

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА ГЛОБАЛИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. А. Алексеев, К. Н. Борисов,
Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО),
125445, Москва, ул. Беломорская, 19

Социальный аспект глобализации характерен тем, что в здравоохранении все большее распространение получают рыночные механизмы, превращая медицинскую помощь в товар на «рынке, торгующем услугами». В условиях неизбежности глобализации эксперты ВОЗ рекомендуют соблюсти единый мировой тренд в здравоохранении: доступность, справедливость, качество медицинского обслуживания. Это зачастую контрпродуктивно, как констатируют эти же эксперты ВОЗ. В большинстве случаев, к сожалению, эффект оказывается обратным. Общим в реформировании здравоохранения в современном мире глобализации является государственный способ финансирования и регулирования здравоохранения, включая обязательное медицинское страхование (ОМС) и государственные гарантии бесплатной медицинской помощи с акцентом на профилактику.

Ключевые слова: глобализация, рыночные общественные отношения, реформирование здравоохранения, управление здравоохранением, интеграция и унификация, медицинская услуга, мониторинг состояния здоровья.

Сведения об авторах: В. А. Алексеев, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный преподаватель высшей школы России, кафедра международного здравоохранения РМАПО (123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1); Константин Николаевич Борисов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры международного здравоохранения РМАПО (123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1).

Контакты: В. А. Алексеев, ava0731@mail.ru; К. Н. Борисов, bknpbknp@mail.ru

Для ссылки: Алексеев В. А., Борисов К. Н. Международная практика глобализации в системе здравоохранения // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2015. № 1(21). С. 98–102.

THE INTERNATIONAL PRACTICE OF GLOBALIZATION IN HEALTH SYSTEM

V. A. Alekseev, K. N. Borisov,
Russian Medical Academy of Postgraduate Education (RMAPO)

The social aspect of globalization is characteristic that in health care the increasing distribution is received by market mechanisms, turning medical care into the goods in «the market trading in services». In the conditions of inevitability of globalization experts of WHO recommend to observe a uniform world trend in health care availability, justice, quality of medical care. It often not productively as the same experts of WHO ascertain. In most cases, unfortunately, the effect appears negative. The general in health care reforming in the modern world of globalization is the state way of financing and health care regulation, including obligatory medical insurance (compulsory health insurance) and the state guarantees of free medical care with emphasis on prevention.

Keywords: Globalization, Market public relations, health care reforming, management of public health services, integration and unification, medical service, monitoring of a state of health.

Information about the authors: V. A. Alekseev, Doctor of Medical Sciences Professor, Honored teacher of high school Russian, RMAPO; Konstantin N. Borisov, Candidate of Medical Science, Associate Professor of international health RMAPO, Faculty of the international public health services RMAPO.

Contacts: V. A. Alekseev, ava0731@mail.ru; Konstantin N. Borisov, bknpbknp@mail.ru

Reference: Alekseev V. A., Borisov K. N. The international practice of globalization in the health system. MIR (Mod. innov. razvit.), 2015, no. 1 (21), pp. 98–102.

Одной из наиболее характерных черт современного мира является глобализация – сложный, многогранный и противоречивый исторический и социально-экономический процесс втягивания мирового хозяйства, совсем недавно понимаемого как совокупность национальных хозяйств, связанных друг с другом системой международного разделения труда, экономических и политических отношений, в мировой рынок и тесное переплетение их экономик на основе транснационализации и регионализации [14]. На этой базе происходит

формирование единой мировой сетевой рыночной экономики – геоэкономики. Глобализация затрагивает все сферы жизнедеятельности в обществе: экономическую, политическую, правовую, социальную, культурную и др. Интеграция и унификация при глобализации в здравоохранении характеризуется рядом неоднозначных аспектов [3].

Экономический аспект проявляется, прежде всего, в либерализации торговли медицинскими услугами, поддержкой всяких инициатив, ведущих к извлечению правительства от обязательств перед

обществом: инициативы, связанные с ростом «соплатежей» пациентов за оказываемые медицинские услуги, ростом потребления услуг за границей, трансграничной поставкой медицинских услуг (телемедицина, e-health) и т.д.

Правовой аспект сопровождается прогрессированием межгосударственных соглашений, касающихся, в том числе, защиты прав интеллектуальной собственности (например, на лекарственные препараты).

Политический аспект выражен в разрушении национального суверенитета государств, являвшихся главными действующими лицами международных отношений на протяжении многих веков, активизации деятельности международных организаций, которые ведут мониторинг состояния здоровья и здравоохранения в мире.

Социальный аспект характерен тем, что в здравоохранении все большее распространение получают рыночные механизмы, превращая медицинскую помощь в товар на «рынке, торгующем услугами». В современных коммерческих медицинских учреждениях потребность в медицинской помощи подменяется экономической целесообразностью. Для оказания медицинской помощи принимаются пациенты с меньшими рисками.

Конец предшествовавшего столетия ознаменовался событием, оказавшим влияние на развитие здравоохранения в большинстве стран мира. В результате разрушения Советского Союза резко изменился политический климат в мире. Самые глубокие изменения наступили в странах, находившихся в зоне непосредственного контакта и влияния утраченного сильного и влиятельного партнера. Последствия этого события были разрушительны и почти все страны мира оказались во власти эпидемии, получившей название «реформирование». Часть стран подверглась этому процессу в силу стремления коренным образом изменить свою жизнь в условиях обретенной полной независимости. В значительной части случаев, не имея понятия о том, как следовало бы этим воспользоваться с наибольшей пользой для населения, стали просто копировать опыт отдельных стран, разрушая хорошо работавшую, десятилетиями складывавшуюся старую систему и заменяя ее практикой мало пригодной в данных условиях. Именно так произошло в России. Как констатируется в ежегодных отчетах Генерального Директора ВОЗ, результатом стало ухудшение состояния здоровья населения в большинстве стран мира, особенно заметно проявившееся в государствах Восточной Европы.

К оценке систем здравоохранения, функционирующих в разных странах, можно подходить, ис-

пользуя множество критериев. Однако главное - общей целью всякой системы здравоохранения должно быть улучшение состояния здоровья населения страны. Но даже и при такой постановке вопроса системы показателей (стандарты) оценки могут быть весьма различными. Лозунг, под которым выступает ВОЗ: «Здоровье для всех», означает лишь то, что следующие ему страны стремятся достигнуть уровня здоровья населения, которое возможно в данных конкретных условиях [1, 5]. И чаще всего, это далеко не то, о чем мечтает и в чем нуждается большинство граждан страны. За очень привлекательным лозунгом скрыта возможность манипулировать результатом, оправдывая его ограниченными средствами. И именно это происходит в современной России, где в практику вошло понятие рентабельности системы оказания медицинской помощи.

Цель достижения хорошего здравоохранения, как это формулируется в документах ВОЗ, двояка: справедливость и доступность. Проще говоря, хотелось бы, чтобы системы здравоохранения отвечали ожиданиям населения, а медицинская помощь оказывалась всем одинаково без дискриминации, адекватно реагируя на каждый запрос. Именно так была организована медицинская помощь в СССР. Можно не сомневаться, что здравоохранение могло бы достигнуть состояния близкого к идеальному, если бы все граждане, независимо от уровня благосостояния и положения, занимаемого в обществе, пользовались одним здравоохранением. Когда и президент, и члены правительства, и богатые, и мало обеспеченные люди будут обращаться в одни и те же медицинские учреждения и получать совершенно одинаковую помощь.

Но разве это возможно? Судьба этого предложения столь же предсказуема, как и большинства инициатив оппозиционного меньшинства в Государственной Думе. Разве это позволят те, от кого зависит подобное решение проблемы - такого произойти просто не может. И по данной причине идеальной системы здравоохранения, которая устраивала бы большинство граждан, нет, никогда не существовало и не состоится в будущем. В этом убеждает богатый отечественный и международный опыт. Предложения ВОЗ в этом отношении носят исключительно рекомендательный характер, и во всем мире к ним прислушиваются, но крайне редко следуют. Последнее в полной мере соотносится с современной практикой организации отечественного здравоохранения [8, 9, 10,]. Условно говоря, сегодня в мировой практике преимущественно используются три основные системы здравоохранения и ряд комбинированных, содержащих элементы основных в разной интерпретации.

Три основные системы характеризуются следующим образом:

1. Национальная (государственная) система здравоохранения, финансирование которой осуществляется из бюджетных средств, собираемых по системе прогрессивной шкалы налогообложения [2, 12]. Принцип организации медицинской помощи состоит в том, что богатый платит за бедного, а здоровый за больного. Базовым образцом данной системы является система Семашко, созданная в Советском Союзе, которая была модифицирована в Великобритании и используется в этой стране с 1944 году под названием системы Бивериджа. Сегодня данная единая государственная система здравоохранения, варьирующая в некоторых деталях, практикуется в 9 европейских странах: Дании, Испании, Финляндии, Великобритании, Греции, Италии, Ирландии, Португалии и Швеции. По всем признакам это наиболее справедливая, ориентированная на интересы широких слоев населения система, не позволяющая разгуляться бизнесу в этой области, и это, видимо, главная причина того, что она применяется не так часто, как того заслуживает. По той же причине идея подобной организации медицинской помощи в современной России никак не приживается. Остатки советского здравоохранения, построенного на принципах доступности и бесплатности медицинской помощи постепенно, но очень настойчиво, выкорчевываются из практики.
2. Общественная (страховая) медицина, финансируемая из средств обязательных взносов страхования, известная под названием «Бисмаркианская модель страховой медицины», была создана в Германии в 1881 году [13]. В своих базовых позициях она остается неизменной после реформирования, проведенного согласно «Имперскому указу о медицинском страховании» в 1924 году. В настоящее время система медицинского страхования используется в 25 странах, где проживает около 1 млрд. человек, что составляет почти 18% населения земного шара. В Австрии, Бельгии, Франции и Люксембурге финансирование осуществляется через систему социального страхования, которое распространяется на все население [7]. В Нидерландах им охвачено 70% населения, в Германии – 85% населения пользуются обязательным страхованием.

В Бельгии, Италии, Норвегии и Франции размеры страхового взноса носят зависимый от дохода дифференцированный характер, что позволяет реально осуществлять принцип солидарной справедливости. В ряде других стран этот взнос фиксирован и одинаков для всех граждан, независимо от дохода. Это создает условия, при которых эффективность данной

системы здравоохранения в разных странах проявляется различно. При этом важно отметить, что отношение к данной системе в мировой практике здравоохранения приобретает все более негативные оттенки. Довольно часто стали звучать мнения, что в чистом виде она устарела и не отвечает современным запросам населения.

3. Здравоохранение, основанное на частной (добровольной) системе страхования, осуществляется преимущественно на средства, собираемые от граждан, страхующих самих себя из собственных доходов частным образом. Формы частного страхования весьма многообразны и доступны лишь хорошо обеспеченным слоям населения. В Нидерландах им охвачено 40% населения. В Бельгии частное страхование используется для оплаты тех услуг, которые не входят в схемы национального медицинского страхования. Вполне очевидно, что данная система поддерживает процесс расслоения общества по уровню материального достатка и является хорошей питательной средой в практике бизнеса, основанного на торговле здоровьем граждан. Можно с уверенностью сказать, что подобная практика, активно насаждаемая в современной России, не получит одобрения со стороны малообеспеченных граждан, которые составляют сейчас в России абсолютное большинство. Правда, это не останавливает современное руководство в стремлении перевести медицинскую помощь в коммерческое предприятие, заменив принципы милосердия и заботы о здоровье и генофонде нации на безнравственные стремления заработать больше на здоровье людей.

Сегодня страны Скандинавской Северной Европы: Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция, стремясь к созданию «государств всеобщего благоденствия», выработали собственные варианты государственных систем здравоохранения, уже признанные одними из наиболее справедливых в мировой практике [4, 6]. В 70–80-е годы страны Южной Европы: Греция, Италия, Португалия, Испания и Турция реализовали у себя государственные службы здравоохранения, сосуществующие с сильным и разнообразным по укладу частным сектором. Начиная с Португалии в 1975 году, затем Италии (1979 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.), все страны Европы реформировали свои системы здравоохранения, перейдя от модели страховой медицины к государственной службе охраны здоровья. Обоснованием в пользу этих перемен были: недостаточная доступность медицинской помощи; неравенство в ее оказании и низкая восприимчивость здравоохранения к потребностям населения. Далекое не случайно, что сегодня лучшей моделью здравоохранения признается национальная система здравоохранения с финансовыми поступлениями в виде налогов, до-

полненная системой добровольного частного медицинского страхования. Такая система организации медицинской помощи дает пациенту возможность выбора при единых стандартах, используемых при ее предоставлении.

Государства Центральной Европы: Австрия, Бельгия, Франция, Люксембург, Нидерланды и Швейцария практикуют систему страховой медицины, которую по степени соответствия пропагандируемому ВОЗ принципу социальной солидарности именуют «системой социального страхования» [7]. Она включает в себя выплаты пенсий по старости, пособий по нетрудоспособности и компенсаций в связи с утратой платежеспособности.

