

ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РАЦИОНАЛЬНЫЕ РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ОСНОВАНИИ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА (дискуссионная статья, часть II)

Люсов В.А.¹, Харченко В.И.^{1*}, Горбаченков А.А.¹, Гордеев И.Г.¹, Братчикова Т.В.², Корякин М.В.³, Видьманова И.Е.⁴,
Вирин М.М.⁵

¹Российский государственный медицинский университет; ²29-я городская клиническая больница г. Москвы; ³ФГУ Республиканский центр реабилитации Минздравсоцразвития России; ⁴Центральная клиническая больница гражданской авиации; ⁵Академия экономики, финансов и права, Москва

Резюме

Широкое привлечение к оплате лечения состоятельных граждан позволит значительно увеличить расходы на здравоохранение для бедных слоев населения России. В стране есть объективные предпосылки для создания элитной медицины.

С другой стороны, необходимо в установленном законодательством порядке разработать и утвердить перечни медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с региональными медико-экономическими стандартами по всем видам медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно в рамках территориальных программ государственных гарантий, а также создать условия для свободного доступа граждан к данным перечням, что особенно актуально для бедного населения страны.

Ключевые слова: реформа здравоохранения, выработка концепции, бесплатный и рыночный подходы, точка зрения практических врачей.

Авторы работы считают, что:

– финансирование частных медицинских учреждений из госбюджета по системе ОМС, в рамках предлагаемого реформаторами “частно – государственного партнерства” в медицине должно проводиться дифференцированно, и только в тех случаях, если это дает прямую выгоду госбюджету и пациенту (“бюджетирование, ориентированное на результат”);

– нецелесообразна передача государственных клиник в концессию бизнесу, так как это уменьшит объем бесплатной медицинской помощи населению и увеличит стоимость медицинских услуг;

– частная медицина в России должна развиваться из заработанных ею денег, а не за счет выкачивания денег из госбюджета.

– для обслуживания богатых слоев населения целесообразно строительство частных элитных клиник и поликлиник за счет бизнеса, которые следует создавать, начиная с покупки участка земли под их строительство, а не присваивать государственные ЛПУ – в этом мы видим социальную ответственность бизнеса перед населением страны.

– в условиях кризиса одной из главных задач следует считать обеспечение гарантий доступности медицинских услуг для всего населения страны.

Мы предлагаем, учитывая особенности социально-экономического расслоения населения в настоящее время, для оптимизации трат госбюджета, разделить по статусу лечебной и экономической деятельности все ЛПУ России на 4 категории.

1-я категория – ЛПУ элитной медицины

Необходимо создание элитной медицины для наиболее состоятельных граждан России на принципе самофинансирования. Государственное финансирование таких ЛПУ не производится, как и финансирование других частных ЛПУ.

2-я категория – ЛПУ ведомственного подчинения (кроме подчинения Минздравсоцразвития): например, ЛПУ Минтранса, финансируются Минтрансом (возможно, частично из госбюджета). ЛПУ 2-й категории могут заниматься коммерческой деятельностью по лицензии Минздравсоцразвития.

ЛПУ «силовых министерств» финансируются из Госбюджета – из средств этих министерств.

«спец»- ЛПУ различного уровня для лечения чиновников финансируются из Госбюджета по статье «Услуги органов государственного управления», а не по статье «Здравоохранение и спорт», так как расходы по статье «Услуги органов государственного управления» в РФ выше, а расходы на здравоохранение в России значительно ниже, чем в любой стране ЕС в 2003 году [1–3].

3-я категория – ЛПУ, занимающиеся коммерческой деятельностью

ЛПУ государственного подчинения и частные, имеющие лицензию на право лечить и по ОМС, и по ДМС без ограничений. Такие ЛПУ должны частично самофинансироваться. Известны пожелания руководителей здравоохранения «о разумном сочетании административных и экономических методов

Таблица 1

Госпитали и отделения для ветеранов войн [4]

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Число госпиталей для ветеранов войн,	40	52	58	59	61	62	65
в них коек, тыс.	10,8	14,0	16,3	16,4	17,1	17,3	17,9
Всего отделений для инвалидов Великой отечественной войны,	43	56	69	98	60	50	43
в них коек	2480	2349	3438	4165	2978	2488	2220

управления здравоохранением» однако чрезвычайно низкая заработная плата медицинских работников обязывает руководителей медучреждений увеличивать объемы медицинской помощи на коммерческой основе, так как из этого складывается зарплата коллектива, тогда как об ОМС все больше говорят как о «благотворительности». Вопрос о предоставлении лицензии на право заниматься коммерческой деятельностью, в том числе и городским больницам (или городским поликлиникам или определенным отделениям в этих учреждениях) должен решаться в Минздравсоцразвития РФ и/или Горздравотделе с участием Росздравнадзора.

4-я категория – социальные ЛПУ (ЛПУ для бедных)

Целесообразно перепрофилировать часть государственных ЛПУ в социальные ЛПУ для лечения неработающих пенсионеров и /или инвалидов, других представителей бедных слоев населения, о которых мы писали ранее, подобно госпиталям и отделениям для ветеранов войн.

Госпитали ветеранов пользуются заслуженным авторитетом у пациентов, так как в них, как правило, нет вымогательства, требований доплаты... и т. п., хотя следует учитывать, что бесплатное лечение – питательная среда для коррупции.

Относясь с огромным уважением к ветеранам войн, смеем утверждать, что ветераны труда также имеют право на такое же отношение в плане лечения. Лечение в таких учреждениях должно быть в рамках ОМС с возможным дофинансированием из “законных” источников, предусмотренных законодательством [5].

Статья 10.

Финансирование охраны здоровья граждан

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые па обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;

- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Из этих же источников должна проводиться доплата труда медицинских работников этих учреждений из разных источников, в том числе из статьи Госбюджета «Социальное страхование».

Обращение к больным с просьбой оплатить те или иные методы обследования и /или лекарства должно рассматриваться как коррупция или проводиться в исключительных случаях через кассу по заявлению больного с визой зам. главного врача по лечебной части.

Содержание огромной армии врачей и коечного фонда, всей инфраструктуры здравоохранения только за государственный счет в современных условиях нерационально. Государство должно финансировать, как мы считаем, только социальные ЛПУ.

Уменьшив нерациональные траты здравоохранения из Госбюджета, возможно увеличение финансирования здравоохранения для лечения беднейших граждан страны.

Особо хотим сказать о гражданах России, которые, в силу ряда причин, оказались в наиболее тяжелом материальном и социальном положении – это жители села (ниже райцентра). Например, в Нижегородской области в результате очередных реформ ЛПУ перевели в райцентр. Теперь пожилым и очень пожилым больным людям предстоит ездить в райцентр к врачу за несколько десятков км, а последний автобус, к тому же, заканчивает рейсы рано. Мы считаем, что следует удовлетворить просьбу сельских жителей и организовать на месте уже не существующих ЛПУ фельдшерские пункты. Считаем, что фельдшеры РФ вполне квалифицированы и смогут обеспечить лечение пожилых больных на селе, а при необходимости организовать консультацию врача.

Обсуждение

Бесплатное лечение всего населения – это идеал, к которому, в принципе, надо стремиться!

Однако для этого надо иметь финансирование здравоохранения хотя бы на уровне финансирования

в странах ЕС или Северной Америки [1–3]. Финансирование здравоохранения в РФ значительно ниже. Поэтому целесообразно подойти к оплате медицинских услуг и лекарств дифференцированно, исходя из материальных возможностей пациента. Целесообразно привлечь средства тех, кто безболезненно может участвовать в расходах на лечение себя и своей семьи, а таких граждан в России 2008 года уже немало, на что указывает автомобильный парк Москвы и других городов, объемы построенного и строящегося «элитного» жилья, цена коттеджей вблизи городов, а также объемы трат многих граждан страны. И на периферии магазины, банки, фирмы, предприятия – в основном, в частных руках и это – не бедные люди. Число богатых людей в стране растет ежегодно!

На определенные размышления наводит статья «Поликлиника на паях. Бизнес готов заняться нашим здоровьем вместе с государством» [6].

Как написано в статье «Бизнес предлагает государству свои услуги в здравоохранении. Он намерен задействовать в этой сфере схемы частно – государственного партнерства: передавать клиники в концессию, открывать больничные кассы и подключаться к национальному проекту «Здоровье». Недавно, как уже сообщала «РГ», свои идеи на этот счет Российский союз промышленников и предпринимателей (РСПП) изложил в письме на имя первого вице-преьера Игоря Шувалова. Но многие эксперты считают, что передача государственных клиник в управление бизнесу приведет к сокращению бесплатных медицинских услуг, а граждане от новаций ничего не выиграют.

Президент РСПП А.Шохин считает, что «может быть задействован не только механизм концессий, но и другие схемы частно – государственного партнерства: приватизация лечебных учреждений, сдача в аренду, создание совместных предприятий. Что же касается услуг, не входящих в гарантированный государством перечень, то их бизнес может оказывать на платной основе и брать для этого в аренду часть площади или оборудования такой клиники» [6].

С точки зрения практического врача предлагаемые РСПП инновации не новы и выдвигались еще в начале 90-х годов XX века. Правда, осуществить их в то время не удалось. Сейчас, как мы понимаем, предлагают взять «под разным предлогом и механизмом» лучшие клиники страны, построенные за счет Минздрава и оснащенные лучшей аппаратурой за счет того же Минздрава и использовать их для лечения наиболее богатых граждан страны.

Государство может потерять право монопольной собственности на медучреждение, так как бизнес на определенных условиях будет вкладывать большие деньги в ремонт, модернизацию и оснащение новой аппаратурой.

Мы считаем такой подход социально несправедливым по нескольким причинам:

- РСПП не следует присваивать медучреждения, созданные всем народом, обедняя, тем самым, небогатое российское здравоохранение, а строить за свой счет новые элитные клиники, для лечения с помощью высоких медицинских технологий состоятельных граждан страны, которых уже немало.
- Уменьшится возможность менее состоятельных граждан получать лечение в клиниках, которые «уйдут в аренду или в концессию» (не трудно предположить, какие будут цены за медуслуги в этих клиниках).
- Для населения страны более приемлемы варианты создания частной медицины, которые предлагаются ниже.

О частной медицине в России

Частные клиники чаще всего создают врачи. Однако в последнее время частная медицина стала привлекать внимание непрофильных инвесторов. Почти год назад А. Федоров, президент «Дикой орхидеи», и В. Тарадин, совладелец продуктовой сети «Магнолия», купили 17% «Национального медицинского центра». Несколько месяцев назад Н. Цветков, основатель ФК «УралСиб», создал оздоровительную корпорацию «Мета». В сентябре ГК «Медси», принадлежащая АФК «Система», заявила о намерении создать сеть из 100 клиник на территории России [7].

Какова цена создания частных клиник и консультативных центров

По оценке ИК «Финам», в открытие одной поликлиники необходимо инвестировать \$10 – 20 млн, срок окупаемости – от 4–5 до 6 – 8 лет [7]. Однако руководители столичных частных клиник, которые планируют строительство новых корпусов, называют другие суммы: «Небольшой медицинский центр общей площадью 500 кв. м с общеполиклинической специализацией ориентировочно на 15 разнопрофильных специалистов обойдется примерно в \$1 млн. На оборудование кабинетов потребуется \$400 000 – 500 000, на ремонт – \$150 000 – 200 000, на аренду и согласование документов еще \$300 000. Считается, что при средней загрузке клиника должна окупиться за 9 – 12 месяцев».

Только в оборудование новой клиники ЕМС площадью 5500 кв. м. будет вложено не менее 20 млн евро. В строительство нового девятиэтажного здания площадью 16 000 кв. м. «Гута-клиник» на Рублевском шоссе планирует инвестировать \$100 млн. [7].

Рентабельность платных услуг

По данным «Synopsis – маркетинг для медицины», рентабельность стоматологических клиник составляет 50%. Выше только у клиник пластической хирургии – 100%, в клиниках других профилей прибыль составляет 30% [7].

По оценке ИК «Финам», рентабельность медицинского бизнеса (исключая пластическую хирургию) в среднем равняется 15 – 20%. Рентабельность платных услуг в государственных клиниках рекомендована Минздравом и составляет 10%.

Несколько месяцев назад эксперты прогнозировали высокие темпы роста рынка платных медуслуг. Считалось, что в 2008 – 2010 годах он вырастет в 5 раз, достигнув 450 млрд рублей [7].

Частно-государственное партнерство

Примером реального частно-государственного партнерства могут служить следующие данные. По информации заместителя директора Федерального фонда ОМС, С.М.Никольского, 11 июля 2008 года «Государственная Дума РФ и Совет Федерации одобрили законопроект «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на планируемый период 2009 и 2010гг.» Впервые в бюджет ФОМС включено финансирование расходов на выплаты врачам и медсестрам первичного звена, оказывающим медицинскую помощь, предоставляемую медицинским учреждениям ОАО «РЖД» [8].

По нашему мнению, такое частно-государственное партнерство, когда ОАО оплачивает полностью содержание своей медицинской инфраструктуры, закупку лекарств, ремонт и техническое обслуживание медицинского оборудования, а ФОМС производит только выплаты врачам и медсестрам первичного звена, выгодно государству. Конечно, было бы еще выгодней, если бы и содержание врачей и медсестер ОАО взяло на себя. Некоторые ведомственные ЛПУ могли бы успешно участвовать в самофинансировании. Например, в 2008 году в одном из ведомственных учреждений на 500 коек постоянно примерно 70% – платные больные, которые платят за лечение непосредственно в кассу больницы или оплата производится по ДМС; примерно 15–20% больных – спецконтингент, представленный сотрудниками ведомства и примерно 10–15% лечатся по ОМС. В настоящее время заканчивается строительство еще одного корпуса на 500 коек.

Мы считаем, что частно-государственное партнерство было бы очень выгодно и стране, и ее населению, если бы « спец » -ЛПУ различного уровня для лечения чиновников финансировались из Госбюджета по статье «Услуги органов государственного управления».

Вернемся к истории вопроса. Частно – государственное партнерство существует в медицинской отрасли с начала 90-х годов, когда в стране началось кооперативное движение.

Первые медицинские кооперативы – частные медицинские учреждения – начали располагаться в государственных ЛПУ. И на заре кооперативного движения, и в настоящее время частные медицин-

ские учреждения заключают договор с руководством ЛПУ об аренде производственных площадей, о пользовании услугами узких специалистов (рентгенологи, врачи-лаборанты, специалисты по ультразвуковой диагностике и др.) и консультантов из врачей ЛПУ. Сравнительно невысокая арендная плата и высокие тарифы на свои услуги позволяют частным медицинским учреждениям получать значительную прибыль. Мы считаем, что производить оплату из денег ОМС таким частным медицинским учреждениям необосновано и невыгодно государству. Государство сделало очень много для частной медицины России, позволив им работать в государственных ЛПУ и использовать дорогостоящую аппаратуру, которую большинство частных ЛПУ не смогли бы никогда купить за свои средства.

По данным CORIS Assistance, в 2007 году на долю стоматологии пришлось 60% оборота рынка коммерческой медицины. Гинекология и урология составили 20%, диагностика – 10%, косметология – 6%. Многопрофильные клиники занимают всего лишь 4% [7].

Неужели ЧМП, работающим в стоматологии, урологии, косметологии, пластической хирургии и которые, как известно всем, получают очень высокие прибыли, оказывая населению очень дорогие услуги, следует платить еще и из фондов ОМС?

Мы считаем, что время первичного накопления капитала ЧМП закончилось. Этим ЧМП следует создавать собственные лечебные учреждения, возможно на акционерной основе, начиная, в большинстве случаев, с покупки земельного участка под их строительство.

По мнению Н. Егоркиной, заместителя директора Центра методологии и контроля медицинского страхования РОСНО, больше всего развитию рынка коммерческой медицины мешает отсутствие в законодательстве четкого определения позиции частной медицины в системе здравоохранения в целом. Считается, что такую позицию должна установить единая модель здравоохранения, которую пытается разработать Минздрав [7].

Как предлагают улучшить качество российской медицины на основе рыночных отношений.

Предполагается объединить разрозненные сейчас системы ОМС, ДМС, частной, ведомственной медицины, которые будут наравне конкурировать между собой за пациента [7]. «Если брать во внимание западный опыт, то развитию частных клиник должно способствовать ДМС. Но в России законодательство по медстрахованию и в целом по здравоохранению разработано гораздо хуже. Поэтому не исключено, что частную медицину поддержит именно государство в рамках Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Первой ласточкой может стать допуск частных клиник к участию в программе ОМС [7], для

чего, потребуется пересмотреть законодательные акты, запрещающие частным клиникам оказывать, например, бесплатную медицинскую помощь детям, и медико-экономические стандарты на стационарную помощь. Пока частные клиники работают по западной системе [8].

Недавно две частные клиники через суд отстаивали право на участие в программе ОМС. Но не все участники рынка поддерживают рвение коллег.

«Сейчас нет интересных предложений со стороны системы ОМС для взаимовыгодного сотрудничества с частным медицинским бизнесом. Все государственные программы дотируются, но в частные клиники дотации не поступают». Частные клиники вольются в систему ОМС лишь тогда, когда будут повышены тарифы, а медицина перейдет на новую модель единого здравоохранения, в которую частная медицина будет включена наравне с государственной» — считают видные представители частной медицины [7].

Частным клиникам, которые начали работать по ОМС, будет нелегко. «Им придется увеличить интенсивность в 1,5 – 2 раза, поскольку государственным больницам выделяются бюджетные средства на капитальный ремонт и оборудование, а частным — нет».

Считают, что частно-государственное партнерство может успешно развиваться в предоставлении высокотехнологичной помощи. «Например, в частном кардиоцентре на 500 человек будут обслуживаться 100 пациентов по программе госгарантий. Центр обеспечивает себе 20% потока, а регион экономит средства на строительство больницы» [8].

Однако дело может проиграть, если тарифы останутся слишком низкими [7].

Таким образом:

— частные клиники согласны (и даже очень не против) работать для всего населения по системе ОМС, наряду с государственными ЛПУ, но только по высоким тарифам.

— врачи частных медучреждений в рамках ОМС будут проводить диагностику и лечение по минимуму, а тем, кто заплатит больше — соответственно оплате.

— естественно, что и государственные ЛПУ перейдут на аналогичные тарифы и принципы работы.

В таком случае создастся система очень дорогой высоко затратной медицины и деньги из госбюджета (кармана налогоплательщика) за меньший объем услуг будут автоматически перекачиваться в кассы страховых компаний.

Целью каждого частного предприятия, в том числе и медицинского, является получение прибыли. Когда такое учреждение работает на свободном рынке, пациенты могут обратиться или не обратиться для лечения, перейти в другую клинику для лечения и т. п. Т.е., получение прибыли нестабильно, иногда проблематично, нередко ведет к банкротству.

«Подключение» к госбюджету — мечта любого частного предприятия, т. к. это получение гарантированного и стабильного дохода.

Примером такого подхода может служить система обеспечения инсулином больных сахарным диабетом. Примерно 2,4 млн. больных сахарным диабетом, состоящих на учете в ЛПУ, и лишь часть которых лечится инсулином, требуют затрат, равных примерно 1/3 всех госзатрат на здравоохранение страны. Не имея своих инсулинов, страна закупает очень дорогие инсулины у стран-монополистов производства инсулина по очень высокой цене, автоматически перечисляя фирмам очень большие деньги. Эта проблема рассматривалась на заседании одного из комитетов Госдумы и вызвала озабоченность законодателей.

Кроме того, «слияние обслуживания населения по системам ОМС, ДМС, частной, ведомственной медицины», которые будут наравне конкурировать между собой за пациента, приведет к огромным затратам из Госбюджета на содержание страховщиков-посредников, из системы ОМС или из карманов пациентов и фирм, оплачивающих ДМС, которые будут диктовать условия лечения больных.

Объединение в одну систему финансирования и создание конкуренции между ЛПУ из системы ОМС и частными медучреждениями и страховщиками из системы ОМС и ДМС породит в стране «соревнование за государственный счет»: кто больше и быстрее выкачает денег из Госбюджета?

Частно-государственное сотрудничество даст широчайшие возможности для коррупции чиновников в системе здравоохранения — за возможность получать госбюджетные деньги частное медицинское учреждение или страховая компания должно будет платить чиновнику «откат», брать его в соучредители медучреждения и т. п.

Мы считаем, что предлагаемые меры по увеличению тарифов могут быть приемлемы для богатых граждан страны и совсем не приемлемы для бедного населения.

Такой подход — «обратная сторона медали», на одной стороне которой — бесплатная медицина для всех, а на другой стороне — введение конкуренции среди страховых компаний, работающих в системе ОМС и ДМС на основе рыночных отношений, что означает рост тарифов на медуслуги и оплата частных «дорогих» медучреждений за счет ОМС (Госбюджета). Т.е., если большинство населения не идет в частные медучреждения из-за дороговизны оказываемых ими услуг, то реформаторы пытаются методом «Троянского коня» привести частные медучреждения к карману налогоплательщика, который оплатит их из фонда ОМС добровольно — принудительно (его и не спросят, за него заплатят страховщики). Мы не поддерживаем такую идею конкуренции в системе ОМС

на основе рыночных отношений, хотя ее поддерживает авторитетный Государственный университет — высшая школа экономики [9]. Отметим, что в системе ДМС в самом начале ее существования существует множество страховых компаний и каждый гражданин, каждый работодатель вправе выбрать одну из них для заключения договора и для его перезаключения с другой фирмой при необходимости, ориентируясь на качество и стоимость предоставляемых услуг. Отметим, что частно-государственное партнерство в медицине прошло «обкатку» в Татарстане и получило рекомендацию к широкому внедрению: частная фирма вложила деньги в ремонт и реконструкцию центра для гемодиализа, а государство платит этой фирме по 100 евро за каждый гемодиализ, проведенный каждому больному (информация по радио, декабрь 2008 года).. Этот опыт требует изучения и осмысления.

Мы считаем, что частные медучреждения должны оплачиваться в рамках системы ДМС и лично пациентами, но не из государственных фондов ОМС.

Осенью 2008 года состоялся семинар «Нужны ли страховые компании в системе обязательного медицинского страхования», организованный совместно со страховой группой «РОСНО» и Больничной кассой «Techniker Krankenkasse» (Германия) под патронажем Высшей школы экономики [9].

Социальное страхование в Германии берет начало с конца 1881 года, а медицинское — с 1883г. « За сто с лишним лет, пережив множество реформ, система медицинского страхования, тем не менее, вызывает недовольство у многих жителей Германии. За годы существования система «забюрократизировалась» и стала очень дорогостоящей, что вызывает возмущение как работодателей, так и работников. В 1996 году пришлось произвести реформу, которая привела к конкуренции между компаниями» [9].

Мы считаем, что когда подушевой доход россиян и расходы государства на здравоохранение будут равны таковым в Германии и в других экономически развитых странах, можно будет подумать о создании конкуренции страховых компаний в системе ОМС с привлечением частных медучреждений, как в Германии. Пока что реформаторы, предлагая создать конкуренцию за счет госбюджета между государственными ЛПУ и частными медучреждениями, пытаются поставить «телегу впереди лошади».

В современной России обязательное медицинское страхование (ОМС) остается страховым только по форме. По сути, фонды ОМС только распределяют бюджетные средства по поликлиникам и больницам. Деньги по крайне низким тарифам выплачиваются за принятого больного, то есть чем чаще люди ходят к врачам, тем это выгодней медучреждениям.

Советник председателя Счетной палаты РФ В.В.Гришин считает, что страховые компании —

единственная структура, которая может противостоять жесткому корпоративному интересу медиков (90% платных услуг оказывается сегодня на базе государственных больниц). «У нас не бесплатная, а платная медицина, которая выехала на шею государственного здравоохранения, — констатировал он. О какой конкуренции сейчас может идти речь?»

По его словам, *в свое время фонды ОМС (как представители государственной структуры) не позволили компаниям, среди которых много частных, вмешиваться в лечебный процесс и диктовать врачам, что делать.* Он поставил под сомнение и необходимость существования на сегодняшний день фондов ОМС: «Можно сделать так, чтобы деньги шли за пациентом, и создать те же больничные кассы. Но для этого каждый человек должен знать, какие гарантии за него дает государство» [9].

Одним из выступающих было высказано мнение, что договор страховой компании с ЛПУ создает корпоративный интерес медиков и страховщиков, а в результате люди не могут получить медицинскую помощь в другом лечебном учреждении, в другом городе.

Как считает Ю.В.Михайлова, «мы получили противоречие между социальным типом страхования и необходимостью получения прибыли страховыми компаниями» [9].

Заместитель генерального директора ОАО «Газпроммедстрах» С.В.Плехов заметил, что сегодня страховые компании стараются угодить не застрахованному, а департаменту здравоохранения, территориальному фонду ОМС, потому что они поставлены в такие условия законом. Нужно эту ситуацию менять, тогда действительно будет конкуренция и довольных страховщиками, а, значит, и здравоохранением в целом, станет гораздо больше. Чтобы изменить эту ситуацию нужны поправки к закону [9].

Не подлежит сомнению, что конкуренция повышает качество и снижает стоимость товара или услуги, и игнорировать этого нельзя. Поэтому мы предлагаем создать конкуренцию среди страховщиков-чиновников из системы ОМС. Для этого всех этих чиновников надо разделить на 3- 4 группы в каждом регионе страны, каждая из которых имеет свой фонд оплаты труда. По истечении 3-5 лет работы, группа, показавшая худшие результаты распускается, а ее фонд оплаты труда делится между оставшимися группами, которые выполняют работу распущенной группы, заменив (или сократив) уволенных сотрудников распущенной группы новыми кадрами, если это целесообразно, по своему усмотрению.

Обратимся к дискуссии в начале нашей статьи. Кто же должен стоять во главе руководства российским здравоохранением? Приводим мнение по этому вопросу академика РАМН, почетного члена Международного общества хирургов и 15 отечествен-

ных и иностранных хирургических обществ, консультанта по хирургии Медицинского центра Управления делами президента РФ М.И.Перельмана (П) в интервью «Российской газете (РГ) [10].

П. Пришло время обратить внимание на практику эффективного управления медицинской деятельностью в экономически развитых странах.

Разработкой законов, по которым должны жить врачи, по которым осуществляется их медицинская деятельность, должны заниматься сами врачи, входящие в ассоциацию, а не чиновники разных уровней и ведомств. Практика эффективного управления здравоохранением широко известна и обобщена Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА), в Мадридской, Хельсинской, Лиссабонской декларациях и многими нормативными документами. Поэтому – то у нас многие законы не работают, нарушаются, мешают, а не помогают врачеванию. Другое дело, что законы, разработанные медицинской ассоциацией, обязательно утверждаются государственной властью.

РГ. Иными словами, все бразды правления должны перейти к самим врачам? Они не загубят все окончательно? Они же не управленцы! [10].

П. Да, не управленцы. Однако есть большое различие между управлением медицинской организацией и профессиональной медицинской деятельностью. В первом случае необходимы менеджеры, которые ориентированы в специфике работы медицинских учреждений. А во втором незаменимы врачи. Только они отвечают за здоровье своих пациентов. Они лучше других понимают их нужды и представляют их интересы. Контроль за профессиональной деятельностью врачей осуществляет государство через систему лицензирования и надзора.

Врачей всего мира объединяет Всемирная медицинская ассоциация (ВМА). Она была создана в 1947 году в Париже. Сейчас ВМА функционирует как всемирный врачебный парламент и принимает нормативные документы, регулирующие медицинскую деятельность в развитых странах мира. В 2002 году в Вашингтоне на заседании Генеральной ассамблеи ВМА Россия стала ее членом.

РГ. Так в чем же дело? [10].

П. А в том, что хотели как лучше, а получилось как всегда. В России корпоративного управления медицинской деятельностью до сих пор нет. И этим мы резко отличаемся от других экономически развитых стран.

Сейчас идет реформирование российского здравоохранения. И, думается, самое время для создания такой системы у нас. Для этого необходимо, во – первых, политическое решение. Во-вторых, надо законодательно представить российскому медицинскому обществу право: иметь в своей структуре врачебные организации по медицинским специальностям

в форме юридических лиц. И чем быстрее это произойдет, тем лучше для пациентов и для врачей. Тем более, что орган государственного лицензирования и надзора у нас уже есть – это Росздравнадзор [10].

Учитывая, что, согласно действующей Конституции [11], «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека» (ст. 7), мы считаем, что официальная и «не официальная» коммерциализация здравоохранения «зашли слишком далеко» и противоречат данной статье. Особенно это касается бедных слоев населения России.

В определенной степени с этим согласны и в официальных органах руководства здравоохранением. Росздравнадзором и его территориальными управлениями в 2008 году проведены проверки соблюдения государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения правил предоставления платных медицинских услуг населению. Была проверена деятельность 1216 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения субъектов РФ, а также 41 органа управления здравоохранением регионов. Выявлены многочисленные факты нарушения конституционных прав граждан на оказание бесплатной медицинской помощи [12]. В связи с этим глава «Росздравнадзора Н.Юргель обратился к руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ и напомнил, что платные медицинские услуги предоставляются населению лишь в качестве дополнительных к гарантированному объему бесплатной (оплачиваемой за счет бюджетных средств) медицинской помощи. Основанием для оказания платных медицинских услуг является выполнение медицинскими учреждениями в полном объеме территориальной программы госгарантий и отсутствие соответствующих медицинских услуг в данной программе. Обязанностью медицинского учреждения является информирование пациента о видах медицинской помощи, входящих в гарантированный перечень бесплатных услуг, и соблюдение принципа добровольности при оказании платных.

В целях обеспечения реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, исполнения Федерального закона «О защите прав потребителей», предупреждения практики навязывания населению платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, руководитель Росздравнадзора РФ предложил в установленном законодательством порядке разработать и утвердить перечни медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с региональными медико-экономическими стандартами по всем видам медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно в рамках территориальных программ государственных гарантий, а также создать

условия для свободного доступа граждан к данным перечням [12].

Доступность здравоохранения для беднейших слоев населения, особенно в условиях кризиса, беспокоит и руководство ВОЗ.

Политическим лидерам и правительствам всех стран в условиях мирового финансового кризиса необходимо принять дополнительные меры для защиты социальной сферы, прежде всего — системы здравоохранения, считает генеральный директор ВОЗ М. Чен [13].

В распространенном ВОЗ обращении она подчеркнула, что особое внимание следует уделить вопросам оказания помощи наиболее уязвимым слоям населения, прежде всего в беднейших странах.

По мнению М. Чен, кризис неизбежно повлечет за собой самые тяжелые социальные последствия за счет сокращения государственных ассигнований на здравоохранение, образование, меры социальной защиты населения. В связи с этим одной из главных задач она считает обеспечение гарантий доступности медицинских услуг [13].

В заключение хотим заявить, что в современной России в первую очередь в реальной помощи и в заботе о их здоровье нуждаются беднейшие и бедные слои населения (примерно 67 млн. человек). В условиях кризиса, например, с ростом стоимости доллара и евро значительно возрастает стоимость жизненно необходимых импортных лекарств. Именно на лечение этих людей должен быть направлен, в первую очередь, основной объем государственного финансирования здравоохранения, которое, как мы считаем, в условиях кризиса государство должно увеличить (индексировать), как и выплаты по инвалидности.

Финансирование частной медицины из госбюджета тем более недопустимо и нецелесообразно в условиях нынешнего финансового кризиса, когда государство затратило огромные средства на поддержку банков и промышленного сектора. Мы считаем, что не частные медицинские учреждения надо подключать к государственному финансированию, а напротив, налоги, получаемые от частных учреждений следует целевым порядком направлять на финансирование государственной медицины, как и благотворительные пожертвования от частных фирм.

*На финансирование ведомственной медицины в РФ традиционно выделяется более одной трети средств, затрачиваемых на финансирование всего здравоохранения.

**Главным документом, который определяет принципы формирования бюджетных фондов ОМС, является Бюджетный кодекс. В соответствии с Федеральным законом № 63-ФЗ от 26 апреля 2007 г. «О внесении изменений в Бюджетный кодекс РФ в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством РФ отдельных законодательных актов РФ» в Бюджетный кодекс было внесено 243 поправки, в то время как сам Кодекс состоит из 307 статей.

Финансирование ведомственной медицины целесообразно переключить на финансирование из фондов соответствующих ведомств* и лишь частично финансировать за счет государства — так авторы этой статьи и понимают рациональное частно-государственное партнерство.**

Одна из главных целей поправок, внесенных в бюджетный кодекс, заключается в том, чтобы снять все имеющиеся ограничения для развития «бюджетирования, ориентированного на результат» [8].

Одним из шагов по внедрению «бюджетирования, ориентированного на результат, является переход к новой бюджетной классификации. Каждому бюджету вменено в обязанность формировать классификацию в пределах целевой статьи и видов расходов самостоятельно, исходя из своего набора расходных обязательств, соотнесенных с запланированными результатами [8].

Авторы работы считают, что

- населению должна быть гарантирована бесплатная медицинская помощь в рамках ОМС, объем которой должен увеличиваться, а качество ее улучшаться, особенно это относится к бедным слоям населения — это первоочередная социальная ответственность государства перед населением страны;
- целесообразно создание социальных ЛПУ и лицензирование ЛПУ на право заниматься коммерческой деятельностью, в том числе и в рамках ДМС;
- частные ЛПУ не должны финансироваться из госбюджета по системе ОМС, в рамках предлагаемого реформаторами "частно — государственного партнерства" в медицине;
- нецелесообразна передача государственных клиник в концессию бизнесу, так как это уменьшит объем бесплатной медицинской помощи населению и увеличит стоимость медицинских услуг;
- частная медицина в России должна широко развиваться из заработанных ею денег, а не за счет выкачивания денег из госбюджета.

Для обслуживания богатых слоев населения целесообразно строительство частных элитных клиник и поликлиник за счет бизнеса, которые следует создавать, начиная с покупки земли под их строительство, а не присваивать государственные ЛПУ — в этом мы видим социальную ответственность бизнеса перед населением страны.

Литература

1. Россия и страны- члены Европейского союза. 2005.: Стат. сб./ Росстат.-2005.-246с
2. Тенденции в странах Европы и Северной Америки. Статистический ежегодник Европейской экономической комиссии ООН. Нью-Йорк – Женева,2003, Москва.
3. Лисицын Ю.П. История медицины: Учебник. -М.: ГЭОТАР-МЕД,2004.-400с.
4. Здравоохранение в России 2005: Статистический сборник/ Росстат.М.,2006.-390с.
5. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487–1(с изменениями от 2 марта 1998 года).
6. Кукол Е. Поликлиника на паях. Бизнес готов заняться нашим здоровьем вместе с государством //Российская газета. Столичный выпуск 14.07.2008,№ 156(4713).
7. Токманцева И. Почему в России нет цивилизованной частной медицины? 2007. www.sostav.ru
8. Никольский С.М. Основные особенности бюджета Федерального фонда ОМС на 2008–2010гг. // Экономика здравоохранения.2007,№ 10.с.5–8.
9. Марченко С. Медицинское страхование. Казнить нельзя помиловать // Медицинский вестник,№ 38(465), 28 ноября 2008 года.
10. Краснопольская И. Интервью с академиком РАМН проф. М.И. Перельманом // Российская газета 31.07.08.№ 161 (4718).
11. Конституция Российской Федерации. М.: Изд-во ОМЕГА-Л, 2005–64с. (текст приводится по состоянию на 12 сентября 2005 года).
12. Росздравнадзор. Выявлены нарушения прав граждан // "Медицинский вестник",№ 38(465), 28 ноября 2008 года.
13. ВОЗ. Системы здравоохранения нуждаются в дополнительной защите//Медицинский вестник, № 38(465), 28 ноября 2008 года.

Abstract

More active out-of-pocket payment for medical care by wealthy people would allow increasing healthcare funding for deprived groups of the Russian population. The country has objective prerequisites for creating elite medicine. On the other hand, there is a need to develop and approve by law the lists of medical services, provided for free as a part of regional programs of state-guaranteed healthcare, in accordance with regional medico-economic standards. Additionally, it is necessary to provide free access to these services for all citizens, especially the deprived ones.

Key words: Healthcare reform, concept development, free and market approaches, practitioners’ point of view.

Поступила 07/12-2008

© Коллектив авторов, 2009

E-mail: havkin85@mail.ru

¹Люсов В.А. – профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1, ¹Харченко В.И. (*контактное лицо) – профессор кафедры профилактической кардиологии, ¹Горбаченков А.А. – профессор, заведующий кафедрой профилактической кардиологии, ¹Гордеев И.Г. – доцент кафедры госпитальной терапии № 1, ¹Братчикова Т.В. – врач, ²Корякин М.В. – профессор, врач-андролог, ⁴Видьманова И.Е. – врач-кардиолог, ³Вирин М.М. – вице-президент академии].

CARDIO.MEDI.RU – Интернет-сайт для врачей-кардиологов

