

Здравоохранение и рынок

Трансформация советской экономической системы, переход на принципиально иные - рыночные - рельсы затронул не только производственную, но и непроизводственную сферу - здравоохранение, образование, науку, культуру. Созданная за предшествующие десятилетия громоздкая социальная сфера в новых условиях оказалась обществу просто не по карману. Не отрицая приоритетности государственного финансирования здравоохранения, образования, науки и культуры, государство ищет новые формы, которые позволили бы более рачительно использовать явно недостаточные средства, имеющиеся в его распоряжении, в частности выделить сегменты, способные существовать без бюджетной поддержки. В свою очередь сами работники непроизводственной сферы, оказавшиеся в тяжелейшей ситуации, заняты аналогичными поисками. Ценность таких поисков, в частности, заключается в выработке на базе собственного опыта конкретных форм рыночной адаптации в условиях переходной экономики. Предлагаем беседу с одним из ищущих практиков здравоохранения. Директор Республиканского центра репродукции человека Министерства здравоохранения Российской Федерации кандидат медицинских наук **Андрей Степанович АКОПЯН** ответил на вопросы редактора отдела социально-экономических проблем **Наталии Михайловны ПЛИСКБВИЧ**.

Н. Плискевич: Общеизвестно, что в процессе преобразования советской системы одними из наиболее уязвимых сфер оказались бюджетные отрасли. Здравоохранение - одна из них. Правительство видит выход из сложившейся ситуации в реформировании отрасли и уже сделало для этого некоторые шаги: разработана и принята Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. В то же время нередко приходится слышать утверждения, что нельзя "поднимать руку" на нашу систему здравоохранения, имеющую свои бесспорные достижения, особенно в условиях, когда подавляющее большинство населения не в состоянии самостоятельно оплачивать услуги врачей. И долг государства - существенно увеличить финансирование медицины из бюджета. Так стоит ли менять сложившуюся систему?

А. Акопян: Конечно, мне знакома эта позиция: наша система здравоохранения самая гуманная, самая добрая, самая большая и т.п., стоит ли трогать ее вообще? Этот вопрос, как и многие другие вопросы, к сожалению, оказался сильно политизированным. Темы здравоохранения используют в своих целях и коммунисты, и фашисты, и демократы. С моей точки зрения, чтобы ответить на поставленный вами вопрос, следует посмотреть, почему необходимы системообразующие изменения в этой сфере. Ведь нужны изменения не ради самих изменений.

Прежде всего зададимся вопросом: устраивает ли нынешнее состояние российской системы здравоохранения - ее качество, ресурсное обеспечение, организационно-правовые отношения и т.п. - население, удовлетворяет ли оно его запросам по обеспечению нормального уровня здоровья, продолжительности жизни, соответствующей мировым образцам. Сокращение средней продолжительности жизни в стране свидетельствует, что ответ на этот вопрос отрицателен. Хотя справедливости ради следует

оговориться, что на долю собственно здравоохранения в общей оценке факторов поддержания здоровья человека приходится 10-15%. Еще 15-20% составляет генетическая предрасположенность к тем или иным заболеваниям, а 60-65% обусловлены качеством жизни, состоянием окружающей среды, полноценностью питания, наличием стрессов и общей культурой человека, т.е. тем, насколько хорошо он сам "содержит" свой организм. Огромное воздействие на показатели смертности и средней продолжительности жизни оказывает у нас алкоголизм, с которым так или иначе связаны и многие недуги, в частности не менее половины сердечно-сосудистых заболеваний, и значительная доля насильственных смертей. Так что многое зависит от общего состояния социальной среды, которое и не может быть удовлетворительным в обществе, оказавшемся в глубоком кризисе.

Но все же сам факт, что сегодня в России наблюдается устойчивая тенденция депопуляции, что уровень смертности у нас существенно превосходит уровень рождаемости, свидетельствует о неблагополучии существующей в стране системы здравоохранения. Расчеты показывают, что даже в случае нормализации ситуации до 2005-2007 года общая численность населения России уменьшится на 4-5 млн человек; если же кризис, в том числе и сферы здравоохранения, будут углубляться, потери могут составить и 10-12 млн человек.

