

2

Миф второй

Система здравоохранения рушится

Если в нашей области существует хоть одно мнение, с которым согласится большинство, оно может звучать так: эти «системы» рушатся по всему миру. И клиенты, и те, кто оказывает услуги, в один голос жалуются на качество здравоохранения.

Несколько лет назад в Монреале я разговорился с молодой женщиной-радиологом, постоянно твердившей, как ужасна система здравоохранения в Квебеке. В конце концов я смог вставить реплику: «Вы же проходили последипломную практику в Нью-Йорке? А там как обстоят дела?» Она вскинула руки вверх: «Даже не начинайте со мной разговор об американской системе!» Через время спустя я оказался в Италии, и мои собеседники, тоже работающие в этой области, отчаянно критиковали местную медицину. Я спросил, насколько итальянская система отличается от других. «В последнем рейтинге Всемирной организации здравоохранения (за 2000 год) Италия оказалась на втором месте, сразу после Франции». И что же, второе место — а качество все равно ужасное?

Муки успеха

Думаю, все как раз наоборот: второе место — это вполне неплохо. В большинстве развитых стран болезни лечат все более успешно. Проблема заключается в том, что методы остаются слишком дорогостоящими, а платить мы не хотим. Другими словами, там, где

медицине уделяется серьезное внимание, здравоохранение страдает скорее от собственных успехов, чем от неудач.

А там, где этим вопросам внимания уделяется меньше — особенно касательно профилактики заболеваний, — все еще происходят серьезные улучшения. Например, в отношении вакцинации, пропаганды здорового питания и регулярной физической нагрузки. Скорость, с которой появляются и внедряются улучшения, невысока, а усилий и средств вкладывается мало, особенно в сравнении с уровнем активности коммерческих компаний, которым выгодно пропагандировать нездоровое питание и малоподвижный образ жизни.

По некоторым наиболее масштабным показателям — средней продолжительности жизни, младенческой смертности и другим — результаты большинства стран заметно улучшаются. Во Всемирном докладе о здоровье за 1999 год отмечено «радикальное снижение уровня смертности на протяжении XX века». Приведу лишь один пример: к 1998 году в Чили ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла 79 лет. И это не только на 46 лет больше, чем у чилиек 1910 года, но и на 25 лет дольше, чем в том же 1910 году у женщин из стран с уровнем дохода, равным чилийскому в 1998-м. Авторы отчета объясняют снижение смертности «ростом доходов и повышением уровня образования, что обеспечило улучшение питания и санитарных условий», и делают вывод: доступ к «современной информации, лекарствам и вакцинам оказывается гораздо более значительным» [1999, с. 2].

Прошу правильно понять мое утверждение, что система здравоохранения в целом развивается успешно. Например, один из руководителей отделения интенсивной терапии, участвовавший в нашей международной магистерской программе «Мастер-классы по лидерству в здравоохранении», все истолковал совершенно наоборот. Услышав мои рассуждения, он просто вышел из себя, так как именно ему приходится иметь дело со всеми ошибками, искажениями и прочими недостатками системы. Я не был готов спорить с ним ни по одному пункту и ответил лишь, что слово *успех* может обозначать постепенное улучшение, а не факт достижения идеального состояния. Да, в медицине полно проблем, но там, где работа ведется достаточно настойчиво, видны великолепные результаты.

Предложу для сравнения две ситуации. 1) Здравоохранение в 1960-х: если вы жаловались на боли в груди, терапевт приходил домой, направлял вас в больницу, там вами занимались разные врачи и медсестры и в итоге отправляли домой с рекомендациями побольше отдыхать и надеяться на лучшее. Это был индивидуальный подход к работе с пациентом. А вот случай 2), современное здравоохранение: никто не приходит, в больницу наверняка придется ехать самостоятельно и ожидать приема в переполненном отделении неотложной помощи. В итоге вам проводят стентирование сосудов сердца, и на следующий день можете возвращаться к себе в довольно сносном состоянии. Это стандартное качество медицинской помощи XXI века.

Медицина блестяще справляется с созданием новаторских дорогостоящих методов лечения. Кто откажется от операции, которая может спасти жизнь? Благодаря этому мы теперь дольше живем, хотя чаще страдаем от других заболеваний, предполагающих дорогостоящее лечение.

Но бывает и иначе. 90-летний мужчина из Ванкувера потребовал установить ему дорогой протез тазобедренного сустава, чтобы продолжать заниматься бегом. Он очень хотел сохранить привычный стиль жизни, причем за счет налогоплательщиков Британской Колумбии. Но так ли уж абсурдно его желание?

