Содержание

здравоохранение частный медицинский финансирование

Введение

. Система управления здравоохранением

. Система финансирования здравоохранения в других странах

. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

. Модели государственно-частного партнерства

. Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения

. Основные формы государственно-частного партнерства в здравоохранении России

. Взаимодействие частных медицинских организаций с бюджетными учреждениями

Заключение

Список использованной литературы

Введение

В соответствии с Федеральным законом №5487-1 от 22 июля 1993 г. "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами.

Рассматривая все системы здравоохранения, можно выделить три основные формы их организации: преимущественно частную, страховую, государственную. Есть также и смешанные варианты.

В чистом виде частное здравоохранение сейчас не существует, да к тому же во многих развитых странах стараются не допустить или существенно ограничивают непосредственную оплату медицинской помощи пациентами.

Важность темы финансирования здравоохранения в современное время в России трудно переоценить. Отсутствие реформ российского здравоохранения, сохраняющееся низкое качество и доступность медицинской помощи для граждан России, постоянные незаконные поборы в государственных и муниципальных лечебных учреждениях, сопровождающиеся бездействием власти, свидетельствуют о не способности государства эффективно управлять системой здравоохранения. Однако, на фоне этой вопиющей беспомощности, мы постоянно слышим заявления высшего руководства государства о необходимости коренного обновления российского здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и грамотной инвестиционной политики.

1. Система управления здравоохранением

Управление здравоохранением - это сложная многоуровневая и многокомпонентная система мероприятий, обеспечивающих рациональное функционирование отрасли и ее ресурсов (кадры, организации здравоохранения, материально-техническая база, финансирование), которые посредством нормативно-правового регулирования, медицинских технологий, знаний и умений медицинских работников обеспечивают предупреждение и ликвидацию заболеваний, снижение смертности и инвалидности, улучшение физического развития, повышение трудоспособности и увеличение продолжительности жизни людей.

Процесс управления здравоохранением включает:

источники и каналы информации о ресурсах здравоохранения;

источники и каналы информации о результатах управления;

источники и каналы информации о целях и задачах управления;

нормативно-правовую и нормативно-техническую базу здравоохранения, базу данных медицинских, в том числе управленