

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О. В. Рукодайный

В настоящее время Российское государство испытывает трудности с повышением доступности медицинской помощи. За годы реформ эксперимент по внедрению социально-страховой модели в России не был полностью реализован, произошел частичный возврат к бюджетной модели организации государственной системы здравоохранения с параллельным формированием автономного коммерческого сектора медицинских услуг. Сегодня абсолютно очевидно, что решить проблемы общественного здоровья и отечественного здравоохранения, рассчитывая только на систему государственной медицины, является задачей непосильной. Страховая система, по которой работает цивилизованный мир, и которая взята за вектор развития правительством РФ, немыслима сегодня в России без частной медицины.

1. Что же представляет из себя частная медицина России сегодня

Цифры пациентов платных медицинских услуг в различных официальных данных и исследованиях существенно разнятся. Максимум — 72 млн человек — приводит в своем исследовании BusinesStat. Подсчет здесь затрудняется закрытостью данных, разностью методик подсчета: включение всех коммерческих услуг, в том числе и государственно-муниципальных ЛПУ, теневой сектор. Если обратиться к социологическим исследованиям, то, например, согласно ежеквартальному исследованию HealthIndex, проводимому компанией Synovate Comcon, в 2010 году каждый пятый россиянин старше 16 лет прибегал к платным медицинским услугам. Возникают вопросы: 1) а учитывались ли здесь посещения с детьми — те, кому до 16 лет; 2) это только граждане РФ или все проживающие на территории страны. Признавая цифру в 72 млн завышенной и не отражающей действительности частной медицины, мы опираемся на усредненные 25-30% жителей РФ, пользующихся платными медицинскими услугами (предоставляемыми частными и государственно-муниципальными ЛПУ), что составляет 40-50 млн человек, половина из которых — это пациенты частных медицинских клиник. Таким образом речь идет о 20 млн. жителей России, выбравших частную медицину.

Численность медицинских учреждений по формам собственности, Россия 2010г. (тыс.)

	2010
Частная	34,8
Государственная	7,7
Муниципальная	12,1
Иная	1,8
Всего	56,4

Источник: Федеральная служба государственной статистики: учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль — Здравоохранение.

Соотношение количества медицинских учреждений в России по формам собственности



Численность медицинских учреждений по профилям деятельности, Россия 2010г. (тыс.)

Многопрофильные клиники	34,2
Стоматологические клиники	12,4
Гендерные и семейные клиники	2,2
Диагностические клиники	1,9
Прочие специализированные клиники	2,5
Санаторно-курортные учреждения	3,2

Источники: 1) Федеральная служба государственной статистики: учет юридических лиц по классификации ОКВЭД, отрасль — Здравоохранение; 2) исследование BusineStat.

К концу 2010 г в России насчитывалось 56 400 медицинских учреждений. Они крайне не — однородны по профилю деятельности, численности персонала и количеству обслуживаемых клиентов. Единицей учета может быть как врач частной практики, ведущий прием с одним стоматологическим креслом, так и многопрофильная клиника с тридцатью отделениями и оборотом в сотни тысяч приемов в год. Из них частных клиник — 34 800, государственных и муниципальных — 19 800, с иной формой собственности — 1 800. Таким образом, количество частных медицинских клиник и центров почти в два раза превосходит количество государственных и муниципальных.

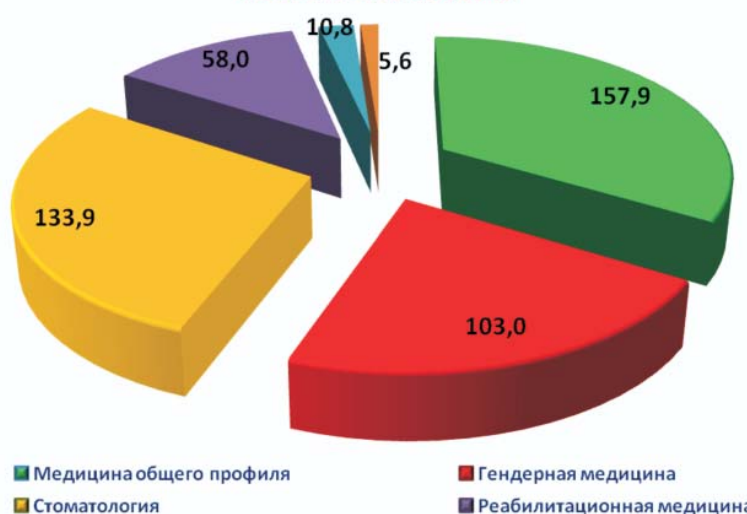
Вместе с лечебными учреждениями необходимо учитывать и значительное число курортных, санаторных учреждений, также приписанных к здравоохранению. В данное число входят и различные научно-исследовательские медицинские организации, включая органы судмедэкспертизы.

Большинство медицинских учреждений в России являются многопрофильными — предоставляющими услуги более чем по одному медицинскому направлению. Однако столь высокая их цифра не соответствует действительности, так как многопрофильными в данной статистике считаются клиники с четырьмя врачами, что не соответствует действительности. Из специализированных учреждений наиболее широко представлены стоматологические кабинеты и клиники.

Больше всего услуг оказывается в медицине общего профиля — 38% от всего объема услуг. За ним следуют: гендерная медицина — 25%, стоматология — 24%, реабилитационная медицина — 10,4%, эстетическая медицина — 1,2%, нетрадиционная медицина — 1,4%. Однако высокая цена у стоматологии, реабилитационной и эстетической медицины (в 2-2,5 раза) дает иную картину в стоимостном объеме рынка. Поэтому натуральный и стоимостный объемы рынка совпадают не полностью. Более дорогие медицинские направления имеют больший объем рынка в стоимостном выражении по отношению к натуральному объему. Косметология не доминирует по числу или суммарной стоимости оказываемых услуг, но в этой врачебной специальности наблюдаются самые высокие средние цены, равно как в хирургии и мануальной терапии.

Частные клиники оказывают 10% общего объема услуг. В настоящее время более 90% капитальных расходов в сфере здравоохранения финансируется государством. С учетом того, что капитальные объекты эксплуатируются и амортизируются в течение длительного срока, такой подход требует увеличения налоговой нагрузки, в том числе, как ни странно это звучит, на предприятия социальной сферы, включая здравоохранение. В качестве приме-

Стоимостный объем рынка медицинских услуг по направлениям медицины, Россия 2010 г. (млрд. руб.)



Источник: BusinesStat. Аудит цен и объемов продаж медицинских услуг: Всероссийское ежегодное выборочное обследование 950 медицинских учреждений.

ра можно привести единый социальный налог. То есть, получается замкнутый круг: для того, чтобы финансировать социальную сферу, необходимо увеличить налоги на ту же социальную сферу и ЕСН, который сегодня и так слишком высок и составляет основные налоговые расходы для медицинских организаций. Выход из этой ситуации — развитие частной медицины, привлечение частных инвестиций, которые смогут заменить государственные вложения.

Это по поводу экономической части. Что касается социальной части, то в качестве примера приведу цифры собранные Общественной Палатой: 40% учащихся медицинских вузов по окончании учебного заведения желают устроиться в частные клиники. Т.е., потенциально, это те, кто не будет работать по специальности, если количество частных клиник и центров не увеличится. Это реальное положение сегодня.

2. Страховая система

Во всем мире, в развитых странах в частности, самостоятельно оплачивать медицинскую помощь в полном объеме способно не более 10% граждан. Именно поэтому используется принцип страхования. Сегодняшние ОМС и ДМС — это переходные варианты к полноценной общей медицинской страховой системе.

