

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бюджетно-страховая модель здравоохранения, действующая в России на сегодняшний день по существу представляет две формы социальной защиты населения. С одной стороны государственная форма защиты как совокупность мер социального характера, реализуемая за счет государственных (муниципальных) бюджетных средств посредством финансирования деятельности государственных (муниципальных) медицинских учреждений. С другой стороны обязательное медицинское страхования – форма государственной страховой социальной защиты.

Обе формы имеют одну цель, но для ее достижения используют различные принципы. Страховая модель предусматривает личное участие граждан, вносит в отношения возмездн-возвратный целевой характер, минимизирует влияние государственной исполнительной власти на реализацию процесса социальной защиты, допускает к участию в реализации социальной защиты организации различной формы собственности и различно организационно правовой формы.

Таким образом, сами граждане, которые и создают основу государства, своим участием, совместными усилиями создают страховую социальную защиту. Роль государства в этом процессе регулирующая.

Государственная социальная защита обезличена, исключает участие граждан и предприятий, налоги за счет которых осуществляется социальная защита по своей сути не имеют целевого назначения, отношения возникающие в процессе социальной защиты не носят возвратно-возмездного характера, исполнительная власть в процессе реализации играет ключевую роль. Государство кроме регулирующей функции, берет на себя функцию исполнителя социальной защиты, ограничивая участие в нем организаций других форм собственности.

Следовательно, бюджетно-страховая модель здравоохранения функционирует на двух противоречащих друг другу принципах организации социальной защиты и не может быть эффективна. Организационная модель здравоохранения должна быть разделена на две независимые модели организации деятельности: бюджетное здравоохранение и страховое здравоохранение.

Страховая модель здравоохранения должна функционировать на основе предпринимательской деятельности медицинских организаций. Бюджетная модель должна исключать предпринимательскую деятельность медицинских организаций. Обе модели не должны функционировать в одном секторе медицинских услуг и реализовывать услуги идентичного характера.

Для сохранения принципов страховой социальной защиты и принципов предпринимательской деятельности, бюджетные медицинские учреждения, работающие в страховой системе здравоохранения должны быть реорганизованы в государственные (муниципальные) медицинские предприятия. Отношение исполнительной власти и медицинских предприятий должны перейти на договорную основу, возможно с применением механизмов страхования за счет бюджетных средств аккумулированных в бюджете для нужд здравоохранения. В бюджетной системе здравоохранения должны функционировать только медицинские учреждения.

Можно выделить ряд причин, сдерживающих рынок платных медицинских услуг, а следовательно и развитие предпринимательства в здравоохранении. Прежде всего, для большинства населения бесплатная медицинская помощь не имеет четких границ. Безграничность так называемого бесплатного здравоохранения существенно ослабляет мотивацию к оплате медицинских услуг, т.е. сдерживает спрос.

В то же время не сформировано сознание предпринимателя у производителей медицинских услуг. В медицинском сообществе

медицинская услуга не воспринимается как товар, а медицинская деятельность не воспринимается как деятельность по производству и реализации медицинских услуг. Доминирует «психология содержания», это ослабляет мотивацию к расширению и легализации процедуры реализации (продажи) медицинских услуг, нет мотивации к развитию маркетинга медицинских услуг.

В обществе сформировано устойчивое представление - государственная организация – бесплатная помощь, частная организация платная помощь. В такой ситуации формируется противостояние населения развитию платных услуг которые оказываются в государственных медицинских учреждениях. Люди убеждены, что с них пытаются взять оплату незаконно, так как они обратились в государственное ЛПУ.

Медицинская общественность и производители медицинских услуг 90% которых работает в государственном (муниципальном) секторе противостоит развитию частного предпринимательского сектора здравоохранения как конкурентной альтернативе, замене формы собственности медицинских организаций. В такой ситуации, медицинским работникам, обладающим предпринимательской активностью проще «организовать бизнес в черную», чем открыто выступит организатором частной медицинской практики.

Мы убеждены, что не следует рассматривать платежеспособность населения как ключевой фактор, сдерживающий развитие предпринимательства в здравоохранении. Он тоже имеет место, но более существенная проблема кроется в самой службе здравоохранения – здравоохранение не готово и не способно продавать медицинскую услугу населению среди которого существенно возрос уровень потребительских требований.

Все изложенное послужило основой для формирования экспериментальной модели предпринимательской деятельности в

амбулаторно-поликлиническом звене в форме общей врачебной практики. Основная идея эксперимента заключалась в том, чтобы поместить медицинскую организацию в среду предпринимательских отношений, в среду бизнеса, полностью исключив ее из системы бюджетно-сметного финансирования (содержания). Нас интересовала возможность рентабельной, безубыточной деятельности предприятия производящего медицинские услуги в экономико-правовом пространстве, которое существует и действует в практическом здравоохранении на территории г.Томска.

В ходе эксперимента мы изучили условия экономического, политического, финансового, материального характера которые необходимы для деятельности медицинского предприятия. Рассматривался и вопрос стартовых условий – будет ли достаточным инициативы группы предпринимателей, обладающих предпринимательской активностью, небольшим капиталом и технологией производства медицинских услуг для организации и успешного развития бизнеса в здравоохранении.

Для проведения эксперимента был учрежден Центра Семейной Медицины, сферой деятельности которого была выбрана амбулаторно-поликлиническая помощь – производство медицинских услуг амбулаторно-поликлинического характера. Это было обусловлено высоким уровнем спроса на услуги амбулаторно-поликлинического характера (среднегодовой уровень посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждения в г.Томске составляет 3,5 – 4,5 млн. посещений в год); сравнительно не высоким уровнем требуемых капиталовложений для организации и начала деятельности и приемлемым с точки зрения экономической эффективности механизмом оплаты амбулаторной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. В г.Томске и Томской области амбулаторная поликлиническая помощь оплачивается методом «подушевого финансирования».

В основу деятельности Центра была положена применяемая в практическом здравоохранении России технология организации оказания амбулаторной поликлинической помощи населению, сложившаяся еще с социалистических времен. Это также было обусловлено объективной необходимостью. Во-первых, это предусматривалось условиями лицензирования, во-вторых, это упрощало процедуру включения Центра в общую функционирующую систему здравоохранительного производства.

В целях получения конкурентных преимуществ при выходе на рынок медицинских услуг мы использовали новшество (элемент новаторства), которое только начинало внедряться в практику Российского здравоохранения – служба семейного врача. Таким образом, для «завоевания» своих потребителей мы использовали факторы новизны услуги (семейный врач, как современная технология), универсальности услуги (семейный врач способен оказывать услуге всей семье – и детям, и взрослым, и пожилым людям); более высокого качества услуги (семейный врач – специалист владеющий гораздо большими знаниями и навыками, чем участковый терапевт, он в процессе подготовки, он проходит специализацию по 16 врачебным специальностям) и соответствие услуги государственным стандартам (внедрение службы семейного врача в амбулаторную практику широко пропагандируется органами управления здравоохранением различного уровня, внедрение практики семейного врача была регламентировано как новое стратегическое направление реформы здравоохранения).

Деятельность предприятия в системе ОМС гарантировало постоянный доход, однако его величина могла быть различной. Величина дохода имела прямую зависимость от численности застрахованного населения прикрепленного для медицинского обслуживания к Центру, т.к. за каждого застрахованного прикрепленного страховая компания ежемесячно платила «подушевой» тариф. Например, к Центру прикреплено всего 5000 взрослого населения, при величине тарифа 20

рублей в месяц, Центр будет получать $5000 \times 20 = 100\,000$ рублей в месяц. Используя полученные средства Центр должен организовать и предоставить застрахованным по ОМС гражданам комплекс амбулаторных услуг в рамках программы ОМС в случаях их обращения за медицинской помощью. Таким образом, при этих условиях мы видели два пути максимизации прибыли – первый увеличивать численность прикрепленных застрахованных граждан – увеличивать доход, второй снижать обращаемость застрахованных граждан за медицинской помощью, повышая и поддерживая уровень их здоровья – тем самым снижать расход. По существу в этих двух направлениях мы и установили точки предпринимательской инициативы семейных врачей, определив прямую зависимость доходов семейных врачей от численности прикрепленных застрахованных к их участкам обслуживания и косвенную обратную зависимость от уровня их посещаемости застрахованными гражданами.

В ходе реализации эксперимента было установлено, что разработанная экспериментальная модель позволила семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу. Семейные врачи, которые не смогли реализовать предпринимательскую инициативу не смогли набрать (прикрепить к себе) для медицинского обслуживания должное количество застрахованных обеспечив тем самым себе желаемый уровень дохода. В то же время семейные врачи, успешно реализующие предпринимательскую инициативу смогли обеспечить себе должный уровень дохода, который в 2-3 раза превышал заработную плату участковых врачей.

В ходе реализации предпринимательской инициативы семейных врачей было установлено, что удовлетворенность пациентов медицинскими услугами, реализуемых в амбулаторном звене в большей степени зависит от личных человеческих качеств семейного врача, его коммуникабельности умения правильно (в соответствии с текущими обстоятельствами) общаться с пациентами. Этот факт обусловлен и тем, что пациенту трудно адекватно оценить истинный профессионализм врача.

Уровень профессиональной подготовки семейного врача в большей степени влиял на расходную часть бюджета семейного врача. Врачам высокой квалификации удавалось в короткие сроки достигать позитивных результатов лечения, что сокращало число обращений пациента в Центр, а значит и величину расходов с ним связанных. Кроме того квалифицированные врачи в меньшей степени нуждались и использовали консультации узких специалистов которые также оплачивались из бюджета семейного врача.

Эксперимент показал, что объектом конкурентной борьбы в среде бюджетных медицинских учреждений является не конечный потребитель медицинских услуг, а чиновники исполнительной власти в первую очередь в лице руководителей органов управления здравоохранением. Именно чиновник влияет на объемы и регулярность финансирования медицинского учреждения, на внутреннюю организационную структуру (он назначает и снимает первого руководителя), на распределение финансов (определяет целевой характер распределения). Следовательно, сформировать открытую предпринимательскую деятельность в среде бюджетных медицинских учреждений ориентированную на потребительский рынок практически невозможно.

Основным конкурентом для частного независимого предприятия является государственная исполнительная власть, что на наш взгляд не просто осложняет развитие независимого предпринимательства, а делает его невозможным. При этом следует понимать, что кроме экономических интересов исполнительная власть преследует и политические интересы. Поэтому в силу рыночного характера общей государственной политики, установленной законодательной властью, исполнительная власть допустит присутствие независимого предпринимателя на рынке медицинских услуг, но лишь постольку, поскольку это не ущемляет ее экономические интересы.

Для успешного осуществления предпринимательской деятельности медицинской организации необходима реализация комплекса мероприятий организационного, маркетингового, рекламного характера, и организации специализированного подразделения – осуществляющего предпринимательские функции от имени медицинского учреждения. Важно создать условия для развития внутрифирменного предпринимательства, не просто платить работникам деньги за труд, а создать условия, при которых каждый врач посредством своей профессии может заработать столько денег, сколько позволяет это ему сделать его профессиональные и личные качества.

Таким образом, создание условий и развитие внутрфирменного предпринимательства способствовало динамичному развитию предприятия в целом, наполняло коллектив духом предпринимательских отношений, устраняло внутри коллективные противоречия, которые всегда возникают при различной направленности мотивирующих факторов собственников предприятия (первичных предпринимателей) и наемных работников (вторичных предпринимателей).

ВЫВОДЫ

1. Стабилизация демографической ситуации в Томской области обусловлена приростом рождаемости при сохраняющемся уровне смертности и росте заболеваемости населения. При этом деятельность системы здравоохранения не опирается на эффективные методы организации, имеет место экстенсивный рост объемов оказания медицинской помощи населению Томской области - отмечается существенное увеличение количества вызовов СМП.

2. Перспективы развития предпринимательства в секторе первичной медицинской помощи обусловлены высоким уровнем спроса на услуги амбулаторно–поликлинического характера, (среднегодовой уровень посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждения в г.Томске составляет 4,2 млн. посещений в год); значительной емкостью рынка со средним темпом роста на уровне 15% годовых; сравнительно невысоким уровнем требуемых капиталовложений для организации и начала деятельности; приемлемым с точки зрения экономической эффективности механизм оплаты амбулаторной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (в г.Томске и Томской области амбулаторная поликлиническая помощь оплачивается методом «подушевого финансирования»).

В то же время на рынке медицинских услуг готовность платить эквивалентно не обеспечивается готовностью продавать, в медицинской среде нет предпринимательской инициативы, предпринимательской активности, предпринимательских навыков, не сформировано сознание предпринимателя. В медицинском сообществе (в среде производителей медицинских услуг) медицинская услуга не воспринимается как товар, а медицинская деятельность не воспринимается как деятельность по производству и реализации медицинских услуг. Доминирует «психология содержания», это ослабляет мотивацию к расширению и легализации

процедуры реализации (продажи) медицинских услуг, нет мотивации к развитию маркетинга (цивилизованной продажи) медицинских услуг.

3. Разработана и внедрена модель медицинского предпринимательства в форме ОВП, представляющая собой самостоятельно-хозяйствующего субъекта, без сложившихся в МЛПУ стереотипов ведения финансово-хозяйственной деятельности, обладающее типичными для предпринимателя стартовыми условиями. Модель функционировала в системе обязательного медицинского страхования.

В целях получения конкурентных преимуществ при выходе на рынок медицинских услуг в качестве инновационного элемента использовалась служба семейного врача, включающая следующие инновационные факторы:

- новизны услуги – семейный врач, как современная технология;
- универсальности услуги – семейный врач способен оказывать услуге всей семье – и детям, и взрослым, и пожилым людям;
- более высокого качества услуги – семейный врач – специалист владеющий гораздо большими знаниями и навыками, чем участковый терапевт, он в процессе подготовки, он проходит специализацию по нескольким врачебным специальностям.
- соответствие услуги государственным стандартам – внедрение службы семейного врача в амбулаторную практику, на тот момент, широко пропагандировался органами управления здравоохранением различного уровня, внедрение практики семейного врача была регламентировано как новое стратегическое направление реформы здравоохранения.

Основными организационными принципами модели общей врачебной практики были следующие:

- каждый пациент прикрепляется на медицинское обслуживание к семейному врачу, исключительно по своему желанию, выраженному в письменной форме;

- каждый пациент обладает свободой выбора своего семейного врача, может свободно прикрепиться (создав доход семейному врачу) и свободно открепиться от своего семейного врача, перейти к другому или уйти в другое медицинское учреждение (сократив доход семейного врача);
- оплата за прикрепленных пациентов создает внутренний денежный фонд семейного врача – бюджет семейного врача, врач выступает в роли фондодержателя;
- число пациентов, которые могут прикрепиться к семейному врачу не ограничено, и зависит только от возможностей семейного врача своевременно оказать квалифицированную помощь всем нуждающимся;
- семейные врачи могут различными способами совершенствовать организацию своего труда, в целях повышения доходов бюджета семейного врача.

4. Эффективность разработанной модели развития предпринимательства в системе здравоохранения в форме организации общих врачебных практик подтвердилась результатами деятельности ЗАО Центр семейной медицины. Конкурентоспособность предпринимательских ОВП по сравнению с существующими решениями выше, поскольку они соединяют в себе ценовую доступность муниципальных ЛПУ и преимущества частных клиник (качество, территориальная и временная доступность, комфортность обслуживания). Созданные условия позволили семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу и обеспечить должный уровень дохода, который в 2-3 раза превышал заработную плату участковых врачей.

