

ГОСУДАРСТВЕННОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Главный редактор

ЯКОБСОН Лев Ильич

Редакционная коллегия

АЛЕКСАНДРОВ Д. А.
АУЗАН А. А.
АФАНАСЬЕВ М. П.
БАРАБАШЕВ А. Г. (зам. главного редактора)
БАРЦИЦ И. Н.
ВУКОЛОВ В. Л.
ЗВЕРЕВА И. А. (зам. главного редактора)
КЛИМЕНКО А. В.
КОРДОНСКИЙ С. Г.
КОСАРЕВА Н. Б.
КРАСНОВ М. А.
НЕСТЕРЕНКО Т. Г.
ОБОЛОНСКИЙ А. В.
ПЛЮСНИН Ю. М.
ПЧЕЛИНЦЕВ С. В.
ПРОКОПОВ Ф. Т.
СИВИЦКИЙ В. А.
СУРИН А. В.
ТИХОМИРОВ Ю. А.
ШАМХАЛОВ Ф. И.
ШАРОВ А. В.
ЮЖАКОВ В. Н.

Международный консультативный совет

Р. САЛОМОН, США
ДЖ. СТРАУССМАН, США
Н. ПАРИСОН, Великобритания
М. БАРСЕЛАЙ, Великобритания
Я. СИНЬЮЙ, КНР
А. КЕМПБЕЛЛ, Великобритания
М. ПИРОГ, США
Е. ХЛИВИЦКАС, Литва

Учредитель: НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»

Позиция редакции может
не совпадать с мнением авторов.
Перепечатка материалов возможна
только по согласованию с редакцией.

Отв. секретарь: Захарова И. А.
Корректурa: Малеванная Е. А.
Верстка и дизайн: Медведева М. В.

Адрес редакции фактический:
109074, Россия,
Москва, Славянская пл., 4, ст. 2,
офис 103, НИУ ВШЭ
почтовый: 101000, Россия,
Москва, ул. Мясницкая, 20
НИУ ВШЭ
Тел.: (495) 624 06 39
Факс: (495) 624 06 39
Web-site: <http://vgmu.hse.ru>
E-mail: vgmu@hse.ru

Адрес издателя и распространителя,
фактический: 117230, Россия,
Москва, Варшавское шоссе, 44А,
Издательский дом НИУ ВШЭ
почтовый: 101000, Россия,
Москва, ул. Мясницкая, 20
НИУ ВШЭ
Тел.: (499) 611 15 08
E-mail: id@hse.ru

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

- ШАДРИНА Е.В.
ВИНОГРАДОВ Д.В.
Государственно-частное партнерство как форма
организации бизнеса 5
- МИНЧЕНКО О.С.
Теория и практика использования экспертизы в рамках
реализации контрольно-надзорных функций государства 20
- ГРУШИНА О.В.
Фонд накопительного жилищного страхования детей-
граждан РФ: возможный механизм формирования
федеральной и муниципальной инвестиционной
политики в сфере жилищного строительства 34
- ГОЛУБЕВА А.А.
ИШМАТОВА Д.Р.
Электронная демократия в России: формирование
традиции политической осведомленности и участия 50

МОНИТОРИНГ

- СТЫРИН Е.М.
ПЛАКСИН С.М.
Система государственных услуг как объект мониторинга
в Российской Федерации 66
- КАЛИНИН А.М.
КУДЕРКИН Д.А.
ХАРИТОНОВ М.М.
Ведомственные перечни государственных услуг (работ):
проблемы формирования и использования 84
- МЕРСИЯНОВА И.В.
ЯКИМЕЦ В.Н.
ПАХОМОВА Е.И.
Доверие граждан к деятельности государственных служащих 98

CASE STUDY

- КРАШЕНИННИКОВА Ю.А.
ЗУЕВА Е.Л.
ШУРАЛЕВА Е.В.
Опыт и перспективы стимулирования государством
развития частных врачебных практик в сельской местности
(некоторые итоги пермского эксперимента) 120

Крашенинникова Ю.А.

Зуева Е.Л.

Шуралева Е.В.

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВОМ РАЗВИТИЯ ЧАСТНЫХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПЕРМСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА)*

Аннотация

В статье представлен анализ промежуточных результатов пилотного проекта по развитию частного здравоохранения на уровне первичной медико-санитарной помощи, реализуемого в Пермском крае. На основании сравнения деятельности 12 частных врачебных практик выявлены основные риски выбранной модели и рассмотрены условия, при которых она могла бы оказаться эффективной.

Ключевые слова: врачи общей практики, государственная политика в сфере здравоохранения, частное здравоохранение.

* Статья написана по результатам исследовательского проекта «Частная медицина на селе: опыт Пермского края», выполненного при участии студентов НИУ ВШЭ – Пермь М.А. Ефремовой, С.Ю. Хомаева, М.А. Шишкиной, Д.Л. Сюзева, Н.С. Опарина и Ж.С. Федотовой. Проект реализован за счет средств пожертвования Фонда поддержки социальных исследований «Хамовники».

Допуск частных клиник к участию в выполнении государственного заказа на оказание медицинской помощи населению был одной из основных новаций Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Как показывают первые годы реализации данного положения, ей препятствуют низкие тарифы на оплату медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС)¹. Они делают участие в госзаказе непривлекательным для частных медицинских организаций, по крайней мере до 2013 г., когда намечен переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу за счет средств ОМС.

Препятствием к созданию конкурентной среды в сфере оказания медицинской помощи в России является и слабое развитие коммерческой медицины вне крупных городов. В сельской местности и в малых городах предпринимательство в здравоохранении ограничено в основном стоматологией и диагностикой, причем последнюю зачастую проводят приезжие специалисты [8]. Иными словами, государственным (муниципальным) учреждениям там конкурировать не с кем.

Вместе с тем идея развития частного предпринимательства на уровне первичной медико-санитарной помощи остается востребованной². По мнению участников экспертной группы по разработке «Стратегии-2020», «важным механизмом повышения эффективности системы здравоохранения является развитие конкуренции в оказании медицинской помощи за счет средств ОМС и бюджетного финансирования» [4, с. 408].

С 2008 г. в Пермском крае региональными властями реализуется пилотный проект, направленный на создание частных врачебных практик в первичном звене здравоохранения. В ходе социологического исследования, проведенного в январе–марте 2012 г. при поддержке благотворительного фонда «Хамовники», совместная группа проектно-учебной лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ и кафедры государственного и муниципального управления Пермского филиала НИУ ВШЭ попыталась оценить результативность внедрения подобной модели частного здравоохранения, преимущественно в сельской местности³.

В настоящей статье мы сопоставим данные обследованных 12 частных врачебных практик, чтобы определить факторы, влияющие на успешность эксперимента, выявим основные риски данной модели и, наконец, рассмотрим условия, при которых она могла бы оказаться эффективной.

* * *

Суть эксперимента состояла в следующем. Врачам муниципальных медицинских учреждений было предложено при поддержке властей создать собственную компанию, чтобы в новом качестве участвовать в выполнении госзаказа на оказание медицинской помощи. Помещения и необходимое оборудование они арендовали у муниципальных властей и медицинских учреждений. В соответствии с принципом фондодержания⁴ бюджет частных врачебных практик формируется из средств, поступающих в начале года из системы ОМС из расчета количества при-

крепленного населения и стоимости тарифа [5]. Помимо бесплатных медицинских услуг, входящих в программу государственных гарантий, частные врачи могут оказывать дополнительные платные услуги и в целом самостоятельно распоряжаться своим бюджетом. Дополнительной подстраховкой для врачей является возможность в случае неудачи вернуться на прежнее место работы.

Первоначально пилотный проект именовался «Создание бизнес-инкубатора в сфере здравоохранения» (2008–2009 гг.), и в нем предполагалось создание частных практик только врачей общей практики (ВОП) в сельской местности. К 2011 г. было создано 2 офиса ВОП и 10 сельских врачебных амбулаторий (СВА). В 2011 г. эксперимент изменился и получил свое нынешнее название: «Развитие частного здравоохранения в Пермском крае» [6]. К проекту присоединились еще 45 врачей, в том числе узкие специалисты (неврологи, стоматологи, кардиологи и др.), причем многие не из сельской местности, а из крупных городов.

Мы сравнивали деятельность 12 частных врачебных практик, созданных на первом этапе, по ряду параметров: особенностям врачебного участка; стартовым условиям и текущему состоянию их организаций; мотивации врача; отношению к проекту местных властей, руководства муниципальных медицинских учреждений и населения. Основные характеристики представлены в таблице, в которой показано, что существуют определенные зависимости благополучия врачей частной практики от стартовых условий, территории и т.д., но они не безусловны.

Сопоставление частных врачебных практик по различным параметрам

Частная практика	Начало работы	Территория / размер участка	Мотивация и отношение к бизнесу (+/-)	Финансовые показатели	Условия аренды	Отношение ЦРБ и властей	Отношение населения
1. Бичуринская СВА	2010 г.	Скорее депрессивная	Добровольно-принудительно (-)	±	Благоприятные	Полная поддержка	Нейтральное
2. Орлинская СВА	2010 г.	Скорее развивающаяся	Добровольно (+)	-	Неблагоприятные	Негативно	Нейтрально-негативное
3. Беляевская СВА	2010 г.	Скорее депрессивная	Добровольно-принудительно (-)	+	Максимально благоприятные	Полная поддержка	Нейтрально-негативное
4. Усть-Качкинская СВА	2009 г.	Скорее развивающаяся	Добровольно-принудительно (+)	±	Благоприятные	Нейтрально	Нейтрально-положительное
5. Рождественская СВА (Пермский р-н)	2009 г.	Скорее развивающаяся	Добровольно-принудительно (-)	-	Неблагоприятные	Нейтрально	Нейтрально-негативное

6. Рождественская СВА (Карагайский р-н)	2009 г.	Скорее депрессивная	Добровольно	Н.д.	Н.д.	Поддержка	Негативное
7. Офис ВОП, г. Оса	2009 г.	Город	Добровольно (~)	±	Благоприятные	Полная поддержка	Нейтрально-положительное
8. Офис ВОП, г. Кунгур	2010 г.	Город	Добровольно (+)	+	Максимально благоприятные	Поддержка	Нейтрально-негативное
9. Дивьянская СВА	2010 г.	Скорее развивающаяся	Добровольно (+)	±	Неблагоприятные	Нейтрально	Негативное
10. Ёвгинская СВА	2009 г.	Скорее депрессивная, 800	Добровольно-принудительно (-)	-	Неблагоприятные	Негативно	Нейтрально-негативное
11. Осинцевская СВА	2010 г.	Скорее депрессивная	Добровольно-принудительно (-)	+	Максимально благоприятные	Полная поддержка	Позитивное
12. Ленинская СВА	2010 г.	Скорее депрессивная	Добровольно-принудительно (-)	-	Неблагоприятные	Негативно	Нейтрально-негативное

Территория и размер врачебного участка

На условия работы частных врачей в системе ОМС влияют в основном четыре внешних фактора: экономико-географическое положение территории, состав и поведение населения, количество прикрепленных к участку пациентов и компактность участка, конкуренция с другими медицинскими учреждениями за пациентов.

Половину обследованных участков можно отнести к скорей депрессивным селам. Для них в той или иной степени характерны крайне низкие доходы жителей, небольшая доля работающего населения, плохая транспортная инфраструктура. Для частной врачебной практики это означает сокращение доходов из системы ОМС и невозможность платных услуг. Неработающим жителям (пенсионерам, алкоголикам) не нужны больничные листы, они предпочитают заниматься самолечением, и доктору может быть сложно набрать необходимое по плану число амбулаторных приемов. В то же время здоровье таких пациентов оставляет желать лучшего. Из-за многочисленных хронических заболеваний они нуждаются в более сложной медицинской помощи, чем та, которую им может оказать ВОП. При направлении таких пациентов в стационар или к узким специалистам частному ВОП в соответствии с принципом фондодержания приходится отдавать средства из своего бюджета.

К скорей развивающимся селам можно отнести территории, где из-за близости к крупному городу или наличия собственных производств больше работающего населения, выше доходы граждан, лучше транспортная доступность.

Для частного ВОП в этом есть и «минусы», и «плюсы». У больных здесь шире возможности получить медицинскую помощь, минуя своего участкового врача, и выше требования. Они готовы платить, но не своему доктору, а «городским» специалистам – в краевой больнице или частной клинике. Кроме того, здесь есть дачники, которых можно лечить платно. Однако врачи говорили, что помогают неприкрепленным пациентам в основном бесплатно и в нерабочее время.

Наконец, в городах явно существует спрос на платные медицинские услуги, и в целом среда для частной медицины более благоприятна. Однако здесь есть и конкуренция: работают другие медицинские учреждения, люди более требовательны к качеству услуг и могут выбирать, к какому врачу обратиться.

Что касается размера врачебного участка, то он также имеет существенное, но не определяющее значение. Чем выше численность прикрепленного населения, тем больше денежный фонд амбулатории. В более выигрышном положении оказались врачи с большими участками (Кунгур – 4000 человек, Усть-Качка – 1861 человек, Оса – 2000 человек). Наличие прикрепленных детей на участке предполагает дополнительное увеличение тарифа. Однако относительно небольшая численность прикрепленного населения в селе Осинцево (1300 человек) не помешала врачу добиться хороших результатов, в то время как врач из села Ленинск (2600 человек) вышла из проекта ввиду финансовых затруднений.

Различаются кейсы и по компактности участков. В Кунгуре, Осе, Усть-Качке, Дивье это один населенный пункт или его часть. Большинство же сельских врачебных участков охватывают несколько населенных пунктов в рамках одного сельского поселения. Такая раздробленность участка создает для врача определенные трудности: расходы на аренду автомобиля и бензин, дополнительное время на выезды к пациентам, риски конфликтов при распределении обязанностей между частным ВОП и муниципальными фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП) в других населенных пунктах одного сельского поселения.

Меньшее значение имеет фактор конкуренции за пациентов. Частное медицинское учреждение терапевтического профиля не является в населенном пункте единственным лишь в трех случаях. При этом реальную конкуренцию, которая побуждает частного врача улучшать качество своих услуг, можно наблюдать лишь в Усть-Качке. Там частная амбулатория выгодно отличается от муниципальной, обслуживающей соседний участок, уровнем сервиса (время приема – до 17.00, а не до 12.00, посетителям предлагаются бесплатные бахилы и т.д.). В Кунгуре и Осе угрозу перехода прикрепленных пациентов к другим врачам частные ВОП не воспринимают как проблему. По словам одного из них, *«у меня были 36 отъявленных несогласиенцев, ушли в город; я бы с удовольствием открепил еще 70, но они не открепляются»*.

Стартовые условия

Некоторые участники пилотного проекта вступили в него добровольно, часть – в «приказном порядке» в соответствии с «политической волей главврача». Иногда выбор определялся тем, что это был единственный доктор с квалификацией «врач общей практики» в районе.

Первыми свое дело создали пять врачей: на 2008 г. пришлось подготовительная работа по регистрации их организаций и получению лицензий, с 2009 г. они начали работать в системе ОМС. Те, кто вступил в проект на год позже, смогли просчитать риски на опыте своих предшественников. Их участие было более обоснованным, хотя и не у всех. После подсчета всех рисков некоторые потенциальные участники проекта от него отказывались. Так, в Суксунском районе проект прекратился из-за проблемы с помещением на этапе подготовки документов.

Среди стартовых условий перехода к частной практике большое значение имеет наличие подходящего помещения в населенном пункте. В основном частные организации создавались вместо существующей амбулатории или кабинета ВОП, однако в нескольких случаях они возникали на совершенно новой базе. Бывшие работодатели оказывали помощь участникам проекта в получении лицензии, в том числе центральные районные больницы (ЦРБ) выделяли средства на ремонт помещений. В ряде случаев здания уже были ранее приведены в соответствие с требованиями лицензирования, и именно поэтому размещавшиеся в них амбулатории пригласили участвовать в эксперименте.

