



УДК 316.4057.4

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Б. А. ТХОРИКОВ¹
А. П. СЕМЕНЕНКО²

*¹Белгородский
государственный
университет*

e-mail: Tkhorikov@bsu.edu.ru

В статье изложены основные результаты исследования и оценки рынка платных медицинских услуг города Белгорода. Определена степень готовности жителей Белгорода отказаться от бесплатной медицины в пользу коммерческого здравоохранения.

Ключевые слова: медицинские учреждения, рынок медицинских услуг, платные медицинские услуги.

В последние годы стремительно развивающаяся система рыночных взаимоотношений начала успешно проникать и осваивать отечественное здравоохранение. По данным агентства DISCOVERY Research Group (2008г.) объем рынка платных медицинских услуг (ПМУ) в России составляет 320 – 490 млрд. рублей и ежегодно увеличивается на 25,0 %, в том числе за счет роста количества пациентов желающих получать медицинскую помощь на возмездной основе¹.

Параллельно с этим, реальный сектор государственного здравоохранения имеет отрицательную тенденцию развития, проявляющуюся в фактической невозможности предоставить пациентам полный объем бесплатных медицинских услуг, предусмотренных законодательством. Причина кроется в хроническом дефиците финансирования территориальных программ обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью (ТППГ) и сокращении расходов административных образований на муниципальное здравоохранение². Существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларированный характер, их мера не соответствует экономическим возможностям страны. Объем государственных расходов в РФ на здравоохранение примерно равен расходам развивающихся стран (Бразилия, Парагвай, Перу). Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и прочее). А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг³. Это дезориентирует население, вызывает недовольство среди пациентов⁴, препятствует поиску альтернативных путей финансирования и рациональному использованию ресурсов здравоохранения.

В сложившейся ситуации представляет интерес исследование и оценка возможности развития частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения на региональном уровне.

Подобное партнерство, на наш взгляд, способно решить ряд актуальных вопросов: 1) разграничить между частными медицинскими организациями и государственными учреждениями здравоохранения виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые населению соответственно на платной и бесплатной основе; 2) успешно противостоять

¹ Савашинский С.И. Некоторые экономические показатели рынка медицинских услуг при обслуживании населения в системе медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 2008г. – № 5. – С. 25-29.

² Антонова А. Следует разграничить сферы государственного и частного здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 15-17.; Кораблев В.Н. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. – Новосибирск, 2006. – 24 с.

³ Шейман И.М. // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 6. – С. 47-55.

⁴ Антонова А. Оказание платных медицинских услуг: управление процессом возможно // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 4-7.



коррупции за счет выведения «теневых трансфертов», возникающих между пациентом и медицинскими работниками, на уровень цивилизованных договорных отношений; 3) упредить стихийное развитие рынка платных медицинских услуг.

По нашему мнению частно-государственное партнерство в сфере здравоохранения – это координированное объединение ресурсных возможностей и управленческих решений систем государственного и частного здравоохранения, направленных на улучшение состояния здоровья населения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели нами проведена оценка рынка ПМУ и определена степень готовности пациентов выступить в качестве стороны софинансирующей медицинскую помощь в виде приобретения медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) или целенаправленного обращения в частные медицинские организации.

Объектами исследования были выбраны муниципальная система здравоохранения города Белгорода и его жители. Отметим в данной связи, что Белгородская область является одним из наиболее благополучных субъектов РФ и ведущей областью по социально-экономическим показателям в Центрально-Чернозёмном регионе, в том числе по уровню жизни и платежеспособности населения, развитию системы оказания медицинской помощи.

Оценка реального рынка платных медицинских услуг проводилась по четырем сегментам:

1) Коммерческая сфера здравоохранения

По имеющимся данным в Белгороде наблюдается рост числа субъектов коммерческой сферы здравоохранения. Так в 2008 году было зарегистрировано 64 предпринимателя без образования юридического лица и 85 юридических лиц, предоставляющих платную медицинскую помощь. В 2009 году их общее число увеличилось на 16,2 % до 69 и 104 соответственно.

Основными направлениями деятельности являются: стоматология, гинекология, дерматовенерология, кардиология, гастроэнтерология, эндокринология, терапия, урология и педиатрия. В параклинической службе наиболее востребованными являются функциональные (УЗИ, ЭКГ, холтеровское мониторирование) и лабораторные (диагностика инфекций, комплексные диагностические панели по различным профилям, аллергические пробы) исследования, физиотерапевтические услуги.

По экспертным оценкам валовая выручка представителей коммерческого здравоохранения в 2009 году составила около **153,0 млн. рублей**.

2) Кассовые внебюджетные платежи государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения

Общая стоимость платных медицинских услуг оказанных пациентам в 2009 году в муниципальном секторе здравоохранения г. Белгорода составила **167,4 млн. рублей**. Наибольший удельный вес до 65,0 % имеет амбулаторно-поликлиническая помощь, не включенная в ТППГ, в том числе стоматология, обязательные периодические и медицинские осмотры, функциональная диагностика.

3) Добровольное медицинское страхование (ДМС)

Крупнейшими страховыми компаниями, работающими на рынке ДМС Белгородской области, являются ОАО «Ингосстрах», Белгородский региональный филиал ООО «СК «Согласие», ООО «Росгосстрах – Столица», Филиал ОАО СК «РОСНО», Филиал ОСаО «Россия». Общий объем рынка, сформированный данными игроками, составил в 2009 году приблизительно **25 млн. рублей**. Основными потребителями линейки продуктов ДМС являются предприятия добывающей и обрабатывающей промышленности с численностью работников более 2000 человек, сельскохозяйственные предприятия, в том числе с участием иностранного капитала. Физические лица, самостоятельно приобретающие полисы ДМС представлены единично.

4) «Теневой» сектор

Здравоохранение как отрасль народного хозяйства традиционно причисляется общественностью к числу наиболее коррумпированных: 70,0 % россиян считают, что коррупционные явления сильно распространены в отечественной медицине, при этом лишь 2/5 из них видят в этом негативные последствия. Возможно, по причине такого



безразличия многих граждан к проблемам нарушения закона во взаимоотношениях врача и пациента, находящего социетальную поддержку в глубоких пробелах законодательства и низкой правовой культуре общества, коррупция получила благоприятные предпосылки для интеграции в российское здравоохранение в виде национальной особенности⁵.

Для оценки объема теневых платежей в муниципальной системе здравоохранения г. Белгорода нами проведено пилотное социологическое исследование среди его жителей методом анкетирования в период февраль-апрель 2010 года с использованием специально разработанной социологической анкеты, содержащей закрытые неальтернативные косвенные вопросы.

С учетом величины генеральной совокупности равной 358,3 тыс. человек (население г. Белгорода в 2009 г.), объем репрезентативной выборки, при доверительной вероятности 95,0 % и доверительном интервале 5,0 %, составил 384 человека. Отбор респондентов производился по принципу случайной бесповторной выборки.

В ходе исследования установлено, что 96,35 % респондентов прибегали к неформальному вознаграждению сотрудников ЛПУ, и только 3,65 % опрошенных никогда этого не делало. Наиболее эффективной формой такого вознаграждения названы наличные денежные средства (81,47 %), но 73,63 % респондентов использовало также продукты питания и алкогольные напитки, 22,61 % – офисную бумагу и канцелярские товары.

Как правило, неформальные платежи сопровождают первичное посещение врача-специалиста (45,26 %), при повторном обращении к этому прибегают 23,53 % респондентов, при вызове врача на дом – 13,68 %.

В большинстве случаев пациенты стараются обращаться к одному и тому же врачу-специалисту (59,94 %), который получает от них денежные средства (58,88 %) и содействует в оказании медицинской помощи надлежащего качества с приемлемым временным ожиданием (71,39 %).

В случае отсутствия налаженных контактов в ЛПУ пациенты (43,07 %) самостоятельно предлагают медицинским работникам оказать им за незаконное вознаграждение следующие услуги: получение листков временной нетрудоспособности без медицинских показаний (29,17 %), помощь при экстренном лечении (24,74 %), получение направлений на диагностические исследования (19,53 %) или медицинских справок, заключений и т.п. (7,29 %), прохождение медицинских осмотров (профилактических, периодических) без очереди (6,51 %). Охотней всего пациентам помогают врачи-специалисты (54,73 %), медицинские сестры (19,96 %) и заведующие лечебными отделениями (18,93 %).

