

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: КОНКУРЕНТНАЯ МОДЕЛЬ

Олег ЧИРКУНОВ

кандидат экономических наук,
губернатор Пермского края

Ойковочиа • Полткка

OIKONOMIA • POLITIKA

В общественном сознании укоренилась мысль, что государство проводит преобразования в здравоохранении с целью экономии бюджетных средств. Эта мысль ошибочна. Государство действительно неэффективно расходует средства на выполнение своей функции — лечение людей. Но наряду с этим существующая бюджетная система позволяет расходовать минимум средств на здравоохранение. Реформа здравоохранения не только не сократит расходы, но и резко увеличит потребность в бюджетных ассигнованиях.

1. «Гениальная» система здравоохранения

Существующая в России система финансирования здравоохранения — поистине гениальна. В бюджете зафиксирована сумма, направляемая на медицину, и она является некой константой. Именно на эти деньги бюджетный сектор оказывает услуги населению. Поскольку это константа, то переменными величинами становятся объем и качество предоставляемых услуг.

Чем больше больных обратится за медицинской помощью к государству, тем дешевле будет каждая оказанная услуга. Иными словами, если в больницу придет сто человек, их вылечат. Если придет тысяча — помажут зеленкой. Если придет десять тысяч — их в лучшем случае выслушают.

Чем более низкого качества услуги предоставляет государство, тем меньше людей захотят лечиться за его счет. Жестко зафиксировав расходы на здравоохранение, государство тем самым влияет на снижение

качества и объема услуг. С точки зрения экономии бюджетных средств лучшую модель здравоохранения придумать невозможно.

Платой за эту модель становится неизбежная нерациональность расходования бюджетных средств. Государство соглашается с тем, что бюджетное здравоохранение нерационально «проест» часть денег. Когда в процессе участвуют трое — государство, бюджетная отрасль и пациент, — двое сговариваются и обманывают третьего. В нашей модели государство сговаривается с отраслью и каждый получает свою выгоду, обманывая пациента.

Под обманом мы понимаем не столько прямое воровство, которое неизбежно в любой бюджетной сфере, а отсутствие ориентации системы на потребителя, вызванное тем, что государство не заинтересовано и не в состоянии проконтролировать качество медицинской услуги, а пациент не имеет для этого никакой возможности.

2. Мировой опыт

Иная система здравоохранения сложилась в западных странах, где государство четко зафиксировало свои обязательства в сфере медицинской помощи, определило качество и перечень предоставляемых услуг. Перечень этот не остается неизменным. Современные достижения науки порождают все более эффективные и затратные методы лечения. Стандарты оказания медицинских услуг постоянно растут. Выбор того, какую услугу государство должно оказывать, а какую — нет, является политическим. А сфера здравоохранения наиболее привлекательна для популистских решений. Развитые государства берут на себя все больше обязательств, финансирование которых не всегда способны обеспечить.

Наряду с постоянным расширением перечня оказываемых государством услуг растет и спрос на них. Одна из причин повышения спроса — отсутствие у пациента мотивов разумного ограничения потребления медицинских услуг. Платит за услуги не он сам, а некое третье лицо — страховые организации либо государство.

Проблему усложняет изменение демографического состава населения: государствам все сложнее осуществлять платежи за пожилое население и инвалидов.

Во многих странах выражается обеспокоенность повышением расходов на здравоохранение, которые достигают уже 20—25% от общего объема расходов государственного бюджета. Появляются сомнения в том, сможет ли государство, сохраняя национальную экономику конкурентоспособной, выдержать эту растущую нагрузку.

Получается, что и этот вариант тупиковый. Так существует ли здесь выход или эта проблема здравоохранения является неразрешимой? И есть ли смысл реформировать российскую систему здравоохранения, которая не доставляет государству явных финансовых проблем?

3. Прагматичный подход

Скорее всего, исходить следует из реальной демографической ситуации. Тенденция к снижению численности населения трудоспособного возраста и к увеличению доли пенсионеров очевидна. Стимулирование роста рождаемости может принести плоды лишь в отдаленной перспективе, а в настоящее время оно только отягощает ситуацию. Все больше детей и стариков — и все меньше тех, кто может зарабатывать средства на свое и их содержание.

Когда рабочая сила становится дефицитом, общество уже не может допустить, чтобы люди умирали в трудоспособном возрасте. Более того — в интересах общества, чтобы все население этого «дефицитного» возраста стало рабочей силой. Система образования должна обеспечить необходимую квалификацию, а здравоохранение — сохранить трудоспособность. При этом государству не следует брать на себя обязательства, которые разбалансируют бюджет в долгосрочной перспективе.

Именно этот прагматичный подход подталкивает государство к проведению затратной реформы.

4. Конкурентная модель здравоохранения

Первая развилка в вопросе о предпочтительной системе здравоохранения поджидает нас в самом начале. Централизация или децентрализация? Государство или рынок?

В существующей модели нашего здравоохранения бюджетные медицинские учреждения финансируются в соответствии со сметным принципом. Иными словами, доходная часть больницы формируется «сверху», и именно за эти доходы, получаемые из бюджета, разворачивается конкурентная борьба. Когда больница получила свои деньги, появляется экономическая заинтересованность сохранить их, сокращая расходную часть — затраты на обслуживание больных. Пациенты больнице не нужны. Чем их будет меньше, тем меньше ее расходная часть.

Возможны различные варианты решения этой проблемы: сложные методы расчета сметы, подушевое финансирование, плата за посещение, но все перечисленное является лишь суррогатом рыночного механизма. Для того чтобы больной стал доходной частью и объектом конкуренции между медицинскими учреждениями, лучше всего подходит рыночное решение: нужно разместить заказ на рынке, отдавая предпочтение частному сектору.

Необходимо взять из западного опыта конкурентную модель, обеспечивающую эффективность расходования бюджетных средств, а из собственной системы — механизм ограничения потребностей, финансовых расходов.

5. Практические шаги

Одноканальная система финансирования и размещение заказов на рынке

Ставшая объектом реформирования двухканальная схема движения финансовых потоков в здравоохранении невероятно сложна и запутанна. Лечебное учреждение финансировалось из двух источников. По пяти статьям затрат (заработная плата, начисления, мягкий инвентарь, питание и медикаменты) — из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), а по всем остальным — из местных бюджетов.

Пока муниципалитет и Фонд ОМС совместно покрывали расходную часть смет лечебных учреждений, не могло и речи идти о формировании заказа, покупке медицинской услуги, нацеленности на результат. Отсутствие единого заказчика и соответственно источника финансирования не позволяло анализировать эффективность работы лечебных учреждений в целом, оставляло интересы пациента абсолютно не защищенными и не допускало участия бизнеса в оказании бесплатной медицинской помощи населению.

Для того чтобы стать покупателем конкретной медицинской услуги, государство должно было сконцентрировать финансовый ресурс и наиболее эффективно разместить заказ в бюджетных учреждениях или на рынке.

С января 2007 года Пермский край в числе прочих регионов реализует федеральный пилотный проект по внедрению одноканальной системы финансирования здравоохранения. Оплата медицинской помощи в данной системе предполагает финансирование лечебных учреждений за выполненные объемы медицинской помощи по тарифам, включающим все виды затрат, кроме расходов на капитальный ремонт.

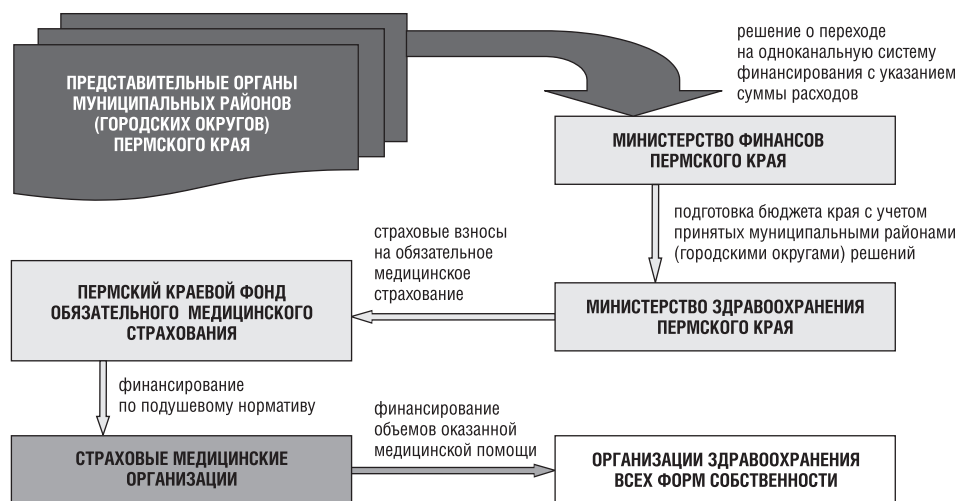


Рис. 1. Схема перевода системы здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование

В Пермском крае муниципалитетам было предложено добровольно, решениями своих представительных органов передать на уровень края денежные средства, которые запланированы в их бюджетах на оплату расходов учреждений здравоохранения. Мотивом такого решения было право на участие в региональном проекте по приведению в нормативное состояние учреждений здравоохранения. Фактически дополнительное финансирование стимулировало муниципалитеты принять участие в реформе. Реформу не навязывали, а покупали. В результате 47 из 48 муниципалитетов такое решение приняли. Деньги поступили в краевой бюджет и в виде дополнительного платежа за неработающее население были перенаправлены в Фонд ОМС.

Когда в системе обязательного медицинского страхования был аккумулирован весь ресурс, используемый в крае на оказание медицинской помощи, то его, в зависимости от числа застрахованных, распределили по страховым компаниям. Страховые медицинские организации, в свою очередь, оплатили лечебным учреждениям *реально выполненные* объемы медицинской помощи. Одновременно была внедрена система персонифицированного учета оказанных услуг. В результате лечебные учреждения не смогли подтвердить около 20% заявленных объемов медицинской помощи. На счетах страховых фирм скопилось 350 млн руб., на которые поликлиники не могли представить должного обоснования. Это означает, что ранее бюджетные учреждения здравоохранения приписывали существенный объем оказанных услуг.

Создание конкурентной модели здравоохранения требует привлечения к выполнению бюджетного заказа предприятий всех форм собственности. Чтобы получение государственного заказа стало привлекательным для них, потребовалось увеличить норматив затрат на обязательное медицинское страхование. Из средств краевого бюджета был профинансирован дефицит региональной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в размере 1 млрд руб.

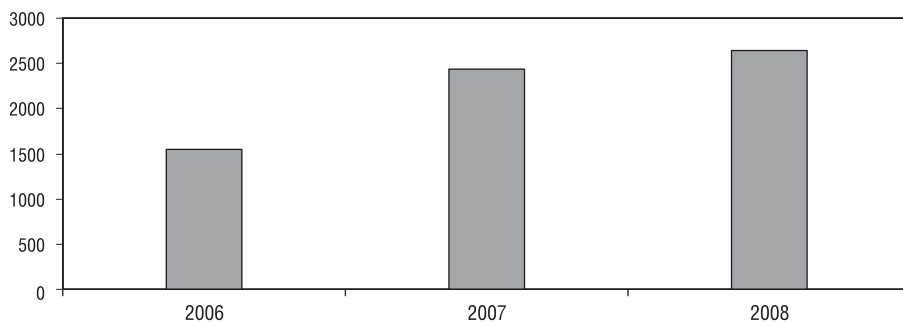


Рис. 2. Норматив затрат на обязательное медицинское страхование в расчете на одного неработающего жителя (руб. в год)

Переход на одноканальное финансирование и увеличение тарифа позволили в 2007 году провести конкурс по размещению на рынке государственного заказа на оказание медицинских услуг. Предприятия всех форм собственности получили возможность оказывать медицинские услуги населению в рамках программы госгарантий. Оценка и сопоставление участников конкурса осуществлялись по критериям кадрового потенциала, технической оснащенности, диапазона применяемых методов диагностики и лечения.

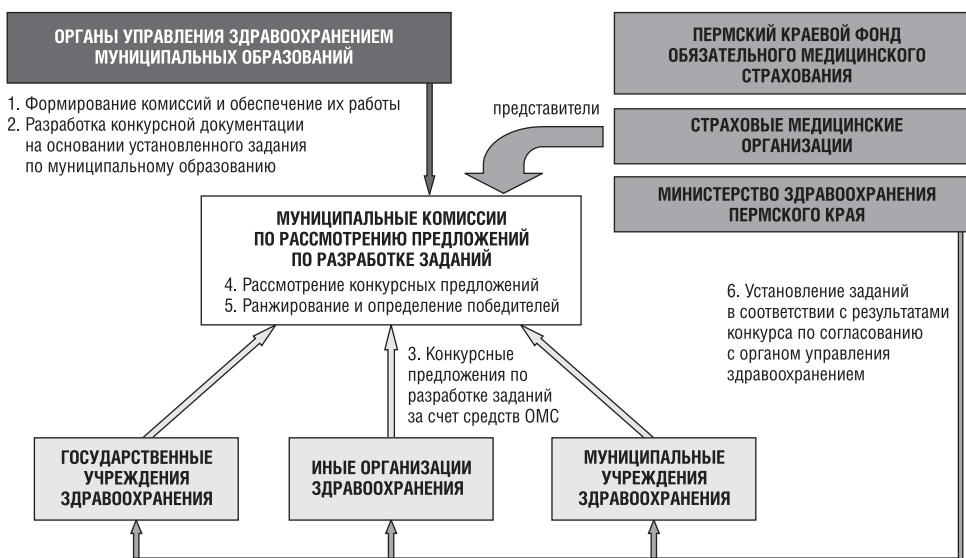


Рис. 3. Порядок проведения конкурса медицинских организаций при установлении заданий за счет средств обязательного медицинского страхования

Общий объем размещаемого через конкурсный отбор задания в 2007 году составил 6 831,6 млн руб. На конкурсе, проведенном в 2008 году, эта сумма возросла до 7 526 млн руб. При рассмотрении заявок на участие в конкурсе на 2008 год были получены следующие результаты (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Соотношение объема заявок и плановых объемов медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Плановые объемы медицинской помощи, выставленные на конкурсный отбор (посещения, койко-дни, пациенто-дни)	Заявки медицинских организаций, участвующих в конкурсном отборе (посещения, койко-дни, пациенто-дни)	Соотношение объема заявок медицинских организаций и плановых объемов медицинской помощи (%)
Амбулаторно-поликлиническая помощь	8 375 123	10 841 693	129,5
Стационарная помощь	473 454	503 382	106,3
Медицинская помощь в дневных стационарах	1 915 944	2 265 094	118,2

Помимо муниципальных учреждений здравоохранения заявки на участие в конкурсном отборе подали 19 медицинских организаций немуниципальной формы собственности. Информация о доле их заявок в общем объеме медицинской помощи и объеме размещенного задания представлена в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

Доля заявок медицинских организаций немуниципальной формы собственности и объем размещенного заказа (%)

Вид медицинской помощи	Доля заявок	Объем заказа
Амбулаторно-поликлиническая помощь	23,6	10,2
Стационарная помощь	11,0	9,5
Медицинская помощь в дневных стационарах	10,7	7,0

В целом предложение превысило объем размещаемого заказа примерно на 15%. Другими словами, появилась возможность передать заказ предприятиям иных форм собственности, сократив муниципальные мощности.

К сожалению, системе здравоохранения не хватило воли и решимости пойти по наиболее жесткому пути, то есть по пути полного сокращения излишних мощностей. Конкурс стал просто зондажем рынка, проверкой обоснованности тарифов, отработкой механизма функционирования системы. В немуниципальных формах собственности был размещен заказ, который не был обеспечен муниципальными мощностями. Например, при дефиците муниципальных врачей-офтальмологов этот заказ был размещен в коммерческих структурах.

Предполагается, что в дальнейшем по направлениям, куда «пришел» бизнес, муниципальные мощности будут сокращены директивно. Более того, в стоматологии пациенты получают право выбора места обслуживания среди претендентов, прошедших конкурсный отбор. Таким образом, будет создана конкуренция медицинских учреждений за пациента.

Аутсорсинг бюджетных учреждений

Власть не должна производить медицинские услуги, она должна покупать их на рынке для населения. Кроме того, возможно размещение в рыночном

секторе отдельных, в первую очередь не свойственных медицинским учреждениям функций, — аутсорсинг. Медицинским учреждениям нет смысла заниматься, например, приготовлением пищи, за них это успешно сделает бизнес. На рынке могут и должны быть размещены и чисто медицинские услуги, связанные с использованием сложной и дорогой медицинской техники.

Опыт работы по этой схеме в Пермском крае в течение последних двух лет говорит о том, что это не просто теоретические рассуждения, а реальность.

Система аутсорсинга не только позволяет снизить стоимость услуг и существенно повысить их качество, но также способствует обновлению государственного и муниципального оборудования, используемого частной структурой на условиях аренды для оказания услуг, сокращает нагрузки на административно-управленческий персонал. В ряде случаев уменьшается количество потребляемых услуг, например транспортных, или услуг по проведению лабораторных исследований. При оказании услуг ненадлежащего качества у государственного учреждения здравоохранения всегда есть право либо применить штрафные санкции, либо расторгнуть государственный контракт. Адекватная оценка государственными учреждениями услуг, оказываемых ими самими, представляется маловероятной: очень сложно оценивать себя объективно.

Выход услуг на аутсорсинг проводился постепенно. Учреждения здравоохранения самостоятельно инициировали этот процесс. В дальнейшем заявки по размещению государственного заказа консолидировались краевым Министерством от всех государственных лечебных учреждений.

В государственных учреждениях здравоохранения был проведен анализ услуг, сопутствующих основной цели деятельности и подлежащих размещению на конкурсной основе, а также анализ эффективности использования государственного имущества (оборудования, зданий и помещений). В ряде случаев в качестве «пилотных» выбирались два-три учреждения, в которых производилась отработка технологии размещения заказа на ту или иную услугу.

Расчет стоимости услуг был произведен путем суммирования расходов бюджетного учреждения при самостоятельном оказании этих услуг. Чаще всего полученной суммы хватало для приобретения услуг в негосударственном секторе. В ряде случаев, например при размещении заказа на оказание транспортных услуг, из краевого бюджета были разово выделены дополнительные средства с учетом стоимости этих услуг в негосударственном секторе.

В 2008 году в пермских учреждениях здравоохранения проведены конкурсы на оказание услуг по техническому обслуживанию медицинской техники, по стирке белья, охранных услуг, услуг по диетологии, транспортных услуг,

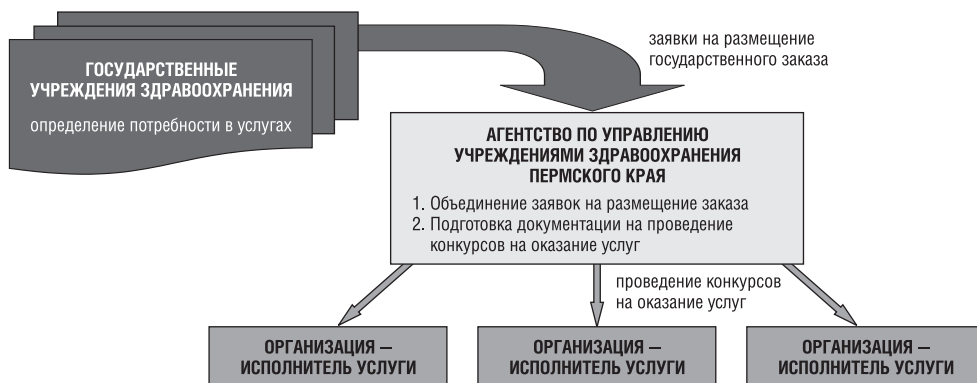


Рис. 4. Порядок размещения заказа

услуг по сбору, обезвреживанию, транспортировке и размещению медицинских отходов, услуг по проведению лабораторных исследований, услуг по проведению медицинских исследований — магнитно-резонансной томографии, услуг по выполнению полетов, связанных с оказанием медицинской помощи населению, приобретение экстреморальных лекарственных средств (функции внутрибольничной аптеки). Объем ежегодно размещаемого заказа составил в 2006 году 169 558 тыс. руб., в 2007 году — 273 022,4 тыс. руб., в 2008 году — 376 726 тыс. руб.

Общая экономия средств при проведении конкурсов на 2007 год по размещению заказа на оказание услуг государственным учреждениям здравоохранения составила 9 618,9 тыс. руб., или 5,1% от начальной цены контракта (цены лота). Наибольшая экономия средств сложилась при размещении государственного заказа на оказание услуг по проведению лабораторных исследований.

Главной проблемой при размещении государственного заказа на оказание услуг является необходимость ежегодного проведения конкурсных процедур, так как в соответствии с Бюджетным кодексом РФ государственный контракт заключается только в рамках одного финансового года. Это накладывает ограничения на участников размещения заказа, не стимулируя инвестиции в отрасль. Помимо этого в случае ежегодной смены исполнителя услуги необходимо заново перестраивать работу и производить приемку и передачу имущества при заключении договора аренды.

6. Разделение заказчика и подрядчика. Модель фондодержания

Приняв решение в пользу децентрализованной системы здравоохранения, мы оказываемся перед второй развилкой. Модель, при которой пациент платит за себя сам, будет социально несправедливой и не решит задачи повышения здоровья нации. Модель, когда за пациента платит третья сторона — страховая компания или государство, стимулирует необоснованно завышенный спрос на услугу и как результат — ее дефицит.

Когда мы говорим о рыночной модели, то подразумеваем, что она является рыночной, то есть конкурентной, для тех, кто оказывает услуги. Для пациента она никогда не будет рыночной. Большую часть платежа за него всегда будет осуществлять третья сторона — государство или страховая компания. Как ограничить при этом необоснованный спрос на услугу?

В этой части мы должны сохранить нашу «гениальную» модель финансирования. Кто-то, страховая компания или врач общей практики, в зависимости от выбранной модели, должен получить фиксированную сумму за пациента, консолидировать все эти платежи и быть заинтересованным в максимальной экономии полученного ресурса. При этом конкуренция будет вынуждать оказывать на эти средства наилучшую для клиента услугу. Если клиент не будет удовлетворен, то он уйдет, причем уйдет вместе с деньгами, к более успешному конкуренту. Это справедливая модель. У пациента есть выбор.

Иными словами, модель фондодержания подразумевает перечисление средств согласно подушевому нормативу в страховые медицинские организации, откуда финансирование поступает в поликлиники или врачу общей практики, также согласно подушевому нормативу в соответствии с количеством прикрепленного населения. Стационары получают оплату за выполненные объемы медицинской помощи по стоимости койко-дня с учетом нормативного срока лечения и достигнутого результата лечения. Решение о направлении пациентов в стационар принимает поликлиника, она же акцептует оплату страховыми медицинскими организациями медицинской

помощи, оказанной стационарами. Сэкономленные средства в случае сокращения стационарной помощи направляются в поликлинику.