Кроме того, мы нередко просто не хотим понять и признать, что сегодня мы уже просто не в состоянии содержать социальную сферу такого огромного размера. Столь огромное здравоохранение нам просто не по карману, да оно нам и не нужно. Ведь структура сложившейся у нас базы отрасли закладывалась, исходя из представлений о постоянном росте населения, с перспективой решения тех или иных приоритетных народнохозяйственных задач, естественно, о каком-то прогнозировании нынешней ситуации не могло быть и речи. Эта структура оказалась *архизбыточной*. Например, ни в одной стране мира нет такого, как у нас, соотношения стационарного и амбулаторного лечения: у нас 70% медицинской помощи приходится на стационары и только 30% людей лечатся амбулаторно, а во всем мире это соотношение обратное. Коечный фонд в России в 2,5 раза больше, чем в США, а в результате нередко получается, что в корпусе, рассчитанном на 1000 мест, сегодня лежат человек 200, из которых 150 по медицинским показателям можно выписать, но они продолжают лежать по соображениям чисто социальным.

В такой избыточности, на мой взгляд, кроется один из резервов реформирования российской системы здравоохранения. И ситуация тут для медиков совсем не уникальна. Ее можно сравнить, например, с ситуацией, когда завод-гигант, продукция которого либо нерентабельна, либо не нужна, все же не закрывают, чтобы сохранить рабочие места для людей, не способных или по каким-то причинам не могущих найти иное применение своим силам. Но так долго продолжаться не может. Сегодняшнее экономическое положение страны надо признать как данность и с этим считаться. И признав этот факт, мы признаем также необходимость реформирования старой системы.

Н.П.: А каковы средства, необходимые для поддержания здравоохранения на достойном уровне?

А.А.: По данным обобщенной статистики Всемирной Организации Здравоохранения, чтобы обеспечить потребности общества в современном медицинском обслуживании, восстановлении трудовых ресурсов и сохранении обороноспособности, необходимо расходовать на эти цели не менее 6% валового внутреннего продукта (ВВП).

Н.П.: Эти параметры выдерживались во времена существования СССР, когда, собственно, и была создана та самая архизатратная советская система здравоохранения, о которой вы говорили?

А.А.: Даже в лучшие годы в СССР эта величина никогда не превышала 4% ВВП. В 1989 году она составляла 3,5% ВВП, в том числе в объеме 2,2% ВВП расходовались средства собственно госбюджета. К тому времени наша страна уже безнадежно отстала и от Западной Европы, и от Японии, и от Канады, тратящих на здравоохранение 6-9% ВВП, и особенно от США, где эта цифра достигает 12%. Оговорюсь, что, сравнивая эти показатели, надо учитывать такие факторы, как различия в структуре и организации здравоохранения разных стран, разную затратность данной отрасли в отдельных государствах, неоднозначность паритета национальных валют, источники финансирования здравоохранения и т.д. Прошрое руководство Минздрава полагало, что на поддержание отечественной медицины в работоспособном состоянии даже при строгом исполнении бюджета необходимы суммы, в три раза превышающие те, которое выделены нам сегодня. И даже при этом, по заключению отраслевых планово-финансовых служб, бюджетное финансирование составило бы лишь пятую-шестую часть от необходимого (даже без учета личных средств населения). Следовательно, исходя из такой логики, на нужды здравоохранения необходимо выделять более трети всех средств консолидированного бюджета, учитывая при этом средства "теневой" экономики. Такие выкладки, на мой взгляд, лишний раз подтверждают, что ключ к решению проблем здравоохранения лежит не в зоне средств производства и кадров, а в структуре организации медицинской помощи.

Н.П.: А какова сегодня доля затрат в ВВП на здравоохранение?

А.А.: Несмотря на все сложности реформирования с 1990 по 1995 год доля расходов бюджетов всех уровней на эти нужды снизилась ненамного: с 9,7 до 8,5%. В консолидированном выражении она остается достаточно высокой. По расчетам экономистов, из всех источников на здравоохранение в России в 1995 году было выделено более 4,5% ВВП. Правда, в последующие два года в связи с начавшимся бюджетным кризисом положение ухудшилось. Но на 1998 год прогнозируется выделение средств на уровне 5% ВВП.

