

Нашему здравоохранению не хватает многого. Денег, технологий, специалистов... Но всё это вторично. Главное, чего в нем нет, — экономики. А одной из ее составляющих, без которой отечественная медицина вряд ли выживет, является государственно-частное партнерство. Так считает Яков НАКАТИС — главный врач клинической больницы № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор.

Настали другие времена

— Яков Александрович, почему необходимость частных инвестиций во все отрасли сомнений не вызывает, а в здравоохранении этот вопрос до недавнего времени никогда серьезно даже не обсуждался?

— Независимо от того, сколько денег вкладывало государство в здравоохранение, оно никогда не было озабочено тем, чтобы они возвращались. Потому что всегда считалось, что это происходит опосредованно — через возвращение утраченного здоровья, обеспечение населению трудоспособности. Когда стало понятно, что сколько бы государство не выделяло на это денег, их всё равно не хватает, наконец, на всех уровнях власти — в Министерстве здравоохранения, в Государственной Думе РФ — заговорили о необходимости государственно-частного партнерства, о способах привлечения частного капитала в медицину. И выяснилось, что заинтересован частный капитал нечем — нет ни одного нормативного документа, защищающего его интересы в этой сфере, нет настоящей системы медицинского страхования, нет подготовленного менеджмента, готового работать в условиях государственно-частного партнерства. А главное — в здравоохранении нет собственно экономики, без которой инвестиции во что бы то ни было — риск.

— Недавно в Государственной Думе РФ обсуждалась важность принятия закона о государственно-частном партнерстве и внесения необходимых изменений в действующее законодательство. Значит, грянут перемены?

— Думаю, что пройдет 2-3 года, прежде чем закон появится, а потом потребуются еще столько же времени, чтобы отработать механизм его действия на практике. Хотя, казалось бы, зачем в очередной раз мы пытаемся изобрести велосипед, если в Европе это — устоявшаяся практика: там сфера здравоохранения занимает первое место по объемам привлечения частных инвестиций. Главное отличие между нашими системами здравоохранения в том, что в Европе эта область деятельности существует в рамках общих законов экономики, у нас же экономику и медицину еще с советских времен было принято делить, как физиков и лириков. Но теперь время другое и требования к уровню медицины другие.

Зарабатывать мало кто умеет

— Почему у нас до сих пор здравоохранение не воспринимается как способ выгодно вложения капитала?

— Потому что, привлекая сторонний капитал, медицинское учреждение должно обеспечить возврат вложенных денег: инвестирование предусматривает совместное использование средств с целью извлечения прибыли или хотя бы возврата

Новые подходы

Зачем медицине экономика?

Чтобы внедрить государственно-частное партнерство, указы сверху не нужны



вложенных средств. Чтобы их вернуть, надо заработать больше, чем вложено, иначе невозможно оплатить налог государству. А зарабатывать в медицине пока мало кто умеет.

С одной стороны, здравоохранение — чрезвычайно затратная отрасль. Сделать ее менее затратной можно лишь, создав условия для того, чтобы вложенные в медицину деньги работали. Как в банке: если деньги будут просто лежать, они не принесут прибыли — она появляется, когда деньги запускаются в оборот. С другой стороны, и на создание условий тоже требуются государственные вложения.

— Или настоящее, а не бутафорское, как сегодня, обязательное медицинское страхование?

— В том числе. Отсутствие в медицине экономической стратегии развития, а с ним и простого экономического понятия «рентабельность» приводит к тому, что сегодня никто не знает, какова же рентабельность использования здания больницы, оборудования, интеллекта сотрудников. Тарифы ОМС ни вчера, ни сегодня не учитывали и не учитывают эти экономические составляющие. Простой пример: государство готово расходовать деньги на дорогое оборудование, но как-то забывает о том, что клиника по истечении гарантийного срока обслуживания должна в процессе его эксплуатации где-то брать деньги, чтобы оплачивать его сервис. В результате часть оборудования простаивает, и руководители больниц вынуждены выпрашивать у своих учредителей деньги на сервис или ремонт техники, которая вышла из строя, потому что никакими статьями эти расходы не предусмотрены.

Или еще одна серьезная проблема — соотношение планово-убыточных и прибыльных направлений в медицине. Вся хирургия, как экстренная, так и плановая, — убыточная, потому что дорогая. Даже операции, которые финансируются по программе высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) уже 3 года, для медучреждений перестали быть такими же выгодными, как прежде. Потому что, когда программа только начала работать, в ней учитывались и амортизация оборудования, и увеличение зарплаты сотрудников. За 3 года инфляция «съела» эти возможности, значит, в рамках ВМП больница приобретает меньше оборудования, а у сотрудников

не растет пропорционально инфляции зарплата.

— Это говорит лишь о том, что не хватает денег.

— В первую очередь, о том, что у нас нет научно обоснованной экономики здравоохранения. И те кафедры в высшей школе, которые этим занимаются, изучают и объясняют либо то, что спонтанно происходит в системе здравоохранения сегодня, либо теоретизируют о том, как должно быть, без практического применения. У нас нет ни одного проекта, который бы в экономическом плане развивал медицинское учреждение. Например, в С.-Петербурге ни одно медицинское учреждение, хоть федеральное, хоть муниципальное, не имеет научно-практической поддержки профессиональных экономистов. В некоторых учреждениях есть сильные консультанты или планово-экономические отделы, но они работают в условиях не стратегии развития, а стратегии потребления выделенных государством средств.