Для того чтобы реализовать эту модель, необходимо разделить поликлиники и стационары. Семейный врач или поликлиника в логике конкурентной модели — это главный консультант пациента, распорядитель финансовых средств большой группы пациентов. Это заказчик услуги от их имени. Стационар, лаборатория, узкий специалист — это исполнитель услуги по заказу врача общей практики. У них разные интересы, как у любого продавца и покупателя. Это означает, что подрядчик и заказчик должны быть разделены на всех уровнях. Поликлиника должна быть отделена от стационара так же, как Министерство здравоохранения должно быть отделено от медицинских учреждений.

С 2007 года пермские учреждения здравоохранения выведены из подчинения краевого Минздрава. Если раньше за наличие проблем в деятельности поликлиник министр мог винить только себя, то теперь за них отвечает Агентство, которое выступает учредителем всех государственных учреждений здравоохранения и выполняет функции исполнителя бюджетных услуг. Функциями Министерства здравоохранения края остаются формирование бюджета, Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, размещение задания на оказание бюджетных услуг. Столкновение интересов двух структур и предъявление взаимных претензий способствует постановке существующих проблем в повестку дня и их ускоренному решению.

Что касается разделения поликлиник и стационаров, то с этой целью в конце 2007 года в шести муниципалитетах Пермского края произведена реорганизация 29 муниципальных учреждений здравоохранения путем выделения поликлиник в самостоятельные юридические лица. В 2008 году планируется приступить к внедрению системы фондодержания амбулаторно-поликлинического звена на нескольких пилотных территориях. Охват населения составит 1 461 400 человек, или 53,5% общей численности населения Пермского края. За основу были взяты подходы, принятые сегодня в Великобритании.



Рис. 5. Введение системы фондодержания амбулаторно-поликлинического звена

Задачей введения системы фондодержания является стимулирование:

1) *увеличения объема деятельности поликлиники.* Система фондодержания должна ориентировать работников поликлиник на предоставление услуг, которые в настоящее время оказываются в других учреждениях, прежде всего в стационарах. На этой основе возможно сокращение объема необоснованных госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, то есть преодоление сложившихся в отрасли структурных диспропорций;

2) *координирующей деятельности врачей первичного звена (участковых врачей и врачей общей практики).* Эти врачи призваны организовывать оказание медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах. Они определяют наиболее эффективные (в клиническом и экономическом смысле) «маршруты» движения своих пациентов, участвуют в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечивают преемственность в лечении и реабилитации больных. Система фондодержания должна предусматривать зависимость размера вознаграждения врачей первичного звена от их способности обеспечивать эффективное взаимодействие с другими звеньями оказания медицинской помощи;

3) *профилактической направленности деятельности первичного звена.* Система фондодержания обеспечивает зависимость размера оплаты труда от результатов профилактической деятельности врача — снижения уровня заболеваемости прикрепленного населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача).

Для объективности оценки выполнения подрядчиком (стационаром или лабораторией) своих обязательств, для большей защищенности пациента необходимо установить единые требования к технологиям оказания медицинской помощи и ее качеству. С этой целью в Пермском крае внедрены медико-экономические стандарты по 3349 заболеваниям по 55 специальностям. На их основе ведется оценка по объему, качеству и результату выполнения муниципального и государственного заказов на оказание медицинской помощи в медицинских организациях всех форм собственности.

Также медицинские стандарты лежат в основе унификации расчетов стоимости медицинской помощи. При этом важно оценку эффективности проводить на уровне каждого пациента, что невозможно без системы персонализированного учета. Для решения этой задачи в Пермском крае создана единая корпоративная сеть здравоохранения, объединяющая 440 медицинских организаций, включая аптеки. Внедрена информационная система, обеспечивающая мониторинг деятельности учреждений здравоохранения в режиме реального времени и на основе примерно пятисот параметров учета медицинской помощи;

4) *конкуренции за пациента.* Ключевым моментом в развитии системы фондодержания является свободный выбор пациентом страховой медицинской организации. Таким образом, человек опосредованно выбирает и перечень учреждений, где будет получать медицинскую помощь.

С 1 июля 2005 года неработающему населению края предоставлено право свободного выбора страховой фирмы. За этот период число страховых медицинских организаций, занятых в страховании неработающих граждан, увеличилось с 4 до 10, а 48,2% неработающих граждан Пермского края сменили страховую медицинскую организацию, осуществив свое право выбора. Несмотря на то что поле для конкуренции между страховыми компаниями

