

## **Глава I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

### **1.1. Проблемы развития предпринимательства в здравоохранении**

Проблема неблагоприятного развития здравоохранения объемна и многогранна. Вопрос развития предпринимательства в здравоохранении это лишь одна из частей общей проблемы, но на наш взгляд - это ключевая часть, т.к. именно предпринимательская модель изначально была положена в основу реформ здравоохранения и, именно развитие предпринимательства в здравоохранении было призвано внести радикальные изменения в здравоохранительную отрасль, дать динамичный толчок к развитию.

Однако этого не случилось. Ни общество, ни реформаторы, ни медицинские работники не получили ожидаемого результата. В чем причина? Возможно, предпринимательство вообще не приемлемо для здравоохранения, и именно введение принципов предпринимательства в здравоохранении привело к негативным результатам? Сторонников этого мнения достаточно много особенно среди людей медицинской профессии [48,84]. Также достаточно распространено мнение и о существовании объективных, так называемых внеотраслевых причин, сдерживающих развитие предпринимательства в здравоохранении. К таким причинам, наиболее часто относят несовершенство нормативно – правовой базы и низкий уровень платежеспособности населения [7,22,115,116]. В своей работе мы также готовы доказать, что это убеждение не во всем соответствует реальному положению дел в практическом здравоохранении.

Следует отметить, что на протяжении последнего десятилетия реформа отраслевого и налогового законодательства проходила достаточно динамично, чего нельзя сказать о законодательстве, которое

регламентирует финансово-хозяйственные отношения в здравоохранительной отрасли [53,99,100]. Радикальные изменения, происходящие в сфере общественных, экономических, хозяйственных отношений были ориентированы на развитие рыночной экономики, а, следовательно, на демонополизацию средств производства, развитие предпринимательства, расширение и укрепление прав частной собственности.

С введением новой Конституции РФ (12.12.1993г), а в дальнейшем и нового Гражданского Кодекса РФ (21.10.1994г.) рыночные отношения в экономике приобрели правовой статус – статус официальной государственной политики.

Вполне логично, что за изменениями Конституции РФ и Гражданского Кодекса РФ последовали изменения в отраслевом, налоговом, бюджетном законодательстве. Цель этих изменений очевидна - переход внутриотраслевых финансово-хозяйственных отношений на «рельсы рыночной экономики» в соответствии с новым направлением государственной политики.

Практическое здравоохранение (по состоянию на сентябрь 2009г.) до сих пор базируется на двух основополагающих актах: «Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 и Федеральный Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. Легко заметить, что эти законы были разработаны и приняты до принятия новой Конституции РФ (12.12.93 г.), нового гражданского кодекса РФ (21.10.94г.), нового налогового и бюджетного кодекса (31.07.98 г.). Отсутствие в базовом отраслевом законодательстве здравоохранения изменений адекватных правовым нововведениям установленных основополагающими законами, сформировало проблему: здравоохранение выпало из правового русла современных общественно-экономических отношений [100]. Основные принципы организации здравоохранения, термины, понятия которыми до

сих пор руководствуются менеджеры здравоохранения в своей практической деятельности в части организации и экономики здравоохранения вступили в противоречие с нововведенными правовыми нормами. сформировался кризис управления отраслью [65].

Актуальность исследования данной проблемы определяет тот факт, что на протяжении почти двух десятков лет реформ законодательство здравоохранения так и не было адаптировано к новому характеру общественно-экономических отношений [13,119,123]. Общественно-идеологические принципы и экономические основы практической деятельности здравоохранения по многим параметрам все больше и больше конфликтуют с логикой новых общественно-экономических отношений, с действующим законодательством в сфере налогового, бюджетного права, с федеральными законами, регламентирующим финансово-хозяйственные отношения субъектов экономической деятельности [21,45,120].

Положение «аборигена» в общем правовом и экономическом пространстве потенцирует массу проблем, прежде всего в сфере организации и управления здравоохранением. В практической деятельности, менеджеры здравоохранения не в состоянии принять решений адекватных внешним экономическим условиям. Поэтому исследование в данном направлении на наш взгляд не только имеет высокую степень актуальности, но и несет в себе большое практическое значение в сфере организации и экономики здравоохранения [21,46].

Из общего комплекса противоречий, сформированных в результате вышеописанной ситуации, можно выделить один из ключевых вопросов – предпринимательская деятельность в здравоохранении [82]. На наш взгляд это ключевое звено в комплексе противоречий, именно поэтому предпринимательство в здравоохранении стало объектом нашего исследования.

Как уже было отмечено выше, отношение к предпринимательской деятельности в здравоохранение далеко не однозначное. С одной стороны предпринимательская деятельность согласно новой экономической политике государства – это основа экономических отношений в сфере производства товаров, работ, услуг и исключать медицинские услуги из этой сферы было бы не логично [14,29,50]. А потому характер финансово – хозяйственных отношений при производстве медицинских услуг должен быть аналогичен характеру отношениям при производстве услуг в других отраслях [82]. Однако, мировоззрение, практический подход менеджеров здравоохранения, фактически исключают возможность развитию предпринимательства в этой отрасли, так как принципы организации работы здравоохранения основаны на отраслевом законодательстве здравоохранения [99], созданного еще в эпоху социалистических отношений, когда предпринимательство ассоциировалось с антисоциальной, а порой и преступной деятельностью [19,27,83]. В обществе по-прежнему доминирует и поддерживается мнение, что предпринимательство не приемлемо, ущербно для здравоохранения, развитие предпринимательства в здравоохранении губительно для отрасли и негативно скажется на здоровье населения.

Наше мнение противоположно. Отсутствие предпринимательства в сфере здравоохранения на наш взгляд сдерживает развитие самой здравоохранительной отрасли как с точки зрения экономического благополучия производителей медицинских услуг, так и с точки зрения благополучия потребителей медицинских услуг - показатели здоровья населения продолжают ухудшаться.

Мы также считаем, что переход здравоохранения на общепринятые для иных отраслей экономики принципы финансово-хозяйственных отношений позволит здравоохранительной отрасли выйти на общий рынок производителей работ, услуг. За счет этого откроется и сформируется инвестиционная привлекательность здравоохранительной отрасли, в том

числе для частного капитала, здравоохранение получит более широкий доступ к инвестиционным, финансовым ресурсам [10,32,102].

Предпринимательство в здравоохранении, безусловно, изменит общественно-экономический статус отрасли [82]. На наш взгляд это окажет положительное влияние не только на саму здравоохранительную отрасль, но и позитивно отразится на социальных, экономических процессах, развитие которых поддерживается и стимулируется государством на современном этапе. Например, стимулирует в обществе процесс развития страхования, окажет позитивное влияние на рост ВВП, валютный баланс и т.п., в сфере общественных отношений изменится отношение человека к своему здоровью, повысится экономическая ценность здоровья, люди начнут более бережно относиться к своему здоровью, а, следовательно повысится потребление услуг в сфере охраны здоровья, физкультуры и спорта и т.д. [47,107,117].

Безусловно, мы предполагаем, что развитие предпринимательства в здравоохранении, возможно, будет иметь и какие-то негативные последствия.

Обзор доступных литературных источников показал, что по вопросу развития предпринимательства в Российском здравоохранении в целом существует весьма противоречивое мнение [27,48,63,82,84]. Такая противоречивость имеет несколько корней. Во-первых, менталитет зарубежных экономистов – менеджеров воспитанных на рыночных отношения существенно отличается от менталитета экономистов советского периода изучавших экономику в рамках курса политэкономию [122,127,133]. Во-вторых, существенно выделяется мнение руководителей здравоохранения не имеющих экономического образования, в основном оно построено на морально-этических аспектах. Морально-этическую позицию, не приемлющую предпринимательских отношений в здравоохранении, занимают и большинство «олигархов» здравоохранения – руководители крупных лечебных учреждений финансирующихся из

государственного, в основном федерального бюджета [82]. В – третьих, политические и политэкономические корни противоречия, основаны на конкуренции здравоохранения на рынке ресурсов, в первую очередь денежных ресурсов [103]. Очевидно, что монополизация здравоохранения, выведет здравоохранительную отрасль на поле конкурентной борьбы за деньги потребителей - основные ресурсы экономики. Чтобы сдержать конкуренцию, многие авторы в своих публикациях доказывают о экономической нецелесообразности развития рыночных отношений в здравоохранении и наоборот [82,84].

В целом мнение зарубежных аналитиков, экономистов, менеджеров, изучающих вопросы деятельности здравоохранительной отрасли [121,124,129,132,134], можно выразить следующими тезисами:

Перестройка здравоохранения в России должна включать в себя три обязательные составляющие:

1. Финансовые реформы.
2. Ориентацию на научно доказательную медицину (evidence-based medicine);
3. Усиление роли самого больного (потребителя медицинской услуги) в системе медицинской помощи.

Если Россия последует этому совету, считают авторы, то она может самым эффективным на сегодняшний день образом улучшить свою систему охраны здоровья.

В зарубежной литературе выделяют семь основных аспектов, подлежащих существенным преобразованиям в Российском здравоохранении [120,130,131]:

1. Медицинская практика должна быть основана на точных методах эмпирической науки, для чего традиционные методы следует критически пересмотреть.
2. Процесс производства медицинских услуг должен быть взаимовыгодным. Организация управления и финансирования

должна способствовать тому, чтобы средства использовались с большей выгодой, как для потребителя так и для производителя медицинских услуг.

3. У больных должен быть выбор за счет конкуренции тех, кто предоставляет медицинские услуги.
4. Необходим комплекс мероприятий направленный на поднятие уровня, общественного статуса медицинской профессии и лечебных учреждений.
5. Должен существовать целостный подход к лечебному процессу.
6. В совершенствовании здравоохранения должны быть заинтересованы пациенты (потребители медицинских услуг).
7. Необходима информационная система по вопросам здравоохранения которая доступна для всех.

Зарубежные авторы подчеркивают, что при организации деятельности в здравоохранительной отрасли, которая уже почти 20 лет функционирует в условиях рыночной экономики целесообразно соблюдать принципы которые присущи рыночным отношениям [125,126].

Материальная заинтересованность должна выступать как регулирующий механизм адекватной помощи. При этом важно отметить, что «больше - не значит лучше». Если заработок врача напрямую зависит от количества назначенных процедур, здравоохранению угрожает разорение. Врачи могут убедить себя и своих пациентов, что им необходимы весьма дорогостоящие процедуры. Целесообразно пересмотреть показатели труда медицинских работников [22,115,133].

У больных должен быть выбор за счет конкуренции тех, кто предоставляет медицинские услуги. Конкуренция и свобода выбора — мощные стимулы совершенствования здравоохранения. Когда у больного есть выбор, те, кто предоставляет лечение, вынуждены повышать его качество. Во многих областях России больные все еще прикреплены к

определенному медицинскому учреждению по месту жительства и тем самым лишены права выбора. В США и Западной Европе это расценили бы как ущемление прав больных. Такая ситуация не позволяет совершенствовать качество медицинской помощи, так как исключает конкуренцию. У больных должна быть свобода выбора, а для медицинских учреждений это станет стимулом, чтобы повышать качество услуг. Таким образом, конкуренция — это спасение здравоохранения от неэффективности [123,128].

Удовлетворенность больного (потребителя) - важный показатель качества лечения (качества услуг). Конечно, это критерий относительный. Можно лечиться у самого плохого специалиста и быть полностью удовлетворенным. Тем не менее, долгое сидение в очереди, грубость персонала, холодность и безучастность врача, ветхость помещений — все это весьма значимые вещи. Сегодня этот показатель в России практически не оценивается и не изучается. Однако он чрезвычайно важен, считают авторы, чтобы обеспечить столь необходимую обратную связь между потребителем и производителем, он показывает степень личной удовлетворенности клиентов (потребителей). Зарубежные авторы считают, также считают, что российские больные в условиях отсутствия выбора врача и ЛПУ, т.е. в без альтернативных условиях вряд ли будут подвергать адекватной критике работу специалиста к которому они будут вынуждены (не зависимо от своего желания) обращаться и в будущем [119,120,126,134].

Нужно ликвидировать государственную монополию на медицинские услуги, которая существенно сдерживает прогресс в этой области. Это означает не полную приватизацию, а лишь демонополизацию в той мере, которая будет стимулировать качество и экономическую эффективность медицинских услуг. Очень важно при этом, чтобы учреждения, которые вырвались вперед, не получали неограниченного доступа к ресурсам, лишая своих конкурентов шанса догнать их. Если демонополизация будет



развиваться, это потребует пересмотра законодательных актов и инструкций, касающихся частного сектора здравоохранения.

Рыночная экономика — удивительный и мощный инструмент, позволяющий удовлетворять потребности людей. А забота профессионалов заключается в том, чтобы привести в соответствие то, что больные хотят, и то, что им необходимо.

## **1.2. Теоретические основы предпринимательства.**

Предпринимательство как одна из конкретных форм проявления общественных отношений способствует не только повышению материального и духовного потенциала общества, не только создает благоприятную почву для практической реализации способностей и талантов каждого индивида, но и ведет к единению нации, сохранению ее национального духа и национальной гордости [28,78].

На сегодняшний день в мире не существует общепринятого определения предпринимательства. Американский ученый, профессор Роберт Хизрич [107] определяет "предпринимательство как процесс создания чего-то нового, что обладает стоимостью, а предпринимателя — как человека, который затрачивает на это все необходимое время и силы, берет на себя весь финансовый, психологический и социальный риск, получая в награду деньги и удовлетворение достигнутым. В американской учебной и научной литературе дается множество и других определений, характеризующих предпринимательство и предпринимателя с экономической, политэкономической, психологической, управленческой и других точек зрения.

Английский профессор Алан Хоскинг [109] утверждает: "Предпринимателем является лицо, которое ведет дело за свой счет, лично занимается управлением бизнесом и несет личную ответственность за обеспечение необходимыми средствами, самостоятельно принимает

решения. Его вознаграждением является полученная в результате предпринимательской деятельности прибыль и чувство удовлетворения, которое он испытывает от занятия свободным предпринимательством. Но наряду с этим он должен принять на себя весь риск потерь в случае банкротства его предприятия. Значение термина предпринимательство наглядно раскрывается через четыре его функции:

1. Инициатива. Предприниматель берет на себя инициативу соединения ресурсов земли, капитала и труда в единый процесс производства товара или услуги. Выполняя роль свечи зажигания и катализатора, предприниматель одновременно является движущей силой производства и посредником, сводящим вместе другие ресурсы для осуществления процесса, который обещает быть прибыльным делом.
2. Полная ответственность за принятие решений. Предприниматель берет на себя трудную задачу принятия основных решений в процессе ведения бизнеса, то есть те не рутинные решения, которые и определяют курс деятельности предприятия.
3. Новаторство. Предприниматель - это новатор, лицо, стремящееся вводить в обиход на коммерческой основе новые продукты, новые производственные технологии или даже новые формы организации бизнеса.
4. Умение идти на риск. Предприниматель - это человек, идущий на риск. Это следует из тщательного изучения других трех его функций. В капиталистической системе предпринимателю прибыль не гарантирована. Вознаграждением за затраченные им время, усилия и способности могут оказаться заманчивые прибыли или убытки и, в конце концов, банкротство. Короче говоря, предприниматель рискует не только своим временем,

трудом и деловой репутацией, но и вложенными средствами - своими собственными и своих компаньонов или акционеров.

Таким образом, наиболее показательны предпринимательство характеризуется такими признаками, как активность, самостоятельность, ответственность, инициатива, риск, динамичность, активный поиск решений. Если перечисленные признаки присущи экономической деятельности, то ее можно с большой долей уверенности назвать предпринимательством, бизнесом [4,57,88].

Осуществление предпринимательской деятельности возможно при наличии определенной общественной ситуации — предпринимательской среды. Предпринимательская среда формируется при двух условиях:

- наличие экономической свободы;
- наличие личной свободы предпринимателя и его независимость, позволяющей принять такое предпринимательское решение, которое, с его точки зрения, будет наиболее эффективным, действенным и максимально прибыльным [55].

Предпринимательство органически связано с экономической свободой. Экономическая свобода включает в себя право на частную собственность, на экономическую инициативу, на свободу создавать и расторгать сообщества по своему собственному выбору. Свободное общество признает эти права не только потому, что опыт показывает, что при их посредстве могут быть достигнуты высокие уровни производительности [17,28]. Оно признает их по двум другим, не менее важным причинам.

Экономическая свобода дополняет свободу личную и позволяет каждому развиваться на основе своих собственных взглядов и ценностей. Отрицать экономическую свободу — значит отрицать личные достоинства и право любого человека распоряжаться своей судьбой.

Экономическая свобода делает возможной организацию производства и распределение богатства без необходимости произвольного

вмешательства властей, диктата более сильного или фаворитизма, режима, основанного на привилегиях. В свободных экономических системах богатство производится и распределяется в условиях экономической демократии.

Следует подчеркнуть, что именно предприниматели, обладая свободой и независимостью, формируют так называемые рыночные отношения и рыночные условия хозяйствования, а не наоборот. Рынка не будет, если нет предпринимателя, предприниматели, взаимодействуя друг с другом, формируя рыночные отношения [29,83]. Так, например, в здравоохранении практически отсутствует предпринимательство и как следствие – отсутствуют рыночные отношения, и они не возникнут до тех пор, пока в здравоохранении не появится предпринимательство. В свою очередь для возникновения предпринимательства в сфере производства здравоохранительных услуг должна появиться экономическая свобода – она отсутствует [82].

Основным субъектом предпринимательской активности выступает предприниматель. Однако предприниматель — не единственный субъект, в любом случае он вынужден взаимодействовать с потребителем как основным его контрагентом, а также с государством, которое в различных ситуациях может выступать в качестве помощника или противника. И потребитель и государство также относятся к категории субъектов предпринимательской активности, как и наемный работник, и партнеры по бизнесу (если производство не носит изолированного от общественных связей характера) [4,14,83].

Во взаимоотношениях предпринимателя и потребителя предприниматель относится к категории активного субъекта, а потребителю свойственна прежде всего пассивная роль. При анализе стороны этих взаимоотношений потребитель выполняет роль индикатора предпринимательского процесса. Поэтому все то, что составляет предмет деятельности предпринимателя, имеет право на реализацию только в

случае позитивной (положительной) экспертной оценки потребителя. Такая оценка осуществляется потребителем и выступает как готовность последнего приобрести тот или иной товар. Предприниматель, при планировании и организации своей деятельности никоим образом не может игнорировать настроения, желания, интересы, ожидания, оценки потребителя [47,55].

Таким образом, целью предпринимателя выступает необходимость «завоевать» потребителя, создать круг собственных потребителей. С точки зрения общественного производства именно предприниматель выступает в роли активного субъекта, потребитель занимает более пассивную позицию, однако это верно, если речь идет о конечном потребителе. Как уже было замечено ранее, с точки зрения предпринимательского процесса, предприниматель всегда сочетает в себе функции как продавца, так и покупателя - потребителя ресурсов. Предприниматель, выступая роли потребителя, занимает также активную позицию, как и в роли продавца, стимулируя окружающих к предпринимательской деятельности – производству товаров, услуг, которые он, предприниматель готов приобрести, для ведения дальнейшей предпринимательской деятельности [4].

Роль государства как субъекта предпринимательского процесса может быть различной в зависимости от общественных условий, ситуации, складывающейся в сфере деловой активности, и тех целей, какие ставит перед собой государство [50,107]. В зависимости от конкретной ситуации государство может быть:

- тормозом развития предпринимательства, когда оно создает крайне неблагоприятную обстановку для развития предпринимательства или даже запрещает его;
- посторонним наблюдателем, когда государство прямо не противодействует развитию предпринимательства, но в то же время и не способствует этому развитию;

- ускорителем предпринимательского процесса, когда государство ведет постоянный и активный поиск мер по вовлечению в предпринимательский процесс новых экономических агентов (нередко такая целенаправленная деятельность государства вызывает "взрыв" предпринимательской активности и приводит к "буму" предпринимательства).

Как ускоритель предпринимательского процесса государство:

Во-первых, берет на себя образовательные функции, т. е. функции по профессиональной подготовке и воспитанию предпринимательских кадров. При этом во внимание принимается тот факт, что осуществление предпринимательской деятельности в современной ситуации возможно лишь при условии умелого сочетания, по крайней мере, трех основных элементов и их эффективного использования в практической деятельности:

- а) общеэкономической теории;
- б) конкретных экономических (предпринимательских) знаний;
- в) количественных методов в предпринимательстве, т. е. умения осуществлять предпринимательские расчеты применительно к любой планируемой сделке или операции, а также умения предусмотреть движение средств на счетах своего предприятия при планировании и осуществлении какой-либо сделки. Так, например, среди первых руководителей медицинских учреждений в г.Томске, производящих медицинские услуги только 33% имеют высшее образование в сфере управления (менеджмента).

Во-вторых, государство поддерживает в финансовом отношении только что вступивших или вступающих в сферу деловой активности предпринимателей. Обычно с этой целью государством разрабатываются специальные программы поддержки предпринимателей, в которых учитываются меры по льготному кредитованию. Особые льготы предоставляются тем, кто берется за реализацию каких-либо предпринимательских проектов.

В-третьих, государство обычно также берет на себя функции создания для предпринимателей требуемой предпринимательской инфраструктуры, т. е. всех тех вспомогательных (с точки зрения основного содержания предпринимательских проектов) структур, которые могли бы оказать предпринимателю услуги, необходимые для эффективной реализации проектов. Государство обычно снабжает предпринимателя необходимой (чаще всего маркетинговой) информацией, берет на себя также расходы по ведению научных, научно-технических, проектно-исследовательских и иных работ с предоставлением их результатов предпринимателям на безвозмездной или льготной основе. Государство также стремится к учреждению консультационных, юридических и иных фирм, облегчающих деятельность предпринимателей, а также берет на себя функции по подготовке кадров нужной квалификации для предпринимательских структур.

Наемный работник как реализатор идей предпринимателя также относится к группе субъектов предпринимательского процесса. Именно от него зависит эффективность и качество реализации предпринимательской идеи. Известно, что каждому экономическому субъекту свойственны свои собственные интересы. Что касается предпринимателя и наемного работника, то часть их планов совпадает (чем выше прибыль, тем выше заработная плата, к примеру), а часть носит полярно противоположный характер (предприниматель не заинтересован в высокой оплате труда, а наемный работник заинтересован). В таких случаях стороны вынуждены идти на поиск компромиссных вариантов, что и составляет основу взаимоотношений этих двух субъектов предпринимательского процесса [29,88].

Отдельные виды предпринимательства различаются формами собственности на используемые факторы предпринимательства, как особая форма экономической активности предпринимательство может

осуществляться как на базе государственной, так и на базе частной собственности [4]. В соответствии с этим различают:

- а) предпринимательство государственное;
- б) предпринимательство частное.

Государственное предпринимательство есть форма осуществления экономической активности от имени предприятия, учрежденного:

- а) государственными органами управления, которые уполномочены управлять государственным имуществом - государственное предприятие;
- б) органами местного самоуправления - муниципальное предприятие.

