

Статья поступила в редакцию 25.03.2025 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2025-3-73-81 EDN: RYJXBE

Информация для цитирования:

Лебедев А.А., Эрдыниева Л.С. О ВЛИЯНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ИЗВЛЕЧЕНИЯ ДОБАВЛЕННОЙ СТОИМОСТИ (ПРИБЫЛИ) НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ // Медицина в Кузбассе. 2025. №3. С. 73-81.

Лебедев А.А., Эрдыниева Л.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
г. Москва, Россия
НИИ медико-социальных проблем и управления Республики Тыва,
г. Кызыл, Россия



О ВЛИЯНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ИЗВЛЕЧЕНИЯ ДОБАВЛЕННОЙ СТОИМОСТИ (ПРИБЫЛИ) НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье рассматриваются вопросы, связанные с формированием и извлечением прибыли от осуществления медицинской деятельности субъектами экономического оборота сферы охраны здоровья. Анализируются вопросы административного влияния государства на деятельность медицинских организаций различных форм собственности, осуществляющих предпринимательскую деятельность на рынке медицинских услуг. Рассматриваются законодательные, организационные, экономические аспекты медицинской деятельности на предмет формирования и извлечения прибыли в соответствии с законодательно закрепленными источниками финансирования в сфере охраны здоровья. Методологической основой исследования являются общенаучные и частнонаучные методы, такие как формально-юридический, аналитический, системного анализа, статистический, экономический.

Научная новизна работы заключается в выводах, предлагаемых автором по результатам исследования. На основе анализа норм действующего законодательства делается вывод о том, что на текущий момент времени прибыль от ведения медицинской деятельности может извлекаться хозяйствующими субъектами экономического оборота сферы охраны здоровья при предоставлении потребителям платных медицинских услуг.

Автором высказывается точка зрения, что принципы финансового обеспечения в сфере охраны здоровья граждан, сложившаяся в настоящее время в рамках обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования, не предусматривает возможности извлечения прибыли от ведения медицинской деятельности, что является результатом проводимой государством социальной политики в сфере охраны здоровья граждан.

Ключевые слова: предпринимательская деятельность; медицинская деятельность; частная медицина; частная медицинская организация; прибыль; платные услуги; обязательное медицинское страхование; добровольное медицинское страхование; бюджетное финансирование; рентабельность; паритет покупательной способности; законодательство; социальное государство; здравоохранение

Lebedev A.A., Erdynieva L.S.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
Research Institute of Medical and Social Problems and Management of the Republic of Tuva, Kyzyl, Russia

ON THE IMPACT OF GOVERNMENT REGULATION ON THE DEVELOPMENT OF ENTREPRENEURIAL ACTIVITIES OF BUSINESS ENTITIES IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION AND VALUE-ADDED (PROFIT) EXTRACTION IN THE MEDICAL SERVICES MARKET

The article considers issues related to the formation and extraction of profit from the implementation of medical activities by economic entities in the healthcare sector. The issues of administrative influence of the state on the activities of medical organizations of various forms of ownership that carry out entrepreneurial activities in the medical services market are analyzed. Legislative, organizational, economic aspects of medical activities are considered for the purpose of forming and extracting profit in accordance with legislatively established sources of financing in the healthcare sector. The methodological basis of the study is general scientific and specific scientific methods, such as formal-legal, analytical, system analysis, statistical, economic. The scientific novelty of the work lies in the conclusions proposed by the author based on the results of the study. Based on the analysis of the norms of the current legislation, it is concluded that at the current time, profit from medical activities can be extracted by economic entities in the healthcare sector when providing

consumers with paid medical services. The author expresses the point of view that the principles of financial support in the sphere of public health protection, currently established within the framework of compulsory medical insurance and budget financing, do not provide for the possibility of making a profit from medical activities, which is the result of the social policy pursued by the state in the sphere of public health protection.

Key words: entrepreneurial activity; medical activity; private medicine; private medical organization; profit; paid services; compulsory medical insurance; voluntary medical insurance; budget financing; profitability; purchasing power parity; legislation; welfare state; healthcare

Государство начинает само выталкивать бизнес из тех секторов, куда, казалось бы, наоборот нужно было бы массово привлекать предпринимателей и инвесторов.

Избыточность государственного регулирования — это главный фактор риска и главный барьер для развития предпринимательства в сфере охраны здоровья России [1].

Сегодня в этой сфере российский предприниматель вынужден тратить немалое количество времени, денег, сил, нервов и интеллекта не на развитие собственно медицинского бизнеса, а на борьбу с какими-то абсурдными, формальными, оторванными от реальности проблемами. И главная проблема данной ситуации — это несовершенство действующего законодательства здравоохранительной отрасли, которое требует глубочайшего переосмысления и реформирования. Решение проблемы избыточности государственного регулирования — это главная цель совместных усилий всего медицинского бизнес-сообщества.

