

ГЛАВА IV. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Исследование проводилось в двух направлениях – исследование среды потребителей медицинских услуг и исследование среды производителей медицинских услуг. В том и в другом случае мы старались дать результатам исследования сравнительную оценку, что на наш взгляд позволяет более полно ответить на вопросы поставленные в процессе исследования.

4.1. Сравнительный анализ мнения населения и врачей относительно возможности развития предпринимательства в здравоохранении

В 1993 году в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» было признано равноправное существование трех систем здравоохранения: государственной, муниципальной и частной. С этого момента предпринимательство в здравоохранении как бы получил официальное право на жизнь. Однако спустя десять лет так называемый частный сектор здравоохранения, в основе деятельности которого лежит предпринимательство, занимает по-прежнему очень скромное положение. Что же мешает развитию частного сектора, что препятствует предпринимательской активности? На наш взгляд, вся действующая законодательная база хотя и не стимулирует, но и не препятствует развитию предпринимательства в здравоохранении. В публикациях на медицинскую тему доминирует мнение, что люди не

желают, а самое главное не могут платить за медицинские услуги и именно отсутствие платежеспособного покупателя основное существенное препятствие для эффективного развития предпринимательской деятельности в здравоохранении.

Мы считаем, что готовность покупать медицинскую услугу действительно, имеет важное значение, но не менее важное и актуальное значение имеет готовность продавать медицинскую услугу, и именно этот фактор является ведущим в плане развития предпринимательства в здравоохранении. При этом следует заметить, что под готовностью в данном случае мы понимаем не просто желание, а желание, обеспеченное способностью его реализовать, т.е. желание обеспеченное предпринимательскими способностями.

В целях изучения причин слабого развития предпринимательства на рынке медицинских, мы постарались выяснить отношение населения (потребителей медицинских услуг) к платной медицинской помощи, частному сектору здравоохранения и сравнить его с отношением врачей (производителей медицинских услуг) к этим же вопросам (табл. 8). Исследование проводились в двух направлениях (среда потребителей – среда производителей) для того чтобы получить сравнительную оценку, которая на наш взгляд позволяет более полно ответить на вопросы поставленные в процессе исследования, в отличии от одностороннего исследования.

Следует заметить, что при проведении этого исследования мы столкнулись с тем фактом, что большинство опрошиваемых ассоциировали предпринимательство в здравоохранении с частными медицинскими организациями. На наш взгляд это не верно так, т.к. в силу действующего законодательства предпринимательская деятельность может осуществляется организациями любой формы собственности, в т.ч. и государственными (муниципальными) предприятиями. В целях более

адекватного контакта с респондентами при проведении опроса мы заменили понятие «предпринимательство в здравоохранении» более понятными для обывателя фразеологическими оборотами как «платная медицина» или (и) «частная медицина».

Исследования проводились в г.Томске, в 2007-08 году, посредством социологического опроса методом слепого анкетирования. Участники, проводящие анкетирование были разбиты на две независимые группы: одна осуществляла опрос население, другая -врачей.

Общая случайная выборка населения составила 788 человек, все опрошенные были городскими жителями и проживали на момент опроса в г.Томске. Средний возраст опрошенных составил 45,5 лет (от 18 до 69), женщины из общего числа составили 68%, мужчины 32%. По социальным категориям опрошенные распределились следующим образом:

- служащие, рабочие государственных учреждений – 30%
- служащие, рабочие негосударственных учреждений – 24%
- предприниматели – 12%
- учащиеся (студенты) – 14%
- временно неработающие – 11%
- пенсионеры – 9%

Врачей всего опрошено 101 человек, среди опрошенных мужчины составляли 28%, женщины 72%, средний возраст опрошенных 39 лет (от 27 до 44). Врачи стационарной службы составили – 31%, врачи амбулаторно – поликлинической, консультативной, диспансерной службы составили – 69%. Все опрошенные были практикующими врачами, сотрудниками государственных, муниципальных лечебных учреждений, расположенных на территории г.Томска, средний стаж работы 16 лет.

Таблица 8

Отношение пациентов и врачей к платной медицине

№	Вопросы	Пациенты			Врачи		
		Да	Нет	Затр.	Да	Нет	Затр.
1	Есть ли необходимость развития платной частной медицины как альтернативы государственной?	74	14	12	15	53	32
2	По качеству медицинской помощи платные услуги превосходят бесплатные?	56	22	22	26	69	5
3	В частном платном здравоохранении выше ответственность врача перед своим пациентом?	23	57	20	5	82	12
4	Считаете ли Вы верным утверждение, что отношение врача к свои пациентам зависит от его материальной заинтересованности?	67	30	3	52	48	0
5	Будут ли бережней относиться к своему здоровью люди, если основная часть медицинских услуг станет платной?	48	28	24	89	7	4
6	Готово ли население оплачивать медицинские услуги?	44	22	34	12	83	5

Ответ уже на первый вопрос анкеты обозначил противоречия мнений двух анкетированных групп. Как не странно, но большинство (74%) опрошенного населения видит необходимость развития платной частной медицины как альтернативы, тогда как больше половины (53%) врачей

такую необходимость отрицает. Среди населения «нет» платной частной медицине сказали в основном пенсионеры (14%), затруднились ответить на этот вопрос, в основном, временно не работающие (12%).

Любопытен факт, что среди врачей сказавших «да» частной медицине, 74% имеют второе место работы, что, на наш взгляд характеризует их как людей обладающих предпринимательской активностью. Следует также отметить, что среди опрошенных врачей достаточно высокий процент (32%) затруднившихся с ответом, что характеризует высокую степень сомнения и неуверенности. Мы также допускаем, что на структуру ответов повлиял термин «альтернатива», используемый нами при формулировке вопроса. Это категоричный термин, противопоставляющий и заменяющий одно на другое, т.е. государственное (непредпринимательское) на частное (предпринимательское).

Вопрос: «По качеству медицинской помощи платные услуги превосходят бесплатные?» по порядку расположения в анкете был одним из последних. Тем не менее, структура распределения ответов на него соответствует структуре ответов на первый, выше изложенный вопрос.

Вполне естественно, что люди, желают обеспечить себе получение качественной медицинской помощи. Верным способом обеспечить желаемое качество 56% населения считают деньги, т.е. оплату медицинской помощи.

Свое предпочтение платных услуг отвечавшие наиболее часто аргументировали тем, что при оплате медицинских услуг деньги обеспечивают:

- 1 - качество лекарств (38%),
- 2 – качество диагностики (24%),
- 3 - внимательное отношение врачей (22%)

4 - сервис, в том числе доступность по времени и вне очереди (16%).

Среди разочарованных в качественном превосходстве платных услуг, основную часть занимали пенсионеры.

Иным образом распределились ответы врачей. Отсутствие убежденности в превосходстве качества платных медицинских услуг среди 69% опрошенных врачей заставляет предполагать:

- либо услуги, предоставляемые бесплатно, в этих лечебных учреждениях достаточно хорошо финансируются государством, поэтому нет смысла платить, доплачивать;
- либо врачи предполагают, что в качестве медицинской помощи приоритетное значение имеет не материальное наполнение медицинской услуги, а степень ответственности, профессионализма и внимательности врача к своим пациентам, и все это не имеет финансовой зависимости, поэтому плати – не плати, качество останется прежним.

Справедливости ради следует заметить, что второе предположение мы сделали чуть позже, когда проследили закономерность распределения ответов на следующий вопрос: «Как Вы считаете где выше ответственность врача перед своим пациентом?».

Деньги не имеют значения, когда речь идет об ответственности врача, считает большинство населения (57%). Здесь справедливо будет заметить, что предпочитая платные услуги (легальные платные услуги), большинство населения и не пытается «задобрить» врача, это видно из анализа предыдущего вопроса. Сегодня своими деньгами население пытается обеспечить, наполнить оказание медицинской услуги необходимыми материальными ресурсами (лекарство, диагностика, сервис).

Среди опрошенных врачей было выявлено практически единодушное мнение (82%) об отсутствии финансовой зависимости врачебной ответственности перед пациентом. В какой –то части это подтверждает наши выводы при анализе предыдущих вопросов.

Однако, распределение ответов врачей на вопрос: «Считаете ли Вы верным утверждение, что отношение врача к своим пациентам зависит от его материальной заинтересованности?», показалось нам несколько противоречивыми относительно структуры распределения их ответов на выше изложенные вопросы.

Большинство опрошиваемых врачей в предыдущих ответах отрицало превосходство качества платных медицинских услуг над бесплатными, отрицалась и финансовая зависимость врачебной ответственности. Тем не менее, материальная заинтересованность, а по существу деньги, для большинства опрошенных врачей (52%) влияет на характер отношения врача к пациенту.

Мы, как и большинство опрошенного населения (67%), считаем такую зависимость вполне нормальным явлением. Пациент обращается к врачу со своей проблемой и желанием ее решить. Взаимоотношения между ними могут возникнуть только в том случае, если за решение проблемы пациента врач получает что – то взамен. Обмен это основа любых человеческих взаимоотношений, вопрос заключается только в ценностях, которыми обмениваются люди. При этом стороны всегда стремятся произвести равнозначный обмен, отношения между врачом и пациентом тому не исключение. При этом следует заметить, врач – это профессия, т.е. умение и знания, используемые с целью их обмена на материальные блага. Труд врача, а отношение к пациенту его неотъемлемая часть, меняется на материальные блага – деньги. Поэтому вполне закономерно, что отношение врача эквивалентно его материальной заинтересованности.

Однако, следует признать, что 48% опрошенных врачей считают, что такого не должно быть, это исключено. Но, это не значит, что в их отношениях с пациентом не существует обмена и нет заинтересованности. Обмен происходит, просто в этом случае врач обменивает свое отношение к пациенту на нечто другое - нематериальное, например: слова благодарности, радость выздоровления, душевное удовлетворение. Возможно, этой категории врачей подобные блага приносят гораздо большее удовлетворение их потребностей, чем деньги. Все зависит от системы ценностей и характера потребностей конкретного человека.

Структура распределения ответов населения по данному вопросу кажется нам вполне закономерной. Основную массу 33%, исключаящих зависимость материальной заинтересованности отношения врача к пациенту составили пенсионеры и служащие государственных учреждений. При этом все они дали отрицательный ответ по финансовой зависимости ответственности врача и качественному превосходству платных услуг. Наиболее вероятно, что эти люди абсолютно отождествляют для себя понятия отношение врача и ответственность врача, но на наш взгляд это не совсем верно.

Структура распределения ответов врачей по вопросу: «Будут ли бережней относиться к своему здоровью люди, если основная часть медицинских услуг станет платной?», на наш взгляд, не менее любопытна, особенно, если оценивать ее в сравнении с ответами на предыдущие вопросы.

Большинство опрошенных врачей (89%) расценивают расширение сферы платных медицинских услуг как позитивный фактор, стимулирующий население к бережному отношению к здоровью. В этом случае становится не понятным отрицание большинством врачей необходимости развития частной платной медицины. Вероятно, частная медицина отрицается врачами не как развитие платных услуг, а как

альтернативный сектор здравоохранения способный составить конкуренцию государственному сектору здравоохранения в котором работают все опрашиваемые.

В структуре ответов населения по данному вопросу любопытным также является и достаточно большой процент населения (24%) затруднившихся с ответом.

По вопросу о готовности населения доплачивать врачу за медицинские услуги подавляющее большинство врачей (83%) ответили отрицательно, однако большинство населения (44%) выразили такую готовность.

Среди опрошенного населения достаточно большой процент людей затруднившихся с ответом (34%). Это вполне закономерно и четко отражает сложившуюся ситуацию в здравоохранении. Наш практический опыт и проведенный нами опрос показывает, что большинство населения не имеет четкого представления о свойствах медицинской услуги, таких как объем и качество, а это ключевые характеристики любого товара. В результате, на рынке медицинских услуг медицинская услуга представляется специфическим товаром со слабо осязаемыми свойствами и покупателю очень трудно оценить степень полезности затрат связанных с ее приобретением.

Положение дел усугубляется тем, что отсутствие четких характеристик объема и качества медицинской услуги наиболее характерна для так называемых бесплатных медицинских услуг. Таким образом, не очертив границы бесплатного здравоохранения, населению предлагается платить или доплачивать. В такой ситуации отсутствие желания платить кажется нам вполне естественным. За что платить, если бесплатное безгранично? Однако, отсутствие желания населения платить за медицинскую помощь не означает отсутствия у населения способности

платить. Оно способно, но 34% населения не определилось в своих желаниях, поэтому платить не готово.

На основании результатов анкетирования можно сделать выводы о некоторых причинах, сдерживающих развитие предпринимательства в здравоохранении:

1. Противоречивость ответов исследуемых групп на одни и те же вопросы - мнения потребителей услуг расходятся с мнениями производителей медицинских услуг;
2. 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;
3. 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. В медицинской среде нет предпринимательской инициативы, предпринимательской активности, предпринимательских навыков. В обществе сформировано устойчивое представление - государственная организация – бесплатная помощь, частная организация платная помощь.
4. Большинство врачей, в отличие от большинства пациентов, отрицает необходимость развития частной платной медицины. Медицинская общественность и производители медицинских услуг 90% которых работает в государственном (муниципальном) секторе противостоит развитию частного предпринимательского сектора здравоохранения как конкурентной альтернативе. В такой ситуации, медицинским работникам, обладающим предпринимательской активностью

проще «организовать бизнес в черную», чем открыто выступит организатором частной медицинской практики.

5. По вопросу о готовности населения доплачивать врачу за медицинские услуги подавляющее большинство врачей (83%) ответили отрицательно, однако большинство населения (44%) выразили такую готовность. Очевидно, 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.

4.2. Правовые основы предпринимательской деятельности в здравоохранении

На сегодняшний день в России действует бюджетно-страховая модель организации медицинской помощи населению. В своей работе мы попытались найти ответ на вопрос: «Могут ли медицинские организации в рамках данной модели организации медицинской помощи осуществлять предпринимательскую деятельность?». Для этого мы исследовали среду медицинского страхования и среду деятельности медицинских бюджетных организаций.

В статье 2 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» сказано: «Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения... , а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.» .

При этом, в статье 11 Федерального закона РФ «Налоговый кодекс Российской Федерации» (Часть первая) установлено: «Лица» (лицо) – это организации и (или) физические лица».

Статья 20 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» гласит - медицинскую помощь в системе медицинского страхования (обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование) оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Таким образом, "Медицинское учреждение" в контексте медицинского страхования - это обобщающий термин, введенный Законом "О медицинском страховании граждан в РФ" для медицинских организаций (юридических и физических лиц) всех организационно-правовой форм, осуществляющих медицинскую деятельность в системе медицинского страхования, в том числе и для медицинских предприятий.

При этом, вышеупомянутым законом устанавливается, что медицинские учреждения являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе возмездных договоров со страховыми медицинскими организациями, что придает их деятельности предпринимательский характер.

На первый взгляд это слишком свободное с точки зрения гражданского законодательства обращение законодателя с используемыми гражданским правом понятиями. Нельзя игнорировать норму определенную Гражданским Кодексом РФ от 21.10.1994 г., где в статье 120 установлено: «Учреждением признается организация созданная собственником для управленческих, социально-культурных и иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично». Действительно, с точки зрения гражданского законодательства, термины медицинское учреждение и

учреждение здравоохранения не совсем удобны. Однако только из-за этого нельзя игнорировать ни намерения законодателя, ни того смысла правовых норм, который придавали им авторы как закона «О медицинском страховании граждан в РФ», изданного за два года до принятия нового Гражданского Кодекса РФ.

В статье 34 Конституции РФ от 12.12.1993г введено родовое понятие "экономическая деятельность" и сказано, что экономическая деятельность подразделяется на "предпринимательскую" и "иную".

Статья 50 ГК РФ, ч.2. п.3. устанавливает: «Некоммерческие организации могут осуществлять предпринимательскую деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижением целей, ради которых они созданы, и соответствующую этим целям».

Таким образом: медицинские учреждения, созданные даже в форме некоммерческих организаций, могут в силу закона вести предпринимательскую деятельность.

В статье 2 ГК РФ дано определение предпринимательской деятельности: «...предпринимательской является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке».

Согласно статье 24 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений. Случаи, когда рентабельность медицинских услуг реализуемых в системе ОМС. В Приложении к приказу Министерства экономики РФ от 1 октября 1997 г. N 118 сказано, что рентабельность является основным финансовым показателем эффективности деятельности предприятия (организации):

- рентабельность показывает эффективность затрат, произведенных предприятием на производство и реализацию продукции (услуг).
- рентабельность рассчитывается как отношение прибыли от реализованной продукции (услуг) к объему затрат на производство реализованной продукции (услуг).

Из этого следует: наличие рентабельности – это наличие прибыли (убытков), установление рентабельности – это по существу направление деятельности на получение прибыли, что характеризует эту деятельность как предпринимательскую.

Таким образом, направленность деятельности медицинского учреждения в системе обязательного медицинского страхования на рентабельность (прибыль) прямо установлена Законом. Тот факт, что в конкретных тарифных соглашениях тарифная (плановая) рентабельность (прибыль) может быть участниками соглашения запланирована равной нулю, не может изменить нормы Закона по воле указанных договаривающихся сторон соглашения. Эта ситуация является всего лишь очередным этапом договорного процесса и всего лишь отражает данное в конкретный период времени состояние рынка медицинских услуг в данном регионе. Подобно тому, как возможное отсутствие плановой рентабельности (прибыли) в тарифном соглашении (договоре купли-продажи) любого производителя услуг, например энергетических, не меняет фактического статуса деятельности их производителя. Более того, отсутствие или наличие плановой (тарифной) рентабельности/прибыли в тарифном соглашении об оказании услуг, тем не менее, не означает автоматическое и гарантированное получение фактической прибыли (рентабельности) или убытков у конкретного медицинского учреждения, оказывающего услуги. В данном случае возможны как фактические убытки при наличии плановой (тарифной) рентабельности/прибыли, так и

фактическая прибыль при плановой (тарифной) рентабельности/прибыли равной нулю. Все на рынке услуг зависит от эффективности предпринимательской экономической деятельности конкретного самостоятельного хозяйствующего субъекта (медицинского учреждения).

В соответствии со статьей 2 Закона "О медицинском страховании граждан в РФ" в качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. В соответствии со статьей 2 Закона "О медицинском страховании граждан в РФ" страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Как уже было сказано выше, при работе в системе ОМС медицинские учреждения строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями

Статья 23 Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» говорит: «Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) - это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Договор должен содержать : ... стоимость работ и порядок расчетов...».

Таким образом, деятельность медицинских учреждений в системе ОМС носит исключительно возмездный характер, и в силу выше упомянутого Закона прямо направлена на получение прибыли (достижение рентабельности) от оказания медицинских услуг в соответствии с договором между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией. Более того, в силу договорного характера отношений, а также в силу самостоятельности медицинского учреждения как

хозяйствующего субъекта, медицинское учреждение в силу Закона может самостоятельно решать вопрос участия или неучастия в такой деятельности исходя из принципов целесообразности и, прежде всего экономической целесообразности.

Следует обратить внимание на позиционирование субъектов медицинского страхования на рынке медицинских услуг. Каждый из субъектов: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение обладает самостоятельностью и строит взаимоотношения исключительно на договорной основе имеющей исключительно возмездный (платный) характер.

Более того, законодатель в статье 14 Закона "О медицинском страховании граждан в РФ" указывает, что страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10 процентов общего пакета акций страховой медицинской организации.

Также следует подчеркнуть, что договорные отношения между медицинской организацией и страховой компанией не предусматривают никакого участия органов управления здравоохранением, т.е. исполнительной власти.

Таким образом, законом созданы условия независимости всех субъектов медицинского страхования, субъекты наделены должным уровнем самостоятельности и свободой принятия решений. Сфера медицинского страхования открыта для участия субъектов любой организационно-правовой формы и формы собственности.

Исполнительной власти в системе обязательного медицинского страхования отведена роль только потребителя - исполнительная власть является страхователем неработающего населения. Прямое влияние исполнительной власти на сферу производства, реализации и покупки медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования исключается.

По своему отношению к бюджетам всех уровней медицинские учреждения (организации) разделяются на две группы: медицинские учреждения (организации), являющиеся бюджетными организациями и медицинские учреждения, не являющиеся бюджетными организациями.

Понятие бюджетной организации дано в ряде источников. «К бюджетным организациям относятся учреждения и организации, основная деятельность которых полностью или частично финансируется за счет средств бюджета на основе сметы доходов и расходов (бюджетной сметы)».

Бюджетными организациями являются некоммерческие организации (учреждения), финансируемые полностью или частично за счет средств бюджета на основе сметы доходов и расходов (бюджетной сметы).

С 14.07.99 года вступил в силу Федеральный закон «О введении в действие Бюджетного кодекса Российской Федерации». Согласно этому Федеральному закону (ст.1) с 1 января 2000 года введен в действие Бюджетный кодекс Российской Федерации, принятый 17.07.1998 года .

Как установлено в п.1,п.2 ст.161 Федерального закона "Бюджетный кодекс РФ": бюджетное учреждение – это организация, созданная органами государственной власти и органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета

государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов.

Организации, наделенные муниципальным имуществом на праве оперативного управления, не имеющие статуса федерального казенного предприятия, в целях Бюджетного Кодекса признаются бюджетными учреждениями.

Таким образом, муниципальные, государственные медицинские учреждения являются бюджетными учреждениями. Деятельность медицинских учреждений должна финансироваться по смете доходов и расходов, в том числе и со стороны внебюджетного фонда, каковым является фонд ОМС. Сметное финансирование исключает предпринимательскую деятельность и идет в разрез с договорным характером отношений между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией.

В статье 34 Конституции РФ введено родовое понятие "экономическая деятельность" и сказано, что экономическая деятельность подразделяется на "предпринимательскую" и "иную".

Как нами было уже доказано, деятельность медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования является предпринимательской экономической деятельностью, а услуги реализуемы медицинскими учреждениями по программе ОМС – платными медицинскими услугами.

Согласно п.2 ст.42 Федерального закона "Бюджетный кодекс РФ" доходы бюджетного учреждения, полученные от предпринимательской и иной деятельности, приносящий доход, в полном объеме учитываются в смете доходов и расходов бюджетного учреждения и отражаются в доходах соответствующего бюджета, как доходы от оказания платных услуг .

