

Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития

В российской системе здравоохранения сформировался частный сектор, уже конкурирующий с государственным и привлекающий часть платежеспособного спроса преимущественно среднего класса. Этот сектор пока практически не охвачен общественной системой финансирования здравоохранения. В зависимости от политики государства в отношении модернизации последнего частный сектор может и дальше развиваться как альтернативный государственному, но способен стать инструментом модернизации и органичной частью интегрированной системы российского здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, частные медицинские организации.
JEL: I11.

При обсуждении проблем российского здравоохранения особый интерес вызывает развитие частной медицины. Первые частные медицинские организации появились в новейшей истории России в начале 1990-х годов. Их число быстро росло, и в 2010 г. они составляли уже 13,0% общего количества амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений страны¹.

Этот сектор привлекает внимание исследователей², но имеющаяся информация о нем очень фрагментарна. Государственная статистика собирает данные по небольшому кругу показателей: число организаций, их мощность, численность работающих, заработная плата. Более подробную информацию содержат маркетинговые исследования³, но в соответствующих публикациях не описаны методология их проведения, характеристики выборок опрашиваемых респондентов и т. д., поэтому достоверность приводимых оценок вызывает сомнения.

Судя по данным Росстата⁴, роль частного сектора в системе здравоохранения пока весьма скромная:

Шишкин Сергей Владимирович (shishkin@hse.ru), д. э. н., научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ; *Потанчик Елена Георгиевна*, к. э. н., ведущий научный сотрудник Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ; *Селезнева Елена Владимировна*, аспирант НИУ ВШЭ (Москва).

¹ В 2010 г. общее число государственных и муниципальных медицинских учреждений, предоставляющих медицинские услуги, составляло 5705 больничных и 11 314 амбулаторно-поликлинических учреждений (включая 2147 самостоятельных поликлиник и 802 стоматологические поликлиники). В том же году было официально зарегистрировано 115 частных стационарных учреждений (2% их общего числа) и 2753 частных амбулаторно-поликлинических учреждений (24% их общего числа). При этом в число официально зарегистрированных частных учреждений здравоохранения не входят микропредприятия с численностью работающих менее 15 человек (Здравоохранение в России 2011: стат. сб. / Росстат. М., 2011. С. 134, 140).

² См., например: Ермакова, 2010; Кадыров, 2006; Левкевич, Рудлицкая, 2011; Паршина и др., 2009; Шишкин, Попович, 2009; Щербук и др., 2008.

³ См., например: РосБизнесКонсалтинг, 2010.

⁴ Здравоохранение в России 2011. С. 134, 140, 178.

— численность занятых в нем достигла в 2010 г. 4,5% всех занятых в отрасли;

— мощность частных амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс. посещений в смену) составила 4,0% мощности всех таких учреждений в стране;

— на коечный фонд в частных стационарах приходится лишь 0,3% общего коечного фонда.

Но частные медицинские организации концентрируются в крупных городах, и там их деятельность намного заметнее. Внимание к частной медицине усиливается и по причине высокой неудовлетворенности населения работой системы здравоохранения в целом⁵, и из-за активного обсуждения в экспертном сообществе перспектив ее дальнейшего развития. При этом нередко высказываются мнения, не опирающиеся на доказательную эмпирическую базу: частная медицина концентрируется в достаточно узком сегменте медицинских специальностей (стоматология, гинекология, урология и др.); ею пользуются в основном богатые люди; частные организации паразитируют на государственном секторе, используя его помещения, оборудование, врачей (работающие в частных клиниках врачи — по большей части совместители) и т. п.

Какую роль в системе оказания медицинской помощи играет сейчас частный сектор? Какие сегменты он занимает на рынке медицинских услуг? Кто выступает основным потребителем его услуг? Как этот сектор взаимодействует с государственной системой финансирования здравоохранения и государственными медицинскими учреждениями⁶? Каковы перспективы его развития, что может сделать частная медицина для модернизации системы здравоохранения?

Возможности проверить справедливость приведенных выше утверждений и ответить на поставленные вопросы, опираясь на широкую эмпирическую базу, появились в результате исследования частных медицинских организаций, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ. Предметом исследования выступают экономические характеристики частных медицинских организаций, в том числе: круг предоставляемых медицинских услуг; обслуживаемый контингент населения; используемые трудовые ресурсы и условия оплаты труда работников; состояние материально-технической базы; принципы финансирования и ценообразования на оказываемые услуги.

Эмпирическую базу исследования составляют данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)⁷ и данные обследования руководителей частных медицинских организаций, проведенного в сентябре—октябре 2011 г. АНО ИИЦ «Статистика России» по заказу НИУ ВШЭ. В выборку вошли 1063 частные медицинские организации в 41 субъекте РФ. Выборка почти сплошная для частных больничных учреждений⁸ — в ее составе 100 таких организаций (87%

⁵ См.: Савельев, 2012.

⁶ Здесь и далее для простоты мы будем использовать этот термин для обозначения учреждений, находящихся как в государственной, так и в муниципальной собственности.

⁷ www.hse.ru/rf/ms/.

⁸ Здесь и далее термины «амбулаторно-поликлиническое учреждение» и «больничное учреждение» используются как единицы учета, применяемые в государственной статистике, и обозначают типы основной деятельности организации, а не ее правовую форму.

всех частных больничных учреждений в России) — и репрезентирующая частные амбулаторно-поликлинические учреждения — ею охвачено 960 таких организаций (35% всех частных амбулаторных учреждений в России). Кроме того, использованы данные глубинных интервью с руководителями частных медицинских организаций в разных регионах страны, проведенные в 2009–2012 гг.

В России еще не проводились исследования в этой области, опирающиеся на подобную эмпирическую базу. Ниже будут рассмотрены наиболее интересные результаты анализа.

Позиционирование частного сектора в системе оказания медицинской помощи

Государственная статистика до сих пор не собирает данные об объеме деятельности частных медицинских организаций, о численности обслуженных ими пациентов. Судить об этом можно лишь по данным маркетинговых и социологических исследований.

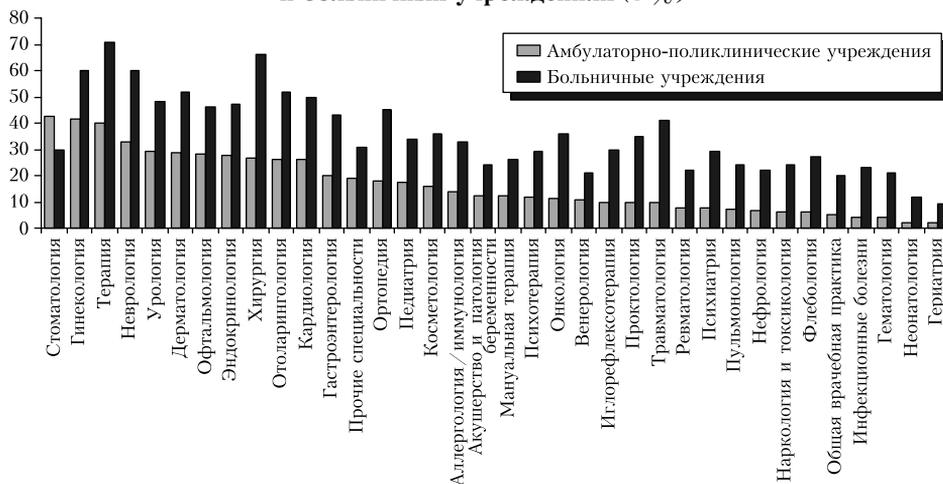
По данным РМЭЗ, доля выбравших частные организации составила в 2009 г. 6,3% от общего числа обратившихся за амбулаторно-поликлинической и 0,6% от числа обратившихся за стационарной помощью. Это несколько превышает данные Росстата о доле частного сектора в ресурсном потенциале системы здравоохранения, но указанные оценки не противоречат друг другу, учитывая, что сравниваются разные показатели — мощность учреждений и число их клиентов, а также невысокую численность респондентов в выборке РМЭЗ, пользовавшихся услугами частной медицины.

В каких сегментах рынка медицинских услуг представлены частные медицинские организации? Вопреки представлениям об узком спектре видов медицинской помощи, предоставляемых частной медициной, данные проведенного опроса говорят об ином. В частном секторе медицинскую помощь оказывают по большому числу профилей (см. рис. 1).

Действительно, наиболее распространенные профили — стоматология и гинекология: услуги по этим медицинским специальностям предоставляют соответственно 43,5 и 41,3% частных амбулаторно-поликлинических учреждений. Вместе с тем в частном секторе широко представлены и другие виды медицинской помощи. В то же время частные медицинские учреждения крайне редко предоставляют услуги скорой медицинской помощи: их оказывают лишь в 7% частных учреждений. В отличие от государственной системы здравоохранения в частном секторе довольно редко встречается такая услуга, как вызов врача к пациенту. Лишь чуть более $\frac{1}{3}$ руководителей частных медицинских учреждений отметили, что в их учреждении оказывается помощь на дому.

Треть (32,7%) частных амбулаторно-поликлинических учреждений оказывают медицинские услуги только одного профиля. В этой группе однопрофильных учреждений большинство (62,4%) составляют учреждения стоматологического профиля; следующие по численности подгруппы — учреждения офтальмологического (9,9%) и косметологического (5,7%) профилей. В большинстве частных медицинских организаций оказывают услуги по нескольким медицинским специальностям, но в каждой отдельной клинике их, как правило, немного: медианное значение числа профилей оказываемой помощи равно 3 для амбулаторно-

Распространенность профилей медицинской помощи, оказываемой в частных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях (в %)



Источник: здесь и далее, если не указано иное, данные опроса руководителей частных медицинских организаций, 2011 г.

Рис. 1

поликлинических и 11 — для больничных учреждений. Для сравнения: в обычной городской поликлинике предоставляется медицинская помощь по 15—20 профилям, а в поликлинике в столичных городах — по 20—25; примерно так же обстоит дело и в городских больницах.

Частные больничные учреждения, как правило, многопрофильные, но с небольшим числом коек. Средняя мощность обследованных частных стационаров составляет 29 коек. Частные стационары оказывают услуги по следующим основным профилям: терапия (71%), хирургия (66%), гинекология и неврология (по 60%), а также дерматология и отоларингология (по 52%). Медианное значение числа профилей медицинской помощи, предоставляемой в частных больничных учреждениях, составляет 11,0. В частном секторе отчетливо видна стратегия расширения видов оказываемой помощи: в 2010—2011 гг. в 24% частных медицинских организаций выросло число профилей, по которым они оказывают медицинскую помощь.

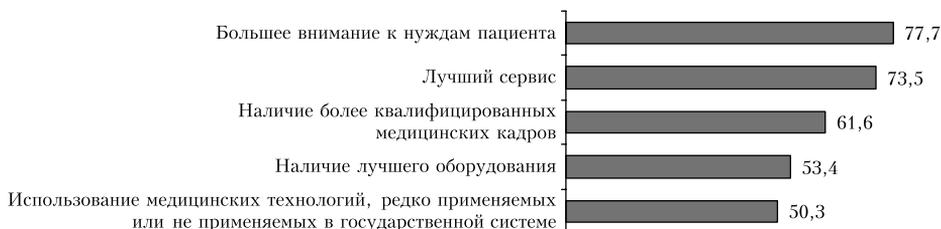
Итак, частный сектор в целом охватывает довольно широкий спектр видов медицинской помощи, но по сравнению с государственными медицинскими учреждениями в нем преобладают организации, специализирующиеся на небольшом числе видов помощи. Если теперь сравнить не профили, а конкретные виды медицинских услуг, оказываемых государственными и частными организациями, то, по оценкам руководителей частных организаций, в 75,5% из них оказывают медицинские услуги, предоставляемые в государственных учреждениях.

Вместе с тем в 1/4 частных медицинских организаций оказывают услуги, которые не предоставляются в государственных учреждениях, работающих на этой же территории. За исключением различных услуг в области косметологии, это, как правило, различные методы диагностики и лечения, основанные на новых медицинских технологиях:

например, гемосканирование, 3D компьютерная рентгенодиагностика, биорезонансная диагностика, генетические обследования, иммунодиагностика, криотерапия, ударно-волновая терапия и др.

Таким образом, в отношении состава предоставляемых медицинских услуг частное здравоохранение частично дополняет государственный сектор, предлагая другие виды медицинских услуг, но в основном оно замещает его, выступая в качестве альтернативы. В чем же тогда состоят преимущества частных организаций перед государственными? По оценкам руководителей частных клиник, на первом и втором местах оказались не медицинские характеристики предоставляемых услуг: большее внимание к потребностям пациентов и лучший сервис (см. рис. 2). Это также свидетельствует о преимущественно замещающем позиционировании частного сектора в системе здравоохранения.

Отличия оказываемых в частных медицинских организациях услуг от предоставляемых в государственной системе
(распределение ответов респондентов, %)



Примечание. Можно было давать несколько вариантов ответа.

Рис. 2

При этом руководители частных медицинских организаций довольно высоко оценивают уровень конкуренции с государственными учреждениями: 57% считают его средним или высоким. Но конкуренция между самими частными медицинскими организациями более сильная: 85% их руководителей считают этот уровень средним или высоким.

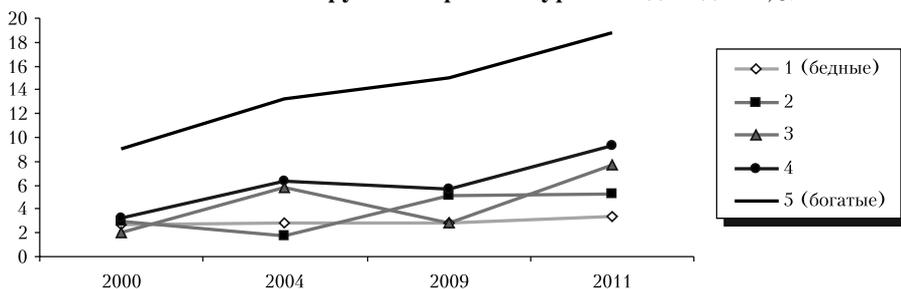
Какие группы населения обращаются в частный сектор

Среди пациентов частных медицинских учреждений представлены лица из всех доходных групп (см. рис. 3). Согласно данным РМЭЗ за 2011 г., доминирует, но не абсолютно преобладает, квинтильная группа с наивысшими доходами: к ней относится 43% клиентов частной медицины. Но заметим, что эта группа в выборке РМЭЗ представляет именно средний класс⁹.

Руководители частных медицинских организаций также считают основными потребителями их услуг представителей среднего класса: 92,9% респондентов ответили, что в их учреждения обращаются люди со средним уровнем дохода, и только 24,6% респондентов указали, что сре-

⁹ См.: Шаститко и др., 2008. С. 28.

Доля обратившихся в частные медицинские организации среди обратившихся за медицинской помощью, по квинтильным группам с разным уровнем дохода (в %)



Источник: данные РМЭЗ.

Рис. 3

ди их клиентов значимо представлены обеспеченные люди (см. рис. 4). При этом лишь 3,5% респондентов выделили последних как преобладающую группу их пациентов, не упомянув средний класс. Говоря о своей ценовой политике, 9% частных медицинских организаций указали, что они ориентируются на богатых людей, а 77% — на средний класс.

Обслуживаемые частными медицинскими учреждениями группы населения по уровню дохода (распределение ответов респондентов о том, какие группы населения представлены среди обратившихся за их услугами, %)

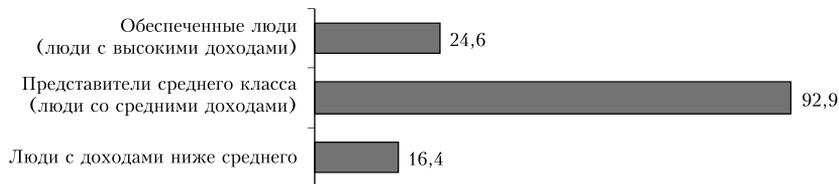


Рис. 4

Эти согласующиеся друг с другом оценки, полученные по данным двух разных исследований, дают важный результат: частный сектор в российском здравоохранении ориентирован преимущественно на средний класс, а не на богатых, как принято считать. Интересно, что среди пациентов частных клиник есть представители и бедных групп населения: 16% руководителей обследованных частных медучреждений указали, что среди их пациентов заметно представлены люди с доходами ниже среднего. Согласно данным РМЭЗ, граждане, относящиеся к первым двум квинтильным группам населения по уровню душевого дохода и обратившиеся в частные медицинские учреждения, — чаще всего жители больших городов (кроме столиц), не имеющие работы (и потому, вероятно, не имеющие полиса ОМС и возможностей получить бесплатную помощь в государственных учреждениях) и больные хроническими заболеваниями (которые, очевидно, обращаются в частные клиники из-за неудовлетворенности лечением в государственных учреждениях).

Кадры и оплата труда в частных медицинских организациях

В абсолютном большинстве частных медицинских организаций (93%) численность работающих менее 100 человек. Лишь в 1,6% организаций было занято больше 250 человек. Средняя численность работающих в одном учреждении составила 42 человека, в том числе 19 врачей и 13 человек среднего медицинского персонала (см. табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Средняя численность работающих в частных медицинских организациях по категориям занятых и видам организаций (человек)

Категория	Все частные медицинские организации	Амбулаторно- поликлинические учреждения	Больничные учреждения
Общая численность работников ЛПУ (включая врачей и средний медицинский персонал)	42,3	35,6	107,3
Численность врачей (работающих на полную ставку и совместителей)	18,7	16,3	41,5
Численность среднего медицинского персонала	13,1	10,4	38,9
Количество сотрудников среднего медицинского персонала на 1 врача	0,8	0,8	1,0

Особо отметим, что в частных медицинских учреждениях соотношение врачей и среднего медицинского персонала диаметрально противоположно сложившемуся в государственном секторе. Так, если в 2010 г. в государственной системе оказания медицинской помощи на одного врача приходилось 2,1 медсестры¹⁰, то в частной — в среднем 0,8. Чуть лучше соотношение этих категорий работников в стационарном секторе, где на одного врача приходится 1 медицинская сестра.

Такое соотношение численности занятых врачей и среднего медицинского персонала можно объяснить несколькими причинами. Во-первых, как было показано выше, лишь незначительная доля частных медицинских учреждений оказывает услуги на дому, а для государственных поликлиник это обязательно и требует, в частности, оказания услуг, которые должны предоставляться средним медицинским персоналом (инъекции, процедуры). Во-вторых, такое соотношение может отражать желание частных медицинских учреждений оказывать услуги более высокого качества по сравнению с государственным сектором, используя для этого врачей, а не средний медицинский персонал.

Насколько широко распространена практика использования в частной медицине на условиях совместительства врачей, имеющих основное место работы в государственных лечебно-профилактических

¹⁰ Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения: стат. сб. / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. М., 2011.

учреждениях? Частные клиники, действительно, нередко прибегают к этому: удельный вес врачей, работающих в таких организациях на условиях совместительства, составляет $\frac{1}{3}$ (32,6%). Но при этом $\frac{2}{3}$ персонала — штатные работники частных медицинских организаций. Таким образом, практика совместного с государственным сектором использования кадровых ресурсов хотя и существует, но не доминирует.

Можно ли сопоставить уровень квалификации врачей, работающих в государственных и частных медицинских организациях? Для проведения такого анализа пока доступен лишь один инструмент — сопоставление структуры работающих врачей по их квалификационным категориям.

В государственной системе здравоохранения удельный вес врачей высшей категории в два раза превышает аналогичный показатель в частной: соответственно 29 и 14%. Но это еще не свидетельствует о том, что уровень квалификации врачей в первой выше. Дело в том, что присвоение врачам квалификационных категорий однозначно увязано со стажем их работы, но по уровню профессиональных знаний и навыков различия между врачами высшей и первой категорий не столь велики. Между тем доля врачей, имеющих высшую или первую категорию, в частной системе намного выше, чем в государственной: соответственно 61 и 47% (см. табл. 2), а не имеющих профессиональной категории — в 1,5 раза меньше: соответственно 31 и 48%. Таким образом, частные медицинские организации привлекают на работу преимущественно опытных врачей, наивысшая квалификация которых еще официально не признана.

Т а б л и ц а 2

Распределение численности врачей по квалификационным категориям в государственной и частной системах здравоохранения (в %)

Имеют квалификационную категорию	Государственная система, 2010 г.*	Частная система, 2011 г.
Высшую	29	14
Первую	18	47
Вторую	5	8
Не имеют категории	48	31

* Здравоохранение в России 2011. С. 182.

По данным государственной статистики, средняя заработная плата работников здравоохранения составила в 2010 г. 15,7 тыс. руб. в месяц; в частных медицинских организациях она была на 17% выше — 18,3 тыс. руб.¹¹ Несколько неожиданным результатом обследования последних стало то, что $\frac{1}{3}$ из них (34%) используют схему оплаты труда работников, предусматривающую только постоянный оклад. Но остальные $\frac{2}{3}$ применяют более разнообразные схемы, чем государственные учреждения здравоохранения. Наиболее распространена схема оплаты труда, включающая помимо постоянного оклада выплату надбавок за объем и качество выполняемой работы — ее используют 42% частных организаций. Наличие стимулирующих надбавок к базовым окладам

¹¹ Здравоохранение в России 2011. С. 179.

характеризует и так называемую новую систему оплаты труда, которая внедряется в лечебно-профилактических учреждениях страны с 2008 г.

Но на этом сходство между государственной и частной системами здравоохранения заканчивается. В 28% частных организаций сотрудники получают помимо оклада премии, определяемые в виде доли от стоимостного объема оказанных услуг. В государственных учреждениях встречаются лишь стимулирующие надбавки за оказание платных медицинских услуг, но и в этих случаях не часто их напрямую привязывают к стоимости последних. В 11% частных организаций используют более сложные системы материального стимулирования, включающие оценку качества оказанных услуг и штрафы за некачественные услуги. В государственных медицинских учреждениях схемы оплаты труда со штрафами вообще не применяют. Таким образом, справедлив вывод о том, что в целом частные медицинские организации лучше мотивируют свой персонал к труду, чем государственные учреждения здравоохранения.

Материально-техническая база частных медицинских организаций

В большинстве случаев частные медицинские организации для осуществления своей деятельности арендуют помещения, причем вне пределов государственных учреждений здравоохранения. Лишь 13% частных медицинских организаций располагаются на арендованных площадях, принадлежащих государственной системе здравоохранения. Достаточно весомая доля — около $\frac{1}{3}$ частных организаций — располагается в помещениях, принадлежащих им на праве собственности (см. рис. 5).

Распределение частных медицинских организаций по принадлежности используемых ими зданий и помещений (в %)

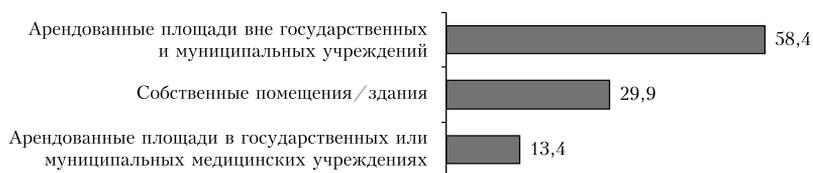


Рис. 5

Что касается медицинского оборудования, то частные медицинские организации также в минимальной степени задействуют ресурсы государственного сектора. Лишь 1% использует в основном оборудование государственных медицинских учреждений. Подавляющее большинство частных клиник (94%) применяют главным образом оборудование, закупленное за счет собственных или привлеченных средств и находящееся на балансе организации. Лишь 5% частных медицинских организаций в основном арендуют медицинское оборудование для обеспечения своей работы.

Таким образом, данные проведенного обследования опровергают распространенное мнение, что частные медицинские организации паразитируют на государственной системе здравоохранения, используя ее материально-техническую базу. С точки зрения имеющихся материальных ресурсов частная система здравоохранения не зависит от государственной.

Источники доходов частных медицинских организаций

Основным источником доходов частной системы здравоохранения выступают прямые платежи пациентов (см. рис. 6). В среднем их доля составляет 86% доходов частных медицинских организаций. Лишь половина из них получает средства от страховых компаний по добровольному медицинскому страхованию (только 10% доходов этих организаций).

Структура доходов частных медицинских учреждений (в %)

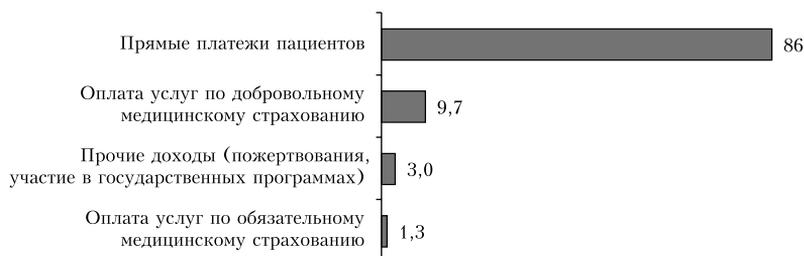


Рис. 6

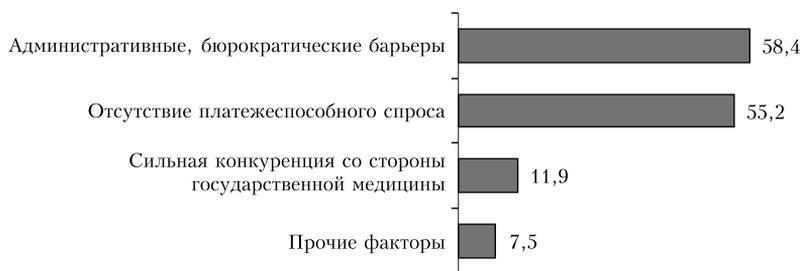
В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) участвует 6% обследованных частных организаций. В основном это городские учреждения, обслуживающие только детей. Заметим, что, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в системе ОМС в 2010 г. участвовало 618 негосударственных медицинских организаций¹², или 18,2% их общего числа. Но, сравнивая эти цифры, нужно принимать во внимание, что данные фонда относятся к негосударственным организациям, а в эту учетную категорию входят не только организации частной формы собственности, которые выступали объектом нашего исследования, но и бывшие ведомственные учреждения здравоохранения. Официальных данных об участии в ОМС организаций именно частной формы собственности нет. Поэтому, опираясь на результаты проведенного обследования, можно сделать вывод, что включенность частных медицинских организаций в систему ОМС пока минимальная.

¹² Об итогах первого года работы в условиях реализации нового закона // Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования. 2012. 14 марта. <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2012/march/14032012>.

Инвестиционная привлекательность частной медицины

Развитие частного сектора в здравоохранении зависит от его инвестиционной привлекательности. Среди факторов, ограничивающих ее, более половины руководителей частных медицинских организаций называют административные барьеры (см. рис. 7). Примерно с такой же частотой отмечают отсутствие достаточного платежеспособного спроса. Лишь немногие считают конкуренцию со стороны учреждений государственной системы здравоохранения фактором, сдерживающим развитие частного сектора (около 12%). Среди прочих сдерживающих факторов чаще всего указывают невысокую рентабельность и соответственно длительный срок окупаемости инвестиций.

Основные факторы, ограничивающие инвестиционную привлекательность здравоохранения для частных инвесторов (распределение ответов руководителей частных медицинских организаций, в %)



Примечание. Можно было дать несколько ответов.

Рис. 7

По оценкам руководителей частных медицинских организаций, наиболее быстро окупаются инвестиции в создание стоматологических учреждений: медиана оценки срока окупаемости составила немногим свыше 2 лет. Инвестиции в амбулаторную помощь, стационарную помощь терапевтических профилей и скорую помощь окупаются за 3 года, а в стационарную помощь хирургических профилей — за 3,7 года. Инвестиции в амбулаторную и стационарную помощь для детей окупаются дольше, чем в помощь для взрослого населения. Больше всего срок окупаемости инвестиций в создание педиатрического стационара — 4 года. Отметим, что эти значения меньше, чем сроки окупаемости инвестиций в объекты коммерческой недвижимости (торговые центры, офисы, склады, гостиницы), составляющие от 5 до 11 лет (Елекоева, 2011).

Ограничения развития частного сектора

В своем развитии частная медицина в России сталкивается с тремя основными видами ограничений (рассмотрим их последовательно, с учетом сложности преодоления):

— административные барьеры для осуществления медицинской деятельности;

- препятствия в реализации государственно-частного партнерства;
- неравные условия конкуренции с государственными учреждениями на рынке медицинских услуг.

Медицинская деятельность — это объект государственного лицензирования. Лицензии выдаются на определенный срок. Продление действующей лицензии, получение лицензий на дополнительные виды услуг, пусть даже минимально отличающиеся от уже оказываемых, требуют от медицинской организации сбора большого числа документов, затраты времени и средств. Серьезным тормозом в развитии частной медицинской деятельности нередко выступают устаревшие санитарные нормы и правила, которые разрабатывались и принимались много лет назад применительно к иной технологической базе и теперь зачастую избыточны в условиях использования новых технологий. Эти ограничения заставляют частные медицинские организации нести дополнительные издержки, но их нельзя считать непомерными. В свою очередь, государство может и должно оптимизировать лицензионные и другие регулятивные процедуры для содействия развитию новых видов медицинских услуг и более широкому внедрению новых медицинских технологий.

Более серьезные ограничения связаны с проблемами развития государственно-частного партнерства. Руководители многих частных медицинских организаций говорят о своей заинтересованности участвовать в системе ОМС. До недавнего времени главным препятствием на этом пути были не законодательные или административные запреты, а дизайн бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения. Государственные учреждения, участвующие в ОМС, получали финансовые средства по двум каналам: 1) из системы ОМС в виде оплаты по тарифам за объемы оказываемой медицинской помощи; 2) в виде субсидий из бюджета на содержание учреждений. Оплата медицинской помощи в системе ОМС производилась по тарифам, возмещающим лишь часть затрат на ее оказание (расходы на оплату труда с начислениями, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и питание больных). Очевидно, что участие в системе ОМС по таким усеченным тарифам для частных медицинских организаций было экономически невыгодным.

Тем не менее имеются примеры работы частных клиник в российской системе ОМС. Но в этих случаях региональные власти сами были заинтересованы в привлечении частных поставщиков определенных видов услуг и ради этого пересматривали тарифы и повышали их до экономически приемлемого уровня.

Так, в Санкт-Петербурге в 2009 г. был объявлен конкурс на привлечение частных организаций для оказания услуг по проведению гемодиализа, поскольку возможностей государственных учреждений для выполнения необходимого объема таких процедур для больных почечной недостаточностью не хватало. При этом в тариф на оплату процедур были включены расходы на коммунальные услуги, износ оборудования и др., которые для бюджетных учреждений покрывались субсидиями из городского бюджета. Для государственных учреждений продолжал действовать «неполный» тариф ОМС, а для частных организаций был установлен специальный тариф — на $\frac{1}{3}$ выше (Щербук и др., 2008).

Новый закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» предусматривает, что с 2013 г. финансирование медицинских организаций, участвующих в ОМС, станет одноканальным, и их работа будет оплачиваться по тарифам, включающим все виды расходов («полный» тариф). Таким образом, снимается главное экономическое препятствие для участия частных поставщиков медицинских услуг в системе ОМС.

Барьером на пути развития государственно-частного партнерства выступает запрет на участие частных медицинских организаций в оказании так называемой высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемой из государственных средств. Между тем имеются примеры, когда рыночные цены на отдельные виды такой помощи, оказываемой частными медицинскими организациями, были ниже тарифов, установленных государством¹³, и, следовательно, запрет на оплату выполнения таких услуг частными клиниками означает неэффективное использование государственных средств.

Сейчас высокотехнологичная медицинская помощь преимущественно финансируется государством из бюджетных средств. Новый закон об обязательном медицинском страховании предусматривает перевод с 2015 г. финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС. Можно ожидать, что это будет сопровождаться и снятием запретов на оказание таких услуг частными медицинскими организациями.

Среди факторов, сдерживающих участие частных организаций в ОМС, нужно отметить установленный срок заключения договоров на оказание медицинской помощи в системе ОМС — 1 год. Государственные учреждения здравоохранения обоснованно рассчитывают, что в следующем году они получают финансирование в размере не меньшем, чем в текущем году. У частных медицинских организаций, участвующих в ОМС, оснований для таких надежд гораздо меньше, и они должны учитывать риск не получить в следующем году заказ на оказание услуг в системе ОМС. Снижению таких рисков будет содействовать увеличение срока действия договоров до трех лет.

Препятствует широкому участию частных медицинских организаций в ОМС и сложная система отчетности, которую используют в государственных учреждениях и должны соблюдать частные организации при вхождении в ОМС. Большие объемы отчетности и затрат рабочего времени на ее составление демотивируют некоторые частные организации с точки зрения их участия в ОМС. По словам руководителя одной из частных клиник, «в ОМС я вошел, да потом еле ноги унес». Конечно, частные организации не могут оставаться вне системы государственного контроля за медицинской помощью и поэтому должны отчитываться о своей работе, но объемы этой отчетности, очевидно, избыточны, и их можно существенно сократить и для частных,

¹³ Например, тариф частной клиники в Санкт-Петербурге на коронарную ангиопластику со множественным стентированием коронарных артерий двумя и более стентами в 2011 г. составлял 160 тыс. руб., а государственные учреждения получали за такое лечение 180 тыс. руб.

и для государственных организаций без ущерба для эффективности контроля.

Помимо рассмотренных системных ограничений в ряде субъектов РФ частные медицинские организации столкнулись с ограничительной политикой региональных властей. В качестве условия получения частными амбулаторно-поликлиническими учреждениями заказа на оказание услуг в системе ОМС выдвигалось требование, чтобы каждая из них предоставляла такой же набор видов медицинской помощи, как и государственные поликлиники. Выше уже отмечалось, что для частных поставщиков медицинских услуг типична специализация на небольшом числе видов помощи, потому такое требование становилось для них непреодолимым препятствием.

В основе подобной ограничительной политики лежат опасения органов власти потерять контроль за деятельностью поставщиков медицинских услуг. Привычные административные методы контроля за руководителями государственных медицинских учреждений нельзя использовать в отношении руководителей частных медицинских организаций, а другие механизмы контроля не отработаны, требуют дополнительных усилий и издержек, поэтому чиновникам легче создать препятствия для вхождения в ОМС частных организаций, чем внедрять новые механизмы управления. Если федеральные органы предложат порядок установления для участников системы ОМС объемов медицинской помощи, которую они могут оказать в рамках системы, получив за это средства из нее, то местную «самодеятельность» в создании препятствий для участия в ОМС можно ограничить. Но риски снижения управляемости системой оказания медицинской помощи остаются; чтобы решить эту проблему, потребуется модернизировать механизмы государственного управления.

Наиболее серьезным ограничением для развития частного сектора в здравоохранении выступает конкуренция со стороны государственных медицинских учреждений в области платных услуг при недостаточно четкой спецификации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Государственные учреждения здравоохранения имеют возможность помимо бесплатных оказывать ряд услуг за плату. Четкого разграничения услуг, которые должны оказываться бесплатно, и предоставляемых за плату, нет. Как было показано выше, частные медицинские организации преимущественно предоставляют те же медицинские услуги, что и государственные учреждения. Частная система не столько дополняет государственную, сколько замещает некоторые ее услуги и, значит, конкурирует с ней по цене и по качеству.

Если для частных медицинских организаций основным источником доходов служит оплата услуг пациентами, то для государственных учреждений это лишь один из источников, поэтому они имеют экономическую возможность проводить демпинговую ценовую политику. Цены на услуги государственных медицинских учреждений должны утверждать органы власти, но эти учреждения самостоятельно проводят расчет затрат, включаемых в цену, и, по мнению руководителей частных медицинских организаций, во многих случаях сознательно

занижают соответствующие затраты, в частности на общехозяйственные расходы, оплату коммунальных услуг, износ оборудования, ремонт помещений и др., покрывая часть из них за счет средств, получаемых из бюджета на свое содержание. Отследить такие финансовые нарушения при нынешней системе учета достаточно сложно¹⁴. В итоге частные медицинские организации оказываются в более сложных экономических условиях, что сдерживает их развитие.

В отличие от других ослабить это ограничение гораздо сложнее. Проводимая в последние годы политика конкретизации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (приняты стандарты и порядки оказания медицинской помощи при заболеваниях, уточнены условия оказания платных медицинских услуг и т. п.) в сочетании с более жестким регулированием порядка расчета затрат при установлении цен на платные услуги государственных учреждений здравоохранения, конечно, может уменьшить различия в конкурентном положении государственных и частных медицинских организаций на рынке платных медицинских услуг. Но последовательное проведение такой политики потребует от государства значительных усилий. Кроме того, четко разграничить бесплатную и платную медицинскую помощь в длительной перспективе невозможно. Дело в том, что любое такое разграничение связано либо с неприемлемыми политическими издержками, связанными с пересмотром конституционной нормы о праве на бесплатную медицинскую помощь, либо с неприемлемыми экономическими издержками, связанными с необходимостью возмещать медицинским учреждениям выпадающие доходы в случае введения запрета на оказание платных услуг или существенного сужения их спектра.

Нужно также учитывать, что государство будет продолжать инвестировать в материальную базу медицинских учреждений, закупать для них оборудование, строить новые здания и т. д. Поэтому экономические преимущества государственных учреждений по сравнению с частными медицинскими организациями будут сохраняться и выступать фактором, ограничивающим возможности развития частного сектора.

Перспективы развития частного сектора

Главным потребителем услуг частных медицинских организаций выступает средний класс, и динамика его спроса на эти услуги — один из ключевых факторов дальнейшего развития данного сектора. По мере экономического роста и увеличения численности среднего класса масштабы частного сектора в здравоохранении будут расти. Но спрос на услуги частных медицинских организаций зависит не только от макроэкономических и социальных параметров. Перспективы развития частного сектора здравоохранения в большой степени определяет политика государства в области модернизации здравоохранения.

Если, как и прежде, такая политика будет сфокусирована в основном на модернизации материально-технической базы государственного

¹⁴ См.: Кадыров, 2006.

сектора, а изменения в организации здравоохранения, в содержании гарантий оказания бесплатной медицинской помощи будут медленными, то неудовлетворенность населения и прежде всего среднего класса качеством и доступностью медицинской помощи, оказываемой в государственных учреждениях, будет расти, несмотря на технологические улучшения. Средний класс станет предъявлять растущий спрос на услуги частного сектора, и его развитие будет носить замещающий характер по отношению к государственному. Но необходимость полностью оплачивать лечение за счет средств пациентов или их работодателей и сохранение рассмотренных выше экономических преимуществ государственных учреждений будут сдерживать темпы роста частного сектора. Значительные сегменты медицинской помощи останутся почти полностью в государственном секторе: профилактика заболеваний, скорая помощь, высокотехнологичные медицинские услуги.

При таком сценарии следует ожидать усиления социальной дифференциации системы здравоохранения: средний класс станет ориентироваться на частный сектор и приобретать в нем услуги более высокого качества за свой счет, а остальное население будет вынуждено получать в государственном секторе медицинскую помощь более низкого качества, причем ему придется доплачивать за часть услуг в кассу медицинских учреждений и непосредственно медицинским работникам. Это приведет к росту недовольства организацией здравоохранения со стороны и среднего класса, и остального населения.

Если государство будет проводить политику активных изменений в организации медицинской помощи, повышения эффективности использования совокупного ресурсного потенциала системы здравоохранения, развития новых форм участия населения в оплате медицинской помощи¹⁵, то при этом сценарии частный сектор может стать инструментом модернизации и органичной частью формирующейся интегрированной и эффективной системы здравоохранения. Важнейшим механизмом повышения эффективности системы здравоохранения выступает конкуренция в оказании медицинской помощи за счет средств ОМС и бюджетного финансирования. Последовательное проведение политики развития конкуренции будет способствовать увеличению масштабов деятельности частных медицинских организаций.

Важно расширить институциональные возможности для развивающегося среднего класса инвестировать собственные средства в укрепление здоровья, в получение медицинских услуг более высокого качества по сравнению с гарантируемыми государством на бесплатной основе. Интересам среднего класса будет отвечать введение механизма сооплаты услуг частных медицинских организаций из средств ОМС и пациентов. Такой механизм включает: предоставление гражданину права обращаться в частную медицинскую организацию для получения медицинской помощи, включенной в программу ОМС; оплату оказанной ему там медицинской помощи из средств ОМС по тарифам, действующим в этой системе; доплату пациентом разницы между тарифом частной организации и тарифом ОМС. Это станет

¹⁵ См.: Стратегия-2020 (2012).

сильным стимулом развития частного сектора в здравоохранении и повысит доступность для населения медицинской помощи более высокого качества, поскольку граждане будут оплачивать лишь часть стоимости услуг.

Еще одно перспективное направление повышения эффективности системы здравоохранения — привлечение частных управляющих компаний для модернизации работы государственных учреждений. Для этого можно передать некоторые мощности медицинских учреждений в долгосрочную аренду, концессию частным управляющим компаниям. Механизм концессии, предусматривающий возможность фиксировать обязательства концессионера в отношении видов осуществляемой деятельности, объемов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно за счет государственного финансирования, и т. п., позволяет исключить риски использования передаваемой материальной базы не по назначению, а также ухудшения условий доступа населения к бесплатной медицинской помощи. Передача объектов здравоохранения в концессию, не означая их приватизацию, будет способствовать развитию частного сектора.