Нужно признать, что определенная работа в этом направлении все-таки ведется. Например, еще в 2008 году был разработан и принят ФЗ N 294-ФЗ от 26.12.2008 г. «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» [2]. Однако проблема в том, что положения данного федерального закона касаются в основном процессуальных ограничений воздействия государства на бизнес. В настоящее время нет ни одного полноценного федерального закона, который бы четко регламентировал пределы регулирования как таковые, который устанавливал бы требования непосредственно к содержанию самих нормативных правовых актов.

Например, федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан» содержит лишь указание на то, что Минздрав издает Порядки оказания медицинской помощи, и что эти порядки содержат стандарты оснащения [3].

Он не ставит никаких границ Минздраву в части наполнения этих стандартов. Он не содержит никакой процедуры экспертизы этих документов. И, если завтра Минздрав обяжет всех оборудовать кабинет терапевта томографом, то это будет абсолютно законно, несмотря на всю абсурдность данного требования! Это будет нормативный акт установленной формы, изданный с соблюдением всей процедуры. Проводящий согласованную плановую проверку инспектор Росздравнадзора, совершенно официально будет иметь на руках все необходимые

документы, которые при строгом соблюдении процедуры контроля «похоронит» любой медицинский бизнес. Причина в том, что в государстве отсутствует эффективный «нормативный предохранитель», который бы делал невозможным принятие Минздравом такого акта, либо делал бы его заведомо противоправным.

Административное законодательство множится год от года. Еще каких-то 10 лет назад даже представить было трудно, что государство начнет вторгаться в те сферы предпринимательской деятельности, где ему нет места от слова «совсем». И это огромная проблема для развития любого бизнеса. Но для частной медицины, которая в РФ законодательно регламентирована в качестве частной системы здравоохранения, что само по себе уже нонсенс, — это проблема особая. Так сложилось, что в России, государство является не только регулятором, но и собственником и управленцем гигантской медицинской корпорации под названием «Государственная система здравоохранения».

С начала 90-х годов Минздрав решает не столько вопросы правового регулирования отрасли как таковой, сколько вопросы управления подведомственным хозяйственным комплексом, а отсюда смысл, содержание и дух всех издаваемых нормативных актов. По своему содержанию — это не «правовые акты», это акты «управленческие», которые формально признают существование частной медицины, но по своему смыслу игнорируют ее.

Для функционеров Минздрава свобода предпринимательской деятельности и собственность — малозначимые категории, которыми можно и пренебречь ради очередной «глобальной общественно-государственной цели». Администрирование отрасли сводит на нет право собственности предпринимателя, когда обязывает его покупать ненужное ему оборудование, уничтожает свободу экономической деятельности медицинского бизнеса, навязывая ему свои цели и способы их достижения. Реальный менеджмент, характерный именно для предпринимателей, в отрасли подменяется так называемым «управлением», посредством которого деятельность как частных медицинских организаций (далее — МО), так и государственных, осуществляется по одним и тем же лекалам.

Вот и получается, что частная МО, созданная для осуществления самостоятельной хозяйственной деятельности в рыночной среде на средства частного капитала, государством приравнивается к подведомственной отрасли в качестве единицы совокупных мощностей. А отсюда и основной принцип «управления» этими мощностями функционерами от

государства — «национализация прибыли и приватизация убытков».

Такое положение дел приводит к тому, что ключевым фактором выживания медицинского бизнеса становится не удовлетворение живых потребностей пациента, а удовлетворение формальных требований надзорного органа. В результате этого, обслуживание платежеспособного клиента подменяется обслуживанием проверяющего функционера.

На рынке медицинских услуг это приводит к тому, что начинает появляться не самая лучшая категория предпринимателей, которая использует методы не рыночной конкурентной борьбы за место под солнцем, а устраняют конкурентов путем травли на них надзорных органов. В итоге, начинает расцветать «потребительский экстремизм» и прочие черные технологии.

В этом смысле госрегулирование выгодно крупным игрокам, чтобы выдавить всех мелких. Создается избыточный барьер выхода на рынок, что способствует монополизации со всеми вытекающими последствиями. Получается, что чем больше государство пытается со своим регулированием залезть туда, где по праву должна хозяйничать частная инициатива и конкуренция, тем больший урон оно наносит масштабированию, доступности, своевременности, безопасности, квалифицированности, качеству и сервису медицинского обслуживания потребителей.