Поддержка врачей со стороны краевого министерства здравоохранения в рамках пилотного «бизнес-инкубатора» включала оплату услуг консалтинговой фирмы, которая помогала частным врачам организовать свое дело. При соблюдении определенных условий врачам также предоставляли субсидии в размере до 100 тыс. руб. Большинство участников проекта, отмечая важность государственной поддержки, указывали и на проблемы, среди которых:

- некачественный консалтинг (использование типовых документов, которые не учитывали специфики частных медицинских учреждений; неграмотное заключение договоров аренды и т.д.);
- ограниченное время, в течение которого частным ВОП предоставляли услуги по внешнему бухгалтерскому сопровождению;
- ограничения при получении субсидии (ее не смогли получить те врачи, у которых затянулся процесс регистрации ООО и приобретения лицензии);
- недостаточная информационная и методическая поддержка, необходимая для начала новой управленческой деятельности (*«организаторы собрали нас в одном помещении и в течение пары часов рассказали общую информацию о проекте – вот и все обучение»*).

Мотивация врача и его отношение к бизнесу

Нашей первоначальной гипотезой было то, что участники проекта отличаются лидерскими качествами, склонностью к риску и стратегическим мышлением, а это необходимо для успешной предпринимательской деятельности. Однако данная гипотеза не подтвердилась, поскольку участие в пилотном проекте было для многих вынужденным. Нередко в интервью звучала мысль: *«Если бы я знал, что так все будет, ни за что не согласился бы»*. Вместе с тем стоит отметить, что такая позиция не мешает врачам демонстрировать чудеса трудового героизма. Руководитель одной амбулатории, попавшая в пилотный проект в «добровольно-принудительном порядке», была к моменту его начала беременна и вышла на работу уже на седьмой день после родов.

Среди врачей выделяется группа тех, кто в ходе интервью демонстрировал предпринимательские навыки и лидерские качества. Они оптимистично смотрят в будущее, строят планы развития бизнеса, ценят независимость от ЦРБ, даже если их текущее финансовое положение неблагоприятно.

Другая группа – врачи, так и не ставшие, по большому счету, предпринимателями. В основном они пессимистично оценивали ситуацию, ссылаясь на вынужденный характер участия в проекте. Примечательно, что среди них были как руководители организаций с действительно плохим финансовым положением, так и те, у кого ситуация более-менее благополучна. В основном они выражали недовольство возросшей бумажной работой, административной нагрузкой и финансовой ответственностью, с которой они, простые врачи, ранее не сталкивались.

Несмотря на звучащий в интервью пессимизм, большинство участников проекта заинтересованы в том, чтобы в нем остаться. Основным стимулом является зарплата, которая у всех ВОП увеличилась. Помимо финансовой мотивации в некоторых населенных пунктах врачам представляли жилье в качестве поощрения от администрации района.

В исследовании подтвердилось известное утверждение, что предпринимательская хватка редко сочетается с профессиональными качествами врача. Более того, можно говорить, что она не связана напрямую и со стремлением повысить уровень сервиса. Работа ВОП предпринимательского типа вызывала недовольство пациентов, причем жалобы были как на уровень квалификации, так и на невежливое обращение и введение новых неудобных правил.

Текущее состояние частных практик

Деятельность частных ВОП полностью подчинена стратегии выживания. Как минимум половина из них регулярно сталкиваются с финансовыми затруднениями. В четырех случаях они терпят серьезные убытки, а один из участников (ООО «Ленинская СВА») был вынужден выйти из пилотного проекта. Еще в четырех случаях положительный финансовый результат наблюдался в первое время, когда врачи располагали льготами и субсидиями, а также действовали более благоприятные условия распоряжения денежными средствами из фонда ОМС. Лишь трем врачам удалось наладить работу так, что финансовый результат оказался положительным, хоть и небольшим.

Если к концу года получается отрицательный финансовый результат, то он списывается страховыми компаниями. Это позволяет частным ВОП «держаться на плаву». Средства положительного финансового результата могут быть потрачены по усмотрению руководителя частной практики, например, на закупку нового оборудования, однако это оборудование нельзя использовать для оказания платных услуг.

По словам участников проекта, на экономические показатели влияют в первую очередь внешние факторы, не зависящие от эффективности работы самих врачей: стоимость тарифа ОМС, схема расчета финансового результата, объем муниципального заказа, объем налоговых платежей. Проблему «нищенского» тарифа ОМС отмечают все респонденты, много

претензий звучало и по поводу непредсказуемых изменений условий финансирования и налогообложения.

Отметим, что сама по себе система оплаты медицинских услуг через ОМС не располагает к работе на рыночных принципах. С одной стороны, есть план по количеству посещений, который необходимо выполнить под угрозой штрафных санкций, с другой – перевыполнение плана не оплачивается. В этой связи главный предмет для беспокойства частных врачей – «вилка» требований системы, в которую следует уложиться.

Среди расходов частных практик особое место занимает аренда. Вопрос ее стоимости неоднократно звучал в интервью с врачами как один из самых острых, хотя по факту аренда составляет незначительную часть расходов. Она воспринимается ВОП как фактор неравной конкуренции с муниципальными медицинскими учреждениями, у которых есть собственные помещения. Максимально благоприятна в этом плане ситуация в тех случаях, когда ставка аренды помещения является нулевой (Беляевка, Осинцево, Кунгур). Расходы здесь идут в основном на зарплату, налоги, содержание здания и транспорта, расчеты с другими медицинскими учреждениями. Любопытно, что положительный финансовый результат наблюдается именно в этих частных практиках. В группу с благоприятными условиями аренды мы отнесли кейсы с небольшой, иногда минимальной платой (около 10 тыс. руб. в месяц за помещение и оборудование). В пяти случаях ВОП вынуждены принимать невыгодные условия аренды (25–35 тыс. руб. в месяц).

