

Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения¹ //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 1. - С.11-17.

Уважаемый Президиум!

Уважаемые коллеги!

Страна и мир в кризисе – год, здравоохранение – два десятилетия.

Экономика от кризиса оправится самостоятельно, социальная сфера – нет. Пока она остается социалистическим анклавом в капиталистическом окружении. Общество содержит здравоохранение советского образца в современной России двойным-тройным бюджетом, не получая ничего взамен оплаченного.

Социальную сферу обошла дикая приватизация 90-х. Но именно отсутствие разгосударствления обуславливает ее нынешнее плачевное состояние.

Ровно в этом отличие отечественного здравоохранения от других стран мира. Повсеместно практическое здравоохранение – частное. В нем различают коммерческую и некоммерческую медицину. Государственным может быть финансирование здравоохранения.

У нас же противопоставляется государственное и частное притом, что бюджетные учреждения здравоохранения осуществляют ту же деятельность, что и частные медицинские организации, а не политическую, т.е. государственную.

У нас государственное и муниципальное здравоохранение – и финансирование, и сеть органов и учреждений здравоохранения – противопоставляется частной медицине. Достаточно обратиться к 12, 13, 14 статьям Основ законодательства об охране здоровья граждан, в которых система здравоохранения в России разделена на государственную, муниципальную и частную. Практическое здравоохранение расколото на «своих» и «чужих». Но ведь частная медицина к нам не с Марса прилетела и не ветром с Запада занесена (рис.1).

Более того, у нас частная медицина прозрачна для государства. Оно предпочитает ее не замечать. Отсутствует законодательное регулирование специфического медицинского рынка. Поэтому отечественная частная медицина – не такая, как за рубежом. Много временщиков с интересами лишь быстрого обогащения.

¹ Доклады на Саммите руководителей здравоохранения 24 ноября 2009 г., Москва, ВВЦ; Межрегиональная научно-практическая конференция врачей-организаторов здравоохранения и представителей СМИ «Актуальные вопросы формирования новой здравоохранительной политики (НЗП) в сфере охраны здоровья граждан и организации здравоохранения. Роль и место СМИ в зарождении и развитии новой здравоохранительной политики», 10-11 декабря 2009 года на площадке Общественной палаты РФ - Москва, Миусская площадь, дом 7, стр.1.



Рис.1.

Но обороты частной медицины – мелочь по сравнению с затратностью для государства и общества публичного здравоохранения. Средства из казны вкладываются большие, а до практического звена доходят крохи. Лечить нечем. Содержание бюджетников – нищенское. Врачебное мздоимство – не от сытости завелось. В практическом здравоохранении возник дефицит мотивации, свирепствует синдром эмоционального выгорания, вследствие чего медицина стала калечащей. Жирует лишь бюрократия от здравоохранения – казнокрады и коррупционеры.

Отечественное здравоохранение надо менять радикально. И кризис для этого – самое время.

Вместе с тем нельзя допустить революции. В социальной сфере революционные изменения чреваты непрогнозируемыми последствиями.

В идеале реформа должна пройти так, чтобы, проснувшись назавтра, одни пошли лечить, другие – лечиться в измененных реалиях.

Вызовы современности – не в частной медицине и приватизации в здравоохранении и утрате бесплатности и доступности медицинской помощи.

Вызовы современности – в том, что организация здравоохранения должна соответствовать окружающим реалиям товарной организации общества.

Есть значимые причины, почему здравоохранение, как и социальная сфера в целом, в существующем виде не соответствует общественному устройству, и потому будущего не имеет. Вот основные из них.

В социальной сфере происходит круговорот средств государственной казны между распорядителями и получателями бюджетных средств. Государство продает самому себе и покупает у самого себя. Не происходит смены собственности, перехода права на встречные предоставления. И производимые медицинские услуги, и их оплата остаются в единой

публичной принадлежности. В этом круговороте нет места медицине и пациентам. В нем нет места и товарообмену (рис.2).

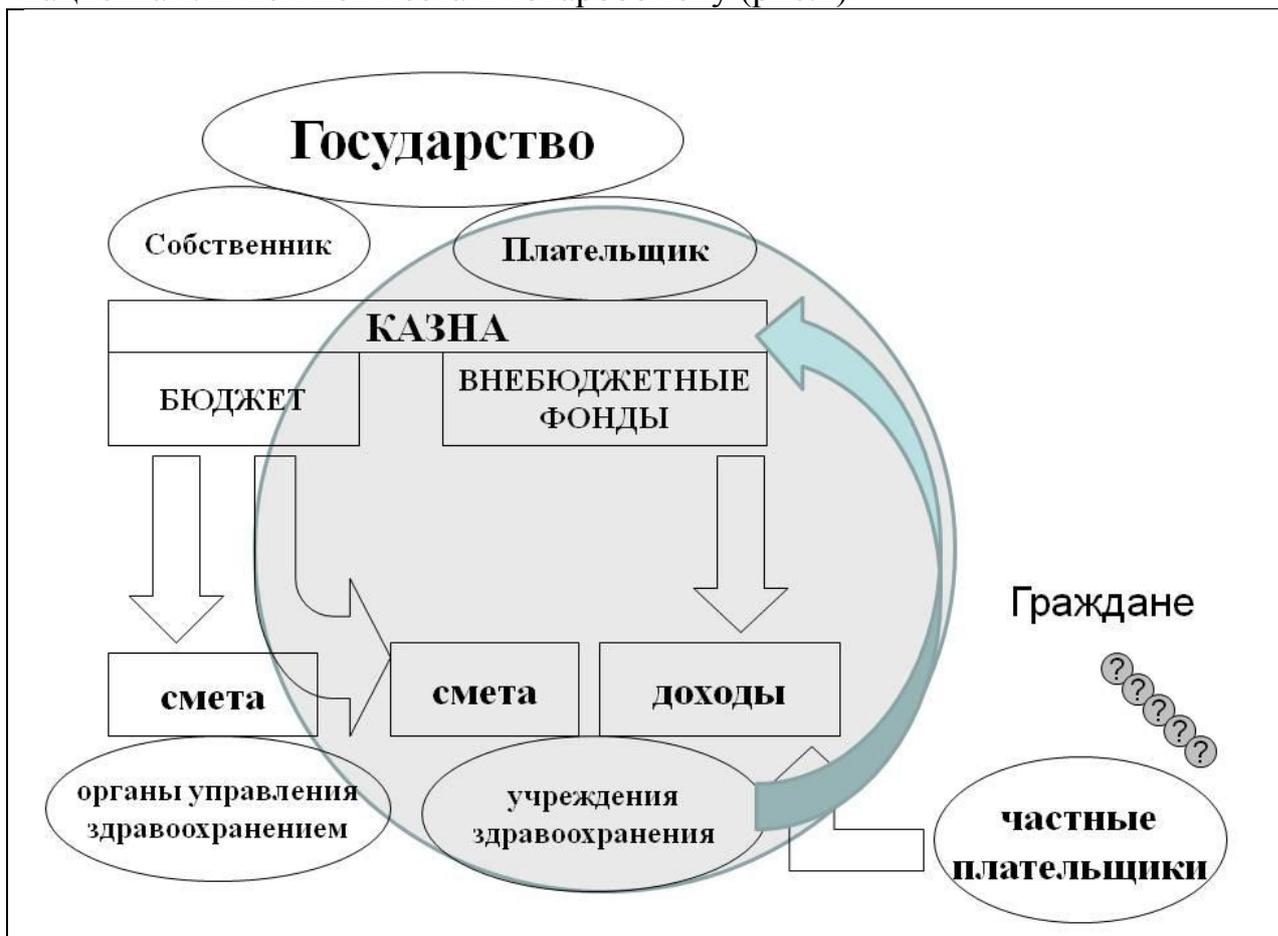


Рис.2.

Государство позиционируется на стороне принадлежащих ему бюджетных учреждений здравоохранения, а не на стороне граждан, в пользу которых платит за предоставляемые им медицинские услуги. Государство озабочено своей собственностью, а не интересами общества, не социальным эффектом (рис.3).

Создание ВВП, воспроизводство налогооблагаемой базы обеспечивается предпринимательством, т.е. реальным сектором экономики, а в здравоохранении – частной медициной. А бюджетные учреждения здравоохранения вместо граждан занимают место потребителей в расходовании социального бюджета государства, использовании ВВП (рис.4).

Договор в пользу третьего лица (ст.430 ГК РФ):

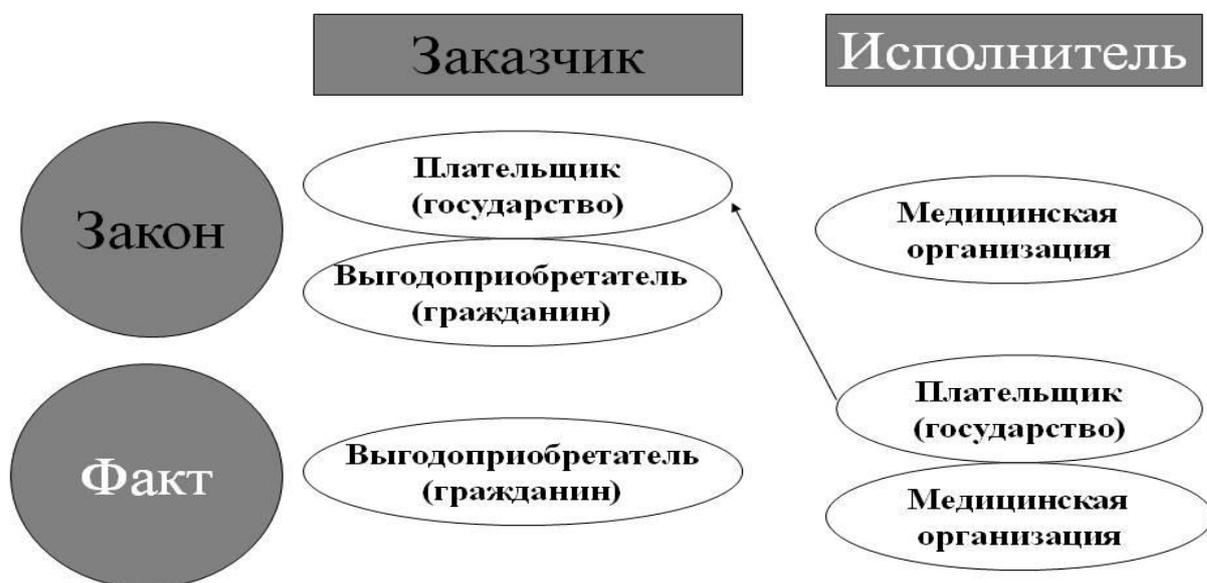


Рис.3.

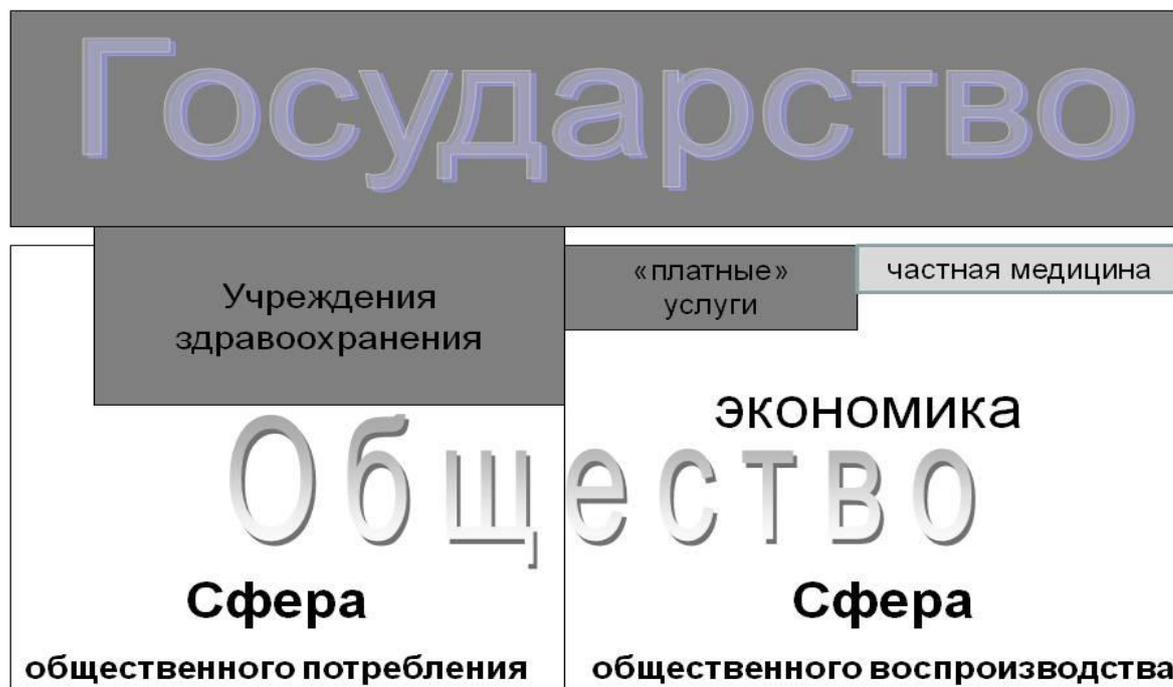


Рис.4.

Теневая же экономика, разрастающаяся в бюджетной сфере, создает коллатеральный оборот, минусуя ВВП. Порочная расстановка интересов в

отсутствие воспроизводства делают здравоохранение непривлекательным для инвестирования и препятствует инновациям (рис.5).