Нами был рассчитан также средний размер неформальных платежей по 26 врачебным специальностям амбулаторно-поликлинического приема. Так в частности, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-невролог, врач-терапевт-участковый и врач ультразвуковой диагностики имеют «тариф» случая поликлинического обслуживания 500,0 рублей; врач-отоларинголог, врач функциональной диагностики – 400,0 рублей; врач-гастроэнтеролог, врач-офтальмолог, врач-уролог – 300,0 рублей; врач-физиотерапевт, врач-эндокринолог – 200,0 рублей; врач-аллерголог-иммунолог – 100,0 рублей.

В круглосуточном стационаре средняя стоимость пребывания в гинекологическом отделении составляет 2050,0 рублей, хирургическом – 2000,0 рублей, офтальмологическом – 1700,0 рублей, неврологическом – 1600,0 рублей, гастроэнтерологическом – 1500,0 рублей, АРО – 1400,0 рублей, терапевтическом – 1400,0 рублей, кардиологическом – 1100,0 рублей, педиатрическом – 1100,0 рублей, отоларингологическом – 900,0 рублей, эндокринологическом – 500,0 рублей.

⁵ Латов Ю.В. «Глас народа» о проблемах коррупции: закономерное и парадоксальное // Экономический вестник Ростовского государственного университета. Том 6, № 2. – 2008. – С. 123-138; Назарков Р.А. Актуализация социально-философского подхода к исследованию феномена коррупции // Вестник ТГУ. – 2008. – № 6. – С. 304-308; Полтерович В.М. Факторы коррупции // Экономика и математические методы. 1998. Т. 34. Вып. 3. С. 31; Тирских М.Г. Правовое регулирование противодействия коррупции в законодательстве субъектов Российской Федерации // Академический юридический журнал. – 2007. – № 4. – С. 36-44.



Полученные нами значения, в общем, близки результатам аналогичного исследования, проведенного в масштабах страны Центром стратегических исследований ОАО «Росгосстрах»⁶.

Для определения приблизительного объема неформальных платежей в поликлинических учреждениях г. Белгорода за 2009 год нами построена следующая линейная модель.

$$P_{нфн} = (C_1 * P_1 + C_2 * P_2 + C_3 * P_3 + C_4 * P_4) * C_{рНФ_i} \quad (1)$$

где, $P_{нфн}$ – размер неформальных платежей в поликлиническом секторе; C_i – поправочный коэффициент (рассчитанный эмпирически в ходе социологического опроса); P_1 – количество первичных обращений по поводу заболевания; P_2 – количество повторных обращений по поводу заболевания; P_3 – количество вызовов врача на дом; P_4 – количество профилактических осмотров; $C_{рНФ_i}$ – средний размер неформальных платежей для врачебной специальности.

Линейная модель для расчета приблизительного объема неформальных платежей в стационарных учреждениях имеет следующий вид:

$$P_{нфс} = ЛПО_i * C_{рНФ_i} * C_i \quad (2)$$

где, $P_{нфс}$ – размер неформальных платежей в стационарном секторе, $ЛПО_i$ – лечебный профиль отделения, $C_{рНФ_i}$ – средний размер неформальных платежей в лечебном отделении.

Результаты, полученные с помощью данных моделей, не имеют высокой степени точности, так как оперируют усредненными значениями и не учитывают ряд переменных, в том числе затраты пациентов на различные дорогостоящие процедуры и манипуляции.

Используя сводные статистические отчеты об объемах и видах оказанной медицинской помощи за 2009 год и названные модели, мы пришли к выводу, что средняя величина годовых неформальных платежей в муниципальных учреждениях здравоохранения города находится на уровне 85,5 млн. рублей, в том числе в амбулаторно-поликлинических – 25,0 млн. рублей, в стационарных – 60,5 млн. рублей.

Таким образом, годовой оборот рынка платных медицинских услуг г. Белгорода в 2009 году по четырем сегментам составил 430,9 млн. рублей.

Для оценки степени готовности жителей г. Белгорода получать медицинскую помощь на возмездной основе, тем же респондентам было предложено заполнить еще одну социологическую анкету.

