

Хочется высказать свою точку зрения как специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения со стажем более 40 лет на материалы обозревателя «МГ» Константина Щеглова, участника II Национального конгресса частных медицинских организаций («МГ» № 13 от 21.02.2014).

Преждевременные претензии

Не могут не броситься в глаза многократные проявления жесточайшего медицинского экстремизма, прозвучавшего на конгрессе. Так, Дмитрий Борисов сказал, что «финансовые и управленческие возможности государства в существующей модели здравоохранения практически исчерпаны. Привлечение дополнительных средств граждан в сферу оплаты медицинских услуг, а также частных инвестиций в сферу здравоохранения требуют изменения экономической модели». Априорно медицинские услуги частных медицинских организаций однозначно озвучены «как услуги высокого качества». Участники конгресса заявили, что «кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг исключительно за счёт средств бюджета и ОМС, без привлечения частных инвестиций, не представляется возможным». Просят «разрешить работать в системе ОМС по рыночной цене, с соплатежом от населения или страховой компании, убрав из тарифа ОМС его структуру для негосударственных медицинских учреждений, оставив её только в качестве финансового контроля за подведомственными государственными учреждениями», сетовали на то, что «они не вправе распоряжаться по собственному усмотрению прибылью от услуг ОМС». Заявлять себя потенциальными партнёрами государства в сфере обеспечения конституционных прав граждан на охрану здоровья частной медицине очень рано, и не совсем оправданно так считать.

А ведь известно и «не следует забывать, что медицинский бизнес – это не что иное, как предпринимательская деятельность, куда приходят люди, готовые рисковать и вкладывать свои деньги и усилия ради главной цели любого бизнеса – получения прибыли, независимо от того, какими высокими словами и благородными намерениями это камуфлируется. Но для привлечения больных частный медицинский бизнес непрерывно совершенствуется и улучшается, хотя и заменить собой массовое государственное здравоохранение не может и не должен». Разделяю эту точку зрения Ю.Комарова, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, опубликованную в периодической печати 2014 г.

Надежды, надежды...

В «МГ» есть такие слова: «Минздрав убеждён, что привлечение частного сектора может стать важным фактором в повышении эффективности всей системы здравоохранения и доступности качественной медицинской помощи для населения». Думается, Минздраву, не посчитав, в какие цифры госбюджету все их просьбы могут вылиться, давать такую надежду сегодня опростетчиво. В условиях деятельности системы здравоохранения на экономии бюджетных средств, ожидания их уменьшения на 18%, «пока общепринятого правового определения понятия государственно-частного партнёрства», как отмечает «МГ», ещё нет.

Точка зрения

Какой быть частной медицине?

Этот вопрос с каждым днём требует более чёткого прояснения



«Минэкономразвития России совместно с Агентством стратегических инициатив разрабатывают «дорожную карту», которая предусматривает расширение участия негосударственного сектора в сфере здравоохранения с увеличением доли средств этому сектору в бюджете территориальных программ ОМС к 2015 г. в 10 раз (10%), к 2018 г. – в 20 раз (20%), сейчас – не более 1%. Уже разработан и обсуждается проект Федерального закона «Об основах государственно-частного партнёрства». В нём может оказаться много несостоятельных идей, не полезных для развития общественного здравоохранения, да и всей экономики страны. Ведь что такое федеральный закон? Это то, что уже устойчиво работает, представлено в обществе, в системе здравоохранения наконец. Напрашивается известный афоризм – готовится «пир во время чумы».

Так что, уважаемый председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья населения С.Калашников, на конгрессе вы огласили, что намерены добиваться запрещения оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медучреждениях. Вам как никому надо сначала тщательно изучить эти вопросы, а не пользоваться информацией в одностороннем порядке. Во-первых, с 2014 г. в территориальных программах госгарантий ОМС уже имеется строчка, «что должно быть оказано пациенту лечебно-профилактического учреждения бесплатно». Во-вторых, с момента утверждения Программы госгарантий (1998) сохраняется ограниченность финансовых средств как бюджетных, так и небюджетных (ОМС). И государственные и муниципальные ЛПУ работают в постоянном риске недостаточности финансовых средств, так как тарифы ОМС полностью не покрывают расходы на оказанную бесплатную медицинскую помощь. Поэтому платные услуги являются необходимым источником финансирования ЛПУ. В-третьих, пожалуй, самым важным аспектом присутствия в ЛПУ платных услуг (согласно Указу Пре-

зидента № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики») является предписание не о том, что в достижении индикативных показателей по здравоохранению при учёте всех источников финансирования, включая платные услуги, они указываются, но благодаря этому – достигаются. К тому же благодаря принятым мерам по упорядочиванию платных услуг намного сократилась категория «пациенты ЛПУ», и увеличились договорные медицинские услуги с работодателями для проведения профосмотров работающих граждан, особенно во вредных условиях труда, других профосмотров, а также договоры с иностранными гражданами.