Прокатившаяся волна «реформирования» здравоохранения, поднявшаяся в 80 годах, особенно заметно прошла по странам Восточной Европы. Не утихает она и по настоящее время. Главной движущей силой ее является настойчивое желание Правительств втянуть здравоохранение в процесс глобализации, в водоворот выстраиваемых «рыночных отношений» и превратить медицинскую помощь в товар на «рынке, торгующем услугами». Данная тенденция особенно сильна в большинстве стран бывшего Советского Союза и в России. К сожалению, руководство этих стран не хочет понять, что этот путь – гибельный для национального здравоохранения. В условиях же неизбежности глобализации эксперты ВОЗ рекомендуют соблюсти единый мировой тренд в здравоохранении: доступность, справедливость, качество медицинского обслуживания. Это зачастую контрпродуктивно, как констатируют эти же эксперты ВОЗ. В большинстве случаев, к сожалению, эффект оказывается обратным.

Заслуживает более пристального внимания международный опыт, когда в основу реформ систем здравоохранения ставятся следующие задачи:

- Обеспечение большей отдачи на вложенные денежные средства путем повышения медицинской эффективности, развития конкурентной борьбы за качество и установление строгого общественного контроля деятельности медицинских учреждений;
- Повышение отзывчивости медицинской службы на нужды пациентов;
- Выстраивание приоритетов в оказании медицинских услуг и обеспечение их эффективности на основах «доказательной медицины»;
- Обеспечение права пациентов на доступную и квалифицированную медицинскую помощь, на получение необходимой информации о предоставляемых услугах, реальные возможности для населения оказывать действенное влияние на организацию и управление медицинским обслуживанием;

- Развитие и всемерное поощрение в здравоохранении деятельности, направленной на укрепление здоровья населения, устранение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, воспитание ответственного отношения к собственному здоровью [11].

Нет сомнений в том, что у большинства граждан России наблюдается безответственное отношение к своему здоровью. Большинство людей даже не задумывается о том, что здоровье каждого человека – категория не только личная, но, прежде всего, и общественная. Надеяться же на серьезное участие государства в области профилактики здоровья населения в настоящее время не приходится. К сожалению, людей, ведущих здоровый образ жизни (к ним авторы с удовольствием относят и заместителя главного редактора журнала «МИР» академика Жукова Е.А. – третьего Председателя первого в стране Клуба любителей бега при Центральном доме ученых РАН, созданного в 1970 году), которые твердо следуют выработанной ими системе укрепления и сохранения здоровья, дающей им возможность независимо от возраста (бегу все возрасты покорны) пробегать ежегодно по несколько марафонов, тем самым личным примером пропагандируя пользу здорового образа жизни, в стране единицы.

Как отмечается в документах ВОЗ, в странах Восточной Европы, стремящихся копировать опыт реформирования западноевропейского здравоохранения, проблемы охраны здоровья населения решаются крайне unsuccessfully по причине традиционно низкого финансирования. Доля ВВП, выделяемая на цели охраны здоровья, во многих странах, в первую очередь, в странах бывшего Советского Союза, остается недопустимо низкой. Самое же печальное предвидится в ближайшей перспективе, ибо в последующие 3 года планируется заметное снижение и без того недостаточного уровня финансирования отечественного здравоохранения.

В условиях активного процесса глобализации насаждаемой рыночной экономики руководство страны с готовностью и одобрением поддерживает всякие инициативы, ведущие к избавлению правительства от обязательств перед обществом. Особенно поддерживаются инициативы, связанные с ростом «соплатежей» пациентов за оказываемые медицинские услуги. Вновь и вновь «мудрецы неолибералы» из Высшей Школы Экономики поднимают вопрос о введении дополнительного налога на здравоохранение, взимаемого с граждан. Понятно, что это позволит компенсировать сокращение бюджетных ассигнований и даже продемонстрировать рост денежных инвестиций. Одобрит ли это народ, очевидно, мало кого волнует. Однако, все-таки надо обратить внимание на то,

что степень доверия пациентов к медицинским работникам заметно снизилась, и это вполне закономерный негативный эффект монетизации.

Исключая нюансы, свойственные каждой стране, общим в реформировании здравоохранения в современном глобализующемся мире является государственный способ финансирования и регулирования здравоохранения, включая обязательное медицинское страхование (ОМС) и государственные гарантии бесплатной медицинской помощи с акцентом на профилактику здоровья всего населения [15]. Следует ли стране, ранее продемонстрировавшей миру отличный опыт в этом вопросе, бездумно погружаться в поиски альтернативных путей развития своего здравоохранения. Всем, кто еще не научился мыслить и здраво оценивать перспективу ясно, что если серьезно ставить задачу сохранения и укрепления здоровья и генофонда нации, то внедрение непродуманных и научно необоснованных рыночных отношений в здравоохранение не имеет благоприятного будущего. Медицина не может быть бизнесом, поскольку сохранение и укрепление здоровья нации должны всегда быть приоритетными задачами государства.

Список литературы / References

1. Alekseev V.A., Borisov K.N. Zdorov'e dlja vseh. Otechestvennyj i zarubezhnyj opyt: uchebnoe posobie. M.: FGUP Izdatel'stvo «Izvestija» UD PRF, 2014. 395 p. <http://izv.ru/>
2. Alekseev V.A., Zadvornaja O.L., Borisov K.N. Organizacija raboty uchastkovej sluzhby gorodskoj polikliniki: uchebnoe posobie. M., 2008. 151 p.
3. Alekseev V.A., Borisov K.N., Lin'kova I.V. O grjadushhej demograficheskoj jame i moratorii na reformy v otechestvennom zdavoohranenii. // MIR (Mod. innov. razvit.). 2013. № 3 (15). pp. 105–108.
4. Alekseev V.A., Borisov K.N., Cherednichenko L.S. Organizacija raboty centrov zdorov'ja: uchebnoe posobie M., 2009. 66 p.
5. Alekseev V.A., Borisov K.N. Paradoksy v ocenke sistemy zdavoohranenija Kanady: obshhestvennoe nedovol'stvo sistemoj i panegirik po oficial'noj statistike. Rosmedportal.com/Rosmedportal.com [Elektronnyj zhurnal] // Rukovoditelju LPU – Mezhdunarodnoe zdavoohranenie // T. 3. 2012. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>, svobodnyj.
6. Alekseev V.A., Borisov K.N., Shurandina I.S. Centry zdorov'ja – osnova sistemy zdavoohranenija Finljandii // Zdravoohranenie. 2010. № 6. pp. 69–74.
7. Alekseev V.A., Zadvornaja O.L., Borisov K.N. Shurandina I.S. Sistema zdavoohranenija Francii // Zdravoohranenie. 2010. № 3. pp. 81–53, 88.
8. Alekseev V.A., Borisov K.N. Cherednichenko L.S. Organizacionnaja iniciativa Pravitel'stva po usileniju roli gosudarstva i sistemy zdavoohranenija v ukreplenii zdorov'ja nacii, vospitaniju lichnoj otvetstvennosti grazhdanina za sostojanie svoego zdorov'ja i po sozdaniju Centrov Zdorov'ja / Rosmedportal.com/ Rosmedportal.com [Elektronnyj zhurnal] // Vosstanovitel'naja medicina i rehabilitacija – profilaktika zdorov'ja // T. 1. M., 2011. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>, svobodnyj.
9. Alekseev V.A., Borisov K.N. Opyt profilaktiki serdechno-sosudistyh zabolevanij v gorodskoj poliklinike: monografija. M., 2007. 221 s.
10. Alekseev V.A., Borisov K.N., Zadvornaja O.L. Profilaktika serdechno-sosudistyh zabolevanij v gorodskoj poliklinike: uchebnoe posobie. M., 2008. 222 s.
11. Alekseev V.A., Borisov K.N. Profilaktika faktorov riska serdechno-sosudistyh zabolevanij v Centre zdorov'ja. / Rosmedportal.com/Rosmedportal.com [Elektronnyj zhurnal] // Vosstanovitel'naja medicina i rehabilitacija- profilaktika zdorov'ja // T. 1. M., 2011. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>, svobodnyj.
12. Borisov K.N., Cherednichenko L.S. Obzor programmy Minzdravsocrazvitija Rossii po formirovaniju zdorovogo obraza zhizni. Rosmedportal.com/Rosmedportal.com [Elektronnyj zhurnal] // Rukovoditelju LPU – Zdravoohranenie segodnja // T. 1. M., 2010. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>, svobodnyj.
13. Borisov K.N., Alekseev V.A., Zadvornaja O.L. Reformy zdavoohranenija v Germanii: pljusy i minusy. Rosmedportal.com/Rosmedportal.com [Elektronnyj zhurnal] // Rukovoditelju LPU – Mezhdunarodnoe zdavoohranenie // T. 2. 2012. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmedportal.com/>, svobodnyj. 0421200147\0001
14. Vartanyan F.E., Alekseev V.A., Borisov K.N. i dr. Mezhdunarodnoe zdavoohranenie. M., 2012. pp. 3.
15. Borisov K. Work experience of population medical help service in big industrial city during transition to medical insurance system. The second international conference of Russian speaking medical doctors, stomatologists and biologist. New York City, USA, 1998. pp. 28–29.