Таким образом, доходы, полученные от реализации (предоставления) медицинских услуг бюджетными организациями, являются неналоговыми доходами соответствующего бюджета и должны быть учтены в качестве таковых в бюджетном учете.

Следовательно, деятельность медицинских учреждений, являющихся бюджетными организациями, в силу действия Федерального Закона «Бюджетный кодекс РФ», прямо направлена на пополнение неналоговых доходов соответствующего бюджета, а не на получение прибыли (достижение рентабельности) от оказания медицинских услуг в соответствии с договором между субъектами медицинского страхования, как это регламентирует закон «О медицинском страховании граждан в РФ».

Из этого также следует, что все доходы бюджетных медицинских учреждений от экономической деятельности по оказанию услуг, в т.ч. доходы получаемые по договорам на оказание услуг в системе обязательного медицинского страхования, должны быть исключены из налогооблагаемой базы медицинского учреждения, так как в силу закона они являются неналоговыми доходами соответствующего бюджета.

Очевидно, что с момента вступления в силу федерального закона «Бюджетный кодекс РФ» потеряла свое значение инструкция «О порядке исчисления и уплаты в бюджет налога на прибыль бюджетными организациями (учреждениями) и представления отчетности в налоговые органы».

В лучшем случае, по чисто формальным соображениям, бюджетные медицинские учреждения должны сдавать в органы по налогам и сборам отчеты с проставленными нулями. Ведь самостоятельных доходов теперь учреждение иметь не может, оно всего лишь выступает как агент сбора неналоговых доходов соответствующего бюджета.

Таким образом, в условиях действия Бюджетного Кодекса бюджетные медицинские учреждения не имеют объекта налогообложения в части экономической деятельности, поскольку не имеют собственных доходов.

В соответствии со статьей 161 Федерального закона "Бюджетный кодекс РФ" бюджетные учреждения при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельны в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников .

В тоже время, деятельность медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования определена как самостоятельная в силу того, что эта деятельность осуществляется на основе договора, который является соглашением сторон (медицинское учреждение в силу Закона самостоятельно решает вопрос участия или неучастия в такой деятельности по оказанию услуг).

Таким образом, «Бюджетный Кодекс РФ» ограничивает самостоятельность финансово-хозяйственной деятельности в части расходования средств, смета является по существу ограничителем расходов. В тоже время «Бюджетный Кодекс РФ» не ограничивает экономической деятельности медицинского учреждения в части получения доходов – неналоговых доходов бюджета.

Сложилось противоречие между финансово-хозяйственной самостоятельностью бюджетного медицинского учреждения при получении доходов и полным ограничением самостоятельности этого учреждения в расходовании полученных, им же заработанных финансов. Такая экономическая деятельность теряет всякий предпринимательский смысл и убивает предпринимательскую инициативу медицинского учреждения как самостоятельно хозяйствующего субъекта и формирует предпринимательскую инициативу на уровне исполнительной власти, стремящейся увеличить доходную часть бюджета.

Таким образом, анализ нормативно-правовой базы показал, что в системе обязательного медицинского страхования имеют право, равное и полноценное, работать медицинские организации любой формы собственности, созданные по организационно-правовой форме как учреждения (медицинские). Вопрос так называемого «вхождение в ОМС частника» лежит лишь в политической плоскости, и не имеет никаких юридических и препятствий и оснований. Более того, анализ нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования показывает, что медицинская деятельность медицинских организаций в системе ОМС направлена на получение дохода и по своей сути является предпринимательской некоммерческой деятельностью. Система взаимоотношений субъектов ОМС более адекватна для предпринимательской модели, чем для бюджетной, поэтому предпринимательская модель ОВП может быть без особых препятствий интегрирована в деятельность системы ОМС. В тоже время в России действует бюджетно-страховая модель здравоохранения. Нормативно-правовой анализ показывает: бюджетно – страховая модель функционирует на двух противоречащих друг другу принципах организации социальной защиты, на двух разных принципах ведения экономики, бухгалтерского, налогового, управленческого учета. Равноправное сочетание этих принципов невозможно. В Российской бюджетно-страховой модели бюджетный механизм доминирует над страхованием, страховой процесс деформирован, система ОМС реализуется по бюджетному механизму в ущерб страховому. При таких условиях предпринимательская модель ОВП для системы ОМС становится чужеродной. Однако предпринимательская модель ОВП интегрируется в амбулаторно-поликлиническое звено, на уровень участковой службы. Оплата медицинских услуг на этом уровне происходит в основном за счет средств ОМС, по договорам со страховыми медицинскими организациями, влияние «препятствующей бюджетной политэкономии» здесь ослаблено.

4.3. Анализ рынка платных медицинских услуг и конкурентной среды для предпринимательских ОВП

4.3.1. Структура рынка медицинских услуг

Отрасль оказания медицинских услуг населению в настоящее время можно условно разделить на два сектора (рис. 13):

1. так называемая бесплатная медицина - оказание медицинской помощи населению по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС) ,
2. коммерческая медицина, которая в свою очередь делится на три сегмента:
 - кассовые платежи медицинским учреждениям,
 - добровольное медицинское страхование (ДМС) ,
 - теневые платежи врачам.

Рассмотрим каждый из указанных секторов.

Бесплатная медицина

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, численность граждан, застрахованных согласно спискам ОМС, в 2009 году составила 139 346 тыс. человек, в том числе: работающих — 57 217,5 тыс. чел., неработающих — 82 128,5 тыс. чел.

За оказанные услуги из средств ОМС в медицинские учреждения в 2009 году было перечислено 224 396 млн. рублей. Таким образом, в среднем, одному пациенту оказывается медицинских услуг на сумму 1610 рублей в год.