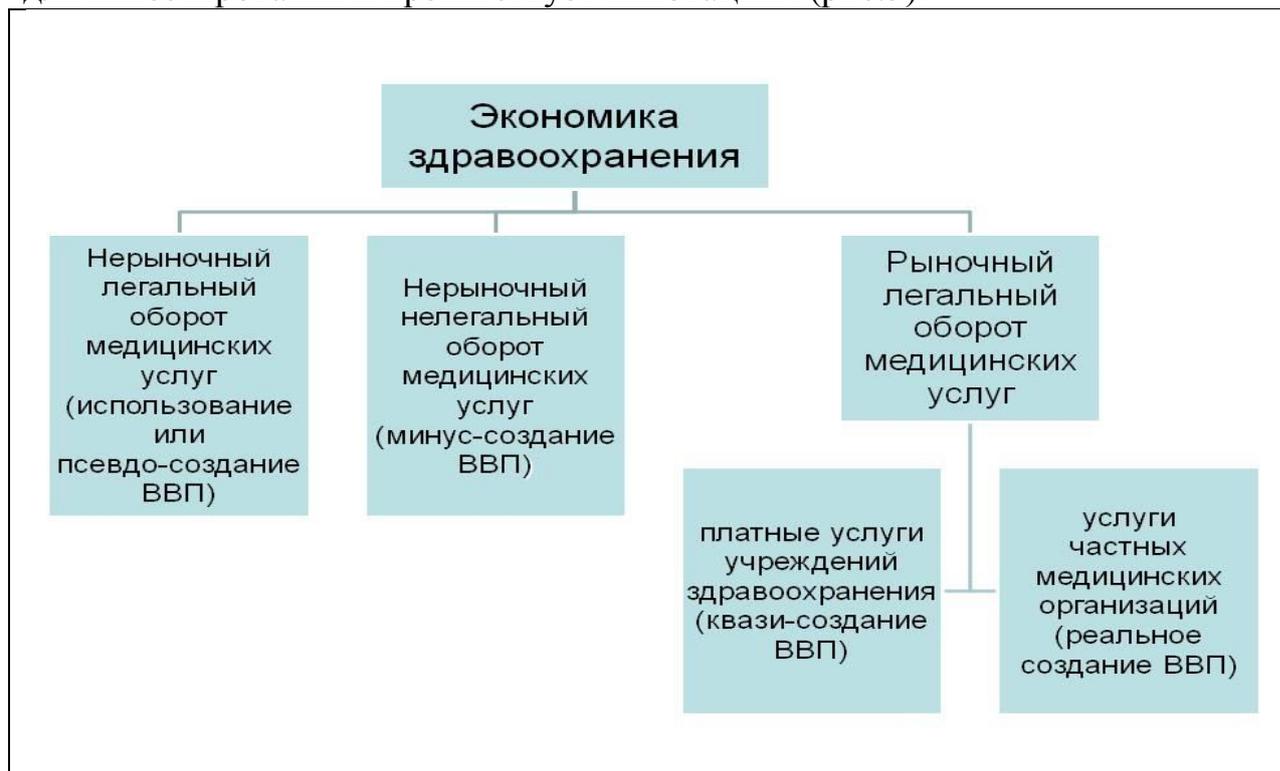


Рис.5.

Что же у нас есть такого, чего нет в развитых странах с вменяемым здравоохранением? Или, напротив, чего у нас нет того, что есть там?

Нет у нас в здравоохранении товарообмена, а есть – бюджетные учреждения здравоохранения, неведомые вовне постсоветского пространства. Имеются в виду организации, основанные на несобственном имуществе, да еще – медицинские. Ликвидация института бюджетных учреждений – есть необходимое условие реформы социальной сферы в целом.

Преобразование же бюджетных учреждений здравоохранения в формы частных организаций связано с проблемой приватизации государственного и муниципального имущества, на котором они основаны. Но опыта приватизации бюджетных учреждений здравоохранения мир не имеет. Как показал отечественный опыт приватизации в промышленности, очень скоро приватизированные объекты меняют свое назначение. Но тогда зачем нужна приватизация в здравоохранении?

Разгосударствление же практического здравоохранения – насущно. Представленная на стороне хозяйствующих субъектов частная, как за рубежом, принадлежность медицинских организаций позволяет формироваться товарообмену, замещая порочный круговорот средств государственной казны.

Достигнуть бесприватизационного разгосударствления бюджетных учреждений здравоохранения позволяет их партикуляризация.

Партикуляризация состоит в преобразовании бюджетных учреждений в формы частных организаций без приватизации государственного или муниципального имущества, на котором они основаны. Она включает

предварительное изъятие имущества его собственником и наделение вновь образующихся хозяйствующих субъектов денежными средствами на создание уставного (паевого, складочного) капитала в зависимости от избранной организационно-правовой формы (рис.6).