Частным коммерческим клиникам предлагается либо работать по тарифам ОМС, не взимая при этом никаких доплат с пациентов. Этот вариант большинству частных медицинских учреждений невыгоден: в негосударственных клиниках услуги стоят на 60-70% дороже, чем обозначено в тарифах программы госгарантий, рассчитанной на государственные учреждения здравоохранения. Цены столичных коммерче-

ских клиник просто несопоставимы с тарифами ОМС, поэтому практика привлечения частных клиник к ОМС развивается, в основном, через регионы, где цены клиник ближе к ценам ОМС, чем в Москве, Санкт-Петербурге, других крупных городах России. Следует отметить, некоторые клиники готовы предоставлять услуги в том числе по тарифам ОМС, но в строго определенное время (когда наплыв платных клиентов минимален) и в рамках установленного лимита. Однако такой вариант пресекается на корню: либо всех и всегда, либо никак. Возможность совмещения ОМС и ДМС — выход из сегодняшней ситуации, но государство не решает пойти на такой шаг.

Сегодня существует на рынке парадокс: государство взимает налоги с деятельности частных медицинских организаций и перераспределяет их в пользу государственных медицинских организаций.

Тарифы ОМС должны включать реальные рыночные расходы, позволяющие при эффективной организации (загрузка на уровне 75–80%), выплачивать достойную зарплату врачам, оплачивать медикаменты (необходимо лекарственное страхование), покрывать амортизацию имущества, в том числе ускоренную амортизацию медицинской техники, имеющей тенденцию к моральному старению, с учетом инфляции, приводящей к обесценению амортизационных накоплений.

В процессе подготовки Программы, отвечая на вопросник, все делегаты ответили, что, безусловно, тарифы ОМС должны включать издержки. Мнения разделились, что включают совокупные издержки. Так вот:

Издержки — расходы фирмы на производство и реализацию товаров или услуг за опре-

деленный период времени. Издержки любого ресурса, используемого в производстве, равны его стоимости (или ценности) при наилучшем из всех возможных вариантов использования. К экономическим издержкам относятся как явные, так и неявные издержки, при этом неявные издержки включают в себя **нормальную прибыль собственника**.

Нормальная прибыль – минимальная прибыль, достаточная для того, чтобы удерживать предпринимателя в данном бизнесе.

Поэтому тарифы ОМС должны включать норму прибыли, не облагаемую налогом (чтобы восстановить эту самую Нормальную прибыль), необходимую для воспроизводства основных средств, в условиях инфляции, обеспечивающей амортизационные накопления, и морального старения техники; покрытия процентов по государственным кредитам

Т.е., текущие расходы (зарплата, медикаменты, коммунальные платежи), амортизацию основных средств (здания, оборудование), проценты по кредитам, инфляцию.

3. Легальная и теневая медицина

Основной путь развития государством системы здравоохранения — это путь механического наращивания бюджетных расходов, что неминуемо приведет вследствие инфляции к сокращению объемов государственных гарантий. Государственные средства не безграничны, поэтому необходимо менять условия финансирования и создавать условия для привлечения инвестиций в сферу здравоохранения.

Речь идет о равных условиях конкуренции на рынке, стимулировании развития медицинских учреждений с частной и смешанной формой собственности.

Экономический перекос, уход от рыночных механизмов регулирования для в государственных и муниципальных ЛПУ приводит к созданию айсберга теневой коммерческой медицины в государственных и муниципальных ЛПУ.

Если обратиться к цифрам, то к 2010 г. легальной медициной пользовались 26,6% россиян. К услугам же сектора теневой медицины регулярно обращается 24% жителей России. Т.е. наши граждане в равных пропорциях ходят через кассу и заносят оплату мимо кассы.

Теневые приемы – это болезнь и частной, и государственной медицины, но последняя ей подвержена в более значительной степени. Государственные медицинские учреждения наряду с обслуживанием по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС) оказывают и платные услуги. Теневые платежи пациентов проходят мимо кассы, осуществляются лично врачам, предполагают прямую оплату медицинских услуг вне системы ОМС.

Что касается государственных и муниципальных клиник, то доля теневых приемов оце-

нивается специалистами примерно на уровне 30% от общего числа приемов. Здесь речь не идет о приписках в системе ОМС (приписки количества оказанных услуг по ОМС, которые в разы превышают количество реально оказанных услуг), только о непосредственной оплате пациентом врачу наличных минуя кассу.