В перспективе серьезную угрозу финансовому благополучию частных практик представляют проверки контролирующих служб, что связано с неважным состоянием арендуемых зданий, меняющимися стандартами безопасности и требованиями СанПиНов. В одной из амбулаторий, где проверка пожарной инспекции уже прошла, были выставлены предписания на сумму 150 тыс. руб., что вообще поставило под вопрос дальнейшее существование частной практики.

Что касается расчетов с другими медицинскими учреждениями, то лишь в двух случаях (Бичурино и Осинцево) ЦРБ бесплатно оказывает часть медицинских услуг, таких как рентгенологические и лабораторные исследования. В остальных случаях частные врачи вынуждены платить за своих пациентов. Ситуация осложняется тем, что они не всегда могут сделать это оперативно, и не каждое ЛПУ готово ждать, пока у частной амбулатории появятся деньги.

При схеме фондодержания у ВОП теоретически может возникнуть соблазн замкнуть все лечение на свою амбулаторию и не выписывать больным направления на консультацию к узким специалистам или в стационар. В интервью доктора заявляли, что «не экономят на пациентах», однако сами жители нередко указывали, что от врача трудно получить направление в районную поликлинику или на госпитализацию.

По сравнению с работой в статусе подразделения муниципального ЛПУ в частных амбулаториях изменилось немного. Из-за небольшой прибыли инвестиций в оборудование было сделано мало. Расширения спектра медицинских услуг не произошло, уклон в профилактическую работу у большинства участников проекта не наблюдается.

Платных услуг нет ни в одной из частных практик, даже в Кунгуре, где, казалось бы, население морально готово к этому, и средний уровень доходов выше. По словам кунгурского ВОП, он бы не прочь оказывать медицинскую помощь за деньги сверх «мэсов», но безвозмездная аренда помещения ему была предоставлена при условии отсутствия платных услуг. Другие врачи говорили о неплатежеспособности населения, нежелании «дискредитировать» образ земского врача, невозможности оказывать за плату те услуги, которые входят в программу госгарантий.

Отдельная проблема для частных ВОП – распространенное среди пациентов мнение, что сельский врач доступен круглосуточно. Как правило, ВОП не отказывают своим односельчанам в помощи во внеурочное время, однако видят в этом дополнительное, не оплачиваемое обременение. В особо затруднительном положении находятся те доктора, у которых в штате нет второго врача, заменяющего их в случае болезни или отпуска и позволяющего освободить больше времени для решения административно-организационных вопросов.

Кроме проблемы дефицита врачей частные врачебные практики в сельской местности сталкиваются с нехваткой бухгалтеров и юристов, знающих специфику работы с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми компаниями. В выигрыше оказываются те участники проекта, которые имеют управленческий опыт или возможность использовать кадровые ресурсы ЦРБ. В других случаях врачи привлекают на помощь родственников. Так, в одной сельской амбулатории бухучет «с нуля» освоил супруг руководителя СВА, работающий по совместительству ее водителем.

Еще одна кадровая проблема – отсутствие у среднего медицинского персонала мотивации работать по принципам коммерческих предприятий, в связи с чем иногда возникают конфликты. Нужно учитывать и то обстоятельство, что для большинства фельдшеров, медсестер, санитарок переход в ООО был принудительным. Их просто поставили перед фактом, что на их месте работы меняются форма собственности организации, условия трудоустройства и социальный пакет. Для сельской местности это более острая проблема, так как нет возможности сменить место работы.

Дополнительным поводом для недовольства сотрудников в большинстве случаев стало то, что, уйдя из муниципального учреждения, они потеряли льготы по стажу при выходе на пенсию и по оплате коммунальных услуг в сельской местности, а также «сельскую» надбавку к окладу в 25%. Отмена льгот воспринимается работниками как несправедливость, несмотря на то что в целом их зарплата выросла, а государственные надбавки к заработной плате из национального проекта «Здоровье» сохранились. В одном случае они пытались восстановить льготные пенсии через суд, но им было отказано.

Говоря об организации работы частных врачебных практик как формы малого бизнеса, нельзя не упомянуть особую бизнес-модель, сложившуюся в силу ряда обстоятельств в Осе. В ней разделены роли менеджера (директора), лечащего врача и собственника. Врач общей практики является наемным работником и не вникает в административные и финансовые вопросы. Такая модель, на наш взгляд, более устойчива, хотя она соответствует

традиционному типу частных медицинских учреждений, а не частнопрактикующих врачей-предпринимателей.

Позиция муниципальных властей и руководства ЦРБ

Очевидно, что при описанных условиях работы частных ВОП муниципальные медицинские учреждения и местные власти не просто являются заинтересованными сторонами в проекте. От их отношения к эксперименту зависят его успешность и даже реализуемость на конкретной территории.

Далеко не везде сам эксперимент воспринимается с энтузиазмом. Только в пяти районах нам говорили, что развитие частной врачебной практики в сельской местности – это перспективная идея, потому что «частная медицина приближена к реальной жизни, в отличие от муниципального здравоохранения, где никто ни за что не отвечает», «в таком случае появится личная заинтересованность», «повысится удовлетворенность населения». Большинство представителей власти и ЦРБ считают, что проект нужен и несет в себе хороший посыл, но акцентируют внимание на том, что у врачей нет опыта ведения своего дела. Кроме того, представители местных властей нередко вообще не считают правильным поддерживать частников и предоставлять им льготы.