Н.П.: Здесь стоит напомнить и о том, что за эти годы сам ВВП уменьшился почти вдвое. Поэтому не удивительно, что медицинские учреждения столкнулись с острой нехваткой средств, и многое стало зависеть от рациональности использования имеющихся минимальных возможностей. Этим, очевидно, и руководствуются сторонники рыночного реформирования отрасли. Первая попытка такого реформирования была связана с введенной несколько лет назад системой обязательного медицинского страхования. В конце 1992 года был принят закон "О медицинском страховании граждан Российской Федерации", провозгласивший отказ от принципа остаточного финансирования и создание рынка медицинских услуг.

А.А.: Формально деньги должны были поступать в медицинские учреждения из двух источников: из бюджета (через Минздрав и другие ведомства) и из внебюджетных фондов. Для дополнительного целевого финансирования была создана система обязательного медицинского страхования на базе специального фонда, в который переводилось 3,6% фонда заработной платы всех предприятий и учреждений. В результате бюджет здравоохранения стал "многоканальным" (более или менее крупные министерства имеют собственную систему медицинского управления). Управление медицинскими учреждениями перешло в регионы, в федеральном подчинении осталось только 12% коечного фонда. Разумеется, это вполне отвечает требованиям цивилизованного федерализма, но на практике привело к развалу системы централизованного управления медициной и его дискоординации, что далеко не всегда является благом.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) было введено у нас приказом сверху", а этого явно недостаточно. Для его нормального формирования нужен не

один год (кстати, Европа шла к этой системе два столетия), нужны, например, такие "мелочи", как открытое общество, основанное на принципах рыночного хозяйствования, развитые институты гражданского общества. Мы же все это только создаем. В результате преобразования, заявленные как реформа системы здравоохранения, оказались сведенными просто к реформе финансирования, а рынок медицинских услуг - необходимое условие для страховой деятельности - так и не сформировался.

Мы получили еще один механизм по сбору денег - через квазигосударственные фонды ОМС (по тем же принципам организованы и пенсионный фонд, и фонды занятости и социального страхования). Основное его занятие - не медицинское страхование, а перераспределение средств, которое в период смены экономической системы становится благодатной почвой для коррупции. При этом и чиновничий аппарат разрастается до чудовищных размеров, и расходы на его содержание составляют 12-13% собранных на ОМС средств.

За собственно бюджетом у нас закреплены расходы на закупку и ремонт медицинского оборудования, содержание и ремонт медицинских учреждений, оплату коммунальных услуг, а также на заработную плату, лекарственное обеспечение стационаров и питание больных. Остальное перешло в компетенцию ОМС. Однако бюджетных денег явно недостаточно, и лечебные учреждения перераспределяют деньги ОМС. В результате у нас сложилась некая "бюджетно-страховая" модель, не имеющая аналогов в мире. Но и суммарно финансирование из бюджета и страховых фондов не обеспечивает заявленного финансирования отрасли из-за нерегулярности платежей, нереальности бюджета и в целом нерентабельности экономики. При попытке введения у нас системы ОМС "забыли" об одном из главных страховых принципов - обеспечении независимости производителя, потому и преобразования достаточно быстро исчерпали свой реформаторский потенциал.

Н.П.: Таким образом, провозглашение организации системы ОМС не привело к решению даже финансовых проблем отрасли. Но существующим медицинским учреждениям разного уровня надо как-то "выживать"...