В 2010 году объем легального рынка платных медицинских услуг (выручка), по официальной статистике, составил 244 млрд рублей (еще приводятся цифры — 279,8 млрд руб.). Объем сектора теневой медицины оценивается в 100 млрд рублей. Это 40% общего объема! А если мы возьмем в расчет, что эта сумма не обременена отчислениями и является, фактически, чистым доходом, то цифры получаются угрожающими.

Как признают эксперты, государственная медицина остается основной для теневого сектора рынка медицинских услуг в России. Значительная доля услуг, предоставляемых государством в рамках системы ОМС, дублируется теневыми платежами лично врачам. В связи с переходом государственных и муниципальных клиник на коммерческие рельсы доля теневых приемов вряд ли существенно сократится: теперь им придадут больше легитимных оснований.

Теневая медицина наносит урон не только экономике России в виде невыплаченных налогов, потери прибыли и т.д., но и наносит вред пациенту. Основная задача государства начать активную борьбу с теневой медициной. В частной медицине – это экономическое стимулирование выхода из теневой зоны. В государственно-муниципальной медицине – введение жесткого контроля за приемами врачей: использование кабинета, техники, расходных материалов, — введение серьезных штрафных санкций за использование выделенных государством оборудования, расходных материалов в целях личного заработка.

Вопрос в значительном уменьшении доли теневой медицины. Полностью ситуацию исправить не удастся. Если в частной медицине процесс развития неминуемо приведет к исчезновению теневых приемов, то в государственном секторе это не случится никогда. Выход здесь тот же, что и в решении других проблем отечественного здравоохранения – переход на страховую систему медицины, которая не различает формы собственности. Речь идет не о программах ОМС, а о реальной страховой системе, на принципах которой построено здравоохранение развитых стран. Пациент не важно (он может этого и не знать), в какой собственности находится лечебное учреждение – частной, государственной, муниципальной, или это университетская клиника: он получит одинаковое медицинское обслуживание за свою медицинскую страховку. Форма собственности относится к рынку, формам предпринимательской деятельности, использованию прибыли и

т.д. но никак не к медицинскому обслуживанию. Здесь все формы должны быть равны!

Выводы

Необходимыми условиями развития современной системы здравоохранения в Российской Федерации является развитие частной медицины в стране – экономическое стимулирование этого развития, привлечение частных инвестиций в отрасль.

1) добросовестная конкуренция на рынке медицинских услуг;

- равный доступ к ресурсам ОМС независимо от формы собственности;

- бюджетные средства всех уровней должны распределять на конкурсной основе между всеми медицинскими организациями не зависимо от формы собственности и ведомственного подчинения;

- необходимо исключить прямое бюджетное финансирование объектов здравоохранения даже в виде займов;

- государство должно усилить контроль и принять реальные меры против теневой медицины в государственных и муниципальных ЛПУ.

2) приоритетной формой стимулирования здравоохранения из бюджета любого уровня должны быть:

- а) наполнение фонда ОМС;

- б) предоставление льгот — земельных участков, аренда имущества, налоговые вычеты, льготное кредитование; предоставление гарантий банкам в отношении заемщиков — медицинских организаций;

3) приоритет страхового принципа оплаты медицинской помощи.

- приведение тарифов ОМС к реальным;

- одноканальное финансирование через ОМС;

- дальнейшее развитие систем ОМС и ДМС

Государство должно вкладывать средства в первую очередь в оплату медицинских услуг за граждан на уровне, который позволит воспроизводить имущество клиник и привлечь негосударственные инвестиции. Это должно составлять расходную часть государства на здравоохранение. Государство должно гарантировать оплату за гражданина в соответствии с программой государственных гарантий в медицинских организациях независимо от формы собственности.

Барьеры в виде бюджетного финансирования, недопуска к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, заниженных тарифов ОМС, высоких налогов ведут к дальнейшему отставанию отечественного здравоохранения от развитых стран вследствие отсутствия конкуренции, неэффективного расходования ограниченных ресурсов, коррупции, отсутствия притока частных инвестиций.