За последние десятилетия в здравоохранении произошел очевидный перелом. Государство, реализуя национальный проект в этой сфере, запустив программу строительства больших медицинских центров, отпугнуло массу инвесторов от этой отрасли. Зачем строить (создавать) новую частную медицинскую организацию, если у тебя под боком через год государство построит медицинский центр, где все будет «бесплатно»? Любому инвестору становится очевидно, что в данной ситуации частному бизнесу конкурировать с государством за потребителей будет нелегко.

Частная МО, при любом раскладе, должна предоставлять платные услуги, чтобы отбить инвестиции в строительство, покупку оборудования и оплату зарплат врачам. В этой связи закономерен вопрос, о какой конкуренции можно вести речь, если государство за счет профцитных бюджетных средств строит свои подведомственные МО и оснащает их всем необходимым оборудованием? Государственным МО, функционирующим в качестве учреждений, не нужно возвращать кредиты или рассчитываться с инвесторами. Получается, что государственный сектор здравоохранения изначально находится в более выгодном положении, по сравнению с частными МО, которые должны думать прежде всего о деньгах и выживании.

Безусловно, существует ряд клиентов, которые не хотят стоять в очередях или ходить в районную поликлинику и готовы платить серьезные деньги за лечение, для кого собственное здоровье дороже, но таких людей не так уж и много. Такие клиенты дав-

но уже нашли и свою клинику, своего врача, и не планируют их менять. К тому же количество таких людей, при стагнирующих доходах населения, не только не растет, но и начинает постепенно сокращаться.

Государство, осваивая бюджетный профицит, ограничивает возможности малого и среднего медицинского бизнеса по зарабатыванию средств на рынке платных медицинских услуг (ПМУ), оставляя население страны с не растущими доходами, которые в свою очередь отражаются на паритете покупательской способности (ППС) на рынке медицинских услуг. И это при том, что здравоохранение РФ, по данному показателю, недофинансируется в 1,5-2 раза по сравнению с экономически развитыми странами Запада. При этом государство как бы компенсирует стагнацию доходов граждан строительством новых объектов в подведомственной ему отрасли.

Несмотря на то, что ППС — это условный показатель, использование которого при расчете таких макроэкономических показателей, как ВВП на душу населения, привязывается не к реальному курсу валют, а к так называемому «справедливому», в разы отличающемуся от рыночных реалий, игнорировать его нецелесообразно. При статистических расчетах ВВП, использование ППС необходимо, поскольку помогает нивелировать разницу покупательской способности валют и колебания курсов, что позволяет более объективно оценить объемы ВВП. Это имеет значение, когда практика импортозамещения не позволяет решать динамично накапливающиеся проблемы в здравоохранительной отрасли, где зависимость от импортной медицинской и фармацевтической продукции пока достаточно велика, что вынуждает государство, отрасль и бизнес постоянно приобретать ее за рубежом [4].

Системная реализация национального проекта «Здравоохранение» свидетельствует о том, что государство и далее планирует закачивать в отрасль солидные средства, не особо считая эффективность их использования с точки зрения формирования показателей общественного здоровья и реальной отдачи в формировании внутреннего валового продукта (ВВП). Именно так произошло с широко масштабным строительством перинатальных центров. Не принимая в расчет, что показатели рождаемости в стране оставляют желать лучшего, и дальнейшая их динамика пока оптимизма не вселяет, этот проект был доведен до запланированного результата.

По данным электронного ресурса «Журнал StatusPraesens», в результате переключки перинатальных центров за 2021 год зафиксировано, что *«на фоне снижения рождаемости, стремительно сокращается количество самих родов, что ведет к резкому снижению экономической эффективности всей сети перинатальных центров»*. Проблема недозагрузки мощностей перинатальных центров с каждым днем все более ощутима. Таким образом, казенные деньги на строительство этих МО государство потратило, а экономическую эффективность

вложенных инвестиций, мягко говоря, недооценило [5].

Кроме этого, вкладывая деньги казны в национальный проект «Здравоохранение», государство всячески стимулирует свои отраслевые МО зарабатывать деньги на платных медицинских услугах (ПМУ). При этом, ценообразование на ПМУ в государственных МО безусловно имеет ряд приоритетов, т.к. не предполагает включение в цены тех затрат, которыми обременена частная МО.

Опуская план по ПМУ на подведомственные Минздраву МО, государство всячески игнорирует вопрос о формировании и извлечении прибыли от данного вида квазирыночной деятельности. Почему? Да потому, что убеждено, что включение в цену (тариф) на оплату медицинских услуг прибыли якобы может вызвать нарастание социальной напряженности в обществе. По мнению государственных функционеров, это будет означать использование рыночных механизмов в одной из наиболее важных сфер человеческой жизни – здравоохранении, что фактически будет противоречить назначению государства как гаранта социальной справедливости и социальной защищенности граждан. А то, что в стране уже который год фиксируется замещение платными медицинскими услугами, «бесплатной», точнее, возмездной медицинской помощи, гарантированной в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) и территориальных программ ОМС, почему-то не является фактором, стимулирующим рост социальной напряженности в обществе. А ведь эта ситуация является типичным вызовом национальной безопасности в сфере охраны здоровья россиян.

Анализ нормативно-правовых актов, на основании которых непосредственно осуществляется формирование государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) подтверждает, что в составе нормативных затрат на их оказание, прибыль как экономический результат деятельности медицинской организации отсутствует [6].

Конституционный суд РФ, рассматривая вопрос назначения средств, перечисленных по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, указал, что в системе действующего правового регулирования средства ОМС, за счет которых осуществляется оплата расходов МО на оказание бесплатной медицинской помощи по программам ОМС, имеют особое публичное предназначение, а потому МО, осуществляющие свою деятельность в сфере ОМС, вне зависимости от формы собственности (частная, государственная, муниципальная) и организационно-правовой формы, должны обеспечить их целевое использование [7].

Ранее, в соответствии со ст.24 утратившего силу Закона РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», тарифы на медицинские услуги территориальных программ ОМС должны были обеспечивать рентабельность МО, а также современный уровень медицинской помощи. Раскрытию содержания данной нормы права был посвящен п. 2.5. Рекомендаций по

расчетам тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан [8].

Однако, поскольку ОМС представляет собой институт права государственного социального обеспечения и не является институтом частного права, то все средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, поступающие в страховую медицинскую организацию (СМО), являются средствами целевого финансирования! В п.7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определена структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. На основе анализа элементов страхового тарифа следует вывод, что в его составе отсутствует прибыль либо какие-либо иные экономические категории, подразумевающие возмещение затрат, превосходящих произведенные.

Структура тарифа в ОМС включает следующие элементы:

- затраты на оплату труда медицинских работников;
- затраты на лекарственные средства;
- затраты на амортизацию медицинского оборудования;
- административные и прочие расходы, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи.

Таким образом, изменение законодательства с 2010 года полностью нивелировало ранее декларированную коммерческую составляющую в системе ОМС на обеспечение гарантированного объема и качества медицинской помощи по государственным стандартам. И если это приемлемо для МО государственного сектора здравоохранения, функционирующих в режиме двухканального финансирования (бюджет + ОМС) с целью целевого освоения их финансовых ресурсов, то для частной МО или врача ИП это экономически нецелесообразно. Работать себе в ущерб медицинский бизнес не может и не должен.

Кстати, о работе частных МО в системе ОМС однозначно судить затруднительно. Сам факт включения частных клиник в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС, абсолютно не означает, что они в этой системе работают. Так, по данным Алексеевой Н.С. (ВШОУЗ), в статистических отчетах, направляемых в Минздрав и Федеральный фонд ОМС, количество частных МО, получающих бюджетное финансирование наряду с государственными, действительно впечатляет (подбирается к 40%) [9]. Но в публичную статистику не включен другой показатель, отражающий истинное положение дел, – общий объем финансирования, выделенного для частных МО в системе ОМС, который в течение трех последних лет, например в Санкт-Петербурге, не превышает 2,5% от общего объема.

Среди частных МО, которые получают плановые объемы финансирования, лишь единицы ка-

ким-то образом добиваются поступления адекватных средств, а вот большая часть из них удовлетворяются подачкой в несколько сот тысяч рублей в год, т.е. присутствуют в системе для галочки.

Особого внимания заслуживает тот факт, что число частных клиник, включенных в реестр, согласно закреплению законодательно заявительному порядку и при этом не получивших плановых объемов, т.е. финансирования на заявленные медицинские услуги, достигает 30%.

Все это дает основание утверждать, что государству нецелесообразно вовлекать частные МО в оказание возмездных услуг по территориальным программам ОМС. Денежные средства этих программ должны обеспечивать эффективную деятельность подведомственных Минздраву государственных и муниципальных МО, выполняя функцию барьера на пути неконтролируемого роста ПМУ в этом секторе здравоохранения.

Вовлечение частных МО к работе в системе ОМС изначально предполагает их функционирование в неравных условиях. В силу этого, очень высоки риски того, что они разрушат свою бизнес-деятельность, примут на себя бремя оказания возмездных медицинских услуг по территориальным программам ОМС субъектов РФ. Такой исход мало вероятен, потому, что собственник медицинского бизнеса не согласится с таким сценарием. Ведь он поставит крест на всей предпринимательской деятельности частной МО на рынке ПМУ и ДМС, потому что частная МО не в состоянии за счет тарифов ОМС возместить свои капитальные затраты и получить прибыль, ради чего она и создавалась.

Так для чего же частные МО все-таки идут на риск вступления в реализацию территориальных программ ОМС? Дело в том, что участие в данных программах позволяет им в короткие сроки, во-первых, существенно нарастить клиентскую базу, из которой потом отбираются платежеспособные пациенты для реализации им платных услуг, а во-вторых, это имиджевая составляющая. По мнению пациентов, участие частной МО в оказании услуг по ОМС, предполагает соблюдение жестких требований к осуществляемой медицинской деятельности, потенциально указывает на высокое качество предоставляемой медицинской помощи, обеспечивает особый контроль за ее осуществлением и, как следствие, вызывает повышение уровня доверия к данной организации. Вот эти два мотива и стимулируют частную МО на недолгий срок присоединиться к оказанию услуг по ОМС.

Частные МО кровно заинтересованы в увеличении доли платежеспособного пациентопотока — лидогенерации, т.е. в процессе привлечения лидов (от английского lead — ведомый), потенциальных потребителей товаров/услуг, готовых стать покупателями, выгодоприобретателями. Временное участие частных МО в оказании возмездных услуг по программам ОМС позволяет в короткие сроки существенно увеличить количество платежеспособных выгодоприобретателей, что стимулирует масштаби-

рование ПМУ соответствующих объемов, видов, качества и ценовой привлекательности. С экономической точки зрения данный подход ориентирован на формирование и извлечение валовой прибыли не за счет роста цен по принципу «снятия сливок» с выгодоприобретателей, которые обладают доходами выше среднего уровня, а за счет достатка пациентов, которые традиционно относятся к категории бюджетников. В результате этого начинают расти показатели спроса, доступности, своевременности и удовлетворенности потребителей (пациентов) предоставляемыми услугами, а также финансовые показатели самой МО. В целом же, участие частных МО в территориальных программах ОМС не играет существенной роли в доходах большинства из них. В структуре доходов этих хозяйствующих субъектов большую часть занимают прямые платежи от пациентов (86,0 %), оплата услуг в рамках ДМС составляет 9,7%, оплата услуг в рамках ОМС — 1,3%. Остальные источники доходов, связанные с реализацией различных государственных программ, а также пожертвований, составляют 3,0% [10].

Поскольку темпы роста инвестиций в здравоохранение за период 2018-2024 гг. не превышали 5,5% в общей доле ВВП, очевидно, что субъекты подведомственной государству лечебно-профилактической сети отрасли также заинтересованы в увеличении платежеспособного пациентопотока в секторе ПМУ. Однако, в силу чрезмерной загруженности пациентопотоком по ОМС, а это пока остается приоритетом в их хозяйственной деятельности, повышение лидогенерации трудно выполнимая задача, стремление к решению которой может привести как к нежелательной административной, так и юридической ответственности [11].

Продолжая функционировать на рынке ПМУ, частная МО просто обязана строить свою основную деятельность с целью извлечения прибыли. В этой связи, весьма удачной и образной характеристикой извлечения прибыли при осуществлении основной деятельности, применимую к деятельности медицинской, можно считать следующую: *«для превращения того или иного вида деятельности в предпринимательскую необходимо «не просто строить, торговать, ловить рыбу исключительно на возмездной, платной основе (это могут делать и некоммерческие субъекты), а еще и стремиться при этом к совершению неэквивалентного обмена, стараясь любыми способами заполучить возмещение в размере, превосходящем произведенные затраты»* [12]. В силу этого, медицинская деятельность, осуществляемая частной МО или врачом-индивидуальным предпринимателем (ИП), является именно предпринимательской деятельностью, т.е. разновидностью бизнеса, которая полностью подчинена стремлению участвовать в неэквивалентном обмене и в возмещении затрат, превосходящих произведенные.

В государственном секторе здравоохранения извлечение прибыли не преследуется. Доход при ведении медицинской деятельности МО, подведом-

ственных органам управления здравоохранением, носит прежде всего компенсационный характер. Если в иной предпринимательской деятельности (например, нефтегазовой или строительной) прибыль — это потенциальная возможность прироста капитала (дохода), то в медицинской это основа, в которой она нуждается для ее осуществления [13]. При этом, в секторе государственно-муниципальной медицины почему-то не принимается в расчет тот факт, что доход от ведения собственно медицинской деятельности не только позволяет покрывать затраты, связанные с ее осуществлением, но и предполагает извлечение из нее прибыли.

Также не принимается в расчет и тот факт, что с момента исполнения здравоохранительной отрасли Федерального закона от 08.05.2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», в экономической деятельности казенных, бюджетных и автономных учреждений здравоохранения прочно обосновались софинансируемые медицинские услуги, за которые потребитель (пациент) должен доплачивать определенную сумму из личных средств. Нижний порог такой доплаты составляет 20% от всей стоимости медицинской услуги и может быть использован как при оплате ПМУ, так и при оказании возмездных услуг по ПГГ и ОМС.

Данная ситуация формирует предпосылки системной трансформации «бесплатных» медицинских услуг в платные по следующей схеме. В настоящее время, возмездные (бесплатные для пациентов) услуги пока сохраняют статус основных. По мере нарастания доли софинансируемых медицинских услуг (СМУ), правила реализации которых наверняка будут регламентированы соответствующим Постановлением Правительства РФ, приобретут статус замещающих. Ну и по истечении определенного времени, СМУ имеют все шансы трансформироваться в платные услуги, которые с большой долей вероятности обретут статус основных. Аналогичная ситуация уже имела место в современной истории российского здравоохранения, когда финансовые ресурсы системы ОМС, первоначально обозначенные законодательством в качестве дополнительных к бюджетным ассигнованиям, потом стали трактоваться как замещающие и, наконец, превратились в основные, практически полностью сведя на нет финансирование мощностей отрасли. Это, в свою очередь, запустило весь механизм оптимизации и реструктуризации в здравоохранении, итогом которого стало сокращение кадров и подведомственных медицинских учреждений, в первую очередь, в секторе сельской медицины.

Активное развитие ПМУ в государственных МО может привести к ситуации, при которой медицинские ресурсы будут перераспределяться в пользу более платежеспособных пациентов. Это может ухудшить условия оказания медицинской помощи для тех, кто получает ее по системе ОМС. В условиях

России, где существенная часть населения живет за чертой бедности или с ограниченными финансовыми возможностями, такое перераспределение могло бы привести к нарастанию социального напряжения в обществе, которого так опасается государство.

В сложившейся ситуации государство должно осознавать важность развития именно сектора частного здравоохранения, главенствующего на рынке ПМУ как альтернативного механизма, позволяющего разгрузить государственные МО и предоставить населению право выбора — где и на каких условиях оно может получить желаемое медицинское обслуживание.

Государственные и частные МО выполняют разные функции в системе здравоохранения:

- первые — обеспечивают широкую доступность медицинской помощи,
- вторые — обеспечивают конкуренцию, сервисность и более специализированные услуги для тех, кто готов за них платить. Задача государства в данном случае сводится к поддержанию баланса между этими секторами, не концентрируясь на коммерциализации государственных МО.

С точки зрения государства важно, чтобы подведомственные ему МО были эффективны в части расходования бюджетных средств и обеспечения населения доступной, своевременной, квалифицированной, безопасной и бесплатной для пациента медицинской помощью. Поэтому фокус эффективности не всегда совпадает с целью извлечения прибыли. В этой связи, государственные МО являются инструментом социальной политики, а не как самостоятельно хозяйствующие субъекты рыночной среды.

В этом контексте государство стремится улучшить управление и оптимизировать затраты, внедряя, например, электронные медицинские карты и другие технологии, которые помогают снизить издержки и повысить эффективность оказания медицинской помощи. Однако это не направлено на извлечение прибыли, а связано с обеспечением и повышением доступности, своевременности и безопасности медицинской помощи в рамках существующей бюджетно-страховой модели.

Между тем, с экономико-правовой точки зрения, медицинская деятельность в системе частного здравоохранения является особым видом предпринимательской деятельности, регулируемой нормами предпринимательского права. Само же медицинское право — это подотрасль предпринимательского права.

Ранее уже подчеркивалось, что главная цель любой предпринимательской деятельности, включая медицинскую, — извлечение прибыли. И это исключительно экономический аспект данной деятельности. Экономика собственно медицинской деятельности завязана на производстве и реализации (продаже, предоставлении) медицинской продукции — услуг. В отличие от экономики сферы охраны здоровья, являющейся многоплановым комплексным понятием, а также экономики здравоохранения, которая традиционно выражается в показателях состоя-

ния здоровья населения, снижении заболеваемости инвалидности и смертности, имеющих отсроченный экономический эффект для ВВП, экономика медицины – это экономика реального производства, ориентированная на создание материальных благ и удовлетворения насущных потребностей общества в форме совершенно конкретной продукции – медицинских услуг, обладающих добавленной стоимостью. Извлечение этой добавочной стоимости при осуществлении основной деятельности, абсолютно закономерный результат. Однако, так как в отрасли экономика здравоохранения подменяет собой экономику медицины, на извлечение добавленной стоимости наложено табу. Происходит это в силу того, что нынешняя модель национального здравоохранения сохраняет черты советской модели отрасли, более известной как модель Семашко, возникшей на основе полного огосударствления всех сфер экономической, социальной и профессиональной деятельности. В условиях полного отказа от сохранения и развития советского политического строя и модели госплановой экономики, все усилия по поддержанию наследия модели Семашко бессмысленны.

В настоящее время отсутствует единый подход к определению наличия прибыли при осуществлении медицинской деятельности в целом. Поэтому, анализируя медицинскую деятельность с точки зрения перспектив извлечения прибыли при ее осуществлении, целесообразно обратиться к Налоговому кодексу РФ, который в статье 247 указывает, что прибыль в деятельности хозяйствующего субъекта является разницей между полученными доходами, уменьшенными на величину произведенных расходов [14].

С прикладной точки зрения, рентабельность – это эффективность, прибыльность, доходность предприятия или предпринимательской деятельности. Количественно рентабельность исчисляется как частное от деления прибыли на затраты, расход ресурсов, обеспечивающих получение прибыли.

Помимо размера расчетных и расчетно-нормативных затрат, при оказании МО медицинских услуг на платной (возмездной) основе, необходимо:

- проводить анализ существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен (тарифов) на них;
- анализ существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные услуги;
- объем предоставления ПМУ.

Данные аспекты подразумевают использование рыночных механизмов при определении цены (тарифа) на ПМУ, что позволяет говорить о наличии прибыли при их реализации.

Более того, отдельные нормативные правовые акты, посредством которых регулируются вопросы определения цен (тарифов) на данную категорию услуг, четко предусматривают возможность включения в них рентабельности. Так, к примеру, в соответствии с п.3 Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, цены (тарифы) на медицинские услуги устанавливаются с учетом покрытия издержек МО на оказание данных услуг, при этом рекомендуется предусматривать рентабельность не более 20 процентов [15].

Медицинские же организации частной формы собственности самостоятельно определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги, что позволяет им закладывать в стоимость оказываемых ими медицинских услуг прибыль.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что формирование и извлечение прибыли при осуществлении основной деятельности МО на рынке медицинских услуг совершенно обосновано, закономерно и законодательно урегулировано.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Excessive state regulation – the main threat to the development of private medicine. Lonshakov V.A. 02.12.2019. Russian (Избыточное государственное регулирование – основная угроза развитию частной медицины. Лоншаков В.А. 02.12.2019 г.) URL: <https://www.privatmed.ru/article/35/139/2494/> (дата обращения – 22.01.25)
2. Federal Law «On Protection of the Rights of Legal Entities and Individual Entrepreneurs in the Implementation of State Control (Supervision) and Municipal Control» dated 26.12.2008 N 294-FL. Russian (Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» от 26.12.2008 № 294-ФЗ.) https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_83079 (дата обращения – 23.01.2025)
3. Federal Law «On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation» dated 21.11.2011 N 323-FL. Russian (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ) URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/?ysclid=m6j21prcrm522776373 (дата обращения – 24.01.2025)
4. Grinkevich V.V. Miracles of statistics: how Russia jumped into the top five leading economies of the world. *Journal «Profile»*. 21.08.2023. Russian (Гринкевич В.В. Чудеса статистики: как Россия запрыгнула в пятерку ведущих экономик мира // Журнал «Профиль». 21.08.2023г.) URL: <https://profile.ru/economy/chudesa-statistiki-kak-rossiya-zaprygnula-v-pyaterku-vedushhih-ekonomik-mira-1376086/> (дата обращения – 25.01.2025)

5. Kostin IN. Itogi pereklichki perinatal'ny'x centrov RF za 2021 god. *StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodny'j brak*. 2022; 5(91):24-27. Russian (Костин И.Н. Итоги переключки перинатальных центров РФ за 2021 год //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2022. № 5(91). С. 24-27.)
6. Korobko KI. Profit of medical organization from conducting medical activity: axiom or a reason for discussion? *Finance and Management*. 2021; 1: 49-59. Russian (Коробко К.И. Прибыль медицинской организации от осуществления медицинской деятельности: аксиома или основание для дискуссии? //Финансы и управление. 2021. № 1. С. 49-59.) doi: 10.25136/2409-7802.2021.1.34891
7. Opredelenie Konstitucionnogo Suda RF ot 24.10.2013 № 1648-О «Ob otkaze v prinyatii k rassmotreniyu zhaloby` obshhestva s ogranichennoj otvetstvennost`yu «Konsul'tativno-diagnosticheskij centr "Dobry'j doktor" na narushenie konstitucionny'x prav i svobod punktom 5 chasti 2 stat'i 20 i chast'yu 9 stat'i 39 Federal'nogo zakona "Ob obyazatel'nom medicinskom straxovanii v Rossijskoj Federacii". Dokument opublikovan ne byl. Russian (Определение Конституционного Суда РФ от 24.10.2013 № 1648-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы общества с ограниченной ответственностью «Консультативно-диагностический центр «Добрый доктор» на нарушение конституционных прав и свобод пунктом 5 части 2 статьи 20 и частью 9 статьи 39 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» //Документ опубликован не был.)
8. Prikaz FFOMS ot 14.04.1994 № 16 «O raschetax tarifov na medicinskie i inye uslugi v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya grazhdan» (vmeste s «Rekomendacijami po raschetam tarifov na medicinskie i inye uslugi v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya grazhdan»). Dokument utratil silu v svyazi s izdaniem Prikaza FFOMS ot 30.12.2011 № 261. Russian (Приказ ФФОМС от 14.04.1994 № 16 «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан» (вместе с «Рекомендациями по расчетам тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан»)) //Документ утратил силу в связи с изданием Приказа ФФОМС от 30.12.2011 № 261.)
9. Alekseeva NS. Unperceived risks of activities in russian healthcare business. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ*. 2016; 3: 123-128. Russian (Алексеева Н.С. Неучтенные риски предпринимательства в здравоохранении России //Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3-4(5-6). С. 123-128.)
10. Development of the market of private medical services in Russia: problems, trends, prospects //RBC RESEARCH. Russian (Развитие рынка частных медицинских услуг в России: проблемы, тенденции, перспективы //РБК RESEARCH.) URL: <http://conference.apcmed.ru/download/>
11. Ulumbekova GE, Ginoyan AB, Kalashnikova AV, Alvianskaya NV. Healthcare financing in Russia (2021-2024). Facts and suggestions. *Healthcare management: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ*. 2020; 4: 19. Russian (Улумбекова Г.Э., Гинойан А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения //ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4-19.) doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001
12. Vorontsov SG. Legal indicia of entrepreneurship: terminological problems. *Perm University Herald. Juridical Sciences*. 2016; 34: 402-412. Russian (Воронцов С.Г. Легальные признаки предпринимательской деятельности: проблемы терминологической определенности //Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2016. № 34. С. 402-412.) doi: 10.17072/1995-4190-2016-34-402-412
13. Laptev VA. Medical activity: legal nature and sources of legal regulation. *Medical Law*. 2013; 3: 15-18. Russian (Лаптев В.А. Медицинская деятельность: правовая природа и источники правового регулирования //Медицинское право. 2013. № 3. С. 15-18.) doi: 10.18572/1813-1239-2013-3-15-18
14. Tax Code of the Russian Federation (part two) from 05.08.2000 № 117-FL //Parlamentskaya gazeta. N 151-152. 10.08.2000. Russian (Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ //Парламентская газета. № 151-152. 10.08.2000.)
15. Order of the Ministry of Health of Russia from 29.12.2012 № 1631n «On Approval of the Procedure for determining prices (tariffs) for medical services provided by medical organizations that are budgetary and state-owned public institutions under the jurisdiction of the Ministry of Health of the Russian Federation». *Rossiyskaya Gazeta*. № 92, 2013. Russian (Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации» //Российская газета. № 92, 2013.)

Сведения об авторах:

ЛЕБЕДЕВ Александр Александрович, доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. акад. Ю.П. Лисицына педиатрического факультета, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия.
E-mail: prof.lebedev@gmail.com

ЭРДЫНИЕВА Людмила Салчаковна, доктор мед. наук, профессор, главный науч. сотрудник, ГБУ НИИ МСПУ РТ, г. Кызыл, Россия.
E-mail: minzdravrt@mail.ru

Information about authors:

LEBEDEV Alexander Alexandrovich, doctor of medical sciences, professor, professor of the department of public health and public health named after YP. Lisitsyn of the faculty of pediatrics, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. E-mail: prof.lebedev@gmail.com

ERDYNIEVA Lyudmila Salchakovna, doctor of medical sciences, professor, chief researcher, Research Institute of Medical and Social Problems and Management of the Republic of Tyva, Kyzyl, Russia.
E-mail: minzdravrt@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ЭРДЫНИЕВА Людмила Салчаковна, 667000, г. Кызыл, ул. Тувинских добровольцев, 10, ГБУ НИИ МСПУ РТ,
Тел: 8 (3942) 22-41-38 E-mail: minzdravrt@mail.ru