Коммерческая медицина

По данным исследования BusinesStat объем рынка коммерческой медицины в России в 2008 году составил 458 млрд. рублей, что в 5 раз больше, по сравнению с 2000 годом. Аналитики прогнозируют дальнейшее

увеличение рынка до 585 млрд. рублей к 2010 году, после чего наступит стабилизация рынка.

На развитие рынка платных медицинских услуг влияет общая экономическая ситуация в стране, - с каждым годом растет благосостояние населения. Однако, по мнению экспертов, главной причиной роста рынка платных медицинских услуг является ненадлежащее качество бесплатной медицинской помощи.

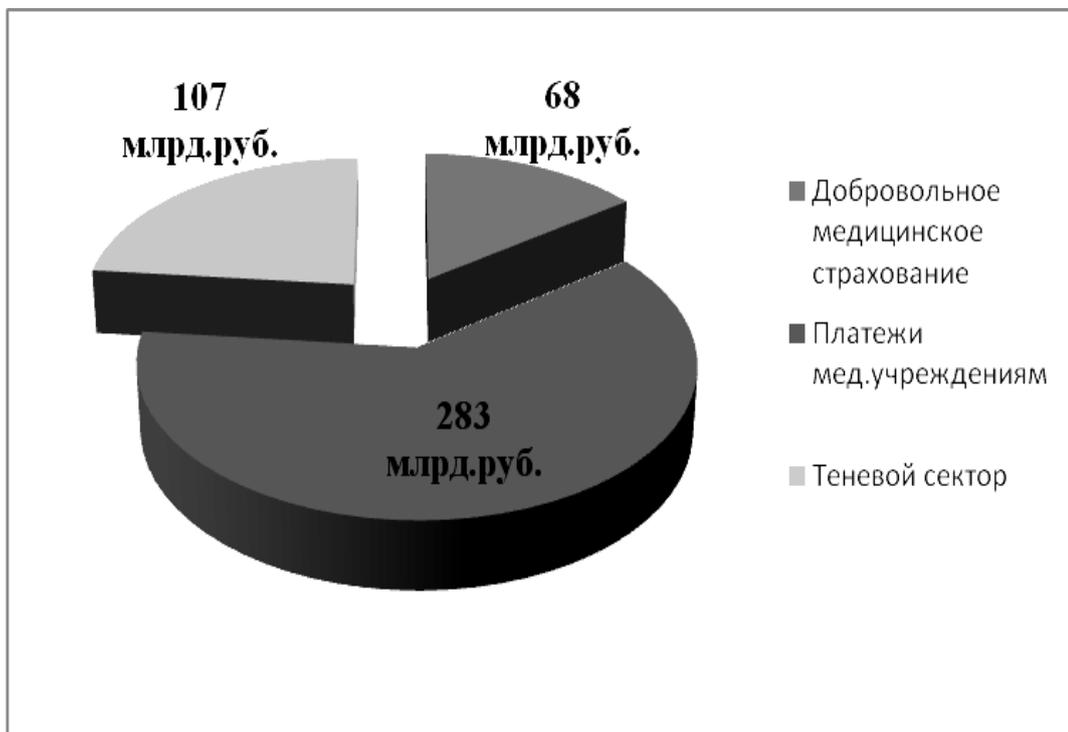


Рис. 13. Объем рынка коммерческой медицины с разделением по сегментам

4.3.2. Характеристика целевого рынка амбулаторно-поликлинической помощи

При оценке потенциала, уровня конкуренции и емкости рынка медицинских услуг оценивался сектор амбулаторно-поликлинической медицинской помощи как специализированной, так и общетерапевтической, с учетом участковой службы. Производился анализ

рынка и по источникам оплаты: рынок «бесплатных» медицинских услуг – источник оплаты средства ОМС, рынок «платных» медицинских услуг – средства физических, юридических лиц.

Анализ потенциала и емкости рынка «бесплатной» медицинской помощи оценивался на основании территориальной программы государственных гарантий, которая определяет нормативы объема и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи реализуемой за счет средств ОМС из расчета на одного человека. Такая программа, утверждается нормативно-правовыми актами ежегодно как на федеральном, так и на региональном уровне. Так на основании нормативов установленных постановлением Администрации Томской области от 25.12.09г. N 210а "Об утверждении областной Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Томской области на 2010 год" можно рассчитать общую потенциальную годовую емкость рынка амбулаторно-поликлинической помощи на территории г.Томска:

$EP_T_ОМС = \text{нормативное число посещений на одного человека} \times \text{нормативная стоимость одного посещения} \times \text{число застрахованных по ОМС граждан.}$

$EP_T_ОМС = 8,4. \times 165,1 \times 540\ 000 = 748\ 893\ 600 \text{ рублей.}$

В условиях реализации механизма фондодержания на уровне первичного звена, следует предполагать, что практически все посещения придутся на ОВП. Поэтому можно рассчитать предполагаемый валовый доход (ВД) на одного ВОП, а, следовательно, и на групповую ОВП.

$ВД_ВОП_ОМС = \text{численность обслуживаемого (прикрепленного) населения} \times \text{нормативное число посещений на одного человека} \times \text{нормативная стоимость одного посещения.}$

$ВД_ВОП_ОМС = 1800 \times 8,4 \times 165,1 = 2\,496\,312$ рублей в год.

Следовательно, потенциально доход в части оплаты по ОМС групповой ОВП из четырех врачей может составить:

$ВД_ОВП_ОМС = 2\,496\,312 \times 4 = 9\,985\,248$ рублей в год.

Численность населения обслуживаемого одним ВОП регламентируется нормативными документами, при этом меньшая численность не допускается, и характеризуется как неукomплектованный врачебный участок, в тоже время превышение установленного норматива допускается. Из чего вытекает потенциальная возможность увеличения ВД_ВОП.

При реализации предпринимательской модели ОВП, формирование участка, т.е. прикрепление на медицинское обслуживание населения, идет несколько иным способом, отличным от общепринятого в муниципальном звене. Предпринимательская ОВП не получает выделенной территории с проживающей на ней людьми и автоматическим формированием участка по умолчанию, предпринимательская ОВП прикрепляет граждан исключительно на основании их волеизъявления т.е. по личным заявлениям. Таким образом, реализуется свобода выбора врача, человека которому граждане доверяют свое здоровье и здоровье своих детей. В свою очередь предпринимательская ОВП проводит целый комплекс мероприятий направленных на привлечение пациентов и формирования среды комфортного медицинского обслуживания. Прикрепляясь к предпринимательской ОВП, граждане осознанно делают выбор между муниципальной участковой службой и частной предпринимательской

ОВП. Таким образом, предпринимательская ОВП является прямым конкурентом муниципальным поликлиникам на рынке «бесплатных» медицинских услуг. В настоящее время в Томске действует 22 больницы, 10 взрослых и 14 детских поликлиник. Итого 46 муниципальных медицинских учреждения, которые обслуживают население по полисам ОМС и формируют конкурентную среду для предпринимательских ОВП в этом секторе.

Основными мотивирующими факторами при выборе предпринимательской ОВП стали:

- недовольство качеством предоставляемых медицинских услуг в муниципальных лечебных учреждениях;
- желание получать более качественную медицинскую помощь за счет использования стандартных полисов ОМС;
- территориальная доступность - стратегия территориального расположения предпринимательских ОВП – организация их в жилых массивах, особенно в районе новостроек (ближе к людям).
- временная доступность – режим работы предпринимательских ОВП адаптируется к ритму жизни – врач амбулаторного звена должен работать тогда, когда людям удобно посещать врача, а не когда это удобно самому врачу. Режим работы с 7 до 22 часов, субботу, воскресенье, праздничные дни с 9 до 16 часов, вызов дежурного врача на дом с 8 до 24 ежедневно.
- увеличение объема медицинской помощи за одно посещение (емкости), и как следствие сокращения совокупного времени на лечения заболевания – достигается за счет квалификационных характеристик семейного врача.
- уровень сервисного обслуживания и личностного отношения (комфорт медицинского обслуживания);

При анализе потенциальной емкости рынка «платных» медицинских услуг оценивалось два коммерческих направления, наиболее доступных для реализации на уровне групповых ОВП:

- проведение профилактических медицинских осмотров (ПО),
- консультативно-диагностическая медицинская помощь.

Мотивация прохождения профосмотра: требования предъявляемые к предприятиям установленными нормативно-правовыми актами РФ, регулирующие его проведение (приказ Минздрава России № 83 от 14.08.04, приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.96 г. № 90 и другие нормативные акты).

Схема работы:

1. работники предприятия проходят необходимый профосмотр на базе предпринимательских ОВП, оплата производится за счет предприятия. Численность работающего населения (РН) в г.Томске составляет 238 тыс.чел., средняя стоимость профилактического осмотра – 800 рублей.

Таким образом, потенциальная емкость этого направления:

$$EP_ПО_РН = 238\ 000 \times 500 = 119\ 000\ 000 \text{ рублей в год.}$$

При освоении предпринимательскими ВОП 5% емкости данного рынка услуг, валовый доход составит:

$$ВД_ПО = 119\ 000\ 000 \times 0,05 = 5\ 950\ 000 \text{ рублей в год.}$$

2. профилактические осмотры проходят физические лица (ФЛ) – оплачивают физические лица (медицинский допуск в бассейн, в школу, детский сад, при трудоустройстве, при прохождении водительской комиссии и т.п.). Потенциальный потребитель – жители г.Томска, с учетом временно проживающего населения

(студенты) – 600 тыс. человек. Средняя стоимость услуги – 500 рублей. Потенциальная емкость рынка в этом направлении составит:
 $EP_ПО_ФЛ = 600\ 000 \times 500 \text{ рублей} = 300\ 000\ 000.$

При освоении предпринимательскими ВОП 5% емкости данного рынка услуг, валовый доход составит:

$ВД_ПО = 300\ 000\ 000 \times 0,05 = 15\ 000\ 000 \text{ рублей в год.}$

Расчет потенциальной емкости рынка «платных» услуг в части консультативно-диагностической помощи (КП) представляет определенные трудности. Во-первых высок уровень теневых платежей на уровне муниципального звена, по оценкам разных авторов он колеблется от 20 до 50% от общей емкости рынка, во-вторых частные коммерческие организации в силу разных причин искажают официальную отчетность как в сторону занижения, так и в сторону завышения, например, выдавая псевдострахование за ДМС. В связи с изложенным потенциальный объем валового дохода приходящегося на одного специалиста Поэтому в данном случае анализировались доступные данные из открытых, официальных источников.

Поскольку официальные данные об объеме платных медицинских услуг по Томску отсутствуют, мы воспользовались результатами анализа по России (Анализ рынка медицинских услуг в России в 2005-2010 гг, прогноз на 2011-2014 гг. - BusinesStat, 2010 – 170 с.). Согласно приводимым в отчете данным, совокупный объем «платных» медицинских услуг (за исключением профилактических осмотров) за 2009 год на территории г.Томска составил один миллиард рублей., из них на амбулаторно-поликлинический сектор медицинской помощи пришлось 356 миллионов рублей.

При освоении предпринимательскими ОВП 5% от емкости рынка, предполагаемый валовый доход составит:

$ВД_КП = 356\ 000\ 000 \times 0,05 = 18\ 000\ 000$ рублей в год.

4.3.3. Конкурентная среда в сфере амбулаторно-поликлинической помощи

В качестве конкурентов на рынке «платных» медицинских услуг следует рассматривать частные многопрофильные медицинские центры. В Томске, в сфере амбулаторной поликлинической помощи, работает 13 многопрофильных медицинских центра, предоставляющих медицинские услуги на платной основе (табл. 9). При этом услуги по специальностям терапия, общая врачебная практика (семейная медицина) предоставляет только четыре медицинских организации. Основная часть, восемь частных медицинских центра, располагается в центральной части города, полагаясь больше на стратегию транспортной, а не пешеходной доступности (рис. 14). Десять из числа медицинских центров привлекает к работе узких специалистов на договорной основе, по совместительству, ограничивая тем самым время консультативного приема. Лишь четыре, из числа анализируемых, медицинских центра имеет в своем составе штатную клиническую лабораторию. Средняя стоимость консультативно-диагностического приема, на момент опроса – 480 рублей.

Проведем совокупную оценку конкурентоспособности предпринимательских ОВП. Как видно из таблицы 10, ОВП соединяют в себе ценовую доступность муниципальных поликлиник и преимущества частных клиник (качество, территориальная и временная доступность, комфортность обслуживания).

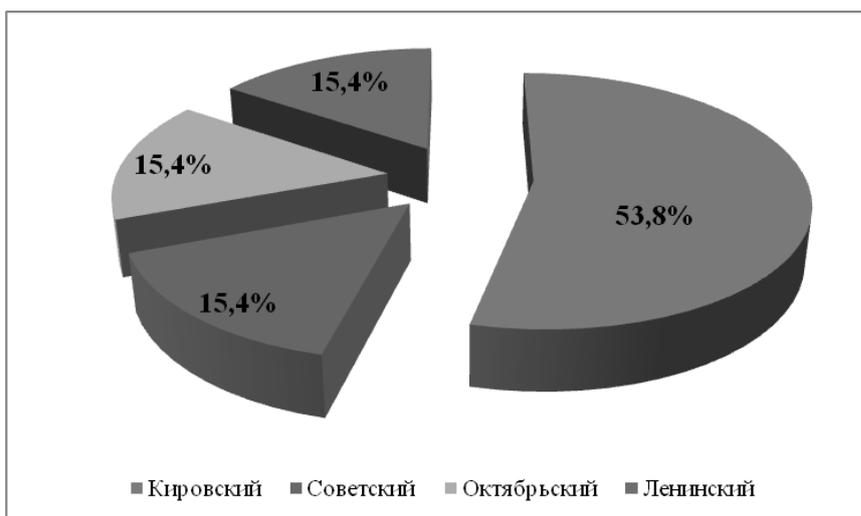


Рис. 14. Географическое расположение многопрофильных медицинских центров по районам г. Томска

Таблица 9

Многопрофильные медицинские центры, расположенные в Томске

Наименование многопрофильного медицинского центра	Количество филиалов	Географическое расположение
Медицинский центр «Бион»	1	Ул. Роза Люксембург (Ленинский район)
Консультативно-диагностическая поликлиника ООО «ДиаТомПлюс»	1	Ул. Дальне-Ключевская (Ленинский район)
Медицинский центр «Здоровье»	1	Ул. Котовского (Кировский район)
Клиника восстановительного лечения ООО «Амрита»	1	Ул. Фрунзе (Советский район)
Консультативный и лечебно-диагностический центр клиник СибГМУ	1	Ул. Учебная (Кировский район)
Клиника «Кров»	1	Ул. Лебедева (Советский район)
Лечебно-диагностический центр НМУ	1	Ул. Кирова (Кировский район)
Медицинский центр «Линия жизни»	1	Ул. Красноармейская (Кировский район)
Медицинский центр «Медиа-Дюны»	1	Ул. Дзержинского (Кировский район)
Медицинская клиника «Новая Эра»	1	Ул. Гоголя (Кировский район)
Первая Частная Клиника	1	Ул. Пушкина (Октябрьский район)
Медицинский центр «Эверест»	1	Ул. Вокзальная (Октябрьский район)
Лечебно-диагностический центр «Longa Vita»	1	Ул. Учебная (Кировский район)
ИТОГО	13	

Оценка конкурентоспособности медицинских учреждений

Параметр	Муниципальные поликлиники	Частные клиники	Предпринимательские ОВП
Возможность обслуживания населения по полисам ОМС	Да	Нет	Да
Средняя стоимость платного приема, руб.	100	480	250
Территориальная доступность	Равномерно расположены по районам города	Преобладают в Кировском районе	Равномерно расположены по районам города
Наличие очередей к врачу	Да	Нет	Нет
Комфортность обслуживания	Нет	Да	Да
Наличие врачей терапевтических специальностей (терапия, общая врачебная практика), ведущих постоянное обслуживание	Да	Больше нет, чем да	Да
Наличие в составе поликлиники гинекологической службы	Нет	Чаще да, чем нет	Да
Качество медицинского обслуживания	Низкое или среднее	Высокое	Высокое
Качество сервисного сопровождения медицинской помощи	Низкое или среднее	Высокое	Высокое

Подводя итог сказанному, можно отметить, что здравоохранение, на сегодняшний день, это отрасль, в которой производственные мощности на 95% принадлежат государству, из них 50% - муниципальная собственность. Становится очевидным, что здравоохранение станет

площадкой для реализации предпринимательских интересов исполнительной власти.

В г.Томске, на сегодняшний день, четко выделяются три конкурирующие группы производителей медицинских услуг:

- федеральные медицинские учреждения – 20-25% рынка медицинских услуг;
- областные медицинские учреждения – 25 - 35% рынка медицинских услуг;
- муниципальные медицинские учреждения – 40 – 50% рынка медицинских услуг.

Частный сектор здравоохранения занимает на рынке 3-5% (без учета стоматологических услуг). По существу происходит конкуренция бюджетов различных уровней за бюджетные неналоговые доходы.