальной плате за работу. *«Там постоянно давали деньги, чтобы смотрели, медсестре, чуть ли не уборщице. Сейчас, конечно, когда с твоим человеком что-нибудь случится, дело не в деньгах, что угодно сделаешь, чтобы за ним хорошо смотрели и даёшь, даёшь деньги, что ты делаешь этим – ты их портишь. У тебя есть деньги, ты даёшь, за тобой хорошо смотрят, а потом пошел я, у меня денег нет, они привыкли, они хотят денег, за мной уже не смотрят. Это по закону должно быть без денег, на зарплату, чтобы они смотрели»*¹²¹. Повторная операция и пластика ампутированных конечностей была в том же регионе, но уже на коммерческой основе. Стоимость операции, со слов собеседника, составляла 100 тысяч руб., но ему сделали скидку: *«чисто за операцию по сорок штук дали, заведующему двадцать, анестезиолог – три тысячи, операцию где делали – пятнадцать, каждому своё дали, потом медсестра, там за мной два брата постоянно ухаживали, четверо постоянно в больнице бывали, жильё сняли. В общем, миллион с лишним где-то ушло»*¹²².

Свой доктор

Пациенты приспосабливаются к текущему состоянию медицины. Горожане в нескольких поколениях знают немногих оставшихся специалистов и лечатся у них, сельские жители осуществляют «навигацию» по своим сельским связям. *«Есть во второй республиканской (больнице в Дагестане) на Пирогова центр скорой помощи, бывшая "медицина катастроф" – там (работают) лезгины. Поэтому лезгины, если им нужна помощь, туда пойдут. Если даргинцы (нуждаются в помощи), они пойдут в первую (городскую больницу). А республиканская – это в зависимости от заведующих отделениями. Если свой там, то туда по отделениям, по вра-*

119 Кадарская зона – несколько даргинских сел в Буйнакском районе Дагестана.

120 Интервью, мужчина, 25 лет. ПМА. Кадарская зона, 2014.

121 Интервью, мужчина, 25 лет. ПМА. Кадарская зона, 2014.

122 Интервью, мужчина, 25 лет, ПМА. Кадарская зона, 2014.

чам, по своим. Это даже на уровне медсестёр и санитарок. Если своя санитарка – скажет, есть один врач из нашего района, вся толпа (из этого района) бежит туда. Любой сотрудник, все тащат своих... Врайцентрах открываются новые больницы, в селах новые ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты), но там работают местные специалисты девушка вышла замуж, отучилась в медучилище, умеет только перевязки делать. В городе поэтому все больницы – республиканские, городские – переполнены сельскими жителями. И горожане там лечатся, только они стоят в очереди, а сельские все места занимают. Потому что они через своих сельчан лезут. У нас в любой отрасли идут к своим»¹²³.

До половины пассажиров авиарейсов Махачкала–Москва летят за медицинскими услугами, многие с детьми. «В Израиле многие дагестанцы лечатся. Но больше в Москве. Два года назад я обследовалась в Израиле полностью, 3600 баксов заплатила... Потом ногу оперировала в Питере – здесь (в Дагестане) брала квоту. Лечила печень в Москве..., просто платно четыре месяца там лежала... Но если у меня заболит сердце, я пойду (в Махачкале) к Майсарат, она кардиолог и в обычной поликлинике, и в платной клинике “Здоровая семья”. Она посещает конференции, работает над собой, грамотный врач. Она за чохским замужем, у неё мама русская учительница, приехала работать, вышла замуж и осталась. Не трафаретно даёт (назначения). Если не помогает, другое лекарство назначает. Есть к кому пойти и в Махачкале: в детской больнице, на детской хирургия – мой декан, шикарный нефролог, в той же больнице. Но им под 70. Молодёжь есть – мой однокурсник (выпуск 1985 года), хорошо оперирует...»¹²⁴.

Навигация как бизнес

Такое поведение пациентов создает условия для создания бизнеса. Пример – почти индивидуальное предприятие «Медлайнер» Егора Бурданова в Иркутске, который в «мирное» время работал как врач-координатор, сопровождающий платёжеспособного пациента в лабиринте глобального медицинского рынка.

В бюрократизированном постсоветском здравоохранении такой сервис востребован. В условиях коллапса системы здравоохранения напуганные пациенты стали, естественно, искать помощи у своего консультанта, главным активами которого являются репутация среди неформальной сети потенциальных клиентов и уважение медицинского сообщества за адекватность, надёжность и профессионализм. Такой вызов превращает частного врача-координатора в крайне мотивированного организатора здравоохранения. В период пиковых нагрузок Бурданов вёл до 25 пациентов одновременно, организуя диагностику, консультации, перетаскивая от пациента к пациенту кислородные концентраторы, договариваясь о госпитализации – желательно в стационар, в котором больному будет оказана квалифицированная и ответственная помощь¹²⁵.

Похожую роль играли «знакомые хорошие врачи», которых доставали через мессенджеры, вынуждали вести постоянные консультативные странички в Facebook и организовывать телеграм-каналы. Если у кого не было сети пациентов и репутации – она появилась. Потому что люди нуждались в экспертизе.

Объявляя локдауны, государства на постсоветском пространстве действовали под давлением страха и общества. Причем той страты общества, которая состоит из бюджетников и пенсионеров, на которую политики на постсоветском пространстве привыкли ориентироваться. Общественное мнение формировалось в сети Facebook.

Неформальные сети смогли построить экспертизу, организовать консультации и даже логистику медицинских препаратов и домашнего оборудования.

Это стало возможно благодаря социальным сетям, современным технологиям доставки товаров и услуг, а также доступностью информации (google-доктор).

Действия волонтерских движений в первую волну были направлены на поддержку врачей в виде закупок СИЗ¹²⁶, иногда аппаратов ИВЛ и кислорода и активную агитацию за локдауны.

123 Интервью, выпускница Медакадемии, 35 лет. ПМА, 2014.

124 Интервью, выпускница Медакадемии, 35 лет. ПМА, 2014.

125 Из интервью с Егором Бурдаовым и наблюдения за работой «Медлайнера», 2020.

126 Средства индивидуальной защиты.

Волонтеры как институт

В Украине неформальные сети, когда-то тащившие на своих плечах Майдан и АТО, приняли вызов второй волны пандемии, проявив себя как устойчивый общественный институт, привычно уже заменяющий государство. Именно волонтеры, которые в 2014–2016 годах закупали каски, бронежилеты и спальники для бойцов АТО, сегодня занимаются закупками кислородных концентраторов и лекарств для тяжелых коронавирных больных¹²⁷. Вот, для примера, один пост с Facebook-аккаунта Леси Литвиновой от 18.11.20:

«В пятницу ночью приехали двадцать концентраторов. Несколько дней до этого мы кроили остатки и уговаривали "Потерпите. Вот сейчас. Сейчас. Мы ждём". Двое не дождались. Два человека, которые могли бы жить, умерли. Прямо в больницах. В ожидании кислорода, которого там не хватает на всех...

...Вечером в понедельник из 20 новых концентраторов осталось два. И ещё пять старых вернулись. Один из тех, что вернулся, успел пережить две смерти хозяев и одно выздоровление за неполный месяц.

...Я каждый вечер говорю себе, что надо писать. Про тех, кто выкарабкался. Про тех, кто умер. Про врачей, которые торгуют доступом к кислороду. И про других – которые в выходной бегут по одиноким тяжёлым домам.

Про то, как женщина из села пыталась заложить дом, чтоб купить концентратор для мужа в больницу за 90 000. И про то, как поставщик не привёз аппарат беременной женщине, потому что по дороге предложили вдвое больше. Про женщину, которая ночует в сарае, потому что дома задыхается. Про мужчину, который запретил жене брать у нас концентратор, потому что он сильный и справится, а кому-то хуже. И про его жену,

которая понимает, что такое "сатурация 75" и плачет в трубку от страха потерять его, отважного.

До конца недели мы ждём ещё 50 концентраторов. Они уже оплачены и, судя по всему, уже в стране».

В России это немного по-другому происходило – кислородные концентраторы ищут, где могут, родственники тяжёлых пациентов, а если кто-то заполучил такой аппарат, то старается сохранить его для близких¹²⁸. Института волонтерства, который сложился в Украине и не может не взять на себя эту работу – уже есть репутация, которая обязывает, в большинстве российских регионах пока нет.

Дагестан: джамааты против пандемии

Но общественные институты, привычно исполняющие функции коллапсирующего государства, в Российской Федерации есть на Северном Кавказе, где сельские общества, о которых было сказано чуть выше¹²⁹, в некоторых случаях ещё в первую волну, в апреле и мае, взяли на себя организацию карантина, закупку лекарств и медицинского оборудования, взятие на дому анализов, доставку врачей к пациентам и похороны умерших¹³⁰.

На фоне формальных и не всегда последовательных действий чиновников и правоохранителей (никто так и не объяснил смысл запрета прогулок по скверам и паркам) достойно выглядели разумные и обоснованные инициативы неформальных лидеров. В Дагестане «салафитские мечети закрылись сразу, не дожидаясь никаких их (властей – Д.С.) решений. Имам при каждой мечети самостоятельно выносит решение по этому поводу, если он считает, что есть угроза для прихожан... Они закрылись сразу после того, как... массово начали люди поступать в больницы, массово начали

127 Интервью, мужчина, 1964 г.р., Киев (волонтер), 2020.

128 Мужчина 1974 г.р., Иркутск (волонтер), 2020.

129 Подробнее см., например, Бобровников В.О. Ислам, власть и общество в бывшем колхозе: дагестанский случай // Общество как объект и субъект власти. Очерки политической антропологии Кавказа/ Под ред. Ю.Карпова. 2012. С. 9–31. [Электронная библиотека Музея антропологии и этнографии им. Петра Великого (Кунсткамера) РАН]: http://www.kunstkamera.ru/files/lib/978-5-85803-450-6/978-5-85803-450-6_01.pdf; Карпов Ю.Ю. Горное дагестанское селение: от традиционного джамаата к нынешнему социальному облику // Северный Кавказ: традиционное сельское сообщество – социальные роли, общественное мнение, властные отношения. СПб., 2007. С. 5-74 http://www.kunstkamera.ru/files/lib/978-5-02-025227-1/978-5-02-025227-1_01.pdf

130 Интервью, мужчина, 1963 г.р., Дагестан (общественный деятель), мужчина 1974 г.р., Иркутск (волонтер), мужчина, 1964 г.р. Киев (волонтер).

болеть... Имам мечети Тангъим на Венгерских бойцов¹³¹ просто спрашивал у прихожан, мол, а где эти, где те, а почему... “Этот заболел”, “Тот заболел...” Пришла информация от прихожан о том, что много людей заболели, исходя из этого он и принял решение – по факту»¹³².

При этом ДУМД (Духовное управление мусульман Дагестана) тянуло с отменой пятничной молитвы до последнего, дожидаясь, как говорят инсайдеры, специального поручения или распоряжения от губернатора региона, пытаясь подчеркнуть свою включенность в бюрократическую машину¹³³. Позже подключившиеся к волонтерскому движению сети суфийских мюридов, ориентированные на муфтият, оказались очень эффективны.

Селение Губден в России должны помнить по протестам дальнбойщиков против системы «Платон»: «У нас в стороне никто не остался – даже несчастный дальнбойщик не остался... И я не могу ни на одного человека пальцем показать, что этот человек не помог. ...Созванивались по группе в WhatsApp, кричали, говорили... Кому-то надо везти, например, баллон кислорода. Кислородный баллон лично к моему отцу домой привезли, когда ему трудно дышать было. Аппараты, датчики (пульсоксиметр) ему поставили и ничего не обнаружили...»¹³⁴.

Медицинская грамотность губденских дальнбойщиков появилась не на пустом месте.

65-летний Нурмагомед, бывший главный врач районной больницы, житель соседнего села Гарбуки, в котором живут те же губденцы, организовал врачебную практику в частном доме. Опытный врач с клиническим мышлением и хорошим знанием инфраструктуры республиканской медицины брал за приём 500–1000 руб., но уделял гораздо больше времени пациенту, чем, например, может себе позволить участковый врач в амбулатории. Очевидцы рассказывали про случаи, когда этот сельский частный доктор ставил точный диагноз и назначал эффективное лечение, например, после того, как на пациента родственники уже потратили около 200 тысяч руб. в неврологических

клиниках в Москве. Таких рассказов в стиле «Записок врача» Вересаева можно привести на целый сборник. Н. довольно осторожно относится и к модернизации, и к современной функциональной медицине: «Вот пришёл больной, делает анализы, этот говорит – иди к тому, другой – к тому, получается 80% абсолютно не нужно. Сейчас врачи чересчур привязаны к этой аппаратуре, анализам. Фактически забывают симптоматику. Сначала надо послушать больного, его жалобы, осмотреть. Как было, хороший врач в 90% с виду поймет, что это. Чтобы подтвердить, он делает анализы, которые нужно». Частная практика Н. складывалась довольно успешно, хотя сельчане иногда и жаловались, что он выявляет и лечит только те болезни, с которыми может справиться. Невзирая на свою «антиаппаратную» концепцию, Нурмагомед всё-таки приобрел аппарат УЗИ¹³⁵. Именно на него указывают губденцы, когда объясняют, откуда у них такие глубокие познания в способах лечения респираторного дистресс-синдрома и пневмонии, осложняющих COVID-19.

«Другая группа WhatsApp селения Губден, связанная с COVID-19, но уже без участия сельского доктора, занималась похоронами – уходили по ночам, рыли могилы (в кризисный месяц с середины апреля по середину мая в селе каждый день умирало по 3–6 человек – Д.С.), хоронили людей. Они своими действиями показали своё мужество. ...Хоть меня сегодня придут и убьют за то, что я так сказал, но я буду стоять на своём слове: победили коронавирус эти люди, а не государство. ...Мы всем народом собирали деньги. И я лично кидал на счёт деньги, я лично сам за свои деньги покупал лекарства, привозил капельницы из Челябинска, из Ирана»¹³⁶.

В другом дагестанском селе, Нижнее Казанище, о котором уже говорилось в контексте передачи инфекции из Москвы в регионы, отпущенными на каникулы трудовыми мигрантами наблюдалось немного по-другому, чем в Губдене, организованное волонтерское движение:

131 Одна из салафитских мечетей Махачкалы.

132 Интервью, мужчина, 1962 г.р., Махачкала.

133 Там же.

134 Интервью, мужчина, 1963 г.р., Дагестан (общественный деятель), 2020.

135 Интервью, сельский частный доктор 1965 г.р., Гарбуки, Дагестан, 2014.

136 Интервью, мужчина, 1975 г.р., Губден, Дагестан, 2020.

«Всё организовала салафитская молодежь. ...Все студенты наши, которые в медицинских вузах, училищах учатся, как только их отпустили на каникулы, они все приехали, сразу же сделали отряд, собрали человек, наверное, 150... Это была ещё середина апреля. Сразу же с Питера прислали защитные костюмы, очки, респираторы, всех пацанов и девчонок одели. Кто умеет хотя бы на уровне санитаря работать, их в больницу... а остальные начали ходить по дворам с градусниками, давление старикам мерить. Кто умел, брали кровь. Улица, дети бегают, люди ходят туда-сюда, и в один момент появляются вот эти ребята в химзащите как в Чернобыле – в очках, с ранцами-обрызгивателями... И практически после того острая фаза начала спадать. Начали питание разносить – всё это сделал джамаат без какого бы то ни было государства...

У нас была старая больничка на 50–70 коек... А потом построили новую побольше – на 150 коек. И когда начался поток больных, эту старую больничку расконсервировали... и сделали что-то типа профилактория. Питание организовывали сами глава села с молодежью. Мало кто верит государству и особо не ждут ничего от него... В основном реально работали землячества»¹³⁷.

Иркутск: подвези врача

Конечно, примеры перехвата инициативы неформальными институтами у не справляющегося со своими обязанностями государства есть и в других регионах России, например, в том же Иркутске (движение «Подвези врача к больному»¹³⁸): «Придумали всё два IT-шника. В городе уже начиналась вторая волна пандемии, начиналась истерия, во всех окрестностях были больные, к ним ехали по два-

три дня, скорые уже не доезжали, врачи уже не доходили. Объявили, что деньги будут собирать на карту. В сутки машина обходится в 1500 рублей, то есть 1000 за бензин, 500 рублей мойка – ну, у нас грязный город, надо мыть. Когда я повозил первый день доктора, выяснили, что примерно в 2 раза больше заявок он может обслужить, если ездит, а не ходит. ...Я пост в Facebook написал, через час звонит представитель губернатора в законодательном собрании. Я его 20 лет знаю... “Серёж, я лично не могу возить, но скажи, куда скинуть деньги”...И народ очень активно начал собирать бабки. Через четыре дня после начала всей этой истории мне позвонили с городской думы: приходите все ваши, кто есть, мы хотим помочь. Приходим, там сидит председатель думы нашей, говорят: “Мы хотим дать денег”. Дали 600 000 рублей. Этого хватило на полторы-две недели плотной работы»¹³⁹.