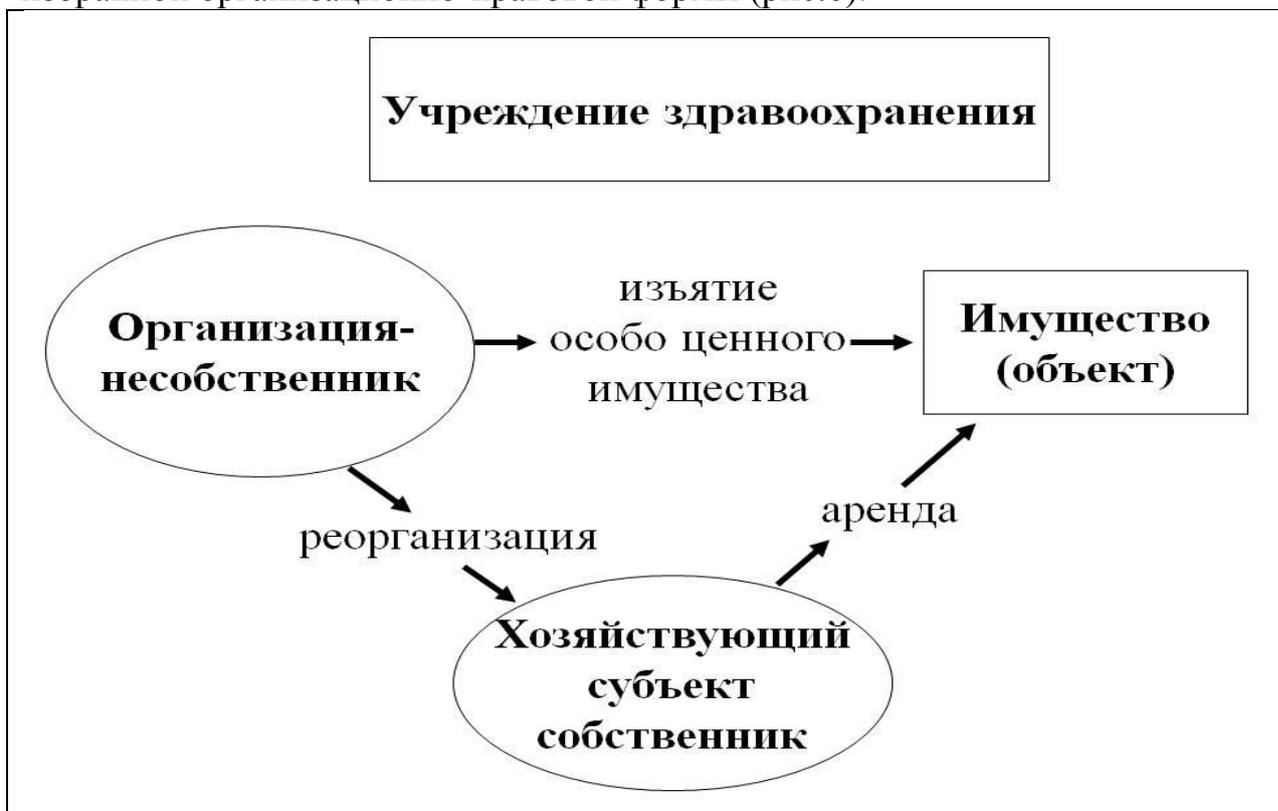


Рис.6.

В последующем ведение ими хозяйственной деятельности осуществляется исключительно на договорных основаниях. Тем самым практическое здравоохранение становится единым по своей имущественной принадлежности – равно для созданных в порядке партикуляризации и изначально частных, в единых стартовых условиях вхождения на рынок и функционирования в обороте (рис.7).

Изъятые же имущество остается в публичной принадлежности и передается в аренду медицинским организациям на общих и единых для всех условиях – ведь все они для государства становятся равноудаленными. Разумеется, понадобится создание специализированных управляющих организаций по содержанию этих имущественных объектов (рис.8).

В результате партикуляризации бюджетных учреждений здравоохранения практическое звено становится единообразно частным и ведомым экономическими интересами. Теми же интересами – и уже в пользу общества – начинает руководствоваться государство, единственной функцией которого останется управление финансовыми и другими имущественными объектами, т.е. объектное управление как инструмент социальной политики.

Тем самым, во-первых, воссоздается системность здравоохранения – уже на объектной, а не на субъектной основе. Во-вторых, государство полностью избавляется от забот по содержанию бюджетных учреждений здравоохранения в качестве субъектов и в качестве объектов. В-третьих,

государство получает инструмент рыночного влияния, в частности, на цену оплачиваемых из казны медицинских услуг (через величину арендной платы).



Рис.7.



Рис.8.

Другим инструментом рыночного влияния на цену оплачиваемых из казны медицинских услуг являются налоги. В налогообложении государство не делает различий между бизнесом в реальном секторе экономики и в социальной сфере. Но ведь в реальном секторе экономики бизнес лишь платит налоги, опосредованно идущие на финансирование здравоохранения. А предпринимательство в социальной сфере своей экономической деятельностью напрямую создает социальный эффект. Социальная сфера – не для пополнения казны. Необходимость дифференциации уже напрашивается. А поскольку налоги наряду с арендной платой составляют большую долю в себестоимости медицинских услуг, их минимизация ведет к уменьшению цены медицинских услуг, оплачиваемых из казны. Вместо того чтобы, как на западе, увеличивать административные расходы на верификацию цены медицинских услуг, создается механизм минимизации на путях ее формирования (рис.9).

| Объектное управление здравоохранением | |
|--|--|
| Объекты | Цель управления |
| Средства финансирования | Оплата медицинских услуг |
| Объекты размещения (аренды) | Управление себестоимостью (ценой) |
| Налоги, компенсации, льготы | оплачиваемых из казны медицинских услуг |

Рис.9.

Наряду с институтом практического здравоохранения необходимым изменениям должны подвергнуться и финансовые, прежде всего, публичные институты. Ведь медицинское страхование в отечественном варианте потерпело полное фиаско.

Для этих целей, во-первых, вместо множества внебюджетных фондов в качестве субъектов и в качестве объектов нужен один централизованный фонд. Подобную идею высказывал академик Стародубов В.И., называя его социальным казначейством. Это может быть специализированное

подразделение Минздравсоцразвития, назначением которого является бюджетное распределение такого фонда.

А вот платежная функция государства должна осуществляться в гражданском обороте, и не по публичным, бюджетным, а по частным, гражданским правилам. Для этих целей, во-вторых, необходимо создание специализированного банка, принадлежащего исключительно или на условиях «золотой акции» государству. Широкая филиальная сеть этого банка медико-социального развития по всей стране обеспечит расчеты между государством в качестве плательщика и субъектами медицинской деятельности. Попутно этот банк может обеспечивать обслуживание самих субъектов медицинской деятельности, и тогда оборот социальной сферы будет почти полностью отражаться в его расчетных операциях (рис.10).

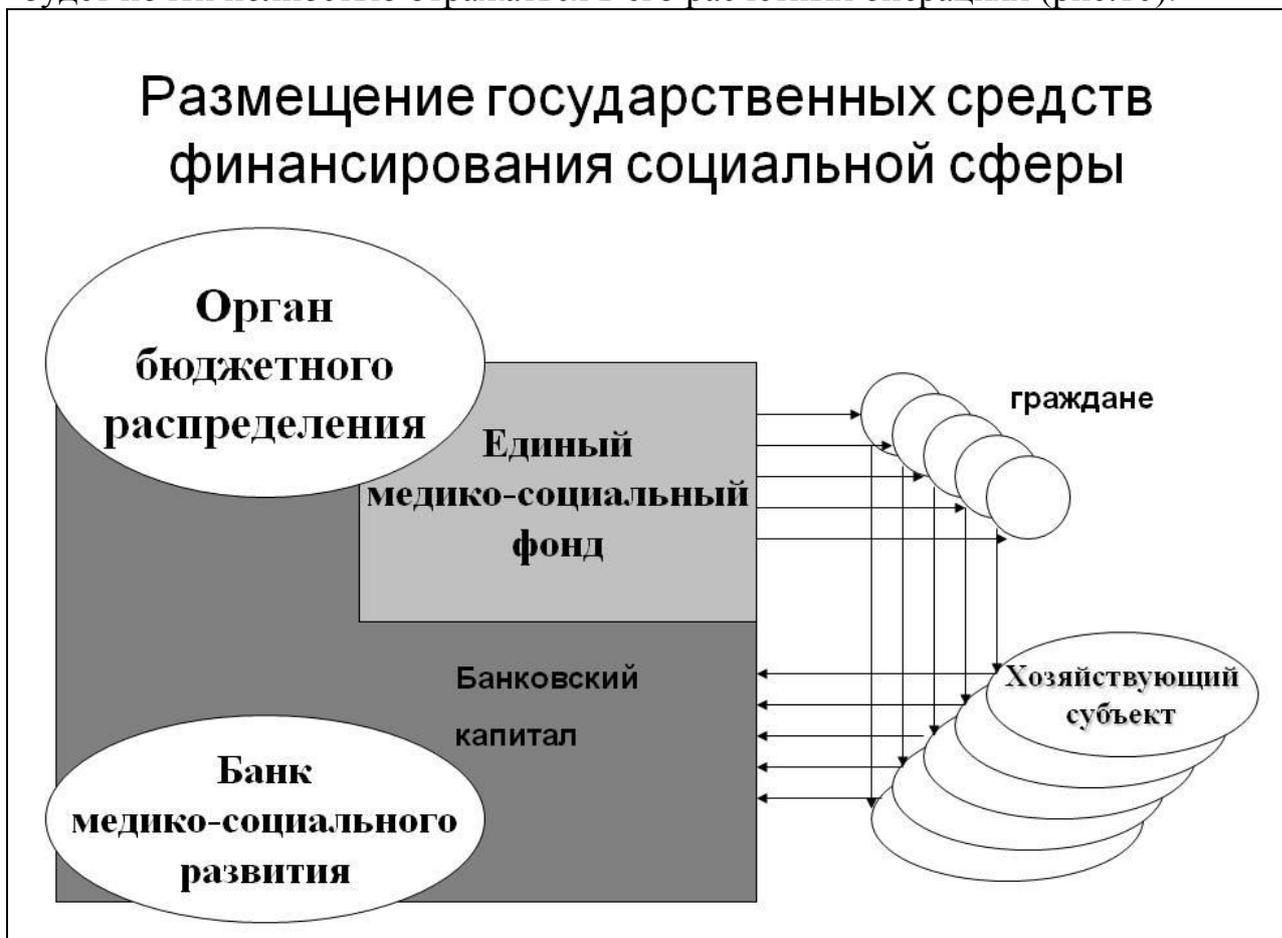


Рис.10.

Однако всего этого будет недостаточно для целей реформы здравоохранения, пока пациент не будет интегрирован в платежный механизм, пока он не будет голосовать государственным рублем за свой выбор медицинской организации. Этому не помогут никакие тендеры, социальные заказы и прочее, когда за пациента, вместо пациента принимает решение кто угодно, но не он сам, а плательщик, в том числе государство, платит напрямую медицинской организации, минуя пациента.

А ведь для решения вопроса, в-третьих, достаточно наделение граждан дебетовой картой Банка медико-социального развития, которая в персонализированных пределах наполняется государством и которой с

субъектами медицинской деятельности расплачивается сам пациент. Сходные мысли высказывал и профессор Гришин В.В. (рис.11).

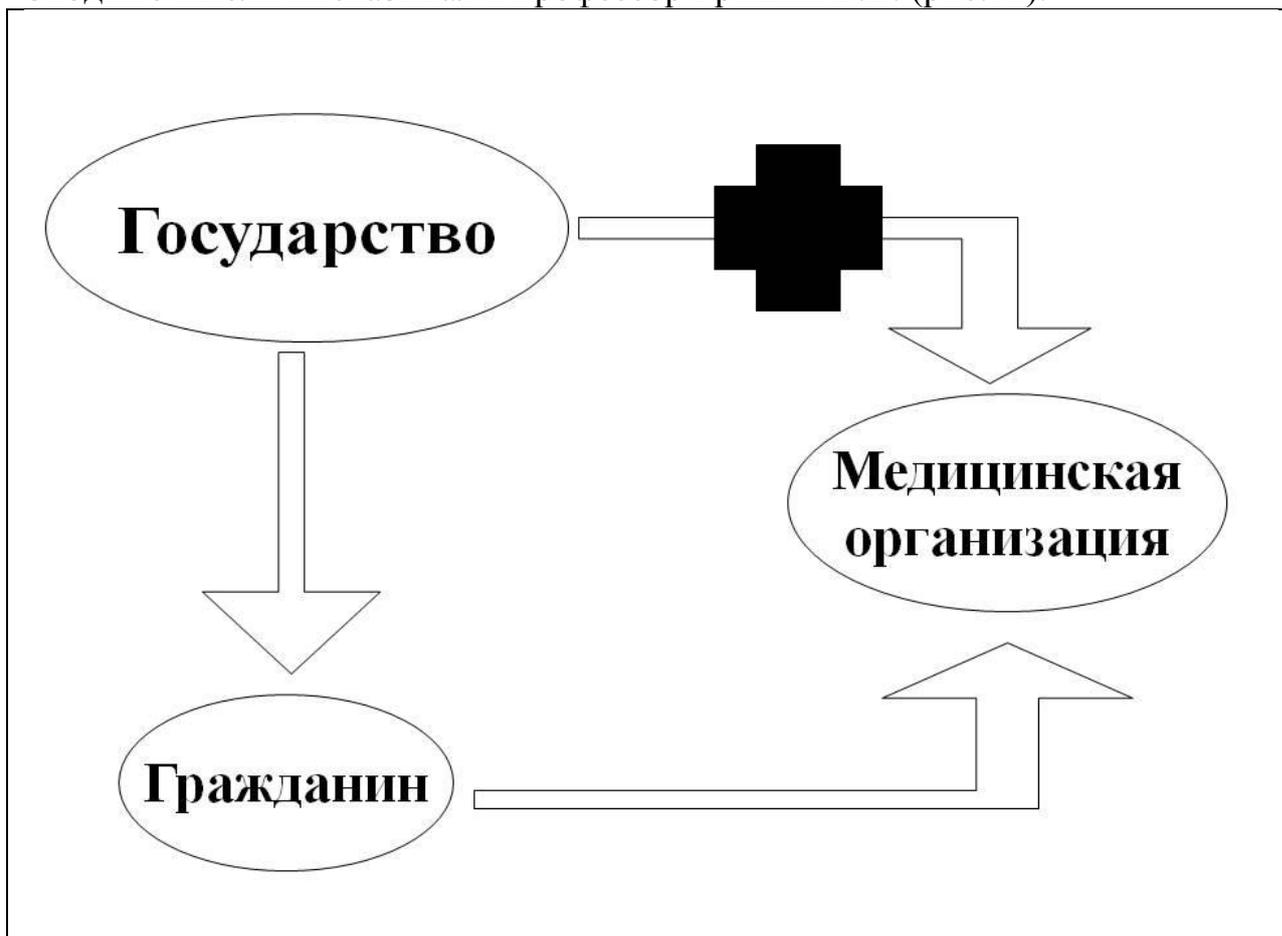


Рис.11.

Такова в весьма общем виде концепция оздоровления отрасли, т.е. социально-ориентированной рыночной реформы здравоохранения. Эта концепция выработана в рамках научной школы академика Стародубова В.И. Она осуществима, жизне- и работоспособна. Однако требует построения соответствующего ей понятийного и логического аппарата и теории последовательного развития, т.е. новой идеологии здравоохранения. Вместо этого продолжается реанимация административного здравоохранения в условиях невозможности его существования. Вот почему Концепция 2020 обречена на неудачу и обрекает здравоохранение на дальнейшую стагнацию. И вот почему социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения имеет перспективу адаптации отрасли к окружающим реалиям. Будущее здравоохранения зависит от того, возобладает ли здравомыслие (рис.12).

От меры здравомыслия зависит также будущее Росздравнадзора. Пока – это вещь в себе. Надзор ради надзора. Лицензия – для соответствия требованиям государства. Но не в интересах общества. Интересы общества – лишь как обоснование ползучей интервенции за пределы и так весьма смутной компетенции. В части все большего административного зажима бизнеса. И полная безответственность.

Реформа здравоохранения возможна, если разграничены:

- 1. государство и общество;**
- 2. государство и экономика;**
- 3. сфера общественного потребления (использования ВВП) и сфера общественного воспроизводства (создания ВВП);**
- 4. расходы казны в пользу государства и в пользу общества;**
- 5. положение сторон в договоре об оказании медицинских услуг;**
- 6. сфера практического здравоохранения и сфера его финансирования;**
- 7. рынки в отрасли.**

Рис.12.

Необходимость реформы Росздравнадзора назрела, как и реформы здравоохранения. Строго говоря, сама необходимость существования Росздравнадзора стоит под вопросом. Потому что единственная действительно нужная функция надзора в здравоохранении – это допуск субъектов и объектов медицинской и фармацевтической деятельности в оборот, и ее с успехом могут выполнять и Минздравсоцразвития, и ФАС, и даже торгово-промышленные палаты. И единственное условие целесообразности сохранения Росздравнадзора – это солидарная с лицензиатом ответственность за причиненный потребителям вред здоровью.

Частной альтернативой публичному надзору в здравоохранении является саморегулирование. Это способ самоупорядочения медицинского профессионального и бизнес-сообщества изнутри, его отношений с государством и потребительской частью общества. В развитых странах давно существуют саморегулируемые медицинские сообщества, членство в которых налагает соответствующие ограничения, но и дает множество преимуществ.

Ценность саморегулирования в здравоохранении – в создании системы ответственной медицины, способной отстаивать свои интересы перед государством, но и не допускать нарушения интересов остального общества.

Особенностью института саморегулирования является способность его формирования только снизу вверх. Это – выигрыш для российского

медицинского сообщества, возглавить которое сверху находится много желающих. Уже сейчас существует множество всевозможных, созданных под конкретные персоналии, а не под объединяющую идею, и потому мертворожденных медицинских ассоциаций, и продолжают плодиться новые. Саморегулирование может начинаться только с объединительных инициатив низов, которые выстраивают вертикаль под удобство удовлетворения общих потребностей. Верхи формируются так и тогда, как и когда это нужно низам (рис.13).

| Механизм упорядочения оборота медицинских услуг | |
|--|--|
| Публично-правовой | Частноправовой |
| Государственный надзор | Саморегулирование |
| Правила власти для подвластных | Правила равных для самих себя |
| Безответственность власти и разобщенная незащищенность медицинского сообщества | Консолидированная ответственность медицинского сообщества перед государством и обществом |

Рис.13.

Таким образом, необходимым условием оздоровления отрасли является переход к ее товарной организации – такой же, как окружающего общества. Государство в этом случае позиционируется на стороне гражданина, интегрируя его в платежный механизм так, что субъекты медицинской деятельности денежно зависят от его выбора. Надзор, как и государство в целом, не противопоставляется рынку, а стимулирует его работать на благо общества.

Необходимым условием оздоровления отрасли является преобразование бюджетных учреждений здравоохранения в частные медицинские организации. Это создает однородность среды практического здравоохранения, в которой только и возможно развитие саморегулирования как одного из способов упорядочения этой среды. Без этого развитие саморегулирования возможно только в частной медицине, с чем она, безусловно, справится и чего, однако, будет явно недостаточно для изменения ситуации в здравоохранении в целом.

Благодарю за внимание.