

На правах рукописи

Рабцун Евгений Анатольевич

**ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ  
ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

14.02.23 – общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Новокузнецк - 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Томск).

**Научный руководитель**            доктор медицинских наук, профессор  
**Хлынин Сергей Михайлович**

**Официальные оппоненты:**

**Ведущая организация**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 001.056.01 при Государственном учреждении научно-исследовательском институте комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН по адресу: 654041, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 23; телефон: (3843) 796-979, факс: (3843) 796-669

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, а с авторефератом – на его официальном сайте: [www.ni-kpg.ru](http://www.ni-kpg.ru)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета, д.м.н.

Виблая И.В.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы:** С начала 90-х годов здравоохранение функционирует в режиме постоянных реформ различного масштаба. Ищется оптимальная система, модель функционирования отрасли, которая бы обеспечивала баланс интересов потребителей и производителей медицинских услуг в современных, рыночных условиях (Алексеев Н.А., 2002; Л.Г. Манаков, О.Б.; Шейман, И.М., 2000).

Один из последних этапов преобразований здравоохранения - это национальный проект «Здоровье», который направлен на повышение показателей уровня здоровья населения, за счет организационных и мотивационных изменений в системе организации медицинской помощи. В решении поставленных задач особый приоритет отдается первичному звену, на которое возложена основная роль в деле охраны здоровья: сдерживании роста заболеваемости, снижение временной нетрудоспособности, инвалидизации и преждевременной смертности (С.В. Киселев, Л.Я. Салыхова, В.Е. Клименко, 2002). Именно на первичном этапе необходимо прежде всего предпринять меры направленные на выполнение поставленных задач (Белоусов Н.И., 2008; Быстровский В.Ф., 2007).

Повышение доступности и качества медицинской помощи, особенно в первичном, амбулаторно-поликлинической звене, является одной из актуальных проблем реформирования здравоохранения. Общая врачебная практика является наиболее современной моделью организации первичной медицинской помощи призванной усилить функцию участковой поликлинической службы. Поэтому приоритет общей врачебной практики обозначен и в национальном проекте «Здоровье» (Денисов И.Н. 2004- 2006; Н. В. Юргель, М. Ю. Хубиева, Н. Ю. Васильева и др., 2008; Щепин В.О., 2001).

В то же время общую врачебную практику можно рассматривать как перспективную точку приложения предпринимательской инициативы (И.А.Тогунов, 2006). Для здравоохранения сегодня актуальной проблемой является привлечение инвестиционного капитала, расширение предпринимательской деятельности, формирование конкурентной среды (Б. В. Агафонов, В. П. Чуднов, 2007; Габуева Л.А., 2001; Денисов И.Н., 2005; Михалик Г., 2008; Поляков И.В., 2003). Общие врачебные практики могут стать платформой для развития предпринимательства, стимулировать приток частных инвестиций в первичное звено здравоохранения, что будет способствовать его усилению, расширению, развитию.

**Цель исследования:** научно обосновать эффективность и целесообразность развития предпринимательства на уровне первичного звена медицинской помощи, разработать предпринимательскую модель общей врачебной практики с последующей оценкой ее эффективности.

### **Задачи:**

1. Изучить показатели состояния общественного здоровья населения и организации амбулаторно-поликлинической помощи в Томской области.
2. Изучить факторы, определяющие направления развития предпринимательства в амбулаторно-поликлиническом звене.
3. Разработать предпринимательскую модель общих врачебных практик, обосновать возможность и внедрить ее в систему практического здравоохранения.
4. На основе социально-гигиенического исследования оценить эффективность разработанной и внедренной модели.

**Научная новизна.** Выполнена комплексная оценка состояния здоровья населения и организации амбулаторно-поликлинической помощи в современных условиях на примере города Томска. Определены перспективные направления предпринимательской деятельности в системе здравоохранения. Разработан инновационный путь развития общей врачебной практики в форме предпринимательства. Показаны положительные результаты, свидетельствующие об эффективности предложенной модели развития частного предпринимательства в системе здравоохранения в форме общих врачебных практик.

**Практическая значимость.** Предложена и апробирована эффективная форма развития предпринимательства в сфере реализации медицинских услуг на уровне первичного звена в виде общих врачебных практик. Произведена оценка эффективности предпринимательской модели общей врачебной практики, что представляет практический интерес для потенциальных инвесторов, изучающих возможность вложения финансовых средств в здравоохранительную отрасль.

Предложенная модель деятельности общей врачебной практики на основе предпринимательства определяет практическую возможность, основу для развития государственно-частного партнерства в этом секторе здравоохранительной отрасли, что может учитываться руководителями органов исполнительной власти различного уровня при расширении, развитии, усилении первичного звена медицинской помощи на региональном, муниципальном уровне.

Разработан комплект документации для организации предпринимательской модели в форме общей врачебной практики, включающей положение о поликлинике, положение об ОВП, положения о вспомогательных подразделениях, регламенты работы подразделений и положение об оплате труда сотрудников.

Материалы диссертации используются в деятельности:

- Томского территориального фонда обязательного медицинского страхования,
- Департамента здравоохранения Администрации Томской области,
- Управления здравоохранения Администрации города Томска,
- Страховой медицинской компании ООО «СК Медика-Томск»,

- ЗАО Центр семейной медицины,
- кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава».

**Основные положения диссертации были апробированы и получили одобрение** на Всероссийской конференции «Общественное здоровье и организация медицинской помощи на рубеже веков» (Томск, 2000); на VI Семинар-совещание АСДГ руководителей здравоохранения администраций городов Сибири, Дальнего Востока и Урала «Вопросы экономики и права муниципального здравоохранения» (Томск, 2000); Международной конференции «Образование и здоровье» (Москва, 2008); X международном конгрессе «Наука о человеке» (Томск, 2009); Всероссийской научно-практической конференции «Молодые ученые в решении актуальных проблем науки» (Красноярск, 2009); 10-й международной конференции «Актуальные проблемы науки» (Самара, 2009); XI международном конгрессе «Наука о человеке» (Томск, 2010).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе 2 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК.

**Личный вклад автора:** заключается в формировании рабочей гипотезы настоящего исследования, определении темы диссертации, формировании программы, составлении плана научно-исследовательской работы, самостоятельном сборе информации об отношении пациентов и врачей к частному предпринимательству в медицине, анализе законодательных основ и проблем развития предпринимательства в медицине, о функционировании общих врачебных практик в Томской области; обработке и анализе результатов, разработке нормативно-методических документов, регламентирующих деятельность частного предприятия по организации и функционированию общих врачебных практик. Создание предпринимательской модели общей врачебной практики.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Стабилизация демографической ситуации в Томской области обусловлена приростом рождаемости, которая происходит под влиянием социально-экономических факторов, при этом уровень смертности и рост заболеваемости населения сохраняется. Деятельность системы здравоохранения не опирается на эффективные методы организации, имеет место экстенсивный рост объемов оказания медицинской помощи населению Томской области.

2. Перспективы развития предпринимательства в секторе первичной медицинской помощи обусловлены высоким уровнем спроса на услуги амбулаторно-поликлинического характера; значительной емкостью рынка; 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 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 обществе сохраняется негативное отношение к предпринимательству в социальной среде.

3. Модель предпринимательской ОВП представляет собой организационную структуру медицинская, экономическая, финансовая и хозяйственная деятельность которой основывается на принципах присущих предпринимательскому процессу, предприятию. В экономическом пространстве она обладает типичными для предпринимателя условиями. Предпринимательская модель свободна от стереотипов организации экономики бюджетного учреждения сложившихся с советских времен, характерных для муниципальных ЛПУ. При этом предпринимательская модель ОВП интегрирована в общую сеть практического здравоохранения, функционирует в системе обязательного медицинского страхования, поэтому по составу и выполняемым функциям схожа с ОВП организованными на уровне муниципального звена здравоохранения. В целях получения конкурентных преимуществ при выходе на рынок медицинских услуг первичного звена медицинской помощи в качестве инновационного элемента используется служба семейного врача.

4. Конкурентоспособность предпринимательских ОВП, по сравнению с ОВП организованными на муниципальном уровне, выше, поскольку они соединяют в себе ценовую доступность муниципальных и государственных медучреждений и преимущества частных клиник (отношение к качеству, ориентированность на клиента, территориальная и временная доступность, комфортность обслуживания). Созданные условия позволили семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу и обеспечить должный уровень дохода.

**Объем и структура диссертации:** Диссертация состоит из введения, 5 глав, выводов и практических рекомендаций. Работа изложена на 198 страницах машинописного текста, включает библиографический список из 134 источников (в том числе 16 зарубежных), 18 таблиц и 21 рисунок, а так же приложения.

Работа выполнена по плану ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**В первой главе** дан обзор литературы, в котором анализируются правовые основы охраны здоровья граждан Российской Федерации, проблемы развития предпринимательства в здравоохранении. Рассматривается роль общей врачебной практики как современной формы организации амбулаторно-поликлинической помощи.

**Во второй главе** представлена программа, материал и методы исследования. Программа исследования включала стратегию и этапы научной работы: организационный; сбор медико-социальной информации; обработка полученного мате-

риала; анализ полученных результатов; разработка рекомендаций и управленческих решений, внедрение в практику и последующая оценка эффективности.

Определение сроков, места проведения, технологии сбора и обработки информации проводилось в соответствии с планом исследования. На организационном этапе обосновывались цель и задачи, формировались рабочие гипотезы, определялись объект, объем наблюдения, осуществлялся выбор и описание методов исследования, устанавливался порядок проведения научно-исследовательской работы.

На этапе сбора информации предусматривалось:

- определение медицинской организации для проведения углубленного исследования;
- сбор информационного материала;
- анализ мнения населения относительно возможности развития предпринимательства в здравоохранении;
- анализ мнения врачей относительно возможности развития предпринимательства в здравоохранении;
- анализ количества, структуры прикрепленного к ОВП населения;
- анализ потребности пациентов ОВП в консультации узких специалистов, лабораторных исследованиях и стационарной помощи.

В целях научного обоснования выводов и предложений проводилась обработка полученной информации.

Обработка полученных данных включала:

- Определение основных составных компонентов предпринимательской модели общей врачебной практик;
- Оценку экономической эффективности предпринимательской модели общей врачебной практик.

Анализ закономерностей изменений полученных показателей завершал программу исследования и осуществлялся в целях окончательного формирования предпринимательской модели общей врачебной практики, готовой к интеграции в практическое здравоохранение.

Объектом настоящего исследования являлась система здравоохранения Томской области. В качестве пилотного учреждения для апробации модели развития частного предпринимательства в форме общей врачебной практики было выбрана медицинская организация, поликлиника ЗАО «Центр семейной медицины» (ЦСМ).

Методы исследования:

1. Социально-гигиенический анализ. Проводилась выкопировка статистических талонов в ОВП ЦСМ – всего проанализировано 5 000 талонов.

2. Метод социологического анализа. Опрос пациентов проводился в пилотном медицинском учреждении – ЗАО Центр семейной медицины. Опрос проводился по специально разработанной анкете (приложение 1), общая случайная выборка составила 788 человек, все опрошенные были городскими жителями и проживали на момент опроса в г.Томске. Средний возраст опрошенных соста-

вил 45,5 лет (от 18 до 69), женщины из общего числа составили 68%, мужчины 32%.

3. Экспертный метод проводился путем опроса экспертов. В качестве экспертов выступали врачи, сотрудники государственных, муниципальных лечебных учреждений, расположенных на территории г.Томска, средний стаж работы 16 лет. 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%.

#### 4. Статистический метод.

**В третьей главе** рассмотрены социально-гигиенические и социально-экономические показатели в системе здравоохранения в Томской области.

Установлено, что стабилизация демографической ситуации в Томской области происходит за счет прироста рождаемости, который обеспечивается мотивирующими социально-экономическими факторами. На этом фоне сохраняется прежний уровень смертности и рост заболеваемости населения. 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 (с 356,7 на 1000 населения в 2004 году до 409,0 в 2008 году), числа госпитализаций (с 231,0 на 1000 населения в 2004 году до 235,7 в 2008 году).

В течение последних лет сеть медицинских учреждений на территории Томской области практически не изменялась. Изменения произошли только в сельских районах и были связаны с реорганизацией участковых больниц во врачебные амбулатории, закрытием фельдшерско-акушерских пунктов, созданием на их базе групповых ОВП. В лечебных учреждениях Томской области трудятся более 30000 работников здравоохранения. Из них 6928 врачей, или 68,8 на 10000 человек населения области. Укомплектованность врачебных должностей составляет 91,9% при коэффициенте совместительства 1,3.

Имеет место экстенсивный рост объемов оказания медицинской помощи населению Томской области. За указанный период отмечается существенное увеличение количества вызовов СМП (с 356,7 на 1000 населения в 2004 году до 409,0 в 2008 году), числа госпитализаций (с 231,0 на 1000 населения в 2004 году до 235,7 в 2008 году с выраженным ростом в 2005 и 2006 годы до 241,2 и 249,2 соответственно). В качестве позитивного момента можно отметить рост числа пациентов, госпитализированных в дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационары на дому, что с одной стороны свидетельствует об экономии средств системы здравоохранения, а с другой – повышает степень удовлетворения потребности населения в госпитализации.

На территории Томской области в течение 2006-2009 гг. реализовался Пилотный проект «Модернизация системы здравоохранения Томской области»



- первый этап становления новых организационных и финансово-экономических отношений в системе предоставления медицинских услуг гражданам Российской Федерации на территории Томской области. За 2006-2009 года из средств областного бюджета выделено 162,1 млн. руб. на создание 77 ОВП. В муниципальных образованиях на выделенные средства осуществляется ремонт помещений для ОВП, приобретается оборудование, инвентарь, автотранспорт согласно таблице оснащения. До 2006 года на территории области функционировало 8 ОВП, преимущественно в г. Томске и близлежащих муниципальных образованиях. По состоянию на 01.01.2009 г. функционирует 62 ОВП (рис. 1).

О том, что данный вид медицинской помощи востребован населением области свидетельствует динамика числа посещений к врачам общей (семейной) практики. За время реализации пилотного проекта число посещений к этим специалистам выросло на 77% (2005 год – 71,5 тыс. посещений; 2009 год – 126,9 тыс. посещений) (рис. 2).

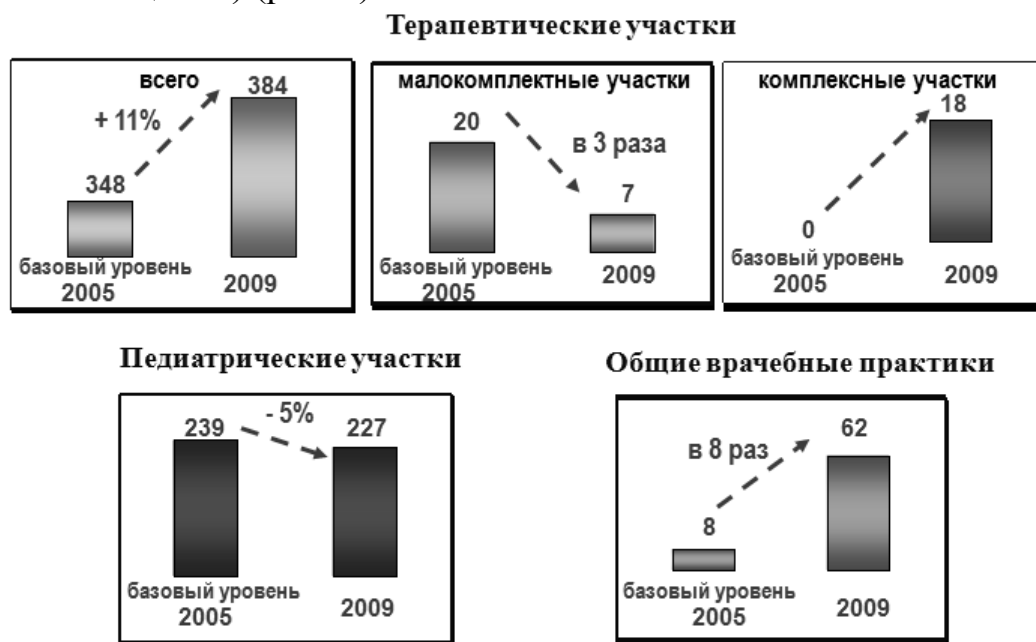


Рис.1 Динамика врачебных участков первичного звена амбулаторно-поликлинической помощи в Томской области.

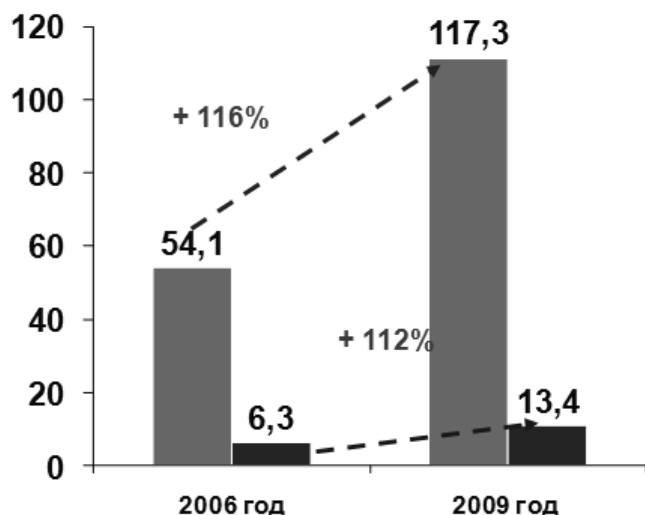


Рис. 2. Обращаемость населения к врачам общей практики (тыс. посещений). Светлые столбики – посещения в поликлинике, темные столбики – на дому.

**В четвертой главе** рассматриваются организационные, правовые и экономические аспекты

предпринимательской деятельности в амбулаторно-поликлиническом звене.

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. 1). Исследование проводилось 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.

Таблица 1

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

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.

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 политекономии» здесь ослаблено.

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:

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

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

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.

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

$ВД\_ВОП\_ОМС = 1800 \times 8,4 \times 165,1 = 2\,496\,312$  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:

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

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.Томка 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:

$$\text{ВД}_\text{КП} = 356\,000\,000 \times 0,05 = 18\,000\,000 \text{ рублей в год.}$$

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. 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. 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 2, ОВП соединяют в себе ценовую доступность муниципальных поликлиник и преимущества частных клиник (качество, территориальная и временная доступность, комфортность обслуживания).

Таблица 2

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

**В пятой главе** представлены результаты экспериментального моделирования предпринимательской деятельности медицинского предприятия на примере общих врачебных практик ЗАО «Центр Семейной Медицины».

В основу деятельности Центра была положена применяемая в практическом здравоохранении России технология организации оказания амбулаторной поликлинической помощи населению, основанная на участковом принципе обслуживания населения (система Семашко). Это также было обусловлено объек-



тивной 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 проходит специализацию по нескольким врачебным специальностям;
- соответствие услуги государственным стандартам и стратегии развития–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.