В Иркутской волонтерской истории есть contrasting case, подчёркивающий проблемы бюрократического управления. В ответ на инициативу граждан областные власти выделили 68 машин для развозки врачей и фельдшеров по вызовам:

«...Через 2–3 дня половина из них не вышла на линию. Был скандал, водители либо говорят, что боятся, либо: мы до 5, нам в 5 домой... Всех же этих людей тут же отправили работать, условно, до 8 вечера. Но всё равно при этом постоянно звонят врачи и говорят: “дайте нам машины, потому что те машины, что чиновники дали, мы с ними замучились – то на обед, то на техобслуживание, то заправиться, то ещё куда-то”. А волонтеры у нас, как правило, такие, что к 9 утра приехал и до последнего пациента, ну, с перерывом на обед»¹⁴⁰.

137 Мужчина, 1962 г.р., Дагестан.

138 Василий Потёмкин, Подвези врача к больному. СМ Номер один, №38, 15.10.2020, цитировано по <http://baik-info.ru/podvezi-vracha-k-bolnomu>

139 Интервью, Сергей Беспалов, руководитель штаба Навального в Иркутске, волонтер.

140 Интервью, Сергей Беспалов, руководитель штаба Навального в Иркутске, волонтер.

Заключение

Тезисы, сформулированные в первой части доклада – люстрация медицинской бюрократии, создание рынка врача и просвещённого пациента, управляемого профессиональными репутациями и сообществом, и логистика, управляемая приложением в смартфоне – то будущее, к которому можно двигаться двумя путями. Консервативный сценарий – через «модернизацию сверху». Революционный сценарий – через «модернизацию снизу».

Первый путь, консервативный: реформы проводит политическая элита, используя государственные институты. Как ни странно, этот сценарий модернизации уже запущен.

Смена руководства ФФОМС¹⁴¹, перевод финансирования федеральных медицинских учреждений из региональных ТФОМС напрямую в компетенцию Министерства здравоохранения, допуск и расширение участия крупных частных медицинских сетей и корпоративных клиник в программе ОМС, укрупнение медицинских страховых организаций, это, пока, только первые симптомы. Если этот процесс будет развиваться, возродится система федеральных медицинских центров с рынком дорогих высокотехнологичных квот.

Параллельно в России в результате пандемии явно растёт значение частных медицинских сетей, они будут опираться на покровителей из политического руководства и занимать всё большую долю федерального и регионального рынка ОМС, особенно в части высокотехнологичной медицинской помощи.

Медицина из государственной сети бюджетных ЛПУ превратится в государственную корпорацию с частными партнёрами, позволяющими присваивать прибыль бенефициарам. Это оптимизирует и менеджмент, и затраты и создаст удобную площадку для сворачивания громоздкой и неэффективной региональной сети. Опыт медицинского центра ДВФУ напоминает о том, что мотивированные и оснащённые медицинские организации работают с периферией лучше, чем устаревшее первичное звено. Да, сейчас в это первичное звено вложат

3,5 триллиона рублей – возможно, это будут «отступные».

Будем ждать увеличения присутствия на рынке здравоохранения таких зубров государственно-частного партнерства, как Ротенберги, Тимченко, Чemezov, Греф и т.д.

Клуб главных врачей уже серьёзно потрепан временем и новыми назначениями. Как только старая медицинская бюрократия будет достаточно коррозирована, начнётся тотальная модернизация. Для оптимизации финансовых потоков, снижения периферийной коррупции и экономии на маршрутизации появится новое медицинское приложение.

Система соплатежей, позволяющая комбинировать средства ОМС, ДМС и прямые доплаты, похожая на ту, которая была отработана в МЦ ДВФУ, дифференцирует доступ населения к медицинским услугам в зависимости от доходов и административных возможностей.

Гражданам должно быть понятно, какие расходы может взять на себя общество (через больничную кассу, фонд ОМС или страховую компанию в рамках ОМС), в каком случае придётся платить из собственных средств через ДМС или прямыми платежами в кассу медицинской организации, а в каком случае придётся обращаться к благотворительным организациям. Пациент и его родственники должны понимать, что они доверяют жизнь и здоровье конкретному врачу или коллективу, а не абстрактной системе здравоохранения, что ориентироваться они могут на профессиональную репутацию и что специалист должен быть мотивирован на действия в интересах пациента. Кстати, неформальные стимулы (доктор по знакомству, соплатежи) так и работают.