В рассматриваемом сценарии частный сектор здравоохранения становится инструментом модернизации всей системы и будет развиваться активнее. Но такой путь связан с рисками роста затрат на здравоохранение и снижения доступности медицинской помощи для отдельных слоев населения, которые не смогут участвовать в ее оплате. Чтобы снизить эти риски, необходимо повышать прозрачность государственного финансирования здравоохранения, оптимизировать формы государственного контроля за оказанием медицинской помощи и расширять сферу публичной отчетности государственных и частных медицинских организаций. Важны также самоорганизация субъектов частного сектора, их участие в выработке рациональных форм контроля их деятельности, развитие институтов коллективной ответственности за выполнение обязательств перед государством и т. п.

* * *

Частный сектор российского здравоохранения уже составляет заметную конкуренцию государственному на рынках труда и услуг, привлекая часть платежеспособного спроса среднего класса. Вместе с тем рынок частных медицинских услуг развивается пока практически вне общественной системы финансирования здравоохранения при слабой интеграции с рынком добровольного медицинского страхования. Поэтому характер дальнейшего развития частной медицины и ее роль в системе здравоохранения будут во многом определяться политикой государства в области модернизации системы здравоохранения. При проведении активной политики, направленной на создание условий для включения частных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования, на развитие конкуренции между ее участниками, на внедрение новых форм участия населения в софинансировании оказания медицинской помощи, развитие частного

сектора может стать важным фактором повышения эффективности всей системы здравоохранения и доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения, прежде всего представителей среднего класса.

Список литературы

- Елекоева Т.* (2011). Выгодны ли сейчас инвестиции в коммерческую недвижимость? // Бюллетень недвижимости. 21 марта. www.bn.ru/articles/2011/03/21/81345.html. [Elekoeva T. (2011). Is It Now Profitable to Invest in Commercial Real Estate? // Byulleten Nedvizhimosti. March 21.]
- Ермакова С. Э.* (2010). Основные особенности российского рынка платных медицинских услуг // Вопросы экономики и права. № 12. С. 46–51. [Ermakova S. E. (2010). The Main Features of the Russian Market of Paid Medical Services // Voprosy Ekonomiki i Prava. No 12. P. 46–51.]
- Кадыров Ф. Н.* (2006). Проблемы развития рынка частных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. № 10. С. 61–65. [Kadyrov F. N. (2006). Problems of Development of Private Medical Services // Menedzher Zdravookhraneniya. No 10. P. 61–65.]
- Левкевич М. М., Рудлицкая Н. В.* (2011). Проблемы участия негосударственного сектора здравоохранения в программах обязательного медицинского страхования // Финансы. № 3. С. 126–133. [Levkevich M. M., Rudlitskaya N. V. (2011). Problems of Participation of the Health Care Private Sector in the Compulsory Health Insurance // Financy. No 3. P. 126–133.]
- Паршина О. В., Ефанова Е. В., Чернышкова М. А.* (2009). Основные проблемы развития частной системы здравоохранения // Вестник Воронежского государственного технического университета. № 9. С. 43–46. [Parshina O. V., Efanova E. V., Chernyshkova M. A. (2009). Main Problems of Private Health Care System // Vestnik Voronezhskogo Gosudarstvennogo Tekhnicheskogo Universiteta. No 9. P. 43–46.]
- РосБизнесКонсалтинг* (2010). Российский рынок частной медицины. Аналитический обзор. М. [RBC (2010). The Russian Market of Private Medicine: Analytical Review. Moscow.]
- Савельев О.* (2012). Отечественная система здравоохранения россиян не устраивает. Пресс-выпуск / Левада-Центр. www.levada.ru/15-10-2012/otechestvennaya-sistema-zdravookhraneniya-rossiyan-ne-ustraivaet. [Savelyev O. (2012). The National Health Care System Is not Good Enough for Russians. A Press Release / Levada Center.]
- Стратегия-2020* (2012). Новая модель роста — новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 года. <http://2020strategy.ru/data/2012/03/14/1214585998/1itog.pdf>. [Strategy-2020 (2012). The New Growth Model — a New Social Policy. The Final Report on the Results of the Expert Work on the Issues of Social and Economic Policy in Russia until 2020.]
- Шашитко А. Е., Авдашева С. Б., Овчинников М. А., Малева Т. М., Овчарова Л. Н.* (2008). Российские средние классы накануне и на пике экономического роста. М.: Экон-Информ. [Shastitko A. E., Avdasheva S. B., Ovchinnikov M. A., Maleva T. M., Ovcharova L. N. (2008). Russia's Middle Class before and at the Peak of Economic Growth. Moscow: Econ-Inform.]
- Шишкин С. В., Попович Л. Д.* (2009). Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения // Научные труды Института экономики переходного периода. № 125Р. М.: ИЭПП. [Shishkin S. V., Popovich L. D. (2009). Analysis of the Prospects of Private Financing of Health Care // Proceedings of the Institute for Economy in Transition. No 125R. Moscow: IET.]

Щербук Ю. А., Кадыров Ф. Н., Хайруллина И. С. (2008). Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. № 2. С. 4–12. [Shcherbuk Yu. A., Kadyrov F. N., Khairullina I. S. (2008). Problems of Interaction between the Public and Private Health Care // Menedzher Zdravookhraniya. No 2. P. 4–12.]

Private Health Care Sector in Russia: Present State and Development Prospects

Sergey Shishkin, Elena Potapchik, Elena Selezneva*

Authors affiliation: National Research University Higher School of Economics (Moscow, Russia). * Corresponding author, email: shishkin@hse.ru.

The private sector which has emerged in the Russian health care system has become a competitor to the public one and has pulled a part of effective demand of the middle class. It has developed out of the public health care financing system. Depending on the policy of the state towards modernization of health care, the private sector can continue to grow as an alternative to the public one, but it can be a tool of modernization and an organic part of an integrated health care system.

Keywords: health care, private health care providers.

JEL: I11.