Процедура вхождение частного медицинского предприятия в систему ОМС – это вхождение частного медицинского предприятия в систему исполнения программы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью – процесс, по существу разрушающий монополию государства на оказание медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Поэтому позитивное отношение государственной исполнительной власти в сфере здравоохранения, отношение фонда ОМС к этому процессу безусловно способствовало развитию предпринимательской деятельности в здравоохранении предприятий, реализующих услуги в сфере обязательного медицинского страхования в г.Томске и Томской области.

Вхождение в ОМС стала началом формирования конкурентных взаимоотношений между предпринимательскими ОВП и МЛПУ на уровне амбулаторной участковой службы, при этом предмет конкурентной борьбы стал пациент, что имело позитивные последствия:

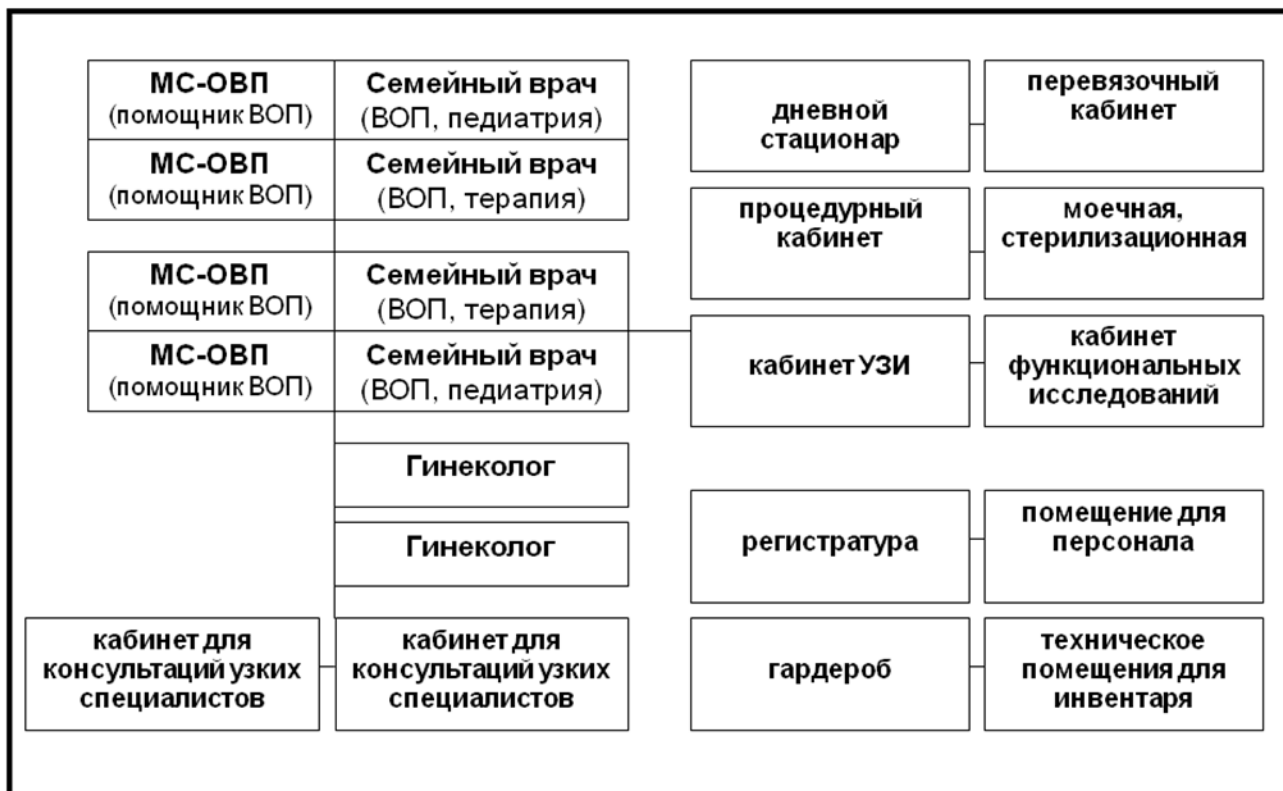


Рис. 3. Структура общей врачебной практики Центра семейной медицины.

- в условиях складывающейся конкуренции МЛПУ начали олицетворять (видеть) своего пациента. (Позитивный пример МЛПУ №10 – активные посещения – участковых.)
- МЛПУ сразу оценили и потребовали размещения программных продуктов с базами прикрепленного населения в поликлиниках, появилась потребность квалифицированных кадров – регистраторов со знаниями пользователей компьютеров.

В то же время ОВП Центра семейной медицины, сформированные в рамках разработанной экспериментальной модели, имели целый ряд организационно-технических преимуществ перед муниципальными ЛПУ.

Медицинское обслуживание осуществляется по территориально-участковому принципу, в т.ч. обслуживание на дому, дневной стационар, стационар на дому. Минимальная расчетно-плановая численность обслуживаемого населения каждой групповой ОВП – 4000 человек. На базе ОВП на постоянной основе работает гинеколог. Узкие специалисты ведут прием по расписанию, поочередно на каждой ОВП, по принципу «специалист на пациента» (рис. 3).

Основные преимущества проанализированы в таблице 3.

Таблица 3.

*Организационно-технические преимущества ОВП ЗАО «ЦСМ» (ОВП-П), сформированных в рамках разработанной экспериментальной модели, перед ОВП муниципальных ЛПУ (ОВП-М) и поликлиниками.*

Условия	ОВП-П	ОВП-М	Муниципальная поликлиника
Участковое звено (специализация)	Врач общей практики (семейный врач)	Врач общей практики (семейный врач)	Участковый терапевт, педиатр
Контингент обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Взрослые,</li> <li>▪ Подростки</li> <li>▪ Дети,</li> <li>▪ Беременные женщины</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Взрослые,</li> <li>▪ Подростки</li> <li>▪ Дети</li> </ul>	Взрослые или подростки, дети.
Форма участковой работы	Участки вынесены на территорию – офисы семейных врачей, доступны для населения	ОВП – при поликлиниках, все участки в одном здании	Все участки в одном здании.
Режим работы	с 7 до 21 часа. Сб, Вс.- с 9 до 16.	8 – 18 часов	8 – 18 часов
Режим помощи на дому	С 7 до 24 часов	с 8(10) до 12(17) (по записи)	с 8(10) до 12(17) (по записи)
Дневной стационар	Да	Нет	Да/Нет
Стационар на дому	Да	Нет	Да/Нет
Пункты серопрфилактики	Да	Нет	Да/Нет
Спектр реализуемых лабораторных исследований	Весь спектр лабораторных исследований, использование внутрикорпоративного и внешнего аутсорсинга	Узкий спектр лабораторных исследований, ограниченных возможностями поликлиник	Различный спектр лабораторных исследований, в рамках возможностями поликлиник.
Работа в регистратуре	Администраторы (в/о, ср. спец./о), с широким кругом функциональных обязанностей	Регистраторы	Регистраторы
Служба узких специалистов	Специалист на пациента, специалист консультирует там, где живет пациент.	Пациент на специалиста, пациент идет туда где принимает специалист	Пациент на специалиста, пациент идет туда где принимает специалист
Прикрепление на обслуживание по ОМС	Основано на личном выборе пациентом своего врача, пациент всегда знает своего врача в лицо, врач знает своих пациентов	Административное, пациент не знает своего врача, врач не знает своих пациентов	Административное, пациент не знает своего врача, врач не знает своих пациентов

В ходе реализации эксперимента было установлено:

- созданные на базе предпринимательской модели ОВП условия позволили семейным врачам реализовать предпринимательскую инициативу;

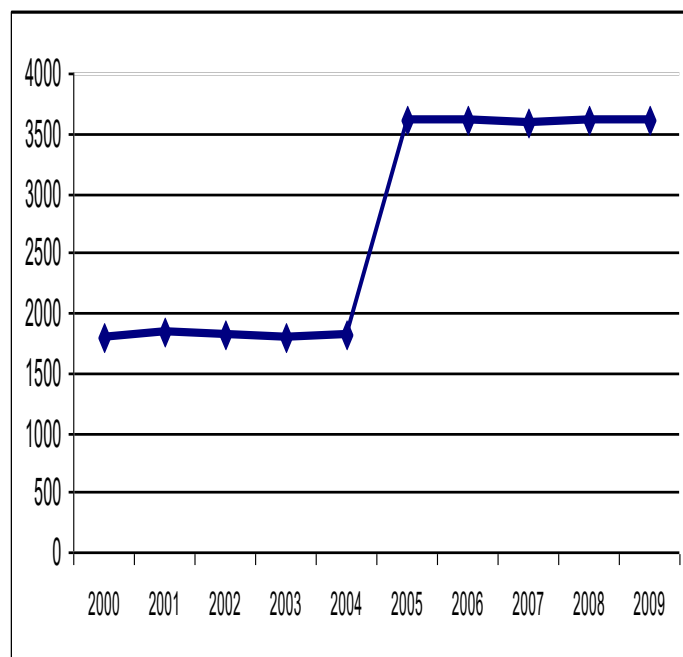
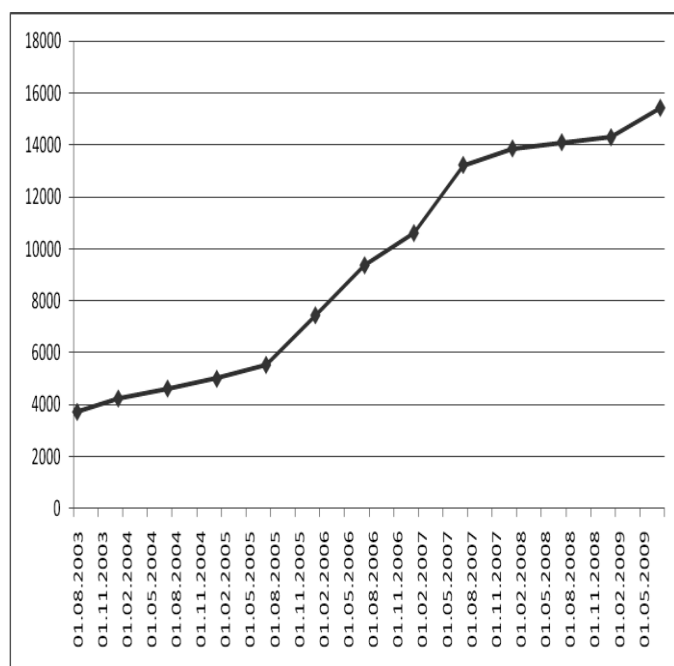
- семейные врачи, успешно реализующие предпринимательскую инициативу смогли обеспечить себе должный уровень дохода, который в 2-3 раза превышал заработную плату участковых врачей.
- семейные врачи, которые не смогли реализовать предпринимательскую инициативу не смогли набрать (прикрепить к себе) для медицинского обслуживания должное количество застрахованных обеспечив тем самым себе желаемый уровень дохода;
- в ходе реализации предпринимательской инициативы семейных врачей, 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. Личные качества врача, комфортные условия общения формируют атмосферу доверия между врачом и пациентом, доверие пациента же в свою очередь способствует эффективности лечения.