А.А.: Действительно, без достаточно серьезных экономических изменений ОМС не могло стать полноценной страховой системой, интегрированной в здравоохранение. В то же время не будем забывать, что благодаря его механизмам удалось привлечь до 30% всех средств уменьшающихся бюджетов. Собственно говоря, система ОМС - это не рынок, в идеале она лишь создает возможности для использования механизмов рыночного типа внутри отрасли. Ясно, что при существующей структуре здравоохранения повышение доли федерального и иных бюджетов в его финансировании не решит имеющихся проблем. Частичное финансирование бюджетных медицинских учреждений и предоставленное им в связи с этим право на оказание платных медицинских услуг привели к их "коммерциализации", по существу, к торговле услугами, уже оплаченными из бюджета. Государственные больницы пытаются вводить свои "прейскуранты", чтобы найти средства на уплату и аренды помещений, и коммунальных платежей, средства на содержание недофинансированных тысячекоечных больниц, часто находящихся в аварийном состоянии. Повсеместна тенденция к платности даже в звене первичной медицинской помощи, а это прямо угрожает принципу профилактики, принятому сегодня во всем мире. Не будем забывать, что его родоначальником является именно отечественное здравоохранение.

Хотелось бы сказать еще об одном. В наших принципах ОМС содержится очевидное противоречие: тарифная сетка делит оклады медиков по категориям и по стажу, но стоимость приема больного для всех врачей оценивается одинаково - в 6-8 тыс. рублей. Поэтому врачу высокой квалификации нужно обслужить в два раза больше больных, чем врачу без категории, чтобы оправдать свой должностной оклад. Кроме того, оплата медицинских услуг по тарифам ОМС не отражает их реальной

стоимости. Это особенно остро ощущается в дорогостоящих специализированных отраслях.

Н.П.: Не свидетельствует ли неудача попытки реформирования здравоохранения на базе введения системы ОМС о принципиальной неререформируемости вашей отрасли?

А.А.: Конечно, нет. Она не просто способна реформироваться, но для реформирования есть все предпосылки. Это одна из немногих конкурентоспособных на мировом рынке отечественных отраслей. Наше здравоохранение, как я уже сказал, по материальной базе избыточно. Оно избыточно и по кадрам, и по оборудованию. Например, в Москве кроме Минздрава здравоохранением занимаются 27-28 ведомств, и каждое из них предпочитает иметь у себя дорогостоящее оборудование практически на все случаи жизни. В результате в Москве, скажем, аппаратов по дроблению камней в почках стоит гораздо больше, чем действительно необходимо и чем имеется в любой другой столице мира. Как показывают расчеты, у нас избыток и площадей, и медицинских работников.

Н.П.: Какой путь приспособления традиционных медицинских учреждений к работе в рыночных условиях вам представляется наиболее разумным?

А.А.: Один из наиболее логичных, с моей точки зрения, способов создания конкурентоспособного рынка медицинских услуг в рамках сложившейся системы видится в юридическом разукрупнении существующих медицинских мегакомплексов. Я предуславляю его как юридическое разделение форм собственности на бюджетную и хозяйственную без смены лечебной базы и создание внутри нынешних больниц-гигантов 30-40-кочных стационаров (кстати, такое разукрупнение - необходимое условие для подлинного успеха принципов медицинского страхования). Хозрасчетным клиникам требуются экономическая и юридическая самостоятельность и статус государственных предприятий с правом долгосрочной аренды на строение или его часть. Причем важно, чтобы договор на аренду заключался бы напрямую с комитетом по имуществу без промежуточных арендодателей, с установленной законом государственной регистрацией. Именно такие небольшие клиники смогут предоставить больным реальный выбор и создадут действительное поле страховой деятельности для медицинских страховых организаций.

Н.П.: Ваши предложения совпадают с идеями целого ряда экономистов, что к современным условиям лучше других могут приспособиться именно небольшие структуры, а столь любимые советской экономической моделью неповоротливые гиганты, о трудом реагирующие на внешние изменения, оказываются самыми уязвимыми. Это относится и к сфере производства, и к таким областям непроектной деятельности, как наука, образование, культура.

А.А.: На мой взгляд, больницы на 500-600 коек в рамках одного юридического лица хозяйственно нежизнеспособны. Сейчас без разукрупнения ситуация не изменится при любой организационно-правовой форме. Целесообразно уже сегодня передать 10-15% коечного фонда новым хозрасчетным отделениям без права изменения ими вида деятельности и придав им статус унитарных государственных предприятий, медицинских трастов и объединений врачей. Они смогут оказывать специализированную помощь нуждающимся, работая по формуле *государственная собственность в частном управлении*. Это уже возможно, согласно действующему Гражданскому Кодексу. Однако органы управления здравоохранением, структуры исполнительной власти пока не обладают необходимой нормативно-правовой базой

для подобного реформирования лечебно-профилактических учреждений и, впрочем, не проявляют особой активности в этом направлении. Хотя без подобной реорганизации реальное реформирование здравоохранения, на мой взгляд, невозможно.