— Думаете, что с приходом в медицину частного капитала придет экономическая стратегия и тактика в медицину?

— Наоборот, сначала в медицине должна появиться эконо-

мическая тактика и стратегия, и только тогда в нее придет частный капитал.

В поисках вариантов

— Ваша клиника проигрывает от того, что нет законодательного механизма для развития государственно-частного партнерства?

— Не так много, как другие. Потому что тот, кто заинтересован в приходе в медицину частного капитала, находит хоть и кривые и не самые выгодные, но всё же приемлемые возможности для партнерства, разрешенные законом. Скажем, сейчас, после перехода в казначейство, государственная система не позволяет нам участвовать в лизинговых программах. Поскольку клиника не может в одночасье купить дорогостоящее оборудование, мы пошли по простому

пути — ищем инвестора, который мог бы приобрести оборудование для нас и дать нам это оборудование в пользование на условиях аренды, которая разрешена законом. Да, тут мы теряем на налогах, других выплатах, но по договору мы выплачиваем стоимость этого оборудования плюс проценты вплоть до полного выкупа, скажем, за 2 года, и получаем его в собственность.

— Много ли желающих стать вашими инвесторами?

— В месяц мы выплачиваем около 26 млн руб. арендных платежей нашим инвесторам, а зарабатываем на этом 50 млн. То есть 24 млн руб. остается в клинике.

Есть и другие возможности сотрудничества с частным капиталом. Например, консигнация. Нам на склад на ответственное хранение завозят 100 протезов суставов. Мы выполняем операцию, устанавливаем сустав, получаем за него деньги и только тогда его оплачиваем. Это очень удобно — у врача всегда есть под рукой вся линейка суставов для самых разных пациентов. Такая же консигнация используется при оборудовании — его нам поставляют, и через 3 месяца эксплуатации, когда накопим денег, начинаем их выплачивать.

— Как же нужно использовать это оборудование, чтобы быстро рассчитаться с инвестором и успеть на нем заработать для клиники, пока оно морально не устарело?

— Здесь важно создать команду единомышленников и мотивировать сотрудников на правильную эксплуатацию техники, которая подразумевает, что физический износ должен наступать раньше морального, то есть аппарат должен работать круглые сутки. Большую роль играют руководители подразделений, способные найти специалистов, к которым пошли бы пациенты и которые работают в удобное для пациента время.

— То есть вы считаете, что для развития государственно-частного партнерства нового законодательства не требуется?

— Я считаю, что никаким распоряжением, указом или законом государственно-частное партнерство внедрить невозможно. Однако уже сегодня учреждение к нему готово, если оно может привлечь дополнительные средства для приобретения оборудования, создать комфортные условия для работы сотрудников и пребывания пациента, логистически правильно использовать интеллектуальных сотрудников, давая им возможность повышать квалификацию, и благодаря всему этому оно становится привлекательным для пациентов.

— Много ли в стране медицинских учреждений, которые так работают?

— Так работают те, кто вынужден постоянно совершенствоваться, чтобы оставаться в медицине на передовой, при этом получая от государства финансирование не более 50% от потребности. Может быть, потому что полное государственное обеспечение, хоть и является далеко не полным, развращает?..

Беседа вел
Ирина БАГЛИКОВА.

С.-Петербург.

НА СНИМКАХ: главный врач Я.Накатис; в клинической больницы № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России дорогостоящее лечебно-диагностическое оборудование работает практически круглые сутки.



мическая тактика и стратегия, и только тогда в нее придет частный капитал.

— В какой форме может развиваться это государственно-частное партнерство?

— Во-первых, это может быть совместное с частным инвестором управление медицинским учреждением. В этом случае, скорее всего, придется менять весь менеджмент. Во-вторых, это может быть вкладывание денег в медицинское учреждение, то есть капитал передается в управление менеджером медицинского учреждения. Главный врач покупает оборудование, делает ремонт и т.д., а владелец капитала отслеживает, насколько эффективно капитал используется.

— Но ведь у государственно-государственного учреждения есть госзаказ, и руководитель не в праве его изменить, он должен его выполнять. Как правило, госзаказ рассчитан на практически стопроцентное использование мощности учреждения.

— Дело в том, что нигде не просчитано соотношение мощности учреждения и ее денежного эк-

сплуатации. Это оборудование для нас и дать нам это оборудование в пользование на условиях аренды, которая разрешена законом. Да, тут мы теряем на налогах, других выплатах, но по договору мы выплачиваем стоимость этого оборудования плюс проценты вплоть до полного выкупа, скажем, за 2 года, и получаем его в собственность.

Другой способ партнерства: мы также выплачиваем деньги за приобретенное инвестором оборудование до полного расчета с ним, но не выкупаем его, а перезаключаем договор, в котором оговаривается право совместного использования. Соответственно меняется и наша доходная часть, которую мы получаем от его эксплуатации: учитывается уже амортизация, труд сотрудников, которые на нем работают, наши затраты на сервис, электричество, расходные материалы и т.д. Если речь идет о дорогой технике, то второй вариант предпочтительнее: в совместном пользовании у нас есть субсидиарная ответственность — ремонт аппаратуры опла-