Собственность такого рода предприятий есть форма обособления части государственного или муниципального имущества, части бюджетных средств. Важной характеристикой таких предприятий выступает то обстоятельство, что они отвечают по своим обязательствам только имуществом, находящимся в их собственности (ни государство не отвечает по их обязательствам, ни они сами не отвечают по обязательствам государства) [29,117].

Частное предпринимательство есть форма осуществления экономической активности от имени предприятия (если оно зарегистрировано в качестве такового) или предпринимателя (если такая деятельность осуществляется без найма рабочей силы, в форме индивидуальной трудовой деятельности) [4].

Конечно, каждый из этих видов — государственное и частное предпринимательство — имеет свои отличительные признаки, но основные принципы их осуществления во многом совпадают. И в том и в другом случае осуществление такой деятельности предполагает инициативность, ответственность, инновационный подход, стремление к максимизации прибыли. Схожей является и типология обоих видов предпринимательства.

Следует понимать, что предпринимательская деятельность, т.е. деятельность, направленная на получения дохода может быть как коммерческой так и не коммерческой. Это зависит от пути распределения



получаемого дохода и не зависит от формы собственности (частная или государственная). Коммерческой признается деятельность, при которой получаемый доход распределяется в пользу учредителей (доход по дивидендам, неналоговый доход бюджета), если получаемый доход направляется на поддержание и развитие основной деятельности предприятия – это некоммерческая предпринимательская деятельность. Предприятие может сочетать коммерческий и некоммерческий характер деятельности.

### **1.3. Общая врачебная практика как современная форма организации амбулаторно-поликлинической помощи**

Основоположниками отечественного здравоохранения в нашей стране была создана система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению. В основе организации работы поликлиники был заложен участковый принцип. Участковый врач был центральным действующим лицом, обеспечивающим эту помощь [21].

Н.Семашко указывал, что "участковый принцип дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Участковый врач делается, таким образом, "домашним" врачом, "другом семьи". Вводя должность участкового врача, Н.А.Семашко считал, что это будет фактически семейный врач. Участковый врач и сестринский персонал несли ответственность за всех жителей участка [42,65].

К большому сожалению, система организации работы поликлиники и условия деятельности участкового врача в последние десятилетия не способствовали становлению его как хорошего домашнего доктора. Волна чрезмерной специализации на уровне поликлиник разрушила эту идею и

привела к появлению должности участкового терапевта, который сегодня оказывает больным только терапевтическую помощь по ограниченному перечню заболеваний. Этому способствовало появление в поликлиниках многочисленного отряда других специалистов - пульмонологов, нефрологов, эндокринологов, аллергологов, ревматологов, геронтологов, гастроэнтерологов и многих других [58,60,64,74,112].

Контролирующие органы, проверяя работу участкового врача, при его ошибках в диагностике и лечении обращали внимание не на низкую квалификацию участкового терапевта, а считали основной причиной его ошибок то, что он не направил больного на консультацию к специалисту. Участковый терапевт с целью перестраховки в дальнейшем сам стал направлять больных к специалистам даже в тех случаях, когда и сам считал, что в этом нет необходимости.

Если к этому добавить отсутствие врачебной специальности "участковый терапевт", учебных планов и стандартов его подготовки и профессиональной деятельности, становится ясным, что самым слабым местом в работе амбулаторно-поликлинических учреждений остается участковая служба. Поэтому вопросы ее организации приобрели особую значимость в последние годы. Работой поликлиники в России удовлетворены лишь 40% городского населения. Престиж участковой службы среди выпускников упал, и даже принятое Президентом решение о существенном повышении заработной платы в участковом звене не решило полностью этой проблемы [9,18,44,59,97].

Можно выделить следующие причины сложившейся ситуации:

- большинство клинических кафедр медицинских ВУЗов, формирующих мировоззрение студентов как будущих врачей, расположены на базе стационаров и ориентированы на подготовку специалистов узкого профиля. Студенты хотят быть такими же, они хотят быть похожими на своих учителей:

иметь узкую специализацию и работать в стационаре и (или) кафедре.