Я считаю также, что для нормального развития новых медицинских хозяйственных структур как минимум необходимо предоставление им прав на распоряжение полученной прибылью, ее вложение в развитие своего дела и прав на привлечение инвестиций. Хотя пока о проблеме привлечения инвестиций говорить бессмысленно из-за отсутствия достаточной залоговой стоимости имущества предприятий. На сегодня такие источники, как благотворительные взносы, пожертвования, кредитование или "иные источники, не запрещенные законодательством", являются не более чем фикцией. Между тем регулярность поступления средств в круглосуточно работающие медицинские учреждения, да и в другие, предоставляющие специализированную помощь, является одним из основных условий их нормальной работы.

Сегодня закон позволяет государственным учреждениям здравоохранения заниматься коммерческой деятельностью. Думаю, в итоге это приведет к тому, что их хозяевами станут финансовые структуры типа фондов, функции которых будут трансформироваться от распределительно-государственных до номенклатурно-рыночных, в зависимости от удельного веса социалистических элементов, определяющих переходный период экономики. А медицинские работники потеряют свою независимость окончательно, так и не обретя реализации своих прав на средства производства. Денег через систему "внебюджетных социальных фондов" в ближайшей перспективе ждать бессмысленно. Так будет, пока сохраняется практически поголовная нерентабельность полубюджетных предприятий, работающих в капиталоемких сферах. Можно констатировать, что реформа здравоохранения сегодня ушла от тоталитарной административно-распределительной системы и до сих пор не подошла к системе рыночной, выработав свой реформаторский потенциал на уровне изменения направления жидких финансовых потоков и создания параллельных управленческих структур.

Н.П.: А может ли вообще медицина в условиях рынка приносить нормальную прибыль?

А.А.: В принципе может, но только для 7-8% коечного фонда и объема помощи. Я хочу на примере работы моего стационара продемонстрировать возможности самокупаемой медицины. Хотя не могу не признать, что сегодня достичь самокупаемости трудно даже в "коммерческих", дорогостоящих областях. Кроме того, наша сфера деятельности имеет свои особенности, обуславливающие дополнительные трудности при приспособлении к рынку. Для большинства клиницистов медицина вообще и хирургия в частности - это специальность "по зову сердца". Фундаментом ее является коллектив. Случайный человек хорошим клиницистом не станет. И права пациента для нас приоритетны. Я считаю, что хозрасчетный механизм, включая прямую оплату медицинских услуг, не цель или способ извлечения прибыли, а *способ эффективного хозяйствования* в условиях рынка. Но до понимания бизнеса как способа обеспечения жизни предприятия и общества нам еще надо дорасти.

Н.П.: Став во главе коллектива, работающего на рыночных принципах, вы оказались в положении менеджера - руководителя коммерческой фирмы. Как вы считаете, кто сегодня лучше справится с такой ролью - профессиональный экономист или медик?

А.А.: На мой взгляд, в сложившихся условиях вряд ли можно серьезно рассуждать о передаче части функций по управлению хозрасчетным медицинским центром экономисту-менеджеру. Я даже не говорю о тех специфических тонких связях, которые объединяют медицинские коллективы, об особых взаимоотношениях в них, обуслов-

ленных служением нашей профессии. Для коллективов медицинских учреждений реструктуризация в виде смены управления (равно как и формы собственности и организации труда) будет тяжелым испытанием, особенно в специальностях, где предложение значительно превышает спрос. Что же касается чисто хозяйственных функций руководителя медицинского центра, то только клиницист, по-моему, точно знает, на чем можно сэкономить, а на чем сэкономить нельзя в принципе. Естественно, нельзя на уровне менеджера определять вопросы ценообразования и ценовой политики при предоставлении платных медицинских услуг, ибо это определяется комплексно, с учетом характера заболевания, его возможного исхода, а также социального положения, места жительства больного и т.п. Все это лежит за пределами собственно товарно-денежных отношений.

