

**К вопросу о развитии института социального предпринимательства в обеспечении социо-профессиональной свободы медицинской деятельности на рынке медицинских услуг**

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России

**Резюме**

В статье представлено мнение об основных изменениях, которые помогли бы сделать систему здравоохранения в России более социально ориентированной. Ключевой точкой изменений может стать социальное предпринимательство. Выделены основные признаки, характеризующие социальное предпринимательство: социальное воздействие, инновационность, самоокупаемость и финансовая устойчивость, предпринимательский подход. Определены законодательные преференции, необходимые для развития социального предпринимательства в российском здравоохранении. Обозначены возможности подготовки медицинских кадров в формате коммерческого и некоммерческого предпринимательства как новый вектор высшего медицинского образования.

*Ключевые слова: здоровье, здравоохранение, социальное предпринимательство, медицинский бизнес, некоммерческая экономика, медицинское образование.*

**Summary**

The article presents an opinion on the main changes that would help to make the health care system in Russia more socially oriented. Social entrepreneurship can become a key point of change. The main features characterizing social entrepreneurship are highlighted: social impact, innovativeness, self-sufficiency and financial sustainability, entrepreneurial approach. Legislative preferences necessary for the development of social entrepreneurship in Russian healthcare are defined. The possibilities of training medical personnel in the format of commercial and non-commercial entrepreneurship as a new vector of higher medical education are outlined.

*Key words: health, health care, social entrepreneurship, medical business, non-profit economy, medical education.*

В советский период существования нашего государства существовала только одна форма собственности – государственная. В этом аспекте считалось, что медицина для здравоохранения – это инструмент исполнения государственных обязательств по обеспечению населения страны бесплатной медицинской помощью, находящейся в прямой зависимости от конституционных норм и финансовых гарантий советского государства.

В современной России законодательно утверждена частная форма собственности, которая стала основой формирования и развития предпринимательского сообщества государства с новым социально-экономическим строем. В сфере охраны здоровья, это привело к формированию и развитию частной системы здравоохранения.

Главными субъектами экономического оборота частной системы здравоохранения стали предприниматели, в первую очередь, осуществляющие коммерческую деятельность. Благодаря их деятельности в государстве сформировался целый комплекс рынков - медицинских услуг, лабораторной диагностики, лекарственных средств, медицинских и фармацевтических организаций, медицинских и фармацевтических кадров, медицинского оборудования, и конечно же, потребителей.

Основная цель коммерческой деятельности предпринимателя – это извлечение прибыли. Ради этой главной цели предприниматель и создает свой бизнес. Для предпринимателя не имеет принципиального значения в какой сфере он занимается бизнесом, главное, чтобы этот бизнес позволял извлекать ожидаемую прибыль. Данный предпринимательский подход характерен для любой сферы деятельности, включая медицину.

Правомочно ли медицину использовать как площадку для извлечения прибыли и обогащения? Вообще, в лечебно-профилактической сети здравоохранения вопросам, связанным с извлечением прибыли и дальнейшим её реинвестированием в организацию основной деятельности, никогда не уделялось должное внимание. Данная ситуация является следствием жёсткой привязки медицинской деятельности к бюджетно-страховой модели финансирования. В лучшем случае, при формировании прейскурантных цен на медицинские услуги учитывался отраслевой процент рентабельности. Однако несомненным является то, что при осуществлении медицинской деятельности прибыль может и должна извлекаться. Более того, с экономической точки зрения, извлечение прибыли как результат реализации возмездных медицинских услуг, является реальным монетарным вкладом в формирование ВВП государства. Другой вопрос, а куда эта прибыль будет направлена далее? Попробуем разобраться в этом.

Что происходит сегодня с финансированием отрасли? Несмотря на постоянно растущие государственные расходы на здравоохранение в настоящее время отмечается стойкая тенденция роста частных расходов на коммерческое медицинское обслуживание. По данным правительственных экспертов, в настоящее время, личные расходы граждан на медицину

стремительно растут. Более половины пациентов платят за лечение в стационарах, треть – за поликлиническую помощь, более 65% - за стоматологическую [1].

В странах ЕС, например, в Испании, затраты населения на оплату платных медицинских услуг (ПМУ) не превышают 24% совокупных расходов на медицинское обслуживание. И это при том, что более половины резидентов и нерезидентов страны охвачено самыми различными программами медицинского страхования. Кстати, этот показатель выше, чем во всех европейских странах, кроме Греции и Швейцарии [2].

Если в 2003 году ёмкость рынка платных медицинских услуг в Москве (без учета теневого сектора, стоматологии и частнопрактикующих врачей) составляла 9,6 млрд. рублей, то в 2008 году этот показатель возрос до 30 млрд. рублей. То есть, за неполные пять лет констатируется увеличение более чем в 3 раза! Но это только первые ласточки. В 2012 году емкость рынка платных медицинских услуг России превысила 509 млрд. рублей. Эта цифра превышает сумму консолидированных бюджетно-страховых ресурсов системы здравоохранения РФ в 2004 г., которая на тот период составляла порядка 450 млрд. руб. Если в 2016 году емкость рынка ПМУ составляла 732 млрд. руб., то в 2021 году этот показатель достиг рекордных 1 трлн. 77 млрд. руб. [3]

Данные анонимного анкетирования пациентов и врачей, проведенного консалтинговой компанией «Synopsis» показывают, что рынок платных медицинских услуг России в ближайшие три-четыре года будет расти на 14-16% в год. Ежегодный прирост платных медицинских услуг в Москве составит 30%. 20% москвичей являются представителями среднего класса и на их долю приходится 25% от общего дохода всех жителей столицы. Объем нелегальных платежей пациентов за гарантированную государством медицинскую помощь, предоставляемую в государственно-муниципальных медицинских учреждениях столицы, составляет в год примерно 7 млрд. рублей.

Результаты исследований компании SCR GROUP: доход частных медицинских структур в 2009 году - 391 млрд. рублей. Увеличение составило 10% по сравнению с 2008 годом. А ведь в это период страна переживала последствия первой волны мирового экономического кризиса [4].

По данным Росстата, объем платных медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями (МО) населению РФ, составил в 2020 году 693 791 млн. руб. [5].

По данным РБК за период с 2007 года по 2022 год динамика рынка ПМУ в РФ выглядит следующим образом (рис. 1):

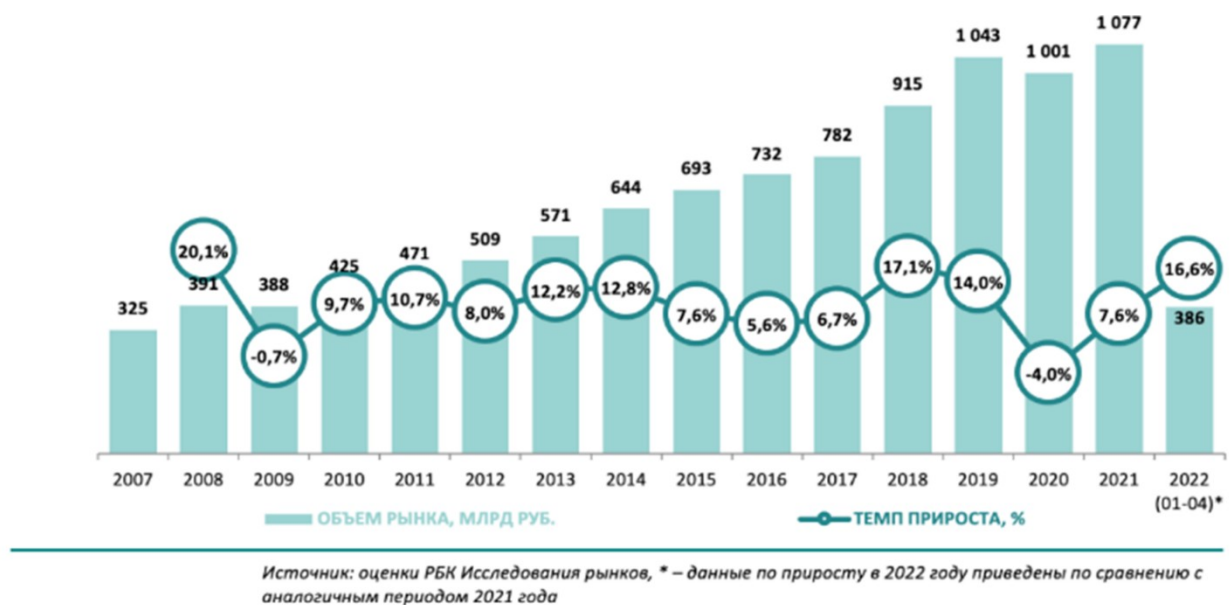


Рис. 1. Динамика объема рынка платных медицинских услуг в России в 2007-2022 гг. (млрд. рублей в текущих ценах, %).

По данным Росстата объем ПМУ, потребляемых населением РФ в 2010 году - 250 474 млн. руб.; в 2015 - 528 359 млн. руб.; в 2020 – 866 518 млн. руб.; в 2021 – 1 091 934 млн. руб.; в 2022 - 1 218 854 млн. руб. [5] (рис. 2).

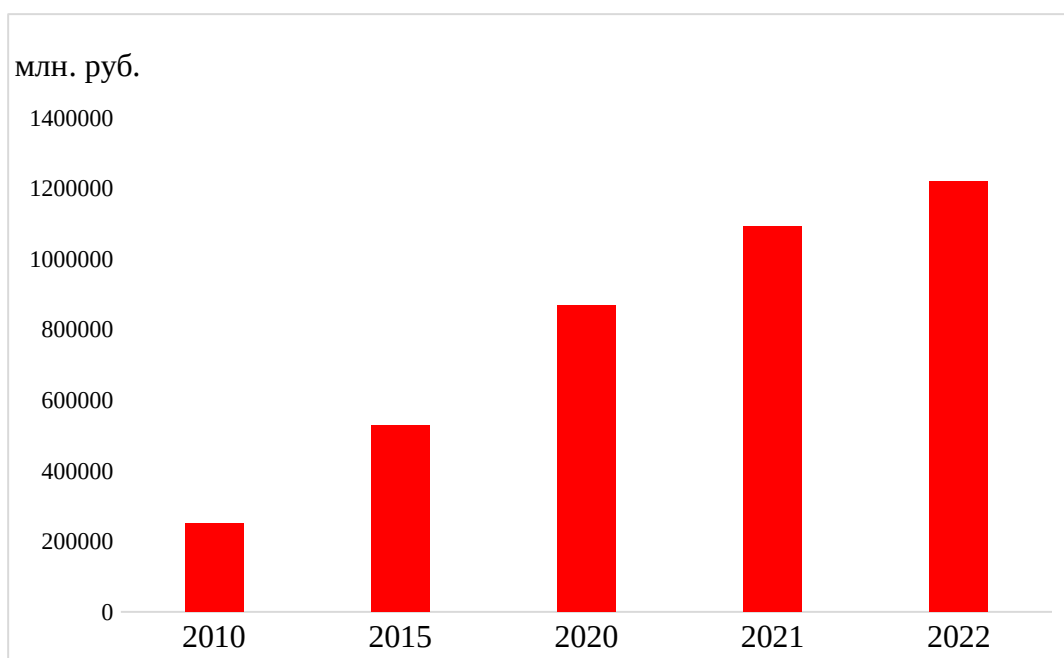


Рис. 2. Объем платных медицинских услуг, потребляемых населением РФ в период с 2010 по 2022 гг. (в рублевом эквиваленте).

Доля теневого рынка медицинских услуг, оказываемых МО за 10 лет снизилась почти в 2,5 раза, но тем не менее в 2018 -2020 гг. колебалась в пределах 16-17%, или 182-250 млрд. руб. (рис. 3) [6].

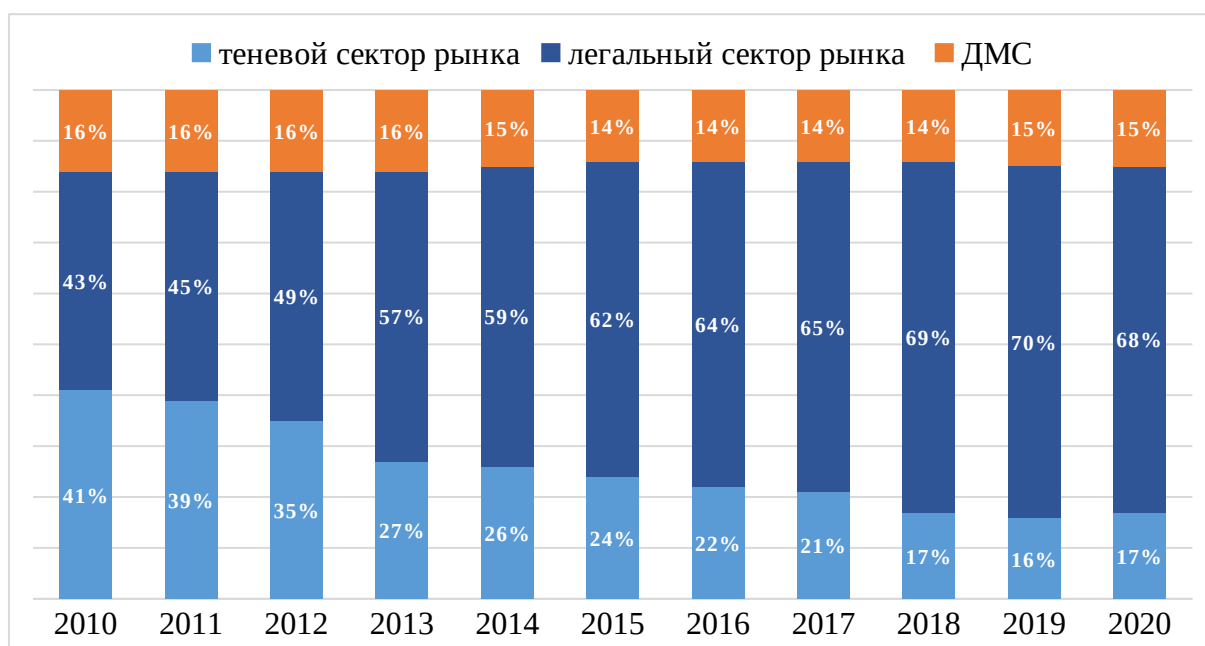


Рис. 3. Доля теневых платежей населения в структуре рынка ПМУ в России, % [6]

Согласно данным Росстата, количество субъектов лечебно-профилактической сети государственно-муниципального сектора здравоохранения составляет почти 35 тысяч учреждений [5].

Из них:

Больничные учреждения – 12000

Амбулаторно-поликлинические учреждения – 21600

Федеральные специализированные медицинские учреждения – 310

Стоматологические поликлиники – 890

Итого: 34 800

А вот данные аналитического доклада «Мониторинг участия медицинских организаций в системе ОМС» за 2021 год свидетельствуют, что количество субъектов экономического оборота частной системы здравоохранения составило 61981 медицинских, стоматологических, косметологических, реабилитационных и пр. организаций, кабинетов, индивидуальных врачебных практик. Свыше 75% частных медицинских организаций имеют организационно-правовую форму общества с ограниченной ответственностью, основной целью деятельности которых является всё то же извлечение и увеличение прибыли (рис. 4). Общее количество медицинских организаций в 2021 году составляло 70938 юридических лиц [7].

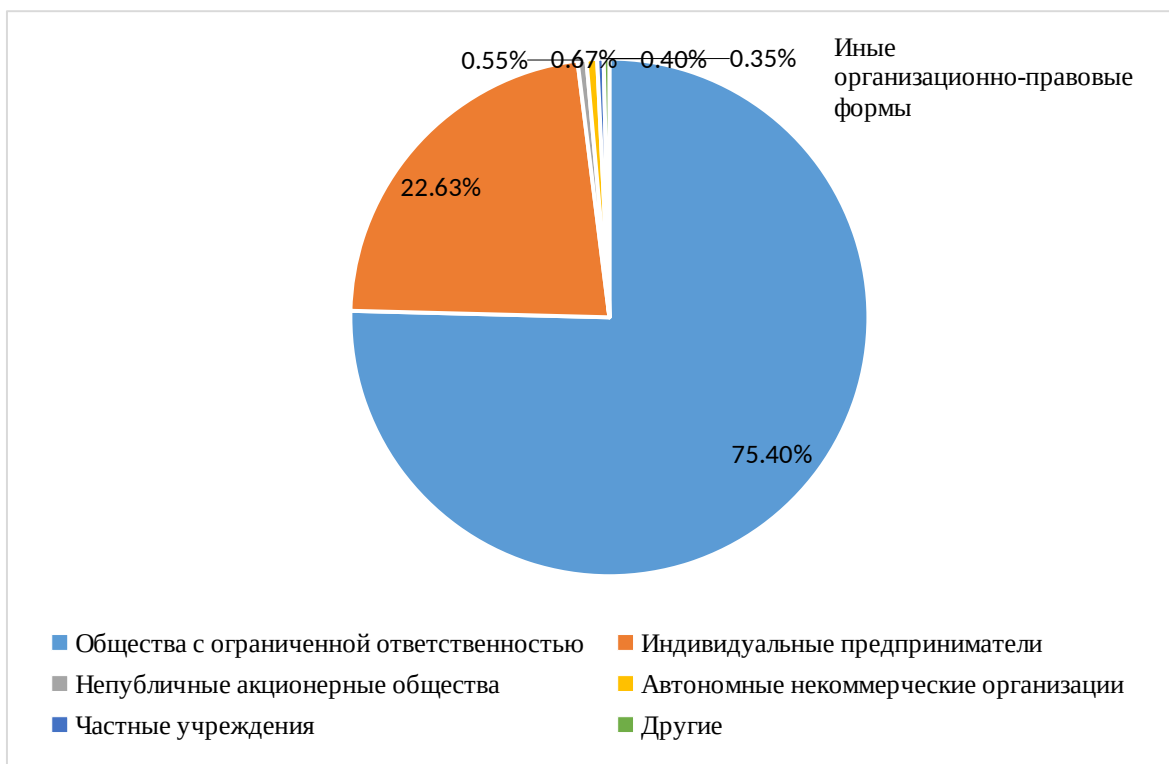


Рис. 4. Распределение частных медицинских клиник по видам организационно-правовых форм, % [7].

Количество и структура МО, имеющих основной вид деятельности – медицинская деятельность [8]: из практически 71-ой тысячи медицинских организаций, обладающих лицензиями на право осуществления медицинской деятельности, 87,3% - организации частной формы собственности (рис. 5).



Рис. 5. Количество и структура МО, имеющих основной вид деятельности – медицинская деятельность, % [7].

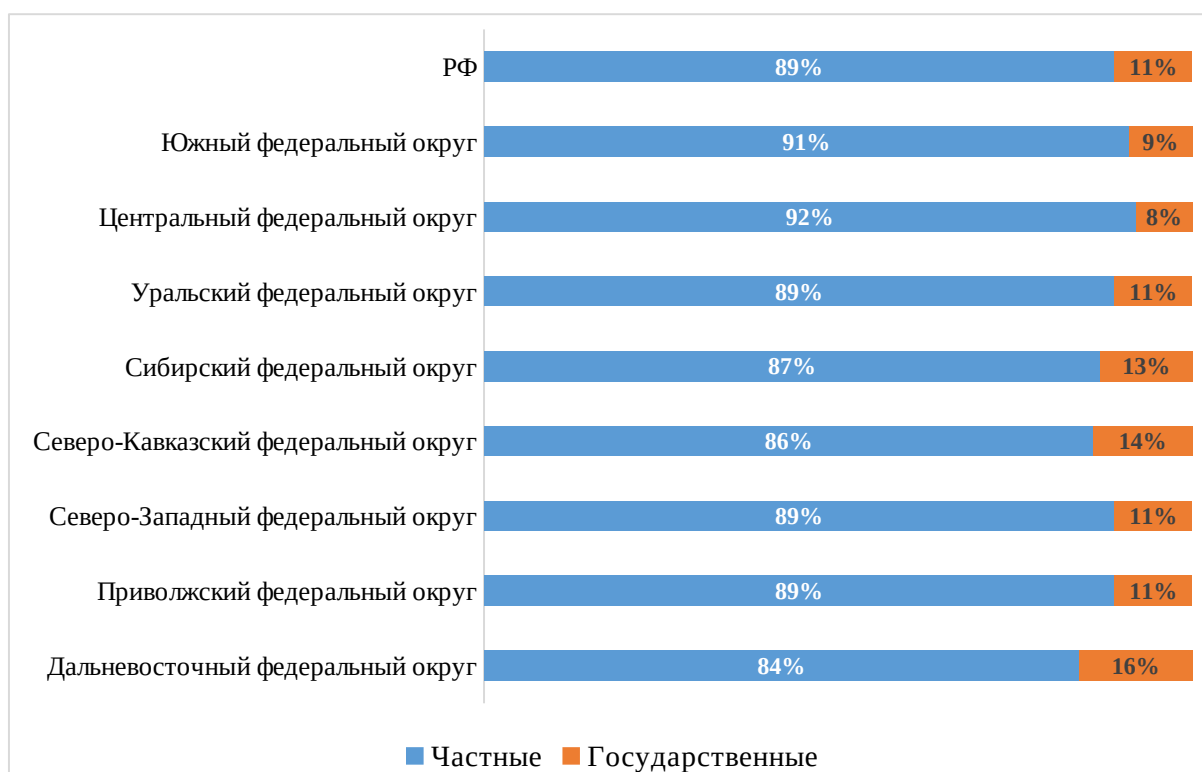


Рис. 6. Соотношение частных медицинских клиник и государственных медицинских организаций, % [7].

Наибольшие доли частных медицинских клиник от общего количества медицинских организаций отмечены в Дальневосточном, Северо-Кавказском и Сибирском федеральных округах, наименьшие – в Центральном, Южном и Север-Западном федеральных округах (рис. 6).

На основании выше приведённых данных напрашиваются следующие выводы:

1. Количество частных медицинских организаций доминирует в структуре медицинских организаций всех форм собственности и составляет свыше 87% от общего их числа, имеющих медицинскую деятельность в качестве основного вида деятельности.

2. Степень развития частных клиник на 100 тыс. населения в субъектах РФ различается в 4,5 раз.

3. Свыше 75% частных клиник имеют организационно-правовую форму общества с ограниченной ответственностью, что свидетельствует о доминировании коммерческого предпринимательства на рынке медицинских услуг.

Ну и последний, самый важный вывод:

4. Данные о деятельности частных медицинских клиник никем и нигде не агрегируются и не анализируются, что приводит к неверным целеполаганию и управленческим решениям в вопросах государственных инвестиций, влияет на качество прогнозируемого уровня заболеваемости населения и эффективности использования бюджетных и внебюджетных финансовых средств в российском здравоохранении, в том числе в рамках НП «Здравоохранение».

Если трезво смотреть на проблему кадрового обеспечения отрасли в условиях строительства и развития буржуазного государства, опирающегося на рыночную экономику, то модель распределительного обеспечения медицинскими работниками отрасли, существовавшая в эпоху СССР, при которой отраслевые ВУЗы (медицинские институты) готовили кадры для государственно-монопольной системы здравоохранения, в современной России уже давно уступила место новой экономической модели, ориентированной на подготовку медицинских кадров для рынка труда, рынка медицинских организаций и рынка медицинских услуг. Кстати, основным направлением, деятельности медицинских институтов в советский период, было именно подготовка кадров для практического звена здравоохранения. Научно-исследовательская деятельность советских медицинских ВУЗов, традиционно считалась вторым направлением их деятельности.

Данное положение стало меняться в период, когда отраслевые медицинские институты трансформировались в медицинские университеты. Стратегическая задача университета – это проведение глубоких научных исследований и формирование со студенческой скамьи профессиональных учёных. Под эту задачу заточена вся грантовая модель финансирования научной деятельности университета как научно-образовательной организации. А вот подготовка кадров для заказчика, каковым в советский период было исключительно государство, в условиях капиталистической модели, преимущественно основанной на частной форме собственности, становится затруднительна, т.к. законы рынка существенно ограничивают значение и влияние государства в этом вопросе. В силу этого, неизбежно увеличение числа внебюджетных мест для обучения будущих врачей, что безусловно становится отправной точкой при принятии ими решения о том, где, в какой форме и на каких условиях после окончания ВУЗа они будут осуществлять свою профессиональную деятельность. Это закономерный результат университизации высшего медицинского образования, функционирующего в соответствии с рыночной доктриной государства.

В настоящее время каждый пятый выпускник медицинского ВУЗа планирует свою профессиональную деятельность и карьеру на площадке частной медицинской организации (рис. 9). И это при том, что номинальная стоимость выпускника медицинского ВУЗа, что с красным дипломом, что с синим, на рынке труда равна нулю! Реальная стоимость медицинского работника после окончания медицинского ВУЗа начинает формироваться в интервале от 5 до 10 первых лет прикладной профессиональной деятельности. Только после 5-10-летней практики молодого врача в государственно-муниципальном секторе отрасли, появляется экономическая основа для инвестирования заёмного капитала в него как в специалиста, чья профессиональная деятельность позволяет не только вернуть вложенные в него средства, но извлекать планируемую прибыль от результатов его труда на рынке медицинских услуг. Однако



выпускники медицинских ВУЗов не мыслят подобными экономическими категориями. Традиционное выпестовывание будущего врача в стенах медицинского ВУЗа не предусматривает формирования у него данного понимания будущей профессиональной деятельности и необходимых для её осуществления знаний, навыков и умений. Несмотря на это, материалы доклада «Инструменты для развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения» свидетельствуют, что 19,8% студентов выпускных курсов медицинского ВУЗа планируют сразу после обучения устроиться на работу в частную клинику. Данное исследование было проведено в подведомственных Российскому Минздраву образовательных организациях Северо-Кавказского федерального округа [8].

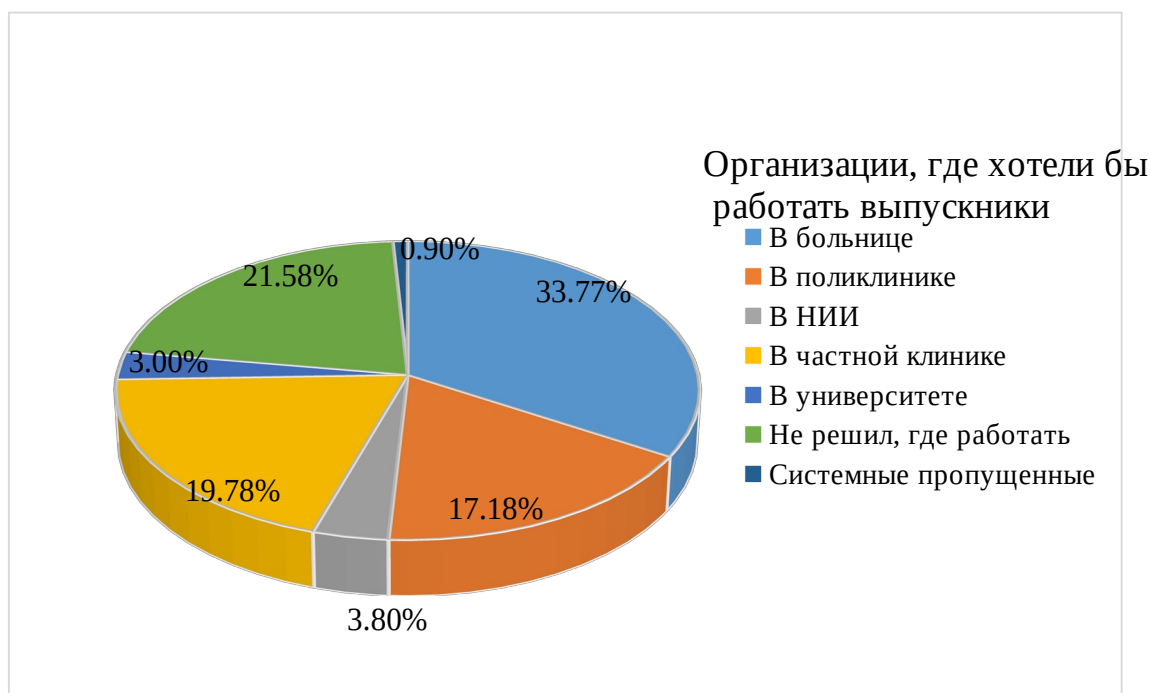


Рис. 9. Векторы планируемых карьерных траекторий выпускников медицинского университета сразу после его окончания (%).

Таким образом, каждый пятый выпускник медицинского ВУЗа, получивший базовое медицинское образование ориентирован на осуществление своей трудовой деятельности в системе частного здравоохранения, законодательно признающегося, с позиции имущественного права (права частной собственности), субъектом сферы предпринимательства.

Однако, в системе частного здравоохранения основная масса медицинских работников попадает в орбиту найма и управления предпринимателями-собственниками, как правило не имеющими медицинского образования и неспособными соединить предпринимательское мышление с врачебным профессионализмом и заботой об интересах потребителей медицинских услуг.

В сфере охраны здоровья складывается парадоксальная ситуация - медицинские работники, трудом которых создается медицинская

продукция (услуга) и извлекается её добавленная стоимость, продолжают рассматриваться в качестве «винтиков» как государственной, так и частной систем здравоохранения. Ведь модель образования медицинских работников продолжает поддерживать status quo, поскольку, как и в советское время, ориентирована на выпуск врачей – бюджетников.

Будущих врачей со студенческой скамьи приучают к мысли, что реализация их профессиональных навыков, знаний, умений и компетенций будет осуществляться в формате наемной рабочей силы, причём как в государственном секторе здравоохранения, так и в секторе коммерческого предпринимательства. Сама формулировка врач-предприниматель внутри здравоохранительной отрасли не является популярной.

Модель распределительного обеспечения медицинскими работниками отрасли, существовавшая в эпоху СССР, при которой отраслевые медицинские ВУЗы готовили кадры для государственно-монопольной системы здравоохранения, в современной России уже давно уступила место новой экономической модели, ориентированной на подготовку медицинских кадров для рынка труда, рынка медицинских организаций и рынка медицинских услуг.

В настоящее время практически две трети студентов медицинских университетов обучаются на платной основе и эта категория будущих врачей ориентирована на профессиональную деятельность именно в рыночной среде. Данную ситуацию необходимо принимать как неизбежность и не пытаться встраивать её в устаревшие догматические клише.

В данной ситуации важно учитывать еще один аспект: право выбора медицинского работника, в какой форме осуществлять свою профессиональную деятельность, сопряжено социо-профессиональной доктриной социально-рыночной экономики, выражающейся в том, что, служа обществу, исцеляя больных, немощных, спасая обречённых, он обладает возможностью работать на самого себя. В настоящее время практическая реализация данного права выбора является проблематичным.

Кем создаются частные (приватные) медицинские организации? Основная масса медицинских работников в системе государственного здравоохранения продолжает оставаться на положении наемных работников бюджетной сферы.

Предпринимательство, как форма организации собственного дела (бизнеса), так и не получило широкого распространения в профессиональном медицинском сообществе России. В большинстве случаев, предпринимателями на рынке медицинских услуг, выступают лица, не имеющие профессионального медицинского образования, но обладающие реальными денежными ресурсами.

Поэтому, основная масса частных (приватных) медицинских организаций, собственниками которых являются коммерсанты-немедики, в силу естественной ориентации на коммерческую составляющую в осуществлении основной деятельности, нацелена на достижение

максимального экономического эффекта – максимизации прибыли. Медико-социальная эффективность, являющаяся для казенных, бюджетных и автономных медицинских учреждений, а также некоммерческих медицинских организаций основной, в деятельности коммерческих предпринимателей отступает на второй план.

С точки зрения здравоохранительной политики данная тенденция не является привлекательной как для пациентов, так и для самих медиков. Почему? Потому что, она не способствует, снижению заболеваемости, инвалидности и смертности, не способствует повышению продолжительности жизни населения. Именно поэтому, медицинская деятельность как социо-профессиональный ресурс сферы охраны здоровья не должна безальтернативно использоваться в качестве площадки для обогащения коммерческих предпринимателей.

Существует ли альтернатива коммерциализации медицины? Альтернативой дальнейшей коммерциализации медицины может стать формирование и практическое использование российским здравоохранением института социального предпринимательства (СП).

«Социальное предпринимательство – это любая инновационная и инициативная деятельность, ставящая перед собой цель помочь людям. Социальный бизнес отличается от коммерческого, имеющего лишь одну цель - максимизацию прибыли, тем, что его основная цель – создание социальных благ для тех, ради кого он осуществляет свою деятельность. Иными словами, социальное предпринимательство нацелено на решение социальных проблем» (профессор Мухаммад Юнус, Нобелевский лауреат, считается одним из «отцов» социального бизнеса).

Итак, социальное предпринимательство - это предпринимательская деятельность, основной целью которой является смягчение или решение социальных проблем. Данная деятельность характеризуется рядом основных признаков.

Основные признаки, характеризующие СП:

- социальное воздействие – целевая направленность на решение (смягчение) существующих социальных проблем, устойчивые позитивные измеримые социальные результаты;
- инновационность – применение новых, уникальных подходов, позволяющих увеличить социальное воздействие;
- самоокупаемость и финансовая устойчивость – способность социального предприятия решать социальные проблемы до тех пор, пока это необходимо и за счет доходов, получаемых от собственной деятельности;
- предпринимательский подход – способность социального предпринимателя видеть провалы рынка, находить возможности, аккумулировать ресурсы, разрабатывать новые решения, оказывающие долгосрочное позитивное влияние на общество в целом;
- масштабируемость и тиражируемость – увеличение масштаба деятельности социального предприятия (на национальном и

международном уровне) и распространение опыта (модели) с целью увеличения социального воздействия. В этом аспекте важно понимать, что в условиях оптимизации и реструктуризации лечебно-профилактической сети здравоохранения, приведшей к неизбежному сокращению как медицинских организаций отрасли, так и медицинских работников, функционирующих в них, масштабируемость и тиражируемость медицинских услуг априори невозможна, что в свою очередь создает ощутимые проблемы в обеспечении гражданам страны доступности, своевременности, квалифицированности, безопасности и, соответственно, качества самих медицинских услуг, а также медицинской помощи. Ведь медицинская услуга, неотделима от источника, который её создает и предоставляет – медицинского работника. И если в отрасли, по тем или иным причинам, сокращается количество врачей, фельдшеров и медицинских сестёр, создающих своей профессиональной деятельностью медицинские услуги, то рынок этих самых услуг погружается в состояние демаркетинга – искусственного ограничения не только спроса, но и предложения. Для потребителей эта ситуация неизбежно обернется резким снижением привлекательности и востребованности медицинских услуг, что в свою очередь постепенно начнет отражаться на показателях здоровья населения – заболеваемости, нетрудоспособности (временной и стойкой), инвалидности, смертности, средней и ожидаемой продолжительности жизни.

Обратимся к международной практике. Кого принято считать социальным предпринимателем за рубежом?

1. Некоммерческие организации или индивидуальных предпринимателей, доход от деятельности которых направляется на реализацию уставных целей организации (характерно для стран Южной и Северной Америки).

2. Субъекты сферы бизнеса с выраженной социальной миссией. В отличие от обычного предпринимательства, на первое место выходит социальный аспект, или социальный эффект (например, показатели здоровья населения) от предпринимательской деятельности, а затем финансовая эффективность (характерно для ряда европейских стран).

3. Международные частные и общественные фонды, создаваемые с целью развития и поддержки социально-экономической деятельности и инвестирующие финансовые средства в инновационную предпринимательскую деятельность ради социальных превращений в обществе. Например, Schwab Foundation for Social Entrepreneurship (Швейцария), Skoll Foundation (США) и Ashoka Foundation (Индия). Отличием такого подхода является то, что на внутреннем рынке драйвером бизнес-процессов становится социальный предприниматель.

В России социальные предприниматели делятся на три категории:

- представители специализированных предприятий (например, предприятия, работающие с инвалидами по зрению или по слуху), которые

модернизировались после перестройки и стали коммерческими организациями;

- некоммерческие и благотворительные организации, вставшие на коммерческие рельсы;

- частные предприниматели в сфере малого и среднего бизнеса, основной целью которого становится не столько извлечение прибыли, сколько методическое решение проблем социального характера различных групп населения.

Индивидуальная или групповая медицинская деятельность на рынке медицинских услуг является разновидностью социального предпринимательства.

Его отличительной особенностью является одновременно и частный, и публичный характер оказываемых услуг, а также медицинских, финансовых, социальных результатов функционирования системы здравоохранения в целом. Еще одной особенностью является потребность в достаточно жестком регулировании (включая надзор).

Частный характер медицинской услуги проявляется в способности удовлетворения нужд, потребностей и запросов конкретного человека в профилактике, диагностике, лечении заболеваний, реабилитации, устранении косметических дефектов и т.д. и т.п.

Публичный характер услуги проявляется в следующем:

- во-первых, здоровье населения, которое складывается из здоровья отдельных граждан, – это достояние всего общества, страны, определяющее перспективы и возможности их развития;

- во-вторых, при оказании услуги конкретному пациенту могут выявляться карантинные, особо опасные и социально значимые заболевания, которые представляют угрозу не только для этого пациента, но и для общества в целом.

Это требует проведения комплекса специальных мероприятий, направленных на защиту населения от исходящих угроз.

Медицинские услуги обладают ярко выраженной характеристикой социальных услуг. Социальные услуги выделяют по той сфере, в которой данные услуги оказываются, что само по себе показывает их общезначимую направленность и ставит в один ряд с публичными услугами. Критерием выделения социальных услуг (в отличие от государственных) является не круг субъектов, их оказывающих, а сфера, в которой они реализуются.

Признаки социальных услуг:

- они обеспечивают деятельность общезначимой направленности;
- имеют неограниченный круг субъектов, пользующихся ими;
- осуществляются как государственными муниципальными, так и негосударственными субъектами;
- основываются как на публичной, так и на частной собственности.

В сфере охраны здоровья различают негосударственные и государственные социальные услуги. Различие между ними определяется

по критерию «платности» или «бесплатности» для пациента (потребителя) оказываемой услуги. «Бесплатные» социальные медицинские услуги, могут оказываться пациентам врачами - социальными предпринимателями, получающими денежные средства за оказанную помощь из бюджетных источников и/или ОМС.

С этой целью, заказчик (в первую очередь исполнительная власть субъекта РФ) должен размещать государственный (или муниципальный) заказ на оказание определенной группы услуг населению, в борьбу за который вступали бы субъекты социального предпринимательства (конечно, при условии, что оплата будет осуществляться по действительно полному тарифу). Реализация такого подхода на практике повлечет за собой существенное снижение доли неэффективных государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Институт социального предпринимательства - это производственный инструмент сектора некоммерческой экономики! По словам известного американского социолога Питера Друкера «Задача государства - разрабатывать правила и вводить их в действие силой закона. Задача бизнеса - зарабатывать деньги. Задача субъектов сектора некоммерческой (интеллектуальной) экономики (НЭ) – социальных предпринимателей — способствовать здоровью и благополучию человека».

Здравоохранение в условиях рынка также признаётся сектором некоммерческой (интеллектуальной) экономики. Сам же сектор НЭ является поставщиком не просто возмездных услуг, а общественно значимых (социальных) услуг. Этот сектор может быть очень ресурсоемким и привлекательным для инвестиций.

В сектор НЭ Великобритании ежегодно инвестируется более 2,5 млрд фунтов стерлингов. В целях поддержания конкурентоспособности сектора НЭ в экономически развитых странах создаются благоприятные и рациональные налоговые условия. Благодаря благоприятному налоговому режиму в секторе НЭ ежегодно остается от 800 до 900 млн. фунтов стерлингов.

В США бюджет НЭ-сектора в среднем составляет от 600 до 700 млрд. долл. в год. Из этих средств примерно 500 млрд. долл. инвестируется в деятельность социальных предпринимателей. Для примера: Федеральное правительство США тратит на аналогичные цели примерно 450 млрд. долл.

Суммарный доход НЭ-сектора в 22 странах (Нидерланды, Германия, Ирландия, Испания, Бельгия, Австрия, Франция, Финляндия, Великобритания, Австралия, США, Израиль, Япония, Чехия, Венгрия, Словакия, Румыния, Аргентина, Перу, Бразилия, Колумбия, Мексика) сегодня составляет более 1,1 трлн долларов, что эквивалентно ВВП таких государств как Италия и Великобритания.

С учетом того, что финансовое наполнение российского рынка медицинских услуг в 2022 году составило порядка 1,219 трлн руб., с динамикой роста 14-16% на период 2022-2024 гг., системное и

широкомасштабное развитие социального предпринимательства в российском здравоохранении является экономически обусловленным. Однако полноценное развитие института СП нуждается в формировании самостоятельной нормативно-законодательной базы.

Ситуация с законодательным определением института социального предпринимательства в РФ ограничивается приказом № 220 Минэкономразвития РФ от 24 апреля 2013 г. (для субъектов малого и среднего предпринимательства): «Социальное предпринимательство - это социально-ответственная деятельность субъектов малого и среднего предпринимательства, направленная на решение социальных проблем». В Российской законодательной базе отсутствует четкое институциональное определение «социального предпринимательства».

В силу же законодательных различий в сфере бизнеса между Россией и западными странами, совершенно очевидно, что отечественный бизнес нуждается в собственном законодательном определении этого рыночного института. Необходимо законодательно отделить социальное предпринимательство от предпринимательства вообще. Данная мера важна для гарантированного инвестирования прибыли, получаемой СП, в осуществление основной деятельности.

Развитие социального предпринимательства в российском здравоохранении нуждается в законодательных преференциях:

- по налогообложению прибыли (Федеральный закон № 395-ФЗ от 28.12.2010);
- по ставкам арендной платы (пример, проект «доктор рядом»)
- по ссудам, субвенциям льготным кредитам на открытие медицинских практик – практиков;
- по лизингу медицинского оборудования и дорогостоящего инструментария в созданных для этих целей лизинговых компаниях;
- по созданию частно-государственных партнерств медико-социального профиля и т.д.

Первый шаг уже сделан. С 2010 года Федеральным законом № 395-ФЗ от 28.12.2010 г. «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» введена норма, по которой предприятия, осуществляющие отдельные виды образовательной и медицинской деятельности, освобождались от уплаты налогов на прибыль. Данная норма продолжает сохраняться и по настоящее время.

Таким образом, терапевтическая и хирургическая косметология, вся комплементарная медицина, а также стоматология совершенно официально могут выводить свою прибыль из тени, не опасаясь, что она будет обложена налогом. Вопрос в том, куда эта прибыль будет направлена собственником медицинского бизнеса. Нынешнее законодательство России не обязывает коммерческие медицинские организации реинвестировать полученную от основной деятельности прибыль в эту самую деятельность. Это значит, что большая часть

прибыли останется в карманах собственников коммерческих медицинских структур и не будет направлена на улучшение здоровья россиян.