- сформированная в студенческой среде ментальность профессионального превосходства врачей узкой специализации над врачами общего профиля (терапия, педиатрия, общая врачебная практика) формирует ассиметричное распределение человеческого капитала: способные, инициативные, активные, предприимчивые студенты «смещаются» в сторону узкопрофильной специализации, стационарной службы, кафедральной учебно-преподавательской и научной работы.
- ментальность профессионального превосходства узких специалистов, переносится из медицинских ВУЗов в практическое здравоохранение, а из среды практического здравоохранения в общественную среду. В рейтинге потребительского доверия участковый терапевт занимает нижнюю строчку, как самый низко квалифицированный специалист;
- в среде врачей общего профиля наиболее активные стремятся получить узкую специализацию, обладая которой они при меньших временных, физических и умственных затратах получают равное, а то и большее денежное вознаграждение, и более престижное, уважаемое профессиональное положение. Рентабельность труда узкопрофильного специалиста значительно выше, чем у врачей общего профиля (терапевта, педиатра, врача общей практики).
- рабочие места врачей общего профиля не отличаются оснащением современным диагностическим оборудованием. Принято считать, что они не способны на нем работать, а для выполнения диагностических манипуляций требуется узкая специализация, и эта позиция формализована;

- между врачами общего профиля и узкими специалистами нет преемственности: узкие специалисты не консультируют участковых врачей общего профиля относительно их пациентов, они просто переводят лечебный процесс на себя, как на более грамотного специалиста. У потребителя формируется убеждение в бесполезности врача общего профиля и целесообразности обращения напрямую к узкому специалисту.

В системе Минздравсоцразвития России работают 608 тыс. врачей. Из них специалистов терапевтического профиля - 21%, но из них участковых терапевтов всего 6%, участковых педиатров - 4%, и даже если учесть 5% акушеров-гинекологов, то в сумме получится лишь 15%. В экономически развитых странах в первичном звене здравоохранения работают врачами общей практики 35-55% специалистов от общей численности врачей [76,96]. За последние 10 лет численность участковых терапевтов в поликлиниках сократилась с 44% до 40% [5,36,92].

Увеличение в поликлиническом звене числа узких специалистов должно было сократить число больных, направляемых в стационар. Но этого не произошло [89]. В России по-прежнему госпитализируются более 30% больных от обратившихся за оказанием медицинской помощи в поликлинику, в то время как в мире число пациентов, направляемых на госпитализацию, не превышает 20%. Не сократилось и число вызовов скорой помощи, напротив, их число ежегодно возрастает, при этом в 20% случаев оказывается только амбулаторная помощь [24,54,77].

Таким образом, амбулаторно-поликлиническое звено на сегодняшний день остается одним из самых проблемных звеньев системы здравоохранения. Тем более интересен зарубежный опыт организации первичного звена медицинской помощи, основу которой составляют врачи общей практики [62,79].

Общая врачебная практика (или, по другому - семейная медицина) в настоящее время внедрена в системы здравоохранения всех стран Европы, и организаторы здравоохранения отводят ей в своей работе все более важную роль. Происшедшие изменения отражены в рамочном документе Европейского бюро ВОЗ в 1998. Помимо прочего, принципы общей врачебной практики положены в основу реформирования систем здравоохранения большинства стран бывшего социалистического лагеря [16,51,75,104,110,118].

Представления об общей врачебной практике продолжают по мере изменения системы здравоохранения развиваться, что позволяет удовлетворить потребности пациентов в медицинской помощи. Семейные врачи активно участвуют в процессе совершенствования систем здравоохранения [30,73,91].

В научной медицинской литературе описаны основные модели организации работы врача общей практики (семейного врача) [25,72,101,106]:

- первая модель - врач общей практики (семейный врач), работающий в индивидуальном порядке или соло практика (независимая врачебная практика);
- вторая модель - групповая врачебная практика;
- третья модель - центры здоровья;
- четвертая модель - врач общей практики работает в структуре (составе) действующей поликлиники;
- пятая модель - общеврачебная практика в сельской местности.

На территории городов самой распространенной сегодня является четвертая модель - врач общей практики (семейный врач) работает в поликлинике [33,71,93]. Возможны варианты этой модели:

а) ВОП/СВ вводится в состав штатного расписания вместо участкового терапевта (педиатра), работает в здании поликлиники;

б) ВОП или групповая ОВП организуется как структурное подразделение (отделение) поликлиники, которое:

- функционирует в территориально удаленном офисе, на территории обслуживаемого населения;
- функционирует на территории поликлиники.

При любом из этих вариантов ВОП/СВ состоит в штатах поликлиники, а общеврачебная практика является структурным подразделением поликлиники. Метод работы групповой ОВП в поликлинике - бригадный. Бригада общеврачебной практики включает ВОП/СВ, медсестер общей практики, социального работника и вспомогательный персонал [56,87]. Бригада на прикрепленном участке ведет всю работу: профилактическую, прививочную, просветительную, осуществляет лечение больных, наблюдение за беременными, детьми, подростками, инвалидами, пожилыми и т.д. При необходимости ВОП/СВ может направить пациента на консультацию к врачу-специалисту поликлиники или пригласить его к себе на прием и сразу совместно обследовать пациента, обсудить лечение, которое затем будет осуществлять ВОП/СВ. При необходимости ВОП/СВ направляет пациента на госпитализацию [49,85,113].

Качество оказания медицинской помощи врачом общей практики зависит от многих факторов, и первый из них - это подготовка высокопрофессионального специалиста [1,11,26,66,95].

Не менее важный вопрос - оснащение рабочих мест ВОП для приема больных. Конечно, если организуется кабинет для групповой врачебной практики, потребуется дополнительное медицинское оборудование. Принято считать, что для работы ВОП достаточно рабочей "укладки", в которой есть все необходимое [8,34,90,105].

Нельзя не коснуться и роли медицинской сестры. Сегодня во многих поликлиниках на два-три кабинета врача приходится одна медицинская сестра. Если оставить соотношение врач - сестра равным 1:1, то не удастся

осуществить никаких профилактических программ и не будет никакого улучшения качества оказания медицинской помощи. Ведь именно медицинская сестра, прошедшая дополнительную подготовку по семейной медицине, должна быть координатором профилактических программ и вместе с врачом вести школы по диабету, астме, гипертонической болезни и другим заболеваниям. Такое организационное решение считается более экономичным и перспективным [1,18,36,54,95].

Идеология внедрения общей врачебной практики (службы семейного врача) в систему амбулаторной поликлинической помощи реализуется с середины 90-х годов прошлого века [35]. Однако до сих пор на рынке медицинских услуг общая врачебная практика не рассматривается предпринимателями как перспективное направление для развития предпринимательской инициативы и инвестиций. Количество предпринимателей работающих на уровне первичного звена (участковой службы) ничтожно мало, еще меньшее используют в своей работе модель групповой общей врачебной практики и (или) труд врача общей практики [31,70,94]. Практически отсутствуют частнопрактикующие семейные врачи (врачи общей практики) ведущие совою деятельность как индивидуальные предприниматели. Считается что первичное звено здравоохранения, общая врачебная практика – это не рыночные сектора здравоохранительной отрасли. Но вместе с тем такое положение дел заставляет задумать об соответствии предлагаемой модели потребительским ожиданиям, потребительскому спросу [43,67,68,108].

Таким образом, дальнейшее успешное внедрение общих врачебных практик в систему амбулаторно-поликлинической помощи в России требует соответствующего организационного и методического обеспечения [69,80,86]. Прежде всего, нужно определиться в отношении моделей общей врачебной практики в условиях города и сельской местности и переходить к разработке механизмов поэтапного внедрения службы врача общей практики на всей территории РФ [81,111].

Многие вопросы четко прописаны в приказе Минздрава России № 350 от 20.11.02 "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации". В нем имеются положения о семейном враче, медицинской сестре врача общей практики, о центре общей врачебной (семейной) практики и штатных нормативах, а также о деятельности отделения общей врачебной практики в составе амбулаторно-поликлинического учреждения.

### **Заключение по обзору литературы**

Государственная политика сегодняшней России ориентирована на развитие демократичной рыночной экономики – ее создают предприниматели в процессе предпринимательства. В России предпринимательство разрешено и поддерживается государством, предпринимательство неизбежно распространяется и в здравоохранительную отрасль, вопрос заключается в том, сможет ли государство управлять этим процессом в здравоохранении.

Если нет, не сложно предположить - общество ожидает теневой рынок медицинских услуг. С учетом того, что 98% ресурсов производящих медицинские услуги находятся в государственной или муниципальной собственности, государство (муниципалитет) будет нести убытки сразу в двух направлениях:

- 1) теневой денежный поток как скрытая налогооблагаемая база,
- 2) факторы предпринимательской деятельности (трудовые, материальные ресурсы) будут приобретаться за счет государственных (муниципальных) средств, а полученный от их эксплуатации доход будет распределяться в пользу теневого предпринимателя.

Следовательно, развитие предпринимательства в здравоохранении следует признать как неизбежный закономерный процесс развития общественных отношений. Следует открыто поддержать



предпринимательство в здравоохранении, что в свою очередь стимулирует открытую предпринимательскую деятельность. Это не только откроет денежный поток для налогообложения, но позволит привлечь в здравоохранительную отрасль дополнительные ресурсы за счет средств предпринимателей, кроме того, следует понимать, что степень открытости пропорциональна степени контролируемости и управляемости.

Первичное звено медицинской, которое оказывает до 80% амбулаторной помощи населению, больше всего ущемлено во внимании инвесторов и предпринимателей. Тому есть масса причин и объяснений. Мы убеждены, что общая врачебная практика, может стать платформой для внедрения предпринимательской инициативы на уровень первично звена, а в дальнейшем и наиболее перспективной формой организации амбулаторно-поликлинической медицинской помощи на предпринимательской основе.