Н.П.: С вашей точки зрения, целесообразно ли дать ход процессам приватизации в здравоохранении?

А.А.: Само слово "приватизация" меня раздражает. Я за изменение организационно-правовых форм, за предоставление коллективам медиков *частичных вещных прав с четко зафиксированными правами и обязанностями сторон, без изменения вида деятельности, без права продажи предоставленного имущества и т.п.* В нынешней же, ситуации руководителям не выгодна организационная определенность. Главный врач больницы, например, считает себя ее хозяином. Он может позволить или не позволить кому-то заниматься тем или иным видом деятельности на подведомственной ему территории. Все поставлено в ситуацию личной зависимости, и из этой ситуации извлекается какая-то выгода, но, к сожалению, не для дела. Началась "продажа" любых помещений, каждой комнаты. Когда больницы пошли на продажу услуг населению, каждое место обрело тенденцию к "приватизации" конкретными работниками. И не надо забывать, что, помимо прочего, в такой ситуации персонал бюджетных учреждений деградирует.

Н.П.: Летом 1997 года наше правительство приняло Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Этим актом как бы ознаменован новый этап реформирования отрасли. Что бы вы могли сказать об этом документе?

А.А.: С моей точки зрения, эта концепция в целом прогрессивна. По основным блокам она соответствует реалиям сегодняшнего экономического поля и действующего законодательства, политике государства в сфере здравоохранения. Ее авторы не стали жертвовать долгосрочными целеполагающими приоритетами в угоду экономической и политической конъюнктуре момента в вопросах системообразующего характера. В концепции есть ряд положений, при реализации которых действительно возможно что-то изменить в позитивную сторону.

Н.П.: Что это за положения?

А.А.: Стратегией реформирования отрасли предусматривается создание негосударственного сектора здравоохранения. Важный шаг - признание необходимости сокращения коечного фонда, приведение его в соответствие с реальными потребностями, реорганизация всей системы стационарной помощи населению. Я уже говорил о его избыточности. Ведь у нас, по сути, медико-санитарную помощь перепутали с медико-социальной, а со временем "социальное" перевесило все. И правильно было бы, если бы многие учреждения, сегодня, по сути, только числящиеся как учреждения здравоохранения, официально были бы перепрофилированы под выполнение социальных функций, под пансионаты и т.п. с соответствующим изменением штатов. Концепция

предусматривает также упорядочивание финансовых потоков и четкое финансирование не "по койко-местам", а по конкретным объемам предоставленных услуг. Предполагается также модернизировать систему управления отраслью и ряд других мер.

Однако у принятой концепции есть и существенный недостаток, способный свести на нет все ее достоинства. В ней не прописаны конкретные механизмы по претворению провозглашенных принципов в жизнь. А ведь благодаря подобной "малости" сотни прекрасных программ, проектов, концепций так и канули в небытие. На мой взгляд, сегодня нужны не столько концепции и программы, сколько *конкретные действия*. Без четких усилий, ясно выраженной политической воли любые благие пожелания будут погублены чиновниками. А чиновники от медицины страшнее обычных, потому что они прикрыты белыми халатами и статусом "спасителей".

Н.П.: Но ведь теоретически чиновник должен стремиться к благополучию своей отрасли.

А.А.: В действительности это не так. Чиновничий аппарат подсознательно всегда будет за бедность. Потому что бедность обеспечивает большое количество систем и структур. Чиновничий аппарат всегда будет за как можно меньшую определенность ситуации. Потому что в этом случае в решении любого вопроса важнейшее значение приобретает личностный момент, а не четко зафиксированное право (или не менее четкое отсутствие такового).

Н.П.: В таком случае, какие дополнения вы бы внесли в предложенную Правительством программу?

А.А.: Представляется, что правительственная концепция может быть дополнена блоком конкретных механизмов реструктуризации, соответствующих заявленной стратегии и идеологии реформирования, а также блоком целей и конкретной ответственности. Надо отдавать себе отчет, что сегодня вещные права медицинских работников на средства производства, управление здравоохранением через механизмы собственности все еще не воспринимаются подавляющим большинством руководителей медицинских учреждений как экономическая необходимость и реальность. Попытки ясно сформулировать указанные права пока вызывают раздражение, а состояние законодательной базы не соответствует задачам реформирования. Нужные законы еще только предстоит разработать.

В сложившейся ситуации с учетом важности проблемы повышения экономичности здравоохранения, снижения нагрузки на бюджет, укрепления материальной базы отрасли представляется целесообразным учесть опыт, полученный нами в процессе работы Республиканского центра репродукции человека Минздрава России - государственного медицинского предприятия экспериментальной формы, работающего в условиях полной экономической самостоятельности, без бюджетного финансирования (тем более что правительственная концепция предусматривает возможность организации пилотных проектов для апробации новых форм).

Наш хозяйственный опыт позволяет предвидеть ряд хозяйственных вопросов, которые могут возникнуть в ходе реализации концепции. Поэтому мы предлагаем, во-первых, отказаться от "разумного разгосударствления" в виде практики частичного финансирования государственных медицинских учреждений при одновременном предоставлении им права заниматься коммерческой деятельностью (кроме специально оговоренных случаев и видов медицинской помощи). Во-вторых, передать хозяйственному сектору право распоряжения и пользования средствами производства в пределах 10-15% коечного фонда по формуле государственная собственность в частном управлении без изменения вида деятельности и с приданием им утвержденного Гражданским Кодексом статуса государственных унитарных предприятий с правом долгосрочной аренды строения или его части либо полного

хозяйственного ведения или аренды помещений и лизинга оборудования. Через несколько лет в зависимости от результатов деятельности предприятий хозрасчетного сектора и его жизнеспособности возможно либо закрепление сложившихся правоотношений на новый срок, либо передача прав управления более эффективным производителям, либо выкуп строения у государства (собственника) с переходом в частную систему здравоохранения.

В-третьих, источниками финансирования хозрасчетного сектора здравоохранения могут быть прямая оплата, полис добровольного медицинского страхования, договоры на выполнение медицинских услуг, перечисления предприятий и любые другие небюджетные инвестиции. В-четвертых, конкретным механизмом, обеспечивающим создание рынка медицинских услуг и привлечение средств в отрасль, должно стать разукрупнение гигантских больниц и преобразование их в 30-40-кочные юридически самостоятельные стационары, существующие на прежних площадях. В условиях избытка врачей и коечного фонда это позволит мобилизовать на конкурентной основе творческий потенциал коллективов, привести в соответствие спрос и предложение и на персонал, и на коечные места и открыть отрасль для инвестиций. В принципе это соответствует реально существующему положению в многопрофильных больницах, фактически представляющих собой совокупность отделений, где работают 20-30 человек и имеются единая диагностическая база и вспомогательные службы. Правда, думаю, что такому разукрупнению будут противиться чиновники от здравоохранения: ведь в этом случае то, что сегодня они согласовывают с одним главным врачом крупной больницы, придется согласовывать с десятком руководителей самостоятельных подразделений. Но ныне существующие гигантские клиники, оставаясь единым юридическим лицом, по моему убеждению, не смогут стать самостоятельными. Они лишь сформируют институт промежуточных арендодателей для сложившихся коллективов и поставят их в такие условия, которые, во-первых, исключат равноправие форм собственности при многоукладности организационно-правовых форм и, во-вторых, не создадут предпосылок для естественного ценообразования и закрепят высокую стоимость платной помощи. При этом расцветут разного рода квазиформы.

В заключение я хотел бы подчеркнуть, что предлагаемая форма разукрупнения не лишает государство фактической монополии на здравоохранение. Ведь количество предприятий, которые смогут работать в новых организационно-правовых формах, будет определяться платежеспособностью населения и общей эффективностью реформ в капиталоемких секторах экономики. И пока, к сожалению, мы не можем похвастаться высоким платежеспособным спросом на наши услуги.