Как уже было отмечено, основными формами поддержки частных врачей со стороны муниципальных властей и ЦРБ являются льготы по аренде помещения, оборудования, автомобиля, а также бесплатное выполнение каких-то медицинских услуг для пациентов. Представляется, что это зависит как от заинтересованности главврача ЦРБ в развитии частного проекта на своей территории, так и от личных отношений ВОП с властями. Максимально удачно в этом отношении дело обстоит в Осе, где главный врач ЦРБ курирует работу директора и врача частной практики, даже проверяет отчетность. Благоприятный режим для ВОП сложился в Кунгуре, Оханском, Кишертском и Бардымском районах. В ряде случаев участие властей сводится лишь к стартовой поддержке частных практик и невмешательству в их дела на текущем этапе, а взаимодействие частных ВОП с «материнским» медицинским учреждением – к оплате оказанных медицинских услуг и контролю качества. Кое-где присутствует и нежелание ЦРБ «делиться» пациентами и, следовательно, деньгами из системы ОМС с частными врачами. О скрытом сопротивлении главврачей как об одной из основных причин малого количества участников проекта говорили разработчики эксперимента в краевом минздраве.

Отношение населения

Общая негативная установка в отношении здравоохранения накладывает отпечаток и на восприятие населением своего доктора. Большинство опрошенных местных жителей, по их словам, к участковому ВОП обращаются только в случае вынужденной необходимости: если нужны больничный лист, справка для ребенка в детсад, направление в районную больницу. По возможности они обращаются в районную или городскую поликлинику, к платным специалистам, в аптеку за консультацией, занимаются самолечением.

Почти везде на старте проекта у жителей возникали опасения, что теперь им придется платить за медицинскую помощь. Кое-где это выливалось в публичные протесты: критические публикации в прессе, специальные сельские сходы и обращения к властям. Во многих случаях потребовалась специальная разъяснительная работа со стороны ЦРБ и муниципальных властей с выездами в поселения, проведением общих собраний и т.п. Помимо морального давления эти страхи наносили вред и материальному благополучию частных врачей, поскольку снижалась посещаемость. Через некоторое время, когда люди поняли, что кроме таблички на кабинете врача ничего не изменилось, волнения прекратились, и поток пациентов восстановился.

Положительную оценку участковому врачу пациенты давали чаще всего из-за его личностных качеств, негативные отзывы были связаны с сомнениями в профессионализме или случаями отказа в предоставлении услуг, а также с общим невнимательным отношением. На мнение односельчан влияет и обыкновенная зависть к любой частной инициативе. Участники проекта говорят, что среди населения *«бытует мнение: нам доверили деньги, и мы творим, что хотим»*, люди *«думают, что мы деньги лопатой гребем»*.

Практически нигде мы не услышали, что при переходе в частную форму собственности амбулатория стала работать эффективнее, качество обслуживания и лечения выросло. В лучшем случае пациенты полагают, что нет разницы. Исключение составляет Оса, но там это связано с открытием для частного ВОП отдельного офиса, ранее пациентам приходилось ходить в районную поликлинику.

В то же время местные жители охотно делились своими претензиями: трудно получить от врача направление в ЦРБ; доктор редко посещает отделенные населенные пункты на своем участке и выезжает на вызовы после завершения приема в амбулатории; введено ограничение времени приема (строго до 17.00); появилось больше формальных требований, таких как наличие страхового полиса или письменное согласие на медицинское вмешательство; сократился спектр медицинских услуг; в амбулаторию перестали приезжать на выездной прием узкие специалисты из ЦРБ.

В некоторых случаях причиной недовольства становятся неудобства для пациентов, в которых частные ВОП и не виноваты. Так, люди заинтересованы в том, чтобы им выписывали направления в наиболее удобную для них поликлинику/больницу, но ВОП не может сделать этого, поскольку у него заключен договор только с одной ЦРБ в соответствии с административно-территориальным устройством.

* * *

Суммируя результаты сравнения деятельности частных врачебных практик, можно выделить следующие факторы, влияющие на успешность реализации эксперимента. Лучшие перспективы вырисовываются у тех медицинских организаций, которые расположены на территориях с большой численностью населения, где преобладают работающие граждане, к участку прикреплены дети. Если это город, то выше шансы решить проблемы с кадрами, легче найти подходящее помещение, меньше расходы на содержание транспорта. Тесное сотрудничество

и личные связи с ЦРБ и местными властями значительно повышают шансы на выживание и развитие организации. Наличие квалифицированных бухгалтера и юриста во многом определяет стабильность финансового положения.

По результатам интервью с частными ВОП нам удалось составить своего рода рейтинг проблем, которые представляются им наиболее важными. На первом месте оказались упомянутые всеми низкие тарифы в системе ОМС. Вторым ключевым затруднением врачи считают потерю льгот, доступных сотрудникам муниципальных учреждений в сельской местности (8 респондентов). Далее названы в порядке убывания: трудности в ведении бухгалтерии и отчетной документации (8); дефицит кадров, большая загруженность имеющихся работников (6); непонимание и неприятие со стороны населения (5); проблема графика рабочего времени и отпусков (5); высокая стоимость аренды помещений, оборудования и автотранспорта (5); штрафные санкции по итогам проверок контрольных органов (3); сложности с ЦРБ: больницы не идут на уступки, не хотят сотрудничать, мешают работе (3); старые помещения и оборудование, арендуемое врачом, сложность в плане обслуживания (2); высокие налоги и отсутствие льгот по налогам (1).

