

Представители коммерческой медицины считают неэффективной систему контроля за отраслью через лицензирование. Однако далеко не вся медицинская общественность поддерживает предлагаемую идею перехода на саморегулирование. Частные клиники инициировали дискуссию о необходимости перехода сегмента от системы государственного лицензирования к саморегулированию: в конце прошлого и начале этого года прошли конференции в Красноярске, Челябинске и Саратове, осенью такие же намечены на Дальнем Востоке и в Северо-Западном регионе. Кто стоит за этой инициативой и может ли решить ее реализация проблемы отрасли?

#### Приступ консолидации

Статистика дает смутное представление о рынке платных медицинских услуг в России. Связано это главным образом с отсутствием критериев подсчета, а также со значительным количеством врачебных кабинетов «на дому». Данные Росстата есть только за 2010 год. По ним, в стране официально зарегистрированы 115 частных больничных учреждений, 2753 частных амбулаторно-поликлинических учреждений и 47 частных фельдшерско-акушерских пунктов (нужно учитывать, что в число официально зарегистрированных частных учреждений не входят микропредприятия с численностью работающих менее 15 человек). Еще один источник информации — исследование РБК.research «Российский рынок частной медицины 2012». По его данным, с 2000 года объем российского рынка платных медицинских услуг (всех видов собственности) вырос в семь раз, с 85 до 500 — 540 млрд рублей. Авторы этого исследования собирали данные по кассовым платежам в медицинских учреждениях, рынку добровольного медицинского страхования, а также попытались оценить теневой сектор. По их мнению, рынок платной медицины в стране растет в среднем на 10 — 15% в год. Директор УрО Института гуманитарно-политических исследований Максим Стародубцев считает, что доля платных услуг в общем объеме медицинских услуг составляет 10 — 15%.

Частные клиники ориентируются на пациента, который готов платить за отсутствие очередей, более высокий уровень технической оснащенности и внимательный подход. Эти преимущества были для частной медицины и главным козырем, и основным драйвером.

— Частный медицинский сектор в России сформировался стихийно. Врачи воспользовались неспособностью бюджетной модели покрыть все потребности населения в качественной медпомощи и растущей платежеспособностью населения, — вспоминает сегодня Стародубцев.

Однако платные клиники оказались вынуждены конкурировать не только друг с другом, но и с государственной системой здравоохранения, которая добилась права часть услуг оказывать за деньги. Доля таких услуг в гослечебницах сейчас составляет 15% и с каждым годом растет. Представители частных клиник стали всерьез обсуждать незаинтересованность государства в развитии коммерческой медицины, и на этом фоне началась дискуссия о необходимости консолидации частных клиник.

Некоммерческие объединения частных клиник стихийно создавались во многих регионах. По мнению директора екатеринбургского медицинского центра «Гармония» Валерия Хаютина, это связано с естественным желанием врачей обмениваться опытом, вместе решать внутренние проблемы.

Председатель правления Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения. Сергей Мисюлин предложил коллегам объединиться. Его организация создана некоммерческими партнерствами из Москвы, Ярославля и

Калининграда, сейчас в нее входят 19 региональных некоммерческих партнерств, объединяющих медицинские организации и индивидуальных предпринимателей, предоставляющих услуги в сфере здравоохранения в разных субъектах РФ.

Задача-максимум — добиться перехода отрасли от государственного регулирования через выдачу лицензий на модель саморегулирования. Союз и выступил с идеей проведения региональных конференций для того, чтобы заручиться поддержкой частных докторов в регионах и в конечном итоге предложить Минздраву новую модель.

По симптомам

Первое направление работы — санитарные нормы и правила. Частные клиники говорят о том, что СанПины разрабатывались много лет назад применительно к иной технологической базе и сейчас явно устарели. «Они избыточны. Государственный надзор направлен не столько на создание благоприятных условий для оказания медицинских услуг конкретному пациенту, сколько на бездумное исполнение нормативов», — считает Сергей Мисюлин. По мнению исполнительного директора первой саморегулируемой организации (СРО) в сфере оказания медуслуг (объединяет 45 юридических лиц) Сергея Лазарева, нормативно-правовая база здравоохранения разрабатывалась для государственных учреждений, поэтому просто не подходит для частной медицины: «Сейчас сегмент регулируется скорее не по нормативам, а по понятиям, что дает возможность органам надзора предвзято относиться к участникам рынка».

