

ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ECONOMICS AND MANAGEMENT IN PUBLIC HEALTH SERVICE

КОРПОРАТИВНО-ИНДУСТРИАЛЬНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Перхов В.И.¹,
Янкевич Д.С.²,
Петрова М.В.²,
Корхмазов В.Т.³,
Песенникова Е.В.⁴

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, Россия)

² ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (107031, г. Москва, ул. Петровка, 25, стр. 2, Россия)

³ ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Новороссийска» Министерства здравоохранения Краснодарского края (353915, г. Новороссийск, ул. Революции 1905 года, 30, Россия)

⁴ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (119021, г. Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 2, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Перхов Владимир Иванович,
e-mail: perkhov@mednet.ru

РЕЗЮМЕ

В новейшей истории функции и формы здравоохранения остаются недостаточно проанализированными, несмотря на то что вложенные в медицину стимулы определяют не только объём и структуру медицинской помощи, но и основания для её оказания, которые становятся всё шире, а расходы всё больше. Пандемия COVID-19, а также возникший в 2022 г. геополитический, идеологический и экономический кризис мирового масштаба требуют перемен, как в структуре, так и в экономике системы здравоохранения в соответствии с её основной миссией – обеспечение условий, в которых люди могли бы быть здоровыми.

Целью настоящей статьи является анализ концепта современной системы здравоохранения.

Материалы и методы. Использованы статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, методы контент-анализа, аналитические материалы российских и зарубежных исследователей, в том числе размещённые в сети Интернет.

Результаты. Изложенные в статье материалы позволяют говорить о появлении на протяжении жизни всего одного поколения людей новой формы организации здравоохранения, где доминируют экономические стимулы, характерные для рынка и товарного производства, вектор развития которой во многом определяют интересы международных финансовых структур, клинических корпораций, а также предприятий, производящих медицинские и фармацевтические товары. Расширение ресурсной базы в этой модели может происходить за счёт приписывания определённым заболеваниям характера эпидемии, а также за счёт превращения социальных явлений в медицинские проблемы. Поэтому всегда существует дефицит ресурсов, и устранить его без изменения парадигмы развития отрасли и квалифицированного управления не представляется возможным.

Выводы. Необходимо обеспечить радикальные перемены в структуре и в экономике здравоохранения в соответствии с основной миссией отрасли – обеспечение условий, в которых люди могли бы оставаться здоровыми. Основа этих перемен – вытеснение рыночного саморегулирования и генезис смешанной общественно-частной (гибридной) экономики здравоохранения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, функции системы здравоохранения, расходы на медицинскую помощь, доступность медицинских услуг, пандемия COVID-19, эффективность и безопасность медицинской деятельности

Статья получена: 20.04.2022

Статья принята: 10.11.2022

Статья опубликована: 29.12.2022

Для цитирования: Перхов В.И., Янкевич Д.С., Петрова М.В., Корхмазов В.Т., Песенникова Е.В. Корпоративно-индустриальная форма организации здравоохранения. *Acta biomedica scientifica*. 2022; 7(6): 272-280. doi: 10.29413/ABS.2022-7.6.28

CORPORATE AND INDUSTRIAL FORM OF THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE

ABSTRACT

Perkhov V.I.¹,
Yankevich D.S.²,
Petrova M.V.²,
Korkhmazov V.T.³,
Pesennikova E.V.⁴

¹ Russian Research Institute of Health
(Dobrolyubova str. 11, Moscow 127254,
Russian Federation)

² Federal Research and Clinical Center
of Intensive Care Medicine and
Rehabilitology (Petrovka str. 25, building 2,
Moscow 107031, Russian Federation)

³ Municipal Hospital No. 1 of Novorossiysk
of the Ministry of Health of Krasnodar Krai
(Revolyutsii 1905 goda str. 30, Novorossiysk
353915, Russian Federation)

⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical
University (Bolshaya Pirogovskaya str. 2,
building 2, Moscow 119021,
Russian Federation)

Corresponding author:
Vladimir I. Perkhov,
e-mail: perkhov@mednet.ru

In recent history, the functions and forms of health care remain insufficiently analyzed, despite the fact that the incentives invested in medicine determine not only the volume and structure of medical care, but also the reasons for its provision, which are becoming wider, and costs are increasing. The COVID-19 pandemic, as well as the global geopolitical, ideological and economic crisis that emerged in 2022, will require changes in both the structure and economics of the health care system in accordance with its main mission – providing conditions in which people can be healthy.

The aim of this article is to analyze the concept of a modern health care system. **Materials and methods.** Statistical materials of the Russian Research Institute of Health, methods of content analysis, analytical materials of Russian and foreign researchers, including those posted on the Internet, were used.

Results. The materials presented in the article allow us to talk about the emergence of a new form of healthcare organization during the life of just one generation of people, where economic incentives are dominant, characteristic of the market and commodity production, the vector of development of which is largely determined by the interests of international financial institutions, clinical corporations, as well as enterprises, manufacturing medical and pharmaceutical products. The expansion of the resource base in this model can occur by attributing epidemic character to certain diseases, as well as by turning social phenomena into medical problems. Therefore, there is always a shortage of resources, and it is not possible to eliminate it without changing the paradigm of the development of the industry and qualified management.

Findings. Radical changes in the structure and economics of health care need to be made in line with the industry's core mission of providing conditions in which people can stay healthy. The basis of these changes is the displacement of market self-regulation and the genesis of a mixed public-private (hybrid) health-care economy.

Key words: organization of health care, function of a health care system, expenses on medical care, availability of medical services, COVID-19 pandemic, efficiency and safety of medical activity

Received: 20.04.2022
Accepted: 10.11.2022
Published: 29.12.2022

For citation: Perkhov V.I., Yankevich D.S., Petrova M.V., Korkhmazov V.T., Pesennikova E.V. Corporate and industrial form of the organization of health care. *Acta biomedica scientifica*. 2022; 7(6): 272-280. doi: 10.29413/ABS.2022-7.6.28

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время общественные дебаты и регулирующая политика, связанная с реформами сектора здравоохранения, возвращаются преимущественно вокруг объёмов и механизмов финансирования – бюджетного, страхового или смешанного. Функции и стимулы системы здравоохранения в новейшей истории остаются недостаточно проанализированными. Пандемия COVID-19, а также начавшийся в феврале 2022 г. геополитический и экономический кризис мирового масштаба требуют перемен, как в структуре, так и в экономике системы здравоохранения в соответствии с её основной миссией – обеспечение условий, в которых люди могли бы быть здоровыми.

Целью настоящей статьи является анализ концепта современной системы здравоохранения, которая на протяжении жизни всего одного поколения людей радикально изменилась. Мы ожидаем, что изложенные в публикации материалы предоставят полезные данные лицам, определяющим политику в области здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Использованы статистические материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, извлечённые из форм федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2015–2020 гг., методы контент-анализа, аналитические материалы российских и зарубежных исследователей, в том числе размещённые в сети Интернет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эксперты Европейского медицинского агентства, одного из наднациональных органов Евросоюза (ЕМЕА), выделяют ряд современных проблем в области общественного здравоохранения [1]: старение населения и рост числа хронических болезней; рост стоимости медицинских технологий; ориентация пациентов на лечение, а не на профилактику заболеваний; плохо приспособленная для лечения хронических болезней система организации и финансирования медицинской помощи; избыточное и неправильное лечение.

В частности, в течение последних лет многие исследования показывали, что система здравоохранения США предоставляет большой объём малоценной или ненужной медицинской помощи, определяемой как медицинские услуги, потенциальный вред или высокая стоимость которых, как правило, существенно превышают пользу [2, 3]. Малоценная медицинская помощь не только расточительна, но и часто приводит к каскаду избыточных медицинских тестов, гипердиагностике, избыточному лечению, повышению заболеваемости, общебольничной и послеоперационной летальности [4].

Например, в России общебольничная летальность растёт в течение последних пяти лет, а за период с 2015 по 2020 г. выросла с 1,71 до 3,14 %, т. е. почти в два раза (рис. 1).

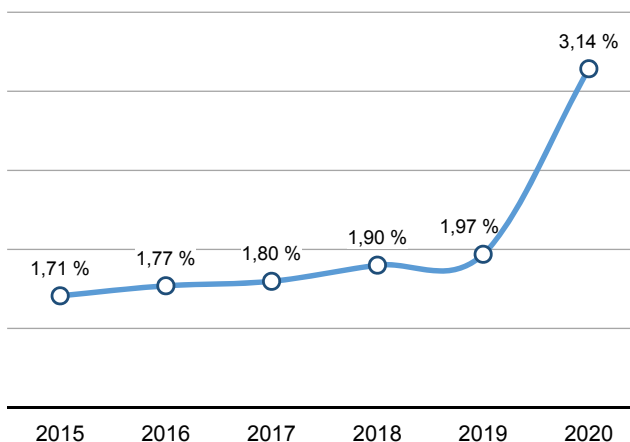


РИС. 1.

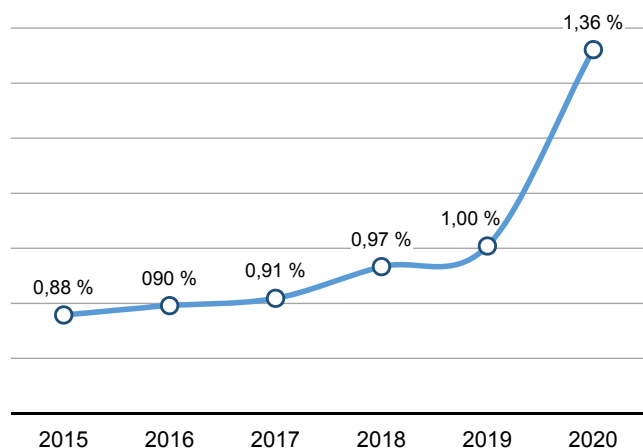
Динамика уровня общебольничной летальности в Российской Федерации, 2015–2020 гг., %

FIG. 1.

Dynamics of level of all-hospital lethality in the Russian Federation, 2015–2020, %

Всего в 2020 г. в больницах России умерло 780,9 тыс. пациентов, что на 262,5 тыс. человек больше, чем в 2015 г. Средний за период с 2015 по 2020 г. коэффициент роста уровня общебольничной летальности составил 1,16. Безусловно, пандемия нового коронавируса сопровождалась массовой госпитализацией инфицированных людей, что повлияло и на нозологическую структуру медицинской помощи, и на уровень общебольничной летальности. Однако рост общебольничной летальности в 2020 г. связан не только с COVID-19 и отмечен по всем профилям коечного фонда, за исключением профилей: ожоговые, психиатрические (психоневрологические), наркологические, офтальмологические, гематологические, фтизиатрические, геронтологические, педиатрические, онкологические, для беременных и рожениц, дерматовенерологические. Всего в 2020 г. выписано из круглосуточных стационаров 23 582,3 тыс. человек, умерло 781,7 тыс., из них 115,5 тыс. пациентов с диагнозом COVID-19. Для сравнения – в допандемический 2019 г. выписано из круглосуточных стационаров 28 667,2 тыс. человек, умерло 582,9 тыс. пациентов. То есть, даже если исключить из статистики 2020 г. все случаи смерти от COVID-19, уровень общебольничной летальности в 2020 г. составит 2,75 %, что на 0,78 процентных пункта выше, чем в предыдущем году. Таким образом, подтверждается тенденция роста общебольничной летальности в течение последних лет.

Растёт послеоперационная летальность. В среднем в Российской Федерации уровень послеоперационной летальности за период с 2015 по 2020 г. вырос с 0,88 до 1,36 %, или в 1,52 раза (рис. 2).

**РИС. 2.**

Динамика уровня послеоперационной летальности в Российской Федерации, 2015–2020 гг., %

FIG. 2.

Dynamics of level of postoperative lethality in the Russian Federation, 2015–2020, %

В наибольшей степени увеличилась летальность при операциях на органах дыхания – в 2,32 раза, на сосудах – в 1,6 раза, на сердце – в 1,4 раза. Средний за период с 2015 по 2020 г. коэффициент роста уровня послеоперационной летальности составил 1,10.

В США от 10 до 20 % объёмов медицинских услуг считаются малоценными или вовсе бесполезными, а их оценочная стоимость составляет более 300 млрд долларов в год [5]. Ещё от 300 до 490 млрд долларов тратится на лечение болезней, которые можно было бы предотвратить или существенно отсрочить изменением образа жизни [6]. Среди причин, определяющих высокие расходы на медицину в США, аналитики выделяют также завышенные цены на лекарства и медицинские услуги, высокие административные расходы на медицинское страхование, частую замену доступных медицинских технологий на более дорогостоящие при минимальном приросте пользы, большое количество людей с ожирением и другие [7].

Высокими темпами растёт стоимость медицинской помощи. Например, в России, с 2011 по 2019 г. суммарный рост фактических затрат на единицу объёма медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий, оказался существенно выше, чем суммарная инфляция за этот же период, отражающая стоимость денег, и составившая за рассматриваемый период для деятельности в области здравоохранения и социальных услуг 78,0 %. За этот же период в расчёте на единицу объёма медицинской помощи, в России средние фактические расходы на 1 случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с поправкой на инфляцию увеличились с 16,9 тыс. рублей в 2011 г. до 40,4 тыс. рублей в 2019 г., или на 340 %. При этом за счёт средств консолидированного бюджета субъектов Российской Федерации расходы увеличились почти на 300 % (с 47,5 до 92,3 тыс. рублей), за счёт

средств обязательного медицинского страхования – на 380 % (с 13,3 до 36,9 тыс. рублей) [8].

Несмотря на то, что Конституция Российской Федерации не предусматривает бесплатное оказание медицинской помощи в негосударственных медицинских организациях, число таких организаций растёт. Число амбулаторно-поликлинических медицинских организаций негосударственной формы собственности, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, увеличилось с 485 организаций в 2012 г. до 2160 организаций в 2019 г., или в 4,5 раза [9]. Объём средств, направляемый в частные медицинские организации, в период с 2012 по 2019 г. вырос почти в пять раз. В 2019 г. эти средства составили 3,8 % в общем объёме средств ОМС (83 от 2190 млрд. руб.) [10].

Растут расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства. В период с 2012 по 2018 г. (2012 г. – 100 %) эти расходы возросли в 1,2 раза на фоне снижения государственных расходов за этот же период [11]. Ведущими экспертами также показано, что в Российской Федерации для достижения к 2030 г. ожидаемой продолжительности жизни в 78 лет необходимо, чтобы государственные расходы на здравоохранение росли на 8 % ежегодно в постоянных ценах [12].

Однако не во всех случаях рост расходов на медицину и здравоохранение гарантирует улучшение здоровья и увеличение продолжительности жизни граждан, а также устойчивость отрасли к перегрузкам во время пандемий и других чрезвычайных ситуаций, приводящих к необходимости резкого увеличения объёма медицинской помощи. Например, по продолжительности жизни США и Куба находятся примерно на одном уровне при 20-кратных различиях в уровне расходов на душу населения [13]. В период пандемии COVID-19 многие европейские страны, а также США, с высокими расходами на здравоохранение и мощной медицинской инфраструктурой, продемонстрировали не самые лучшие результаты в борьбе с опасной инфекцией [14, 15].

Важным показателем является летальность от ятрогенных, т. е. связанных с неправильным медицинским вмешательством, причин. По оценкам экспертов США, ятрогенные осложнения приводят к более 250 тыс. случаев летальных исходов в год. Во многом эти случаи обусловлены побочными эффектами лекарств (ПЭЛ), из которых около 70 % являются предотвратимыми [16, 17, 18]. В больницах США примерно в 70 % случаев используются лекарства, эффективность и безопасность которых не были доказаны [19]. В Евросоюзе ежегодно от ПЭЛ умирают почти 200 тыс. человек [20].

Бывший директор Скандинавского центра «Кокрановского сотрудничества» (Nordic Cochrane Center) Питер Гётше утверждает, что «фармацевтическая промышленность убивает гораздо больше людей, чем мафия. Сотни тысяч ежегодно погибают от рецептурных лекарств. Многие при этом считают, что это неизбежно, потому что лекарства используются для лечения болезней, которые они сами и вызвали» [21].

В 2004–2005 гг. Комитет здравоохранения британской Палаты общин, детально анализируя деятельность фар-

мацевтической промышленности, обнаружил, что её влияние на систему здравоохранения огромно, а сама отрасль вышла из-под контроля [22]. Выяснилось, что фармацевтическая промышленность влияет на врачей, благотворительные организации, группы пациентов, журналистов, при этом слабо контролируется властями. Доклад Комитета ясно дал понять, что снижение влияния фармацевтической промышленности принесло бы пользу всем, в том числе самой отрасли, которая могла бы сосредоточиться на разработке новых лекарств, а не на подкупе врачей и общественных организаций пациентов [23, 24].

Стоит отметить, что не только в России, но и во многих других странах оценка технологий оказания медицинской и фармацевтической помощи на предмет их полезности, законодательством не предусмотрена. С. G. Miller и соавт. (2011), S. Every-Palmer и соавт. (2014) в качестве основных причин отсутствия действенной оценки фармацевтических препаратов указывают на конфликт интересов при осуществлении медицинской деятельности с участием фарминдустрии, в которой концентрируются огромные денежные ресурсы. Так, например, по итогам 2019 г., общий объём продаж на фармацевтическом рынке составил более 2 трлн долларов США – это порядка 1,4 % от мирового ВВП [25, 26].

Преобразования в секторе здравоохранения в течение последних десятилетий в значительной степени определял мировой финансовый капитал, который, казалось бы, никакого отношения к медицине не имеет.

Например, влияние Международного валютного фонда (МВФ), Группы Всемирного банка (ВБ), интенсивно растёт с середины второй половины XX века, выражается в глобализации и наращивании объёмов фармацевтического производства за счёт государственных кредитов. Эти цели потребовали тотального контролирования главных фигур в системе здравоохранения, прежде всего стимулирующих спрос, т. е. медицинских работников, что привело к «медикализации» здравоохранения, которую некоторые авторы называют также «биомедикализацией» [27].

В США и в странах Латинской Америки в конце 1980-х – начале 1990-х годов потоки финансового капитала МВФ и ВБ в сектор здравоохранения в виде кредитов увеличивались в геометрической прогрессии [28, 29]. Эти тенденции привели к росту подчинения социальной сферы, в том числе сектора здравоохранения, требованиям МВФ и ВБ. Обычно к этим требованиям относились: сокращение государственных социальных расходов; сдерживание роста заработной платы; приватизация государственных предприятий; дерегулирование экономики со стороны государства; устранение защиты внутреннего рынка и снятие ограничений на операции иностранных инвесторов [30].

Не осталась без внимания международных финансовых структур и Россия. В 1997–2000 гг. для отработки механизмов реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки (одобрена Постановлением правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387), Минздрав России опирался, главным образом, на западных специалистов (проекты Tacis, USAID), а также на кредитование Всемирного банка [31].

В 2012–2013 гг. в России Всемирный банк в сотрудничестве с Федеральным фондом ОМС проводил семинары и исследования в ряде регионов (Кировская, Липецкая, Томская области) с целью внедрения клинко-статистических групп (КСГ; diagnostic related groups, DRGs), как нового способа оплаты медицинской помощи. В настоящее время это основной способ финансирования стационаров субъектов Российской Федерации (кроме Москвы) из средств ОМС, который при этом активно критикуется экспертами ввиду множества недостатков [32]. В частности, система КСГ, задуманная лишь как инструмент классификации больниц по уровню затрат, по факту экономически стимулирует фальсификацию диагнозов и искажение первичной статистики, а также выполнение ненужных хирургических вмешательств с целью увеличения доходов. В зарубежной литературе эта система описывается как опасная «новая внутрибольничная болезнь», или «ползучая КСГ» («DRG creep») [33–36].

Всемирный банк и в настоящее время продолжает активно действовать в российской системе здравоохранения, в частности, в сотрудничестве с Департаментом здравоохранения Москвы [37].

Не остаётся в стороне от вопросов финансирования здравоохранения и развития обязательного медицинского страхования и Центральный банк Российской Федерации (Банк России) [38], имеющий уникальный конституционно-правовой статус, не позволяющий отнести его ни к государственным, ни к частным юридическим лицам, ни к органам государственной власти.

Таким образом, медицинская практика в течение последних лет отражала стимулы системы здравоохранения, ориентированной на рынок, где бизнес-модели поведения, характерные для промышленности и товарно-денежных отношений, доминировали над медицинской этикой. Чисто деловые отношения стали заменять взаимное доверие, которое традиционно характеризовало отношения между врачом и пациентом. Даже суды, которые раньше держали медицинскую практику вне досягаемости уголовного законодательства, теперь рассматривают врача как ещё одного человека, занимающегося бизнесом.

Всё это означает, что процессы производства товаров медицинского назначения и медицинских услуг всё больше стали обуславливаться автономными, не подверженными государственному регулированию финансовыми процессами, теряющими связь с реальной потребностью людей в здоровье и медицинской помощи.

ОБСУЖДЕНИЕ

Здравоохранение – сложная для определения сфера деятельности. Так, по формулировке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), система здравоохранения включает в себя все организации, людей и действия, главной целью которых является укрепление, восстановление или поддержание здоровья [39]. Функции любой системы здравоохранения традиционно включают профилактику заболеваний и предоставление медицинской помощи населению, обеспечение санитар-

но-эпидемиологического благополучия, охрану психического здоровья, регулирование ресурсов здравоохранения, статистику здоровья населения и результатов деятельности медицинских организаций.

Однако в современном мире экономическое пространство под названием «здравоохранение» становится всё шире. В нём можно найти кого угодно – от департаментов и управлений здравоохранения, специализированных институтов, надзорных и контрольных органов власти, до национальных и международных кредитных организаций, а также т. н. «гибридных менеджеров» – специалистов без медицинского образования, стремящихся закрепить за собой управленческие функции и увлекающих отрасль в рыночную среду. Яркий пример – родом из автомобильной промышленности «бережливое производство» в поликлиниках, инициированное государственной корпорацией «Росатом», однако не нашедшее поддержку практикующих врачей [40]. На этой почве возникает организационный конфликт между нанятыми профессионалами и их работодателем.

В общем виде этот конфликт был описан Н.Р. Gunz и соавт. в 2002 г. [41]. В рамках этого конфликта профессионалы, такие как адвокаты, учителя и врачи, стали испытывать разногласия между своими профессиональными ценностями и целями деятельности организации, в которой они работают. В новой системе управления эти разногласия создают напряженные отношения между рыночным, «промышленным» концептом медицины и «старой» медицинской практикой, нацеленной на здоровье. Стали появляться новые взгляды и цели, которые оспаривают значение традиционных подходов к профилактике и лечению, на которых должна быть основана профессиональная медицинская деятельность.

Специфические рынки медицинской и лекарственной помощи не удовлетворяют многим требованиям, предъявляемым к рыночной среде в сфере производства товаров и услуг. Наиболее наглядный пример – система здравоохранения в Советском Союзе, в которой здоровье было государственным ресурсом и распределялось между всеми гражданами (за исключением партийной номенклатуры) пропорционально. Платные медицинские услуги, какая-либо конкуренция между медицинскими учреждениями были запрещены. Однако гуманитарный смысл, традиционно заложенный в процесс оказания медицинской помощи, постепенно был заменён на идею превращения пациентов в клиентов (потребителей).

Понятие «потребитель» подразумевает наличие акта купли-продажи, в то время как понятие «пациент» реализуется через концепцию социальных прав. Однако, несмотря на это, подобные тенденции находят даже юридическую поддержку. В частности, пунктом 9 Постановления Пленума Верховного суда Российской Федерации от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» разъясняется, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках ОМС и в рамках ДМС, применяется законодательство о защите прав потребителей. Все эти тенденции исказили гуманитарный

смысл, традиционно заложенный в работу врача, ухудшили качество медицинской помощи.

Изложенное позволяет говорить о появлении корпоративно-индустриальной формы организации здравоохранения, которая постепенно стала замещать традиционные бюджетно-налоговую (системы Бевериджа и Семашко) и социально-страховую (система Бисмарка) формы.

Используя слово «корпоративная», мы имеем в виду формы организации бизнеса определёнными группами участников отношений в системе здравоохранения, включая профессиональные сообщества, организованные по принципу врачебных специализаций. Используя слово «индустриальная», мы имеем в виду совокупность предприятий, занятых производством товаров и услуг для медицины и здравоохранения.

Основной стимул и ключевая характеристика этой модели – предоставление медицинских услуг с целью получения прибыли. При этом пациент фрагментируется на части и воспринимается просто как механическая структура, нуждающаяся в ремонте. Расширение ресурсной базы в этой модели происходит за счёт приписывания определённым заболеваниям характера эпидемии или пандемии, а также за счёт превращения социальных явлений в медицинские проблемы. Причём все эти явления происходят в общественно-частной (гибридной) системе здравоохранения [9]. Поэтому всегда имеется дефицит ресурсов, и устранить его без реального реформирования отрасли не представляется возможным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Когда в медицинской системе врачу платят за оказание медицинских услуг больному, преобразованному в потребителя, неизбежно возникают условия для товарно-денежных отношений и неявного администрирования процессов медицинского обслуживания финансовыми, клиническими и промышленными корпорациями. В этих условиях ключевым становится вопрос: станет ли медицина по сути бизнесом или останется человеколюбивой профессией? Будут ли врачи действовать как бизнесмены, или мы решим остаться профессионалами со всеми вытекающими отсюда возможностями, в том числе по саморегулированию?

Врачи не продавцы и не просто экономические агенты на свободном рынке. Основная часть профессионального обучения врача субсидируется государством, и почти вся инфраструктура, информация и технологии, необходимые для работы врача, производятся за счёт государства. Это, на наш взгляд, означает, что врачи должны избегать связей с рыночными силами, превращающими их в коммерсантов. Триггерами для радикальных преобразований в системе здравоохранения являются также пандемия COVID-19, которой пока ещё не видно конца, а также возникший в феврале 2022 г. мировой финансовый, идеологический и геополитический кризис. Такие обстоятельства и тем более их сочетание возникают крайне редко.

Поэтому важно остановить развитие корпоративно-индустриальной модели здравоохранения, характер-

ной для капиталистических отношений. Для этого необходимо обеспечить реальное реформирование системы здравоохранения, которого в течение последних трёх десятилетий фактически не было. Задачи реформы должны включать перемены в структуре и стимулах системы здравоохранения в соответствии с основной миссией отрасли – создание условий, в которых люди могли бы оставаться здоровыми, а в случае необходимости могли бы получить полезную и безопасную для здоровья медицинскую помощь. Основа этих перемен – вытеснение рыночного саморегулирования и генезис смешанной общественно-частной (гибридной) системы здравоохранения с профилактической политикой.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Economist Intelligence Unit. *The future of healthcare in Europe*. Geneva; 2011.
2. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(7): 1067-1076. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.1541
3. Reid RO, Rabideau B, Sood N. Low-value health care services in a commercially insured population. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(10): 1567-1571. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5031
4. Ganguli I, Lupo C, Mainor AJ, Wang Q, Orav EJ, Rosenthal MB, et al. Assessment of prevalence and cost of care cascades after routine testing during the Medicare annual wellness visit. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(12): e2029891. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.29891
5. Carter EA, Morin PE, Lind KD. Costs and trends in utilization of low-value services among older adults with commercial insurance or Medicare Advantage. *Med Care*. 2017; 55(11): 931-939. doi: 10.1097/mlr.0000000000000809
6. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. *The price of excess: Identifying waste in healthcare spending*. April 2008. Health Economics Institute, Washington, DC; 1997.
7. Robert Wood Johnson Foundation. *What are the biggest drivers of cost in U.S. health care?* Health Policy Snapshot Series. July 1, 2011.
8. Федеральная служба государственной статистики. *Национальные счета*. URL: <https://rosstat.gov.ru/statistics/accounts> [дата доступа: 02.05.2022].
9. Перхов В.И., Колесников С.И., Песенникова Е.В. О формировании общественно-частной модели организации медицинской помощи в России. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 216-226. doi: 10.29413/ABS.2021-6.3.22
10. Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э. Динамика объёмов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение*. Вестник ВШОУЗ. 2021; 7(1-23): 80-91. doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-80-91
11. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение*. Вестник ВШОУЗ. 2019; 5(4-18): 4-19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001
12. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б. Финансирование здравоохранения для достижения ожидаемой продолжительности жизни в России 78 лет к 2030 году. *Народонаселение*. 2022; 25(1): 129-140. doi: 10.19181/population.2022.25.1.11
13. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health*. 2012; 102(8): e13-e22. doi: 10.2105/ajph.2012.300822
14. Eissa N. Pandemic preparedness and public health expenditure. *Economies*. 2020; 8(3): 60. doi: 10.3390/economies8030060
15. Перхов В.И., Песенникова Е.В. Особенности реакции систем здравоохранения отдельных стран на предсказанную пандемию COVID-19. *Медицина и организация здравоохранения*. 2020; 5(3): 4-8.
16. Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D. Death by medicine. *J Orthomol Med*. 2005. 20(1): 21-34.
17. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139
18. Formica D, Sultana J, Cutroneo PM, Lucchesi S, Angelica R, Crisafulli S, et al. The economic burden of preventable adverse drug reactions: A systematic review of observational studies. *Expert Opin Drug Saf*. 2018; 17(7): 681-695. doi: 10.1080/14740338.2018.1491547
19. Hubbard TE, Paradis R. Real world evidence: A new era for health care innovation. *Network for Excellence in Health and Innovation*. 2015.
20. Van-Lierop T, Bunyan C. Strengthening pharmacovigilance to reduce adverse effects of medicines. *Мето/08/782*. 2008: 2-5.
21. Гётше П. *Смертельно опасные лекарства и организованная преступность. Как большая фарма коррумпировала здравоохранение*. М.: Эксмо; 2016.
22. Collier J. Big pharma and the UK government. *Lancet*. 2006; 367(9505): 97-98. doi: 10.1016/S0140-6736(06)67943-9
23. Ferner RE. The influence of big pharma. *BMJ*. 2005; 330(7496): 857-858. doi: 10.1136/bmj.330.7496.855
24. Smith R. Curbing the influence of the drug industry: A British view. *PLoS Medicine*. 2005; 2(9): e241. doi: 10.1371/journal.pmed.0020241
25. Miller CG, Miller DW. The real world failure of evidence-based medicine. *Int J Pers Cent Med*. 2011; 1(2): 295-300. doi: 10.5750/ijpc.v1i2.70
26. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(6): 908-914. doi: 10.1111/jep.12147
27. Iriart C. Capital financiero versus complejo medico-industrial: Los desafíos de las agencias Regulatorias [Financial capital versus medical-industrial complex: challenges for the regulatory agencies]. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5): 1619-1626. [In Spanish]. doi: 10.1590/s1413-81232008000500025
28. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *New Engl J Med*. 1999; 340(14): 1131-1136. doi: 10.1056/nejm199904083401425
29. Iriart C. The transnationalization of the health care system in Argentina. In: Mackintosh M, Koivusalo M. (eds) *Commercialization of Health Care. Social Policy in a Development Context*. London: Palgrave Macmillan; 2005: 51-65. doi: 10.1057/9780230523616_4

30. Bello W, Cunningham S. The World Bank & The IMF. *Z Magazine*. 1994; 7(7): 8.
31. Шишкин С.В. *Реформа финансирования российского здравоохранения*. М., 2000.
32. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Макаров С.В., Абашин Н.Н. *Организация обязательного медицинского страхования в современных условиях: Учебное пособие для студентов*. Иркутск: ИГМУ, 2016.
33. Simborg DW. DRG creep: A new hospital-acquired disease. *New Eng J Med*. 1981; 304(26): 1602-1604. doi: 10.1056/NEJM198106253042611
34. Lee K, Wi SB, Choi BY. The analysis of medical care behaviors influencing New Diagnosis-Related Groups (DRG) based payment-focused on hospitalized patients with medical illness. *Korea Journal of Hospital Management*. 2020; 25(2): 45-56.
35. Orient JM. An ode to DRG creep. *Ann Intern Med*. 1985; 102(4): 565-565. doi: 10.7326/0003-4819-102-4-565_2
36. Seiber EE. Physician code creep: Evidence in Medicaid and State Employee Health Insurance billing. *Health Care Financ Rev*. 2007; 28(4): 83.
37. НИИОЗММ Департамента здравоохранения Москвы. *Онлайн-семинар с представителями Всемирного банка «Минимизация и управление последующими волнами COVID-19 в процессе возобновления экономической деятельности: последние данные и уроки из европейских стран»*. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/event/default/card/2754.html> [дата доступа: 01.05.2022].
38. Банк России. *Доклад для общественных консультаций. Предложения по развитию медицинского страхования в Российской Федерации*. 2017. URL: https://cbr.ru/Content/Document/File/50686/Consultation_Paper_171003_03.pdf [дата доступа: 18.04.2022].
39. Smith PC. Некоторые размышления о приоритетных направлениях работы по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. *Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро*. 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341677> [дата доступа: 18.04.2022]
40. Курмангулов А.А., Решетникова Ю.С., Фролова О.И., Брынза Н.С. и др. Особенности внедрения метода 5S бережливого производства в систему здравоохранения Российской Федерации. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2019; 26(2): 140-149. doi: 10.25207/1608-6228-2019-26-2-140-149
41. Gunz HP, Lichtenstein BMB, Long RG. Self-organization in career systems: A view from complexity science. *Management*. 2002; 5(1): 63-88. doi: 10.3917/mana.051.0063
- testing during the Medicare annual wellness visit. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(12): e2029891. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.29891
5. Carter EA, Morin PE, Lind KD. Costs and trends in utilization of low-value services among older adults with commercial insurance or Medicare Advantage. *Med Care*. 2017; 55(11): 931-939. doi: 10.1097/mlr.0000000000000809
6. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. *The price of excess: Identifying waste in healthcare spending*. April 2008. Health Economics Institute, Washington, DC; 1997.
7. Robert Wood Johnson Foundation. *What are the biggest drivers of cost in U.S. health care?* Health Policy Snapshot Series. July 1, 2011.
8. *Federal State Statistics Service. National accounts*. URL: https://rosstat.gov.ru/statistics/accounts_1 [date of access: 02.05.2022]. (In Russ.).
9. Perhov VI, Kolesnikov SI, Pesennikova EV. Formation of public-private model in Russia health care organization. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 216-226. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2021-6.3.22
10. Petrachkov IV, Ulumbekova GE. Dynamics of the volume of potential sources of financing for private medical organizations from 2012 to 2019. *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2021; 7(1-23): 80-91. (In Russ.). doi: 10.33029/2411-8621-2021-7-1-80-91
11. Ulumbekova GE, Ginoyan AB, Kalashnikova AV, Al'vianskaya NV. Financing healthcare in Russia (2021–2024). Facts and suggestions. *ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2019; 5(4-18): 4-19. (In Russ.). doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001
12. Ulumbekova GE, Ginoyan AB. Financing health care to achieve a life expectancy in Russia of 78 years by 2030. *Population*. 2022; 25(1): 129-140. (In Russ.). doi: 10.19181/population.2022.25.1.11
13. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health*. 2012; 102(8): e13-e22. doi: 10.2105/ajph.2012.300822
14. Eissa N. Pandemic preparedness and public health expenditure. *Economies*. 2020; 8(3): 60. doi: 10.3390/economies8030060
15. Perhov VI, Pesennikova EV. Features of the response of health systems of individual countries to the predicted COVID-19 pandemic. *Medicine and Organization of Health Care*. 2020; 5(3): 4-8. (In Russ.).
16. Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D. Death by medicine. *J Orthomol Med*. 2005. 20(1): 21-34.
17. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139
18. Formica D, Sultana J, Cutroneo PM, Lucchesi S, Angelica R, Crisafulli S, et al. The economic burden of preventable adverse drug reactions: A systematic review of observational studies. *Expert Opin Drug Saf*. 2018; 17(7): 681-695. doi: 10.1080/14740338.2018.1491547
19. Hubbard TE, Paradis R. Real world evidence: A new era for health care innovation. *Network for Excellence in Health and Innovation*. 2015.
20. Van-Lierop T, Bunyan C. Strengthening pharmacovigilance to reduce adverse effects of medicines. *Memo/08/782*. 2008: 2-5.
21. Gyotshe P. *Deadly drugs and organized crime. How big pharma corrupted healthcare*. Moscow: Eksmom 2016. (In Russ.).
22. Collier J. Big pharma and the UK government. *Lancet*. 2006; 367(9505): 97-98. doi: 10.1016/S0140-6736(06)67943-9
23. Ferner RE. The influence of big pharma. *BMJ*. 2005; 330(7496): 857-858. doi: 10.1136/bmj.330.7496.855

REFERENCES

1. The Economist Intelligence Unit. *The future of healthcare in Europe*. Geneva; 2011.
2. Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, Chernew ME, McWilliams JM. Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(7): 1067-1076. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.1541
3. Reid RO, Rabideau B, Sood N. Low-value health care services in a commercially insured population. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(10): 1567-1571. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.5031
4. Ganguli I, Lupo C, Mainor AJ, Wang Q, Orav EJ, Rosenthal MB, et al. Assessment of prevalence and cost of care cascades after routine

24. Smith R. Curbing the influence of the drug industry: A British view. *PLoS Medicine*. 2005; 2(9): e241. doi: 10.1371/journal.pmed.0020241
25. Miller CG, Miller DW. The real world failure of evidence-based medicine. *Int J Pers Cent Med*. 2011; 1(2): 295-300. doi: 10.5750/ijpcm.v1i2.70
26. Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(6): 908-914. doi: 10.1111/jep.12147
27. Iriart C. Capital financiero versus complejo medico-industrial: Los desafíos de las agencias Regulatorias [Financial capital versus medical-industrial complex: challenges for the regulatory agencies]. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5): 1619-1626. [In Spanish]. doi: 10.1590/s1413-81232008000500025
28. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *New Engl J Med*. 1999; 340(14): 1131-1136. doi: 10.1056/nejm199904083401425
29. Iriart C. The transnationalization of the health care system in Argentina. In: Mackintosh M, Koivusalo M. (eds) *Commercialization of Health Care. Social Policy in a Development Context*. London: Palgrave Macmillan; 2005: 51-65. doi: 10.1057/9780230523616_4
30. Bello W, Cunningham S. The World Bank & The IMF. *Z Magazine*. 1994; 7(7): 8.
31. Shishkin SV. *Russian healthcare financing reform*. Moscow, 2000. (In Russ.).
32. Gajdarov GM, Alekseeva NYu, Makarov SV, Abashin NN. *Organization of compulsory health insurance in modern conditions: Study guide for students*. Irkutsk: IGMU, 2016. (In Russ.).
33. Simborg DW. DRG creep: A new hospital-acquired disease. *New Eng J Med*. 1981; 304(26): 1602-1604. doi: 10.1056/NEJM198106253042611
34. Lee K, Wi SB, Choi BY. The analysis of medical care behaviors influencing New Diagnosis-Related Groups (DRG) based payment-focused on hospitalized patients with medical illness. *Korea Journal of Hospital Management*. 2020; 25(2): 45-56.
35. Orient JM. An ode to DRG creep. *Ann Intern Med*. 1985; 102(4): 565-565. doi: 10.7326/0003-4819-102-4-565_2
36. Seiber EE. Physician code creep: Evidence in Medicaid and State Employee Health Insurance billing. *Health Care Financ Rev*. 2007; 28(4): 83.
37. *Online Seminar with World Bank Representatives on "Minimizing and Managing Subsequent Waves of COVID-19 During Economic Reopening: Latest Data and Lessons from European Countries"*. URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/event/default/card/2754.html> [date of access: 01.05.2022]. (In Russ.).
38. Bank of Russia. *Report for public consultation. Proposals for the development of health insurance in the Russian Federation*. 2017. URL: https://cbr.ru/Content/Document/File/50686/Consultation_Paper_171003_03.pdf [date of access: 18.04.2022]. (In Russ.).
39. Smith PC. Some thoughts on priorities for health systems strengthening in the WHO European Region. *World Health Organization. European Regional Office*. 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341677> [date of access: 18.04.2022]. (In Russ.).
40. Kurmangulov AA, Reshetnikova YuS, Frolova OI, Brynza NS, et al. Features of the implementation of the 5S method of lean manufacturing in the healthcare system of the Russian Federation. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2019; 26(2): 140-149. (In Russ.). doi: 10.25207/1608-6228-2019-26-2-140-149
41. Gunz HP, Lichtenstein BMB, Long RG. Self-organization in career systems: A view from complexity science. *Management*. 2002; 5(1): 63-88. doi: 10.3917/mana.051.0063

Сведения об авторах

Перхов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, e-mail: finramn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Янкевич Дмитрий Станиславович – кандидат медицинских наук, заместитель руководителя НИИ реабилитологии, ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», e-mail: yanson_d@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5143-7366>

Петрова Марина Владимировна – доктор медицинских наук, заместитель директора по научно-клинической деятельности, ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», e-mail: mail@petrovamv.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4272-0957>

Корхмазов Валерий Тамазович – кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «Городская больница № 1 г. Новороссийска» Министерства здравоохранения Краснодарского края, e-mail: korxmazov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3281-3909>

Песеникова Елена Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств факультета управления и экономики здравоохранения, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6023-7734>

Information about the authors

Vladimir I. Perkhov – Dr. Sc. (Med.), Docent, Chief Research Officer, Russian Research Institute of Health, e-mail: finramn@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

Dmitry S. Yankevich – Cand. Sc. (Med.), Deputy Head of Scientific Research Institute of Rehabilitology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, e-mail: yanson_d@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5143-7366>

Marina V. Petrova – Dr. Sc. (Med.), Deputy Director for scientific and clinical activity, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, e-mail: mail@petrovamv.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4272-0957>

Valery T. Korhmatov – Cand. Sc. (Med.), Chief Physician, Municipal Hospital No. 1 of Novorossiysk of the Ministry of Health of Krasnodar Krai, e-mail: korxmazov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3281-3909>

Elena V. Pesennikova – Cand. Sc. (Med.), Associate Professor at the Department of Organization and Management in the Sphere of Medicines Circulation, Faculty of Health Management and Economics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6023-7734>