Фармацевтические компании добиваются серьезных успехов, которые также требуют серьезных вложений. А в тех странах, где заоблачные цены, устанавливаемые основными игроками этой отрасли, никак не контролируются, результаты исследований обходятся совсем уж дорого. (Не стоит забывать, что эти компании получают от государства право на монополию, оформленную в виде патента, и потому устанавливают любые расценки. Есть ли еще примеры из относительно недавнего прошлого, когда допускалась монополия в отрасли, производящей жизненно важные товары и услуги, скажем, электричество или проводную телефонную связь, без одновременного жесткого контроля над их стоимостью? Сохранение права устанавливать тарифы на максимальном уровне, который «рынок готов проглотить» (термин использован еще в 2001 году в статье, написанной Кейри и Барреттом для Businessweek) — это полный нонсенс с точки зрения патентного регулирования. (См. мою статью под названием Patent Nonsense («Бессмысленный патент») [Минцберг, 2006b].)

Больше и дешевле

Разумеется, когда стоимость лечения растёт, должны увеличиваться и расходы на медицинские услуги, независимо от того, финансируются они из налоговых поступлений, из страховых выплат или лично пациентами. Хотите больше — платите больше. Но в эпоху всеобщей потребительской жадности мы хотим платить меньше — или хотя бы не настолько больше.

Что касается здравоохранения, то мы платим преимущественно даже не за сами услуги, а за возможность их получить при необходимости (страхование)*. Но почему я тогда должен платить за вас, если вы заболели, а сам я пока здоров, и наверняка никакая болезнь меня не возьмет? То есть **те, кто страдает от тех или иных заболеваний, заинтересованы в увеличении местных бюджетов, а те, кто здоров, всюю лоббируют ограничение расходов на национальном уровне.** Складывается крайне неприятный конфликт интересов: от этого страдает вся американская система здравоохранения.

Баланс спроса и предложения

Прежде чем обсуждать очевидные последствия этого конфликта, позвольте упомянуть еще два мифа, связанные с темой нашего обсуждения. Первый: мы не можем позволить себе повышение стоимости услуг здравоохранения. Конечно, можем: это же вопрос предпочтений и выбора на индивидуальном и коллективном уровнях. То есть даже на индивидуальном *или* коллективном. Покупая автомобиль или компьютер, мы получаем мгновенное удовлетворение. Разве сравнится с этим оплата медицинской страховки, государственной или частной?***

* Речь идет об обязательном медицинском страховании, действующем на территории США и Канады. В РФ условия подобной услуги несколько иные. *Прим. ред.*

** Возможно, это объясняет суть отчета Национальной службы здравоохранения Англии на ее сайте, где удовлетворенность пациентов сравнивается с удовлетворенностью общества системой здравоохранения. «Конкретные люди, получающие медицинские услуги, в целом настроены гораздо более позитивно, чем широкая публика». Респонденты, воспользовавшиеся медицинскими услугами, дают оценку, исходя из собственного опыта; прочие же склонны формировать точку зрения, опираясь на материалы, которые публикуются в прессе [Эдвардс, 2009].

Мы же ничего приятного в этот момент не испытываем! В США, где стоимость медицинских услуг выше, чем где бы то ни было, наиболее состоятельные граждане платят невысокие налоги, а некоторые корпорации вообще умудряются избежать фискальной нагрузки, при этом многие американцы не имеют доступа даже к самым основным врачебным услугам.

Другой распространенный миф связан с тем, что спрос на медицинские услуги невозможно удовлетворить: если объем предоставляемых услуг будет расти, увеличится и потребление. Не знаю, как вы, а я не считаю поход к врачу приятным занятием (хотя люблю иногда поболтать с моим терапевтом). Только представьте: ожидание в приемной, потом какие-нибудь шприцы или, чего доброго, осмотр простаты — нет уж, благодарю. Да и в больницу попадать не хотелось бы. «Медицинские процедуры — это не горячие пирожки. Люди не выстраиваются в очередь, горя желанием пройти операцию по пересадке сердца просто потому, что она уже оплачена» (Р. Эванс, Университет Британской Колумбии, цит. по [CHSRF, 2001]).

Сколько человек, любой ценой стремящихся избежать контактов с врачом, приходится на одного ипохондрика? Да и тот 90-летний житель Ванкувера, в принципе, прав. Поставьте себя на его место (на беговой дорожке): для него это действительно вопрос заботы *о здоровье*, а не прихоть. То есть **проблема связана не с возможным избыточным спросом на медицинский сервис, а с вполне обоснованной потребностью в услугах, которые не всем доступны, так как никто не желает за них платить.** (В виде исключения можно упомянуть склонность врачей, особенно в США, назначать проведение слишком большого числа анализов, в связи с чем возникает немало судебных разбирательств.)

Разумеется, нужно обсудить не только спрос, но и предложение.

Дайте врачу достаточно времени, назначьте цену за процедуры — и он быстренько найдет у пациента кучу болезней, требующих немедленного лечения. Или предоставьте больницам право расширять площади — и они обязательно отыщут новых клиентов. Но так ли это плохо? Только если дополнительные услуги на самом деле не нужны или, что

еще хуже, ведут к диагностированию состояний, которые лучше вообще не лечить*.