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).

Успешность и эффективность предпринимательской модели подтверждается количественными показателями деятельности Центра семейной медицины.

На рис. 4 представлена динамика роста количества прикрепившегося населения в ОПВ ЦСМ. Поскольку прикрепление в данном случае производилось по инициативе граждан и требовало от них определенных действий, можно рассматривать данный показатель как отражающий успешность работы ОПВ.

В таблице 4 отражены основные финансовые показатели деятельности ЗАО «Центр Семейной Медицины». Как видно из представленных данных, в период с 2003 по 2009 гг отмечен существенный прирост таких показателей, как валовый доход, валовая прибыль и стоимость основных средств.



А

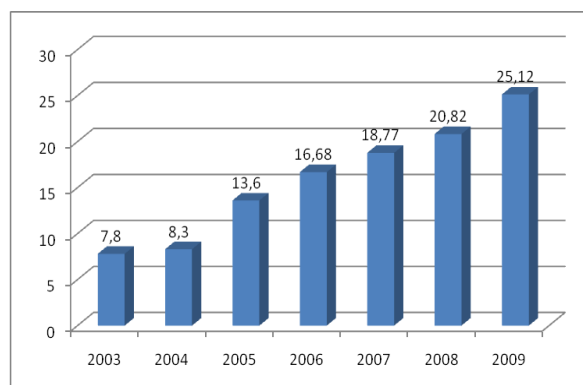
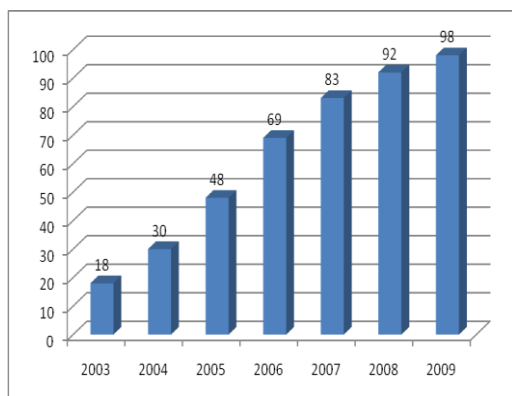
Б

Рис. 4. Динамика количества прикрепленного населения к ОВП Центра семейной медицины (А) и МЛПУ Поликлиника № 10 (Б).

Таблица 4

Финансовые показатели деятельности ЗАО «Центр Семейной Медицины»

Финансовые показатели (тыс. руб)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Выручка (валовой доход, нетто)	4 749	7 488	17 467	28 694	40 582	52 032	63 058
Себестоимость услуг	3 304	5 867	14 450	24 322	33 801	42 768	49 680
Валовая прибыль	1 445	1 621	3 017	4 372	6 781	9 264	13 378
Структура выручки							
ОМС	1 819	2 490	6 548	11 088	14 089	15 980	16 993
доля ОМС в общем доходе (%)	38,30	33,25	37,49	38,64	34,72	30,71	26,95
выручка по "платным услугам"	2 930	4 998	10 919	17 606	26 493	36 052	46 065
юридические лица	1 029	1 468	3 624	8 099	14 458	16 921	35 703
физические лица	1 901	3 530	7 295	9 507	12 035	19 131	10 362
доля платных услуг в общем доходе%	61,70	66,75	62,51	61,36	65,28	69,29	73,05
Основные средства	228	1 346	3 772	11 587	24 613	31 564	34 975



А

Б

Рис. 5. Число рабочих мест (А) и средняя заработная плата в мес. (тыс.руб.) (Б) в ЗАО «Центр семейной медицины»

Структура выручки в указанный период существенно не изменилась – соотношение выручки по ОМС и по платным медицинским услугам оставалось примерно на одном уровне, однако в структуре платных услуг отмечено перераспределение в пользу услуг, оказываемых физическим лицам.