Означает ли это, что в сельской глубинке идея частного здравоохранения, замещающего государственное, обречена на провал?

Многое зависит от личности самого врача, его желания и умения находить общий язык с пациентами. Например, врач общей практики из Кишертского района одна из немногих показывает хорошие финансовые результаты, работая на небольшом участке, где проживает малообеспеченное население. Кроме того, жизнеспособность проекта зависит от отношения к нему со стороны руководства муниципальных медицинских учреждений.

Отметим, что в пермском эксперименте нет четко установленных критериев его успешности. Формально неудавшимся на момент исследования считался лишь проект в Ленинске, где врач приняла решение ликвидировать свое частное предприятие и вернуться на работу в ЦРБ. Для самих врачей частной практики успешность определяется положительным финансовым результатом по итогам года.

На наш взгляд, промежуточные итоги пермского пилотного проекта подтверждают слабую жизнеспособность частных врачебных практик в сельской местности и свидетельствуют об ограниченности выбранной модели «бизнес-инкубатора». Предложенный пакет поддержки со стороны региональных и муниципальных властей очевидно недостаточен. Пока не достигнута и конечная цель эксперимента – улучшение качества медицинского обслуживания и здоровья населения. Возможно, его и не следует ожидать в связи с ограничениями и рисками, изначально заложенными в подобную модель медицинского предпринимательства. Формально став частниками, врачи подстраиваются под обстоятельства, которые вынуждают их действовать так, как если бы они не уходили из государственной системы здравоохранения. Среди этих обстоятельств – правила финансирования в системе ОМС, дефицит кадров, низкая платежеспособность пациентов, отсутствие конкуренции и т.д.

Однако даже при всех этих «минусах» у идеи государственной поддержки развития частной медицины на селе есть очевидный «плюс».

Для врачей предпринимательского склада, не боящихся управленческих трудностей, частная практика – это реальная возможность улучшить свое материальное положение.

Можно попытаться определить, что требуется для того, чтобы идея «бизнес-инкубатора» в сельском здравоохранении оказалась эффективной. При этом следует учитывать объективные ограничения, такие как требования федерального законодательства или базовые условия финансирования в системе ОМС. Очевидно, что их изменения, гипотетически наиболее желательные, слабо реализуемы.

1. Меры по укреплению финансовой стабильности частных врачебных практик.

Оптимальным для развития медицинского предпринимательства является повышение тарифа оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Однако это как раз та мера, которая не зависит от воли организаторов «бизнес-инкубатора». Впрочем, определенное увеличение тарифа возможно в рамках работы региональных согласительных комиссий по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС.

Необходимым видится снижение расходов на аренду помещений и оборудования. Принятие решения о нулевой или минимальной ставке аренды помещений является компетенцией собственников – органов местного самоуправления или органов управления здравоохранением субъекта РФ⁵. В конечном счете это решение зависит от политической воли, от желания местных властей.

В долгосрочной перспективе может быть рассмотрен вариант строительства и предоставления частным врачам в аренду зданий, в которых предусмотрено место и для офиса ВОП, и для проживания его семьи. Оптимально было бы предусмотреть право врача-арендатора выкупить этот дом.

Дополнительным предметом государственной поддержки должно стать стимулирование развития у частных ВОП платных медицинских услуг за рамками программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, что позволит увеличить базу их доходов. Речь идет о льготных кредитах или субсидиях на приобретение оборудования и расходных материалов, на обучение сотрудников для получения лицензии на дополнительную медицинскую деятельность.

2. Решение задачи повышения уровня квалификации врачей-предпринимателей и их мотивации.

Необходимо, с одной стороны, создать более строгие параметры отбора претендентов для участия в «бизнес-инкубаторе» (в том числе исключить любое принуждение), с другой – предложить более весомые стимулы для эффективной работы. Это предполагает:

- более тщательный отбор претендентов для участия в «бизнес-инкубаторе» с учетом особенностей территорий (национального состава, географического положения), а также личных качеств врачей;
- организацию дополнительных обучающих курсов по вопросам управления и экономики для ВОП, например включение их в программы повышения квалификации. Важно также с учетом новых лицензионных требований

к медицинским организациям [1] предоставить желающим частным врачам возможность бесплатно, но на конкурсной основе получить дополнительное профессиональное образование по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»⁶. Все это предполагает активное участие региональных медицинских вузов в развитии проекта;

- разработку критериев оценки деятельности частных врачебных практик, включая повышение удовлетворенности населения сельской медициной и доверия к врачу, и организацию мониторинга их работы помимо обычной экспертизы, проводимой страховыми компаниями;
- дополнительные стимулирующие (грантовые) программы для руководителей частных практик: предоставление лучшим руководителям, выявленным по результатам мониторинга, субсидий, льготных кредитов, бесплатных стажировок и т.д.

3. Решение кадровых проблем.