Развитие социального предпринимательства в здравоохранении и медицинской деятельности создает основу для решения вопроса о правосубъектности медицинских работников. Правовое и экономическое оформление правосубъектности врача неизбежно приведет к интенсивному развитию механизмов саморегулирования и самоуправления во врачебном сообществе.

Сегодня на повестке дня следующий вопрос: как и где медицинский работник может освоить необходимые знания, навыки, умения и компетенции в области предпринимательства?

Возможны два варианта ответа на поставленный вопрос:

1. Медицинский работник поступает на соответствующий факультет немедицинского ВУЗа, где на коммерческой основе получает дополнительное профессиональное образование по программе подготовки предпринимателей. Минусом данного варианта решения вопроса, является то, что профессорско-преподавательский состав немедицинского ВУЗа будет осуществлять обучение без учёта специфики уже полученного медицинского образования. В силу этого в процессе обучения может возникать когнитивный диссонанс между уже имеющимся медицинским образованием и новыми знаниями в области предпринимательства. При этом неизбежна трансформация психологии врача в компетенции коммерческого предпринимателя.

2. В структуре медицинского ВУЗа на базе факультета дополнительного профессионального образования создается научно-образовательное подразделение, объединяющее две группы специалистов – с базовым медицинским образованием по специальностям, например «Общественное здоровье и здравоохранение», «Клиническая психология» и «Социология медицины» и специалисты с базовым немедицинским образованием по специальностям – «Экономика», «Право», «Управление (менеджмент)», «Маркетинг», «Бухгалтерский учёт» и т.п.

Каковы ожидания? В прикладном плане этот позволит разработать и внедрить в научно-образовательную деятельность медицинских ВУЗов инновационные межсекторальные программы постдипломной подготовки и переподготовки врачей-специалистов по следующим направлениям: предпринимательство, социальное предпринимательство, социально-ориентированный менеджмент и маркетинг субъектов экономического оборота в здравоохранении и медицинской деятельности.

Освоение знаний по данным направлениям, предоставит право выбора медицинскому работнику, в каком качестве он будет осуществлять свою профессиональную деятельность – как традиционный наемный работник, либо в качестве социального предпринимателя.

Данный подход позволит:

- научно обосновать модели коммерческого и социального предпринимательства в сфере охраны здоровья для внедрения в практику



организации медицинского обслуживания потребителей медицинских услуг;

- разработать, описать и систематизировать модели коммерческого и социального предпринимательства в сфере организации медицинского обслуживания потребителей возмездных медицинских услуг;

- сформировать научно-методическую базу для подготовки и переподготовки врачей-социальных предпринимателей для медицинских организаций сферы охраны здоровья;

- разработать и внедрить в образовательный процесс кейсы учебно-методических пособий постдипломной и дополнительной профессиональной подготовки (переподготовки) врачей-специалистов с формированием у них предпринимательского мышления и соответствующих компетенций в сфере организации и управления (менеджмента) частной (негосударственной) медицинской организации.

- перенастроить образовательную деятельность медицинских ВУЗов на подготовку и переподготовку медицинских работников, ориентированных на осуществление своей трудовой деятельности на рынке труда, рынке медицинских организаций и рынке медицинских услуг;

- существенно расширить спектр востребованности и трудоустройства выпускников медицинских ВУЗов на рынке медицинских организаций в формате социального предпринимательства;

- повысить конкурентоспособность медицинских ВУЗов на рынке образовательных услуг при подготовке медицинских кадров в формате коммерческого и некоммерческого предпринимательства.

Это и будет очередной виток эволюции как высшего медицинского образования, так и самого здравоохранения – социально-экономической системы, базирующейся на медицинской науке и практике. Завтрашний день медицинской деятельности уже сегодня прочно связан с институтом социального предпринимательства, правовую основу которого должны составлять реальные субъекты отрасли – врачи – социальные предприниматели, элита среднего класса страны!

## **Список литературы**

1. Правительственные эксперты сообщили об увеличении доли платных медуслуг в РФ, 25 февраля 2015 (URL: <https://medportal.ru/mednovosti/pravitelstvennyie-eksperty-soobschili-ob-uvelichenii-doli-platnyh-meduslug-v-rf/?ysclid=lf42fc7vix639094408>) (дата обращения 21.02.2024)

2. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах (URL: <https://polit.ru/article/2010/05/31/healthcare/?ysclid=lf43llsnns194475693>) (дата обращения 21.02.2024)

3. SYNOPSIS [проекты для медицины] (URL: <https://medresearch.ru/?ysclid=lf67s11dr288355272>) (дата обращения 21.02.2024)

4. О группе компаний SRG (URL: <https://srgroup.ru/company/?ysclid=lfb7uqnhc4314256532>) (дата обращения 21.02.2024)
5. Платное обслуживание населения в России, 2021 год. Официальное издание (URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Platnoe\\_obs\\_luj\\_2021.pdf](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Platnoe_obs_luj_2021.pdf)) (дата обращения 21.02.2024)
6. Медицинский маркетинг 2022: основы, особенности, тренды (URL: <https://digitalriff.ru/blog/medicinskij-marketing-2021-osnovy-osobennosti-trendy/?ysclid=lf46c3qhij540186913>) (дата обращения 21.02.2024)
7. Сетевое издание Матерлайф (<https://statprivat.ru>) (дата обращения 21.02.2024)
8. Каждый пятый студент-медик собирается после вуза в частную клинику (URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Kajdyi-pyatyi-student-medik-sobiraetsya-posle-vuza-v-chastnuu-kliniku.html?ysclid=lrq4qcz4q9869686727>) (дата обращения 21.02.2024)

### **Информация для РИНЦ.**

**Лебедев Александр Александрович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. академика Ю.П. Лисицына педиатрического факультета ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, Россия, e-mail: [prof.lebedev@gmail.com](mailto:prof.lebedev@gmail.com) ORCID 0000-0002-5225-8965

**Киселев Сергей Николаевич**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, проректор по учебно-воспитательной работе ФГБОУ ВО Дальневосточный государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, 680000, г. Хабаровск, Россия, e-mail: [prorec@mail.fesmu.ru](mailto:prorec@mail.fesmu.ru) ORCID 0000-0003-2047-9824