Другая тема, которая беспокоит менеджеров частных клиник, — новая схема финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС), заработавшая с этого года. По мнению руководителя проектов по взаимодействию с органами здравоохранения «СОГАЗ-Мед» Людмилы Романенко, она позволит повысить степень покрытия реальных расходов частных клиник, участвующих в государственной системе социальной защиты, с 25 до 70%. Это произойдет за счет расширения статей затрат, которые включили в тарифы ОМС. «Но цифры по-прежнему далеки от реальных рыночных расходов. Государственный заказчик услуги — фонд обязательного медицинского страхования — не может оплатить услугу по ее себестоимости, несмотря на то, что ежегодно повышает тарифы», — говорит директор по общим вопросам клиники «УГМК-Здоровье» Артур Воробьев. «Низкие тарифы создают неравные условия участия в программе, потому что государственные учреждения могут компенсировать выпадающие расходы за счет бюджетных средств, а частные — нет», — добавляет Валерий Хаютин. Именно поэтому, согласно данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, в системе ОМС работает всего 6% частных медицинских организаций.

Еще один барьер — запрет на участие частных больниц в оказании так называемой высокотехнологичной медицинской помощи (операции на открытом сердце, трансплантация органов и тканей, челюстно-лицевая хирургия и т.д.). Предприниматели уверены, что бюджетные средства на эти цели можно распределять на конкурсной основе между всеми медицинскими организациями вне зависимости от формы собственности и ведомственного подчинения. Для лоббирования законодательного решения таких проблем и нужно сильное общественное объединение.

Наконец владельцы недовольны системой контроля и надзора за их сегментом. Они считают, что требования к частным клиникам необоснованно завышены, процесс получения лицензий излишне бюрократизирован. Продление текущей лицензии,

получение дополнительной лицензии на новую медицинскую услугу, даже если она минимально отличается от уже оказываемых, требуют от клиники сбора большого количества документов, отнимают много времени и средств.

Год назад на Первом национальном конгрессе частных медицинских организаций в Москве впервые прозвучала идея перехода сегмента от системы государственного лицензирования медицинской деятельности медклиник к лицензированию профессиональной деятельности врачей. Для этого предлагается создать систему СРО, которые будут заниматься аттестацией врачей, разрабатывать систему профессиональных норм и правил, причем как в частных, так и государственных учреждениях. «Пока в нашей стране не будет создано Национальное медицинское объединение, здравоохранением будут управлять чиновники. Они не оказывают медицинскую помощь населению, зато активно ориентируют медработников, как проводить диагностику и лечить», — раздражается Сергей Мисюлин.

Не надо революций

Нельзя сказать, что предпринимательское сообщество встретило идею развития саморегулирования в отрасли на «ура», хотя сторонники и появились. Например, уважаемый в обществе глава Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль считает, что система самоуправления позволит отобрать у госорганов некоторые функции контроля, разработать собственные стандарты и следить за тем, чтобы все участники рынка находились в равном положении. Клиники некоторых регионов уже предприняли попытки создания СРО, в частности такие организации появились в Москве, Санкт-Петербурге, Челябинске и Уфе, в состав входит 180 юридических лиц. Идеологи новаций видят будущую законодательную конструкцию так. В случае отмены системы лицензирования, аккредитацией врачей займется Национальное медицинское объединение, контроль клиник возьмут на себя региональные СРО, вступление в которые должно стать обязательным. А за государством останется законодательная функция, распределение финансов и подготовка кадров.

Между тем среди менеджеров частных клиник в регионах много тех, кто не разделяет этого оптимизма. Артур Воробьев, например, уверен, что отрасль еще не созрела для фундаментальных изменений:

— Развитие саморегулирования — эволюционный процесс. Он должен проникать в нашу жизнь годами, десятилетиями. Необходимо, чтобы изменились психология и менталитет людей, а это быстро не происходит. Сегодняшние идеологи этого движения хотят революции. Это опасный путь, который может оказаться хуже, чем существующая, пусть и не очень эффективная система госрегулирования.

Само по себе движение в сторону обсуждения регуляторных проблем в медицине, безусловно, можно приветствовать, как и инициативы врачей в части организации этой дискуссии. Однако необдуманная ломка система опасна. Мы много лет внимательно следим за развитием системы саморегулирования в разных отраслях (к примеру, нотариальной, оценочной, аудиторской деятельности, строительстве) и видим, насколько сложно там идет создание правил, а главное — организация контроля за их выполнением. Не всегда удается выдержать баланс личных и цеховых интересов. В некоторых ситуациях государство вынуждено вмешиваться и возвращать назад часть функций, поскольку сами участники рынка не могут навести порядок. Вводить этот механизм контроля в отрасли, услуги которой связаны со здоровьем людей, без тщательного изучения инструментов и последствий, опасно вдвойне.

Источник: Эксперт-Урал