Решением проблемы дефицита квалифицированных сотрудников для управления частной медицинской организацией может стать создание единого консалтингового центра на региональном уровне, который бы в удаленном режиме оказывал юридические и бухгалтерские услуги для частных врачей. На сегодняшний день пермская модель «бизнес-инкубатора» предполагает такое сопровождение лишь на стартовом этапе, причем консалтинговая фирма отбирается краевым правительством по конкурсу. В случае создания единого центра он мог бы в дальнейшем оказывать услуги частным ВОП платно, при этом их стоимость была бы существенно ниже, чем расходы на зарплату отдельного специалиста в сельской амбулатории, а качество – более высоким.

Что касается отмены льгот медицинским работникам, проживающим в сельской местности, то эта проблема, на наш взгляд, отчасти является надуманной. Вместо нее стоит говорить о правовой незащищенности медиков в случае досрочного назначения трудовой пенсии по старости, поскольку данное право привязано лишь к стажу работы в сельской местности для определенных занятий (в том числе по охране здоровья населения). Соответствующее Постановление Правительства Российской Федерации [2] не содержит указания на форму собственности организаций, в которых работают врачи. А ранее существовавшее в Федеральном законе «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» положение о том, что данное право распространяется только на работников государственных и муниципальных учреждений, было признано неконституционным в специальном Постановлении Конституционного Суда РФ [3]. Другое дело – льготы на оплату коммунальных услуг, которые действительно распространяются только на сотрудников государственных и муниципальных учреждений. Они устанавливаются региональным законодательством⁷ и существуют не везде.

Приведенный перечень возможных мер, способных повысить эффективность «бизнес-инкубатора» в сельском здравоохранении и выживаемость частных врачебных практик, требует прежде всего дополнительного финансирования со стороны региональных властей на конкурсной основе.

С одной стороны, это ставит под вопрос саму целесообразность проекта: зачем государству делать ставку на малый бизнес, неспособный развиваться

самостоятельно? С другой стороны, такой «бизнес-инкубатор» может стать альтернативой социальным программам, с помощью которых государство пытается привлечь врачей в сельское здравоохранение (например, предоставляет молодым специалистам 1 млн руб. «подъемных»). А если мотивация частных ВОП действительно будет выше, чем муниципальных врачей, то это положительно скажется и на качестве оказываемой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности».
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2002 г. № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»» (с изменениями от 26 мая 2009 г.).
3. Постановление Конституционного суда Российской Федерации от 3 июня 2004 г. № 11-П по делу о проверке конституционности положений подпунктов 10, 11 и 12 пункта 1 статьи 28, пунктов 1 и 2 статьи 31 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».
4. «Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика»: Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. М., 2012.
5. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи при поэтапном переходе на одноканальное финансирование. ФФОМС, 2009.
6. Постановление Правительства Пермского края от 1 июля 2011 г. № 392-п «О реализации пилотного проекта «Развитие частного здравоохранения в Пермском крае»».
7. Головщинский К.И., Степанов И.М. Развитие сети общеврачебных практик Челябинской области на основе использования механизма государственно-частного партнерства. Препринт WP8/2011/05. Серия WP8. Государственное и муниципальное управление. М., 2011.
8. Кордонский С.Г., Плюснин Ю.М., Крашенинникова Ю.А. и др. Российская провинция и ее обитатели (опыт наблюдения и попытка описания) // Мир России: Социология, этнология. 2011. № 1.
9. Крашенинникова Ю.А. Частная медицина на селе: опыт Пермского края // Муниципальная Россия. 2012. № 4. С. 70–79.

ПРИМЕЧАНИЯ

1. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), в 2010 г. в системе ОМС насчитывалось 8162 медицинские организации, из них негосударственных медицинских организаций – только 618 (7,5%); в 2011 г. из 8252 организаций – 642. Источник: официальный сайт ФФОМС. URL: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2011/december/09122011/09122011>.
2. Можно упомянуть разработку модели негосударственных поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи в Челябинской области специалистами НИУ ВШЭ [7].
3. Были изучены 12 кейсов частных предприятий ВОП, созданных в 2008–2010 гг. и имеющих 2–3-летний опыт работы в новых условиях. Для сбора информации были использованы качественные методы: непосредственное наблюдение, глубинные экспертные интервью с самими участниками проекта и беседы с основными стейкхолдерами (представителями краевого министерства здравоохранения, руководства медицинских учреждений, руководства муниципалитетов; местными жителями). Всего было проведено более 80 интервью и бесед. Используемые в данной статье цитаты из них выделены курсивом. В сокращенном виде основные результаты исследования см.: [9].
4. Фондодержание – способ подушевого финансирования звена первичной медицинской помощи, при котором подушевой норматив включает дополнительные средства, превышающие расходы на собственную деятельность (т.е. туда закладываются средства не только на амбулаторно-поликлинический прием, но и на госпитализацию, консультации у узких специалистов, диагностические процедуры). За счет этих дополнительных средств производятся взаиморасчеты с другими медицинскими учреждениями за оказанные прикрепленным гражданам медицинские услуги по утвержденным тарифам [5].
5. В случае если переданные с 2012 г. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»» на региональный уровень полномочия по организации первичной медицинской помощи не были делегированы обратно муниципалитетам.
6. В Положении о лицензировании медицинской деятельности, принятом Правительством Российской Федерации в апреле 2012 г. [1], появилось новое лицензионное требование – наличие у руководителя медицинской организации дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».
7. В частности, в Пермском крае льготы предоставляются на основании Закона Пермского края от 30 ноября 2004 г. № 1845-395 «О социальной поддержке отдельных категорий граждан, работающих и проживающих в сельской местности и поселках городского типа (рабочих поселках), по оплате жилого помещения и коммунальных услуг».