На сегодняшний день с 2010 г. частные медицинские организации могут участвовать в выполнении Программы государственных гарантий (ПГГ) оказания гражданам бесплатной медицинской помощи населению РФ, и эта возможность действительно зафиксирована в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Я бы внесла в перечень наличие стажа работы в системе ОМС не менее 3 лет, чтобы система была устойчива и отдалённые результаты лечения были видны, чтобы отрегулировалась система контроля качества медицинской помощи населению в рамках ОМС, чтобы комиссии контроля качества по линии ОМС также активно посещали частные клиники и центры, как и государственные ЛПУ. Надо отработать частной медицине систему государственной статистической отчётности, а пока все представленные цифры надо проверить. Регионам РФ надо разработать список предпочтений для организации частных клиник и центров. При стаже всего 3 года (с 2010 г.) работы частной медицины в системе ОМС и представлении всего 4 профилей оказанной медицинской помощи рано ещё везде частную медицину допускать и вписывать, тем более что, «по данным Минздрава, уже 17,5% от всех медицинских организаций, оказывающих бесплатную

помощь по полисам ОМС, – это частные медицинские организации, а на 2014 г. их уже на 405 больше». Это хорошие показатели.

В одинаковые условия

Между прочим, царская Дума строго следила за тем, чтобы число думских врачей, оказывающих бесплатную медицинскую помощь населению и получающих заработную плату от царской Думы, не превышало число частнопрактикующих врачей. Так поддерживалась доступность бесплатной медицинской помощи для населения.

Так что на ближайшие 10 лет уже имеются достаточные условия для развития участия частных медицинских организаций в выполнении ПГГ. Ведь подытожив все их предложения, особенно о соплатеже населения или страховой компании, в выступлении подчёркивалось, что «государственные и муниципальные организации здравоохранения должны быть поставлены в одинаковые условия с частными клиниками и центрами в части формирования базы доходов и оплаты всех расходов». Получается, что частная медицина просит взять её на баланс государства. А взяв её с обозначенным багажом, мы можем остаться без кадрового состава в нашем массовом государственном здравоохранении. В мире существуют 4 формы оказания медицинской помощи населению: страховая, частная, государственная, храмовая (при храмах). Нет в мире государства, которое бы захотело взять на свой баланс частную медицину, а вот государственная медицина с советских времён постепенно прирастает странами.

Если есть лишние деньги, почему бы не увеличить ещё тарифы в системе ОМС, и эти тарифы могут привлечь большее число частных клиник и центров в систему ОМС. Хочется подчеркнуть важный момент – условия работы по полисам ОМС должны быть одинаковыми как для частных, так и для государственных медицинских организаций. По-другому не может быть.

Нельзя не обратить внимание на приведенные в «МГ» цифры. «Лидерами на рынке платных медицинских услуг являются стоматология (50% в стоимостном выражении), диагностика (20%), гинекология и урология (15%), косметология (7%). 60% всей частной медицины сосредоточено в Москве и С.-Петербурге, 20% – в городах-миллионерах и 20% – во всей остальной России».

Данная статистика не подкрепляет объём и содержание предъявленных предложений частной медициной для их решений.

Партнёры или конкуренты?

Один из выступающих на конгрессе сказал, что «не может в государстве с рыночной экономикой столько лет суще-

ствовать нерыночная отрасль». А ведь здравоохранение нельзя считать нерыночной отраслью, так как переход на рыночную экономику в системе здравоохранения был осуществлён ещё в 1989 г. и экономические методы управления сегодня прочно действуют в государственных и муниципальных медицинских организациях, и главное, что в отрасли работает и динамично развивается частная медицина как важный элемент рыночной экономики в теперешней отрасли здравоохранения.

В «МГ» приводятся слова председателя Правительства РФ Д.Медведева. «Он признал, правда, что трудно обеспечить условия для полной конкуренции на рынке медицинских услуг, особенно в труднодоступных и малонаселённых районах страны. Медицинский бизнес туда сложно привлечь просто потому, что это нерентабельно». «Поэтому обеспечение доступности качественной медицинской помощи в таких местах и вообще в целом по стране берёт на себя государство. И так будет ещё, я думаю, очень и очень долгое время». «Он призвал государственные медицинские организации не бояться конкуренции с частными клиниками». Я двумя руками голосую в поддержку этих слов. Очень правильно подытожена дискуссия.

Так что в рамках работы в системе ОМС частная медицина – партнёр с государственными и муниципальными ЛПУ, а в целом мы конкуренты. Ещё один вопрос в «МГ»: «Как ужиться частной и государственной медицине?». Во-первых, каждому заниматься своей медицинской деятельностью, добиваясь доступности и качества в оказании медицинской помощи населению. Государственной медицине надо меньше заниматься самостязанием, критиканством, а больше – просто конструктивной улучшающей управленческой и медицинской деятельностью в отрасли. Для частной медицины – меньше нападков, медицинского экстремизма в адрес государственного здравоохранения, больше спокойной и планомерной работы в системе ОМС. Качество медицинской помощи в частной медицине является тоже весьма актуальной проблемой, тем более они с их слов «растут, как грибы после дождя».

Анна ДЮКАРЕВА,
профессор
кафедры общественного здоровья
и здравоохранения факультета
дополнительного образования,
доктор медицинских наук.

**Южноуральский
медицинский университет.**

Челябинск.

НА СНИМКЕ: может быть, врачи в частных клиниках более вежливы и внимательны к пациентам, но у них на это есть и время, и деньги.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.