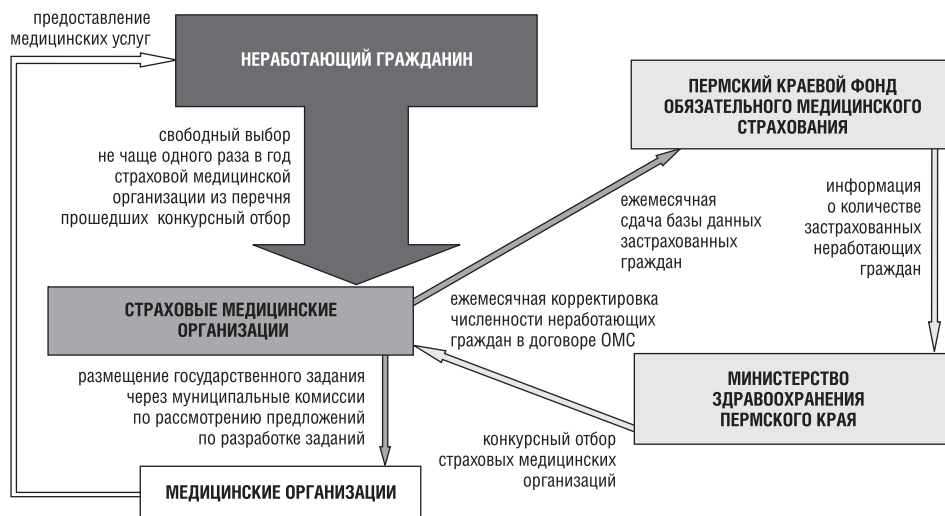


Рис. 6. Порядок выбора неработающими гражданами страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию

крайне ограничено законом, люди сочли, что в другой фирме их обслуживают лучше, а может, просто улыбаются чаще. С точки зрения создания конкурентной модели это, безусловно, позитивный процесс.

7. Пилотный проект «Хирургия»

Здравоохранение — очень многогранная и сложная отрасль. Есть медицинские специальности, в которых конкурентная модель действует понятно и эффективно. Есть и другие, в которых, казалось бы, нет и не может быть места рыночным отношениям.

Хирургия относится к последним. Тем не менее и в хирургии вполне возможно создание механизмов, стимулирующих медицинские учреждения достигать желаемых обществом результатов.

Средства, поступившие на реализацию федерального пилотного проекта, в Пермском крае направляются в хирургические службы учреждений здравоохранения. Половина средств, получаемых в рамках пилотного проекта, расходуется на повышение оплаты труда медицинских работников. Другая половина направляется на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря.

Распределение денежных средств, предназначенных для оплаты труда, осуществляется между медицинскими работниками с учетом количественных показателей деятельности и степени сложности выполняемых операций.

Определены основные критерии оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений, участвующих в пилотном проекте: хирургическая активность, послеоперационная летальность, средняя продолжительность пребывания больного на койке, процент расхождения диагнозов, процент послеоперационных осложнений, результаты анкетирования населения по доступности и качеству медицинской помощи. Суть пилотного проекта — оплата за результат.

За короткий период с начала реализации проекта хирургическая активность увеличилась на 3,6%, что позволило при той же мощности хирургических отделений сделать на 2 161 операцию больше, послеоперационная летальность снизилась на 17,2%, то есть спасено 198 жизней. Средняя про-

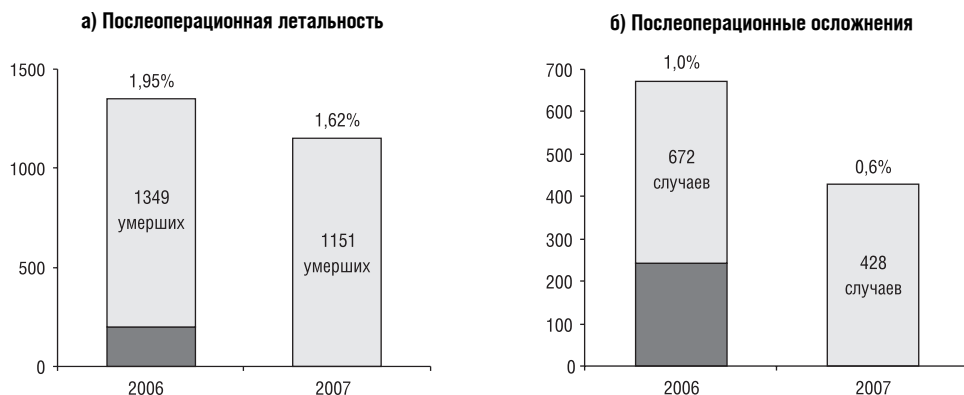


Рис. 7. Динамика целевых показателей деятельности учреждений здравоохранения, участвующих в федеральном пилотном проекте

должительность пребывания больного на койке уменьшилась на 2,9%, что позволило госпитализировать дополнительно 3500 человек, количество послеоперационных осложнений сократилось на 38,3%, или на 244 случая.