В ходе обработки результатов анкетирования установлено, что 62,80 % опрошенных не удовлетворены качеством получаемой бесплатной медицинской помощи. Одним из факторов невысокой оценки качества является предоставление пациентам в муниципальных ЛПУ по страховому полису объема медицинских услуг, отличающегося в меньшую сторону от предусмотренного в ТППГ (72,70 %). По мнению респондентов, это обусловлено следующими причинами: нехваткой ресурсов из-за плохой экономической ситуации в стране (35,18 %), неэффективной работой государственных медицинских организаций области (23,27 %), неэффективное управление ЛПУ на местах (19,39 %) и плохой подготовкой части медицинских работников (13,30 %).

Респонденты (54,19 %) склонны полагать, что платная медицинская помощь оказывается более качественно в сравнении с бесплатной вне зависимости от места предоставления – в государственных учреждениях или частных медицинских организациях. Кроме того, по мнению опрошенных, в частных ЛПУ лучше сервис, нет очередей (28,42 %), шире спектр предоставляемых медицинских услуг (12,37 %), частные ЛПУ имеют более удобное месторасположение и график работы (5,79 %).

В связи с этим, отказаться от услуг страховой медицины в общей сложности готовы 55,47 % опрошенных, имеющих доход на одного члена семьи в месяц 10000,0 рублей и более, в том числе полностью – 16,67 %, частично – 38,8 %.

В первую очередь респонденты откажутся от бесплатных амбулаторно-поликлинической помощи (38,98 %), функциональной диагностики (26,61 %) и клинико-диагностических исследований (25,81%).

Решительность данных намерений подтверждают показатели частоты обращаемости в частные медицинские организации. В 2009 году за медицинской помощью в них

⁶ Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 33-40.



обратилось: более трех раз 36,54 % опрошенных, три раза – 27,42 %, два раза – 25,59 %. Для сравнения в системе ОМС на одного жителя г. Белгорода в 2009 г. приходилось 8,0 обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

- Благоприятные социально-экономические условия жизни в городе Белгороде могут явиться основой для начала внедрения частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения.

- Критическое осмысление многими жителями Белгорода факта невозможности обеспечения всех бесплатной медицинской помощью, способствует постепенному формированию новой медицинской культуры и пониманию необходимости самостоятельной оплаты определенных услуг здравоохранения;

- По нашему мнению внедрение процедуры софинансирования пациентами части или определенных видов медицинской помощи не вызовет острой социальной напряженности в городе;

- Ситуация в других городах области и городах соседних областей требует совместного изучения как медиками, так и экономистами, специализирующимися в сфере медицины.

Таким образом, для повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания граждан необходимо отказаться от бескомпромиссного декларирования популистских программ и начать реальную работу по детализированному разграничению «платных» и «бесплатных» видов медицинской помощи.

Список литературы

1. Савашинский С.И. Некоторые экономические показатели рынка медицинских услуг при обслуживании населения в системе медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 2008г. – № 5. – С. 25-29.
2. Антонова А. Следует разграничить сферы государственного и частного здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 15-17.;
3. Кораблев В.Н. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. – Новосибирск, 2006. – 24 с.
4. Шейман И.М. // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 6. – С. 47-55.
5. Антонова А. Оказание платных медицинских услуг: управление процессом возможно // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 4-7.
6. Латов Ю.В. «Глас народа» о проблемах коррупции: закономерное и парадоксальное // Экономический вестник Ростовского государственного университета. Том 6, № 2. – 2008. – С. 123-138.
7. Назарков Р.А. Актуализация социально-философского подхода к исследованию феномена коррупции // Вестник ТГУ. – 2008. – № 6. – С. 304-308
8. Полтерович В.М. Факторы коррупции // Экономика и математические методы. 1998. Т. 34. Вып. 3. С. 31
9. Тирских М.Г. Правовое регулирование противодействия коррупции в законодательстве субъектов Российской Федерации // Академический юридический журнал. – 2007. – № 4. – С. 36-44.
10. Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – № 1. – С. 33-40.

PERSPECTIVES OF THE PRIVATE-STATE PARTNERSHIP IN PUBLIC HEALTH SERVICES SPHERE AT REGIONAL LEVEL

B. A. TKHORIKOV⁰
A. P. SEMENENKO²⁾

Belgorod State University

e-mail: Tkhorikov@bsu.edu.ru

The basic results of research and estimation of the market of paid medical services of Belgorod are stated. Degree of readiness of Belgorod inhabitants is defined to refuse free medicine in favour of commercial public health services.

Key words: medical institutions, market of medical services, paid medical services.