Деятельность ЗАО «Центр Семейной Медицины» имела и выраженную социальную направленность – количество рабочих мест ежегодно увеличивалось, рост не замедлился даже в период кризиса (рис.5А). Так же наблюдался постоянный рост заработной платы сотрудников центра (рис. 5Б). В 2009 года средняя заработная плата специалистов ЗАО «Центр Семейной Медицины» вдвое превышала уровень средней заработной платы в Томской области.

Таким образом, 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.

## 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, широ-

ко 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 самоокупаемой, 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.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Рабцун Е.А., Адамян А.Т. Мнение населения и врачей о частном здравоохранении (результаты социологического опроса, проведенного в г. Томске) // Сибирский медицинский журнал, 1999, №3-4.- С.
2. Рабцун Е.А., Адамян А.Т. Общая врачебная практика - новая технология охраны здоровья // Общественное здоровье и организация медицинской помощи на рубеже веков.- Томск, 2000.- С.
3. Рабцун Е.А., Адамян А.Т., Угольников А. Л. Актуальные вопросы организации муниципального здравоохранения // Вопросы экономики и права муниципального здравоохранения : VI Семинар-совещание АСДГ руководителей здравоохранения администраций городов Сибири, Дальнего Востока и Урала 30 ноября - 1 декабря 2000 г. г. Томск, Россия: Сборник

- статей / Редактор А. Т. Адамян ; Семинар-совещание по здравоохранению. — Томск: Том. ун-т систем управления и радиоэлектроники, 2000.- С.
4. Адамян А. Т., Угольников А. Л., Кулахметова Н. Н., Рабцун Е. А. Роль бухгалтерского учета в менеджменте муниципального здравоохранения (на примере муниципального образования г. Томска) // Вопросы экономики и права муниципального здравоохранения : VI Семинар-совещание АСДГ руководителей здравоохранения администраций городов Сибири, Дальнего Востока и Урала 30 ноября - 1 декабря 2000 г. г. Томск, Россия: Сборник статей / Редактор А. Т. Адамян ; Семинар-совещание по здравоохранению . — Томск: Том. ун-т систем управления и радиоэлектроники, 2000.- С.
  5. Адамян А. Т., Угольников А. Л., Рудковская Т. А., Кулахметова Н. Н., Рабцун Е. А. Новый подход к экономической деятельности и налогообложению медицинских учреждений, реализующих медицинские услуги по программе обязательного медицинского страхования // Вопросы экономики и права муниципального здравоохранения : VI Семинар-совещание АСДГ руководителей здравоохранения администраций городов Сибири, Дальнего Востока и Урала 30 ноября - 1 декабря 2000 г. г. Томск, Россия: Сборник статей / Редактор А. Т. Адамян ; Семинар-совещание по здравоохранению. — Томск: Том. ун-т систем управления и радиоэлектроники, 2000.- С.
  6. Рабцун Е. А., Адамян А. Т., Угольников А. Л. О новых подходах к системе здравоохранения // Вопросы экономики и права муниципального здравоохранения : VI Семинар-совещание АСДГ руководителей здравоохранения администраций городов Сибири, Дальнего Востока и Урала 30 ноября - 1 декабря 2000 г. г. Томск, Россия: Сборник статей / Редактор А. Т. Адамян ; Семинар-совещание по здравоохранению. — Томск: Том. ун-т систем управления и радиоэлектроники, 2000. – С.
  7. . Рабцун Е.А., Угольников А. Л., Адамян А. Т. Предпринимательство в здравоохранении. Анализ перспектив развития в современных условиях (1998-2003 гг.): монография / — Томск: Графика, 2003. — 77 с.
  8. Рабцун Е. А. Частные клиники как равноправные субъекты системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения : ежемесячный научно-практический журнал. — 2008. — N 6 . — С.62-64.
  9. Рабцун Е.А. Оценка отношения врачей и пациентов к развитию предпринимательства в здравоохранении // Бюллетень сибирской медицины.- 2009. – №4. – С.157-161.
  10. Рабцун Е.А. Экспериментальное моделирование предпринимательской деятельности медицинского предприятия на примере общих врачебных практик ЗАО «Центр семейной медицины» // Науки о человеке. – Томск, СибГМУ. – 2010. – С. 100-102.

11. Рабцун Е. А. Публичный договор при оказании платных медицинских услуг населению // Бюллетень Сибирской медицины. — 2010. — Том 9, № 1 . — С. 136-138.

Соискатель

Рабцун Е.А.