Успешность и эффективность предпринимательской модели подтверждается количественными (увеличение числа прикрепленного населения с 3900 человек в 2003 году до 14900 в 2009 году, рост выручки с

4,7 млн. руб. в 2003 году до 63,0 млн. руб. в 2009 году) показателями деятельности Центра семейной медицины.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При организации практической медицинской деятельности предпринимательского характера следует придерживаться следующих условий:

- Создаваемая предпринимательская структура должна быть вновь созданной организацией, т.к. это позволит построить внутреннее организационное устройство предприятия в соответствии с поставленными целями и задачами и избавит от сложившихся стереотипов ведения финансово-хозяйственной деятельности, изменение которых требует гораздо большего времени.
- Созданная медицинская организация должна быть самостоятельно-хозяйствующим субъектом.
- Из организационно-правовых форм (ООО, ЗАО, ОАО) предпочтительной является закрытое акционерное общество (ЗАО), так как акционерные закрытые общества, по мнению экспертов, наиболее приемлемы для объединения партнеров по делу, между которыми существует устойчивый, постоянный профессиональный контакт, осуществляется взаимодействие, наблюдается взаимная заинтересованность. Как правило, организации такого типа не ориентированы на сиюминутное получение прибыли в больших размерах, как правило политика этих предприятий ориентирована на планомерное поступательное развитие.
- Созданное предприятие должно функционировать в системе обязательного медицинского страхования, т.к. деятельность

медицинских организаций в системе ОМС является предпринимательской.

- Медицинская деятельность созданного предприятия не должна финансироваться из муниципального и (или) государственного бюджета по смете затрат, т.к. это противоречит логике экономических предпринимательских отношений.
- Организационно-правовая форма созданного предприятия должна предусматривать законную возможность осуществления деятельности предпринимательского характера как коммерческого, так и некоммерческого характера.
- Медицинская деятельность должна быть самокупаемой, т.е. экономически целесообразной

2. Следует использовать два пути максимизации прибыли (при условии оплаты по «подушевому тарифу»):

- увеличивать численность прикрепленных застрахованных граждан – увеличивать доход,
- снижать обращаемость застрахованных граждан за медицинской помощью, повышая и поддерживая уровень их здоровья – тем самым снижать расход.

В этих двух направлениях должны быть установлены точки предпринимательской инициативы семейных врачей, определив прямую зависимость доходов семейных врачей от численности прикрепленных застрахованных к их участкам обслуживания и косвенную обратную зависимость от уровня их посещаемости застрахованными гражданами.

С этой целью следует придерживаться определенных правил:

- каждый пациент прикрепляется на медицинское обслуживание к семейному врачу, исключительно по своему желанию, выраженному в письменной форме;
- каждый пациент обладает свободой выбора своего семейного врача, может свободно прикрепиться (создав доход семейному врачу) и

свободно открепиться от своего семейного врача, перейти к другому или уйти в другое медицинское учреждение (сократив доход семейного врача);

- оплата за прикрепленных пациентов создает внутренний денежный фонд семейного врача – бюджет семейного врача, врач выступает в роли фондодержателя. Личный доход врача имеет прямую зависимость от величины бюджета семейного врача. Средства бюджета семейного врача могут использоваться на мероприятия, способствующие повышению дохода семейного врача.
- число пациентов, которые могут прикрепиться к семейному врачу не ограничено, и зависит только от возможностей семейного врача своевременно оказать квалифицированную помощь всем нуждающимся;
- семейные врачи могут различными способами совершенствовать организацию своего труда, в целях повышения доходов бюджета семейного врача. Например, создать звено семейного врача, приняв ассистента (помощника) семейного врача, численность и уровень квалификации которых ограничивается лишь финансовыми средствами бюджета семейного врача.