По результатам работы за второе полугодие 2007 года размер ежемесячной доплаты к заработной плате медицинских работников, участвующих в реализации пилотного проекта, составил у врачей до 40 165 рублей, у медицинских сестер — до 10 973 рублей.

В связи с завершением федерального пилотного проекта с 1 июля 2008 года предполагается продолжить его реализацию за счет средств краевого бюджета в части стимулирования медицинских работников. Проект будет распространен на все учреждения здравоохранения Пермского края и дополнен внедрением грантов по итогам работы во втором полугодии 2008 года.

8. Региональный проект «Здравоохранение»

Создание конкурентной модели в здравоохранении не исключает участия государства в улучшении материально-технической базы этой отрасли. Ежегодно государство принимает решения о запуске тех или иных инвестиционных проектов: о строительстве фельдшерско-акушерских пунктов, больниц, поликлиник, о реконструкции существующих объектов.

Чрезвычайно сложно принять такое решение посредством централизованного механизма, то есть на уровне краевого Министерства здравоохранения. Сложно потому, что это — полномочие и краевой, и муниципальной власти. Сложно также потому, что с краевого уровня не всегда можно объективно оценить реальную потребность в инвестициях: муниципалитеты заинтересованы по максимуму «выжать» из краевой власти денежные средства и начать строительство наибольшего числа объектов, независимо от того, действительно ли они важны для развития. Следовательно, необходимо создать механизм заинтересованности муниципалитетов в рациональном использовании инвестиционных ресурсов.

Несколько лет назад в Пермском крае запущены пять приоритетных региональных проектов в различных отраслях. Здравоохранение — лишь одна из них. Суть механизма реализации региональных проектов заключается в том, что ежегодный профицит бюджета распределяется по заранее установленному правилу, так называемому принципу «18—42—40». Это означает, что 40%

бюджетного профицита расходуется на краевые инвестиционные проекты, в которых муниципалитеты участия не принимают. 18% направляется непосредственно в местные бюджеты с учетом уровня их бюджетной обеспеченности. Бедные муниципалитеты получают больше, богатые — меньше. 42% профицита резервируется за муниципалитетами по подушевому принципу, независимо от бюджетной обеспеченности. Использовать эти средства они вправе лишь направив свои 18% на заранее определенный перечень приоритетных направлений развития, региональных проектов. В этом случае на каждый вложенный рубль муниципалитет получает 2,33 рубля дополнительных инвестиций из резерва. В целом на приоритетные региональные проекты за три года было направлено более 7 млрд руб.

Муниципалитеты Пермского края самостоятельно определяют степень приоритетности инвестиций в различных отраслях муниципального хозяйства. Здравоохранение в этой ситуации конкурирует с другими отраслями за дополнительный ресурс. В 2006—2007 годах здравоохранение явно проиграло в конкурентной борьбе с отраслью образования. Основные инвестиционные ресурсы местные власти направили на ремонт и лицензирование школ. Это свидетельствует о том, в сфере образования ситуация была более критичной, чем в медицине, а также о том, что Министерство здравоохранения проиграло в борьбе за ресурс Министерству образования.

9. Планы

Подготовительный этап пройден. Сегодня необходима воля для принятия непопулярных решений и поддержка со стороны прогрессивной медицинской общественности. Поддержка со стороны тех, кто хочет стать обеспеченным и самостоятельным уже в этой жизни.

Содержание следующего этапа реформирования — размещение государственных заказов на рынке и значительное сокращение государственных и муниципальных мощностей, развитие здравоохранения как полноценной отрасли экономики. Это глобальная цель. В ее рамках есть несколько частных задач.

На повестку дня выходит вопрос о прекращении оказания платных услуг предприятиями здравоохранения бюджетной сферы. Все платные услуги должен оказывать бизнес. Государственные и муниципальные учреждения могут оказывать лишь те услуги, обязательства по которым несут государство и муниципалитет. Эти услуги в принципе не могут быть платными.

Второй и, возможно, самый главный вопрос: каким образом государство может помочь медикам принять решение о переходе в частный сектор? Это барьер, перешагнуть который психологически очень сложно. Необходима отработка навыков работы на свободном рынке.

Представляется, что именно в этой сфере государству нужно идти на создание бизнес-инкубаторов. Например, можно предоставить персоналу государственных стоматологических клиник право зарегистрировать свой бизнес и арендовать государственные помещения и оборудование в выходные дни. Это может оказаться той площадкой, на которой начнет расти частная медицина.

Частные медицинские предприятия должны быть уверены в том, что впоследствии приобретут возможность участвовать в конкурсе и получить государственные и муниципальные заказы. Таким образом, переход из муниципальной в частную форму собственности для коллективов лечебных учреждений станет менее болезненным. Этот проект будет реализован в Пермском крае в текущем году.