Медицинская грамотность станет ещё более важным фактором получения качественной помощи.

Когда власть поменяется, в оптимистическом варианте весь этот гигантский актив стоимостью около триллиона долларов будет продан на глобальном рынке, скуплен медицинскими,

141 Мишустин назначил главу фонда обязательного медицинского страхования. РБК, 13.03.2020, <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/5e6bba489a7947c7d87577d2>

технологическими, страховыми гигантами и частными инвесторами. После этого – технически переоснащён, насыщен новыми специалистами и переведён на международные стандарты подготовки кадров, использования протоколов доказательной медицины и лицензирования фармакологических препаратов. В системе здравоохранения, возможно, настанет прекрасная Россия будущего.

Второй сценарий, модернизация снизу, тоже уже запущен и основан на нескольких факторах.

Во-первых, это медицинское просвещение граждан. Не только волонтёры, но и простые обыватели за последние несколько месяцев стали значительно больше знать о своём здоровье вообще и вирусных инфекциях в частности. Многим пришлось разобраться с элементарными приемами диагностики, приобрести привычку интересоваться показателями сатурации у родственников и друзей. Мы многое узнали об устройстве и несовершенстве системы здравоохранения, о частной медицине, о рынке лабораторных исследований и медицинского оборудования.

Во-вторых, утрачено доверие к государственному здравоохранению, которое не справилось. Мы научились не доверять официальной медицинской информации и протоколам лечения, потому что они могут не работать. И вообще они иногда состояются не с медицинскими, а с какими-то извращёнными бюрократическими целями. Часто на нас просто пытались заработать, используя государство в качестве менеджера по продажам.

В-третьих, волонтёры и другие неформальные сети оказались лучшими операторами дефицитных ресурсов, лучшими организаторами экспертной поддержки и вообще организации медицинской помощи.

Более того, неформальные волонтёрские, земляческие сообщества и социальные сети, в первую очередь Facebook, проявили себя как создатели эффективного, подвижного, постоянно обучающегося института публичных репутаций медицинских профессионалов, которые, в сочетании и взаимодействии с тоже неформальными, но профессиональными репутациями, формируемыми самим медицинским сообществом, дают оптимальную навигацию на рынке медицинских услуг.

В-четвёртых, этот параллельный

официальной системе здравоохранения рынок медицинских услуг создаёт для врачей и менеджеров качественно другие статусы. Здесь они не чиновники, а самостоятельные (профессионально и экономически) субъекты рынка, которые должны сами принимать решения, ставя на кон свою репутацию. Представляется, что такая система стимулов работает лучше, чем любое бюрократическое регулирование.

В-пятых – новые технологии. И коммуникационные, и медицинские. Большая часть диспетчерских функций, которые закреплены за амбулаторным звеном и частично проникают в медицинские стационары, могут быть автоматизированы. С помощью google-консультанта за эту пандемию многие научились «читать» клинический и биохимический анализы крови, не говоря уже о сатурации, артериальном давлении и содержании сахара в крови. Первичное звено системы здравоохранения, которое забирает около 30% совокупных расходов на здравоохранение, может быть заменено на параллельное бесплатное приложение в вашем смартфоне. До пандемии это заявление вызвало бы праведный гнев некоторых медиков, но после полного фиаско, которое они потерпели в войне с COVID-19, не справившись даже с сортировкой, этот гнев уже не будет выглядеть обоснованным.

В-шестых, интересы бизнеса. Для бизнеса, особенно высокотехнологического, открывается огромный новый рынок с безумным потенциалом роста. Это медицинские домашние девайсы, новые диагностические методы, новые методы лечения, но в первую очередь – совершенно другая институциональная структура здравоохранения.

Глобальный технологический бизнес, профессиональное медицинское сообщество и институционализированные сети потребителей, генерирующие репутации (капитализацию) специалистов и способные на гибкую кооперацию: вот готовая «коалиция за реформы».

Эти два сценария не являются взаимоисключающими. «Коалиция за реформы» может строить свой альтернативный рынок просвещённого пациента, находя союзников на глобальном рынке технологий.

В итоге именно этот параллельный рынок медицинских услуг заставит государство радикально модернизировать свою систему

здравоохранения.

Об авторе



Денис Соколов – независимый исследователь, старший иностранный советник CSIS с 2017 года.