



# ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ МЕДИЦИНЫ



**ВАЛЕРИЙ МИХАЙЛОВ** >> В наступившем году система ОМС претерпит значительные изменения. Сокращение финансирования госпрограмм в сфере здравоохранения рассчитано на усиление роли частной медицины при оказании бесплатной помощи гражданам. Перед частными клиниками встают проблемы, которые невозможно решить поодиночке.

Россияне давно привыкли к тому, что отечественное здравоохранение само находится в состоянии хронического недуга. Несмотря на все потуги Минздрава и бесконечное реформирование отрасли, недовольство населения доступностью и качеством медицинской помощи неуклонно растет. Происходит это на фоне значительной разницы в утвержденном подушевом нормативе в рамках территориальных программ госгарантий медицинской помощи. В 2012 году, например, между некоторыми субъектами РФ она составила более чем 5 раз. Но и призывы вкладывать в систему все больше и больше средств едва ли способны радикально изменить ситуацию. Сами по себе деньги еще никого не вылечили, особенно если учесть насколько неэффективно они расходуются. Как отмечает Юрий Комаров, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей, лучше пациентов поставить диагноз нынешней системе здравоохранения практически невозможно. А их вердикт гласит — здравоохранение должно быть для пациентов, а не как у нас: пациенты для здравоохранения.

Причина недуга отрасли, скорее всего, лежит в плоскости системных подходов. Это подтверждает и определенная «нервозность» регулирования в данной сфере. За последнее десятилетие правила лицензирования менялись 6 раз, а частная медицина не первый год доказывает свое право на существование в широком поле общественного здравоохранения. В резолюции II-го Национального конгресса частных медицинских организаций его участники отмечают, что «кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг исключительно за счет средств бюджета, без привлечения частных инвестиций, не представляется возможным». С подобным тезисом солидарны и представители власти. «Необходимо найти возможность интегрировать частные медицинские организации в общую систему охраны здоровья граждан. Минздрав хочет, чтобы частники помогли в тех областях, где проявляются недостатки государственного здравоохранения. Это не обострение конкуренции, а партнерство, — считает замести-

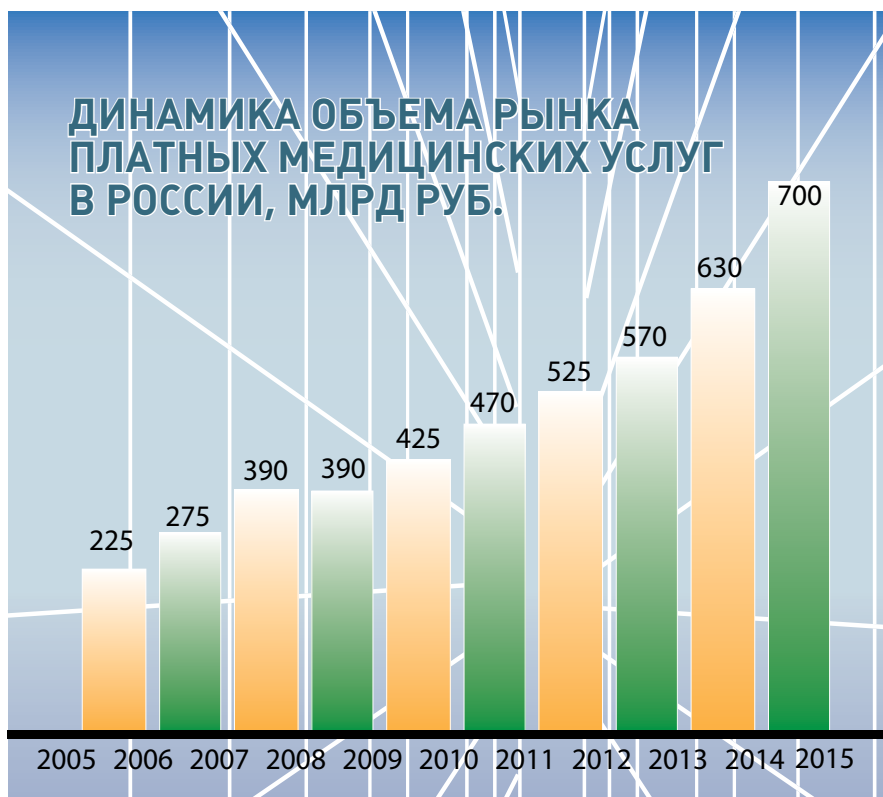
тель министра здравоохранения Сергей Краевой. По его словам, многие руководители органов управления здравоохранением на местах поняли, что им выгоднее покупать медицинскую услугу, чем самим содержать учреждения во всей их «красе», т.е. с ветхой инфраструктурой. «Главное, чтобы бизнес шел навстречу потребностям государства. Последнее формулирует потребности, а бизнес выдвигает те условия, которые позволяют ему быть рентабельным», — заявил он.

Но в условиях законодательной неопределенности и «барьерного» администрирования выдвигать условия — задача повышенной амбициозности для медицинского сообщества. На ее уровень бесспорно влияет еще и тот факт, что в настоящее время развитие частной медицины ограничено исключительно платежеспособностью населения. Как показывает опыт стран с высоким уровнем дохода, самостоятельно оплачивать медицинские услуги в полном объеме способно не более 10% жителей. У нас же в стране вместо добровольного страхования, которое должно

быть дополнительным к обязательному, граждане зачастую оплачивают и те медицинские услуги, которые входят в программу государственных гарантий. Все это препятствует добросовестной конкуренции между государственными и частными клиниками, не позволяя внебюджетным инвестициям приходиться в отрасль. Кроме того, на федеральном уровне отсутствует общепринятое правовое определение понятия государственно-частного партнерства, единое правовое поле и возможность «играть» по единым правилам. Достаточно сказать, что медицинские работники частных клиник и индивидуальные предприниматели в этой сфере лишены права на льготную пенсию.

## ПРАВО НА ИНТЕГРАЦИЮ

Очевидно, что в нынешних условиях решить проблемы общественного здоровья, рассчитывая только на систему государственной медицины — задача непосильная. Число частных медицинских клиник и центров в нашей стране почти в два раза превосходит количество государственных





и муниципальных — по данным Росстата это 34,8 тыс. и 19,8 тыс. соответственно. Сегодня они крайне неоднородны по профилю и численности персонала. Но тенденция количественного роста частных медицинских организаций очевидна: в одной только Саратовской области за последние десять лет открыто более 600 «частников». Между тем, государство, формально не препятствуя этому процессу, продолжает оставаться для частной медицины если не злой, то равнодушной мачехой. По закону частные клиники имеют ровно такие же права для интеграции в систему ОМС, как и государственные «дочки», однако на деле этот процесс носит для них дискриминационный характер. Львиная доля объемов медицинской помощи, финансируемой из государственного бюджета, распределяется именно в государственные организации. Происходит это не с той экономической эффективностью, на которую государство вправе рассчитывать, и не с тем качеством медицинской помощи, на которое вправе рассчитывать граждане. Еще один больной вопрос частной медицины — тарифы ОМС на оказание услуг. Они должны включать в себя такие реальные рыночные расходы, как зарплаты врачей, стоимость лекарств, амортизация имущества, содержание помещений и т.д. В частном медицинском секторе эти расходы, как правило, выше, в том числе за счет высокой стоимости аренды помещений.

В чем же выход? Борьба за повышение тарифов — не самый конструктивный путь: по закону об ОМС медицинские организации к формированию тарифов не причастны. И сегодня участники рынка склонны к максимальной консолидации. Для создания цивилизованного рынка медицинских услуг в России необходимы скоординированные действия федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, а также саморегулируемых организаций, считают они. Напомним, что в настоящее время статус СРО в сфере оказания медицинских услуг имеют 10 объединений предпринимателей. Однако предпринимательство

в этой сфере все еще входит в определенный конфликт с устоявшимися принципами той социальной парадигмы, которая главенствовала еще несколько десятилетий назад. При этом финансовые и управленческие возможности государства в существующей модели здравоохранения практически исчерпаны. А в условиях социального государства избежать экономических проблем перехода к рыночному здравоохранению практически невозможно. Эти проблемы заключаются в том, что инфраструктура здравоохранения обновляется неэффективными методами. Это, в первую очередь, прямые вложения бюджетных средств, без использования рыночных институтов и инструментов, таких как биржи, фонды, банки, лизинг, частные инвестиции. Кроме того, тарифы ОМС установлены ниже себестоимости услуг, оказываемых в частных медицинских организациях, что также затрудняет интеграцию медицинского бизнеса в систему ОМС. А снижать себестоимость медицинской услуги без потери качества, как правило, невозможно, признает Дмитрий Борисов, член правления НП «Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения».

## КОНТРОЛЬ БЕЗ ПОСЛЕДСТВИЙ

Избыточной и малоэффективной оказалась на деле и контрольно-надзорная функция в адрес «частников». Как отмечает Сергей Лазарев, исполнительный директор НП СРО «Объединение частных медицинских клиник и центров», сложилась практика, при которой контроль осуществляется не за самой медицинской деятельностью, а за ее средствами производства. Например, в соответствии с законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинская деятельность — это профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи. Но как раз профессиональная деятельность врачей, среднего медицинского персонала органами государственного надзора и не рассматривается. «Государственный контроль должен охватывать сам итог медицинской ус-



луги, а не процесс её оказания. Для этого достаточно провести опрос пациентов в проверяемой организации. Качественная услуга — это здоровый и удовлетворенный пациент», — считает эксперт.

Кроме того, в соответствии с правительственным постановлением N 944, плановые проверки в отношении организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь должны проводиться органами лицензирования и Росздравнадзора раз в год, а органами Роспотребнадзора раз в два года.

При условии, что в России около 45 тыс. частных медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги, проверить всех с установленной периодичностью попросту невозможно. Более того, после административного взыскания в виде штрафа органы надзора не осуществляют дальнейший контроль устранения указанных недостатков. Поэтому при существующей системе государственного надзора недобросовестные организации «расплачиваются» на месте, добросовестные — через суд, и все остается как прежде.

Без учета реалий предпринимательской деятельности издаются и нормативно-правовые документы в этой сфере. Например, лицензионное требование о необходимости иметь в штате руководителя медицинской организации с сертификатом по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Оно обязывает автотранспортные организации для проведения предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров, которые проводит фельдшер или медсестра, иметь и главного врача. Для него здесь априори нет соответствующего «фронта работ», но он обязан быть в наличии. Аналогичная ситуация и в организациях, оказывающих медико-социальную помощь, где для того, чтобы медицинская сестра могла измерять давление и температуру, так же обязан быть главврач. Другим примером является обязанность, в соответствии с приказом Минздрава, создавать при медицинской организации врачебную комиссию, в составе которой, кроме

**точка зрения**



**АЛЕКСАНДР СОЛОНИН,**  
генеральный директор СРО «Ассоциация частных клиник СПб и Северо-Запада»:

— В ближайшие годы численность пациентов легальной коммерческой медицины продолжит расти. Появившаяся возможность предоставления платных и бесплатных услуг в одном и том же госучреждении может привести к «выталкиванию» пациентов из сферы ОМС в коммерческую медицину.

**точка зрения**



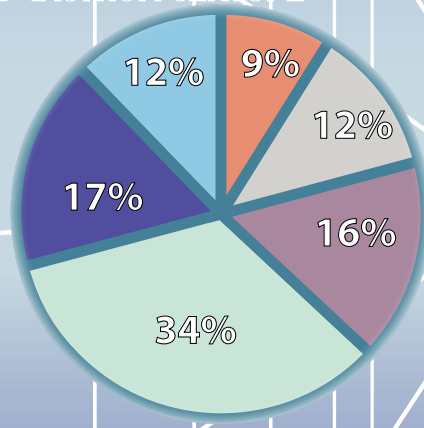
**ЮРИЙ КОМАРОВ,**  
член Бюро исполкома Пироговского движения врачей:

— Нужно иметь в виду такие общемировые тенденции, как конвергенция систем, когда частно-страховая модель социализируется, а в государственно-бюджетную проникают страховые элементы в виде договорных отношений. Деньги в государственном здравоохранении и образовании являются не целью, а важнейшим условием и средством, и об этом забывать нельзя.

рядовых членов, должен быть председатель, заместитель, секретарь. Частные медицинские организации в своем штате просто не имеют такого количества сотрудников, особенно это касается стоматологических кабинетов, где может работать только врач и медсестра. Бессмысленность этого требования для частных организаций очевидна, но его приходится исполнять и к тому же вести еженедельные протоколы.

Особенно чувствительными оказываются требования приказов Минздрава о порядках медицинской помощи в части обязательности стандарта оснащения кабинетов медорганизаций. Предпринимателям приходится закупать оборудование, которое в дальнейшем не используется, но хранится в помещении для предъявления в случае проверки. Естественно, что дополнительные расходы влияют и на стоимость медицинских услуг.

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЧАСТНОМ СЕКТОРЕ**



- до 20 тыс. руб
- 21-30 тыс. руб
- 31-51 тыс. руб
- 51-75 тыс. руб
- 76-100 тыс. руб
- более 100 тыс. руб

## КСТАТИ

Большинство россиян традиционно пользуется услугами государственного здравоохранения, лишь время от времени обращаясь в частные клиники. Основными потребителями в частном секторе здравоохранения являются женщины — 63% (соответственно, мужчины — 37%), с доходом на семью от 31 до 50 тыс. руб. (34%), преимущественно в возрасте от 25 до 34 лет (33,1%).

Лидерами на рынке платных медицинских услуг традиционно являются стоматология (50% в стоимостном выражении), диагностика (20%), гинекология и урология (15%) и косметология (7%). Остальные направления (8%) значительно отстают или практически не представлены на рынке платных услуг.

Наиболее активное развитие платных медицинских услуг происходит в крупных городах, где доходы населения превышают средний показатель по России. К примеру, доля Москвы в общем обороте платных медуслуг в 2012 г. составила от 18 до 22% (95–100 млрд. руб.), Санкт-Петербурга — 7% (32–33 млрд. руб.), на другие города-миллионеры приходится 18% рынка, доля остальных городов составила примерно 56%. В целом рынок платных медицинских услуг в стране растет и, по мнению большинства экспертов, темпы его роста составляют 12–15%.

*По данным Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения*

## ВОСПИТАНИЕ ВЫБОРНЫХ

На сегодняшний день саморегулирование — это необходимое условие развития эффективной рыночной системы здравоохранения и обеспечения безопасности пациентов, считает председатель Правления НП «Национальный СОЮЗ региональных объединений частной системы здравоохранения» Сергей Мисюлин. Но для этого должна быть уверенность, что на рынок медицинских услуг не будут допущены недобросовестные участники. По мнению эксперта, такой гарантией может стать уже сформированная и работоспособная система саморегулирования в сфере оказания медицинских услуг с добровольным членством, которая доказала свою состоятельность и способность нести ответственность за участников рынка. «Процесс передачи полномочий сегодня приведёт к тому же бюрократизму, как и в строительстве. Мы ещё не научились жить и руководить по-новому в условиях саморегулирования. Поэтому передача полномочий будет означать просто замену одних чиновников от государства на других чиновников от саморегулирования. Вначале необходимо поменять мышление людей, а затем уже и систему. Нужно создать и воспитать выборных руководителей саморегулирования, способных подчиняться общему собранию, а не собственным амбициям», — обращает внимание он.

Если вспомнить, что саморегулирование — это сфера социальной ответственности бизнеса, то на рынке медицинских услуг, это, в первую очередь, действия в интересах пациента. Именно для этого в СРО разрабатываются стандарты безопасности, основным отличием которых от существующих стандартов в здравоохранении является недопущение нанесения вреда и ущерба здоровью больного. Ярким примером такого документа служит стандарт «Безопасная хирургия», разработанный в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и применяемый во всем мире. Отсутствие подобных стандартов на федеральном уровне как раз и показывает преимущества саморегулирования, в рамках которого можно применять стандарты мирового уровня, не дожидаясь указания сверху.

В конечном итоге пациенту неважно, в какой собственности находится клиника, в которую он обратился за помощью — частной, государственной или муниципальной, он может даже не знать. Ему важно за свою страховку получить качественную услугу, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Сегодня деньги, выделенные из госбюджета на оказание ВТМП, не распределяются по конкурсу между самыми достойными медицинскими центрами, независимо от их формы собственности, а волевым росчерком чиновничьего пера делятся между «своими» организациями. Получается, что тот, кто платит деньги, тот и заказывает музыку. В общем, медицинскому сообществу есть над чем работать. Поэтому предприниматели объединяются в СРО, стремясь жить по законам рынка, а не по нормам и понятиям бюрократической административной системы, в которой даже принимаемые ею законы и те не выполняются. Создание СРО — это индикатор готовности медицинского бизнеса нести ответственность за предоставляемые услуги. 🍷

В конечном итоге пациенту неважно, в какой собственности находится клиника, в которую он обратился за помощью — частной, государственной или муниципальной, он может даже не знать. Ему важно за свою страховку получить качественную услугу, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Сегодня деньги, выделенные из госбюджета на оказание ВТМП, не распределяются по конкурсу между самыми достойными медицинскими центрами, независимо от их формы собственности, а волевым росчерком чиновничьего пера делятся между «своими» организациями. Получается, что тот, кто платит деньги, тот и заказывает музыку. В общем, медицинскому сообществу есть над чем работать. Поэтому предприниматели объединяются в СРО, стремясь жить по законам рынка, а не по нормам и понятиям бюрократической административной системы, в которой даже принимаемые ею законы и те не выполняются. Создание СРО — это индикатор готовности медицинского бизнеса нести ответственность за предоставляемые услуги. 🍷

В конечном итоге пациенту неважно, в какой собственности находится клиника, в которую он обратился за помощью — частной, государственной или муниципальной, он может даже не знать. Ему важно за свою страховку получить качественную услугу, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи. Сегодня деньги, выделенные из госбюджета на оказание ВТМП, не распределяются по конкурсу между самыми достойными медицинскими центрами, независимо от их формы собственности, а волевым росчерком чиновничьего пера делятся между «своими» организациями. Получается, что тот, кто платит деньги, тот и заказывает музыку. В общем, медицинскому сообществу есть над чем работать. Поэтому предприниматели объединяются в СРО, стремясь жить по законам рынка, а не по нормам и понятиям бюрократической административной системы, в которой даже принимаемые ею законы и те не выполняются. Создание СРО — это индикатор готовности медицинского бизнеса нести ответственность за предоставляемые услуги. 🍷