Каковы же последствия? Все довольно просто: **здравоохранение подвергается давлению и со стороны государства, и со стороны рынка, на него влияют и спрос, и предложение. В результате многие пользователи вполне справедливо ощущают, что не получают необходимых им услуг или получают их недостаточно быстро, не того качества или не полностью.**

Повсеместное нормирование

Нормирование — запрещенное слово в здравоохранении. Правительство Канады прилагает массу усилий, чтобы ненароком не произнести «это слово на букву *n*» и уж тем более не принять решений, указывающих на стремление регламентировать предоставление услуг. При этом нормирование — неотъемлемая часть здравоохранения, всегда и везде. К примеру, ночная медсестра вынуждена решать, к какому из пациентов бежать в первую очередь при одновременном включении тревожного сигнала монитора; доктор должен определить, кому первому из нуждающихся провести пересадку почки; органы здравоохранения устанавливают возрастной рубеж, перейдя который, пациенты не имеют права бесплатно получать некоторые дорогостоящие процедуры. Придется либо лимитировать возможные услуги, либо предоставлять их всем без исключения. И это вряд ли

* Атул Гаванде (американский хирург, журналист, писатель, эксперт в области оптимизации современного здравоохранения. — *Прим. ред.*) [2009а] опубликовал сенсационную статью, в которой анализировал два бедных района штата Техас, где примерно одинаковые показатели качества состояния здоровья удалось обеспечить при принципиально разном уровне расходов: в 2006 году в одном районе на государственную программу обслуживания престарелых Medicare расходы составляли 7,5 тыс. долларов США в пересчете на пациента, а в другом — 15 тыс. Автор объясняет это «повсеместным избыточным назначением и оказанием медицинских услуг». Некоторые медикаментозные предписания и оказание финансовой помощи могут даже повышать риск. «Многие врачи вообще не задумываются о последствиях собственных решений». Для других же это «настоящий бизнес». Недавние исследования лечения заболеваний простаты и маммографические тесты показали, что нередко назначаются ненужные или вредные операции. С другой стороны, из-за тех, кто вообще не обращается к врачам, стоимость услуг может даже повышаться: если заболевания диагностируются на поздних стадиях, лечение существенно более дорогостояще.

вероятно, если только вы не Майкл Джексон, — но посмотрите, что с ним случилось*.

Бывает, медицина наносит ответный удар. Некий хирург позвонил директору своей больницы и описал проблему: «Сердце для пересадки у меня есть, пациент есть, операционная готова. А бюджета нет». И что же делать руководителю, у которого тоже, между прочим, есть сердце? В этой ситуации нормирование становится игрой в мяч: можно же просто отфутболить проблему кому-нибудь еще. Это недостаток «системы» или мы не справляемся с принятием серьезных решений, даже отказываемся их принимать?

Давайте поговорим об основных примерах административного вмешательства с целью преодоления так называемых провалов системы здравоохранения: героических руководителей; административном инжиниринге; категоризации и классификации, превращении сложных протоколов лечения в товар, расчетах показателей; ужесточении конкуренции; управлении здравоохранением как обычным бизнесом. Берусь утверждать, что многое из этого и привело к вопиющим провалам.

* Питер Голдберг (руководитель отделения интенсивной терапии в больнице Монреалья), завершая нашу программу «Мастер-классы по лидерству в здравоохранении», в дипломной работе под названием *Rationing in the Public Health System in Canada: The Search for an Ethical Construct* («Нормирование в системе здравоохранения Канады: поиск этического компонента») пишет: «Размышляя обо всех этих вопросах — кстати, должен признать: это стало возможным благодаря тому, что в рамках программы мне посчастливилось получить достаточно времени как раз на такие размышления, — я начинаю понимать, что становлюсь, нравится мне это или нет, сторонником нормирования медицинских услуг. Мне давно уже очевидно, что ни образование, ни профессиональный опыт не подготовили меня к этой роли. Понимаю я также и то, что публика, или, по меньшей мере, все, кто задумывается над подобными вопросами, могут ужаснуться тому, насколько уверенно я встал на эту точку зрения. Я заметил также, и это крайне любопытно, что никто из занимающихся здравоохранением не решается даже заговорить о нормировании. Никто не произносит это „слово на букву н“. Когда об этом заходит разговор, используются различного рода эвфемизмы вроде „распределение дефицитных ресурсов будет реализовано так, чтобы не задеть ничьих чувств“, хотя неясно, чьи именно чувства стоит поберечь в подобных ситуациях» [2011, с. 3].



[Почитать описание, рецензии
и купить на сайте](#)

Лучшие цитаты из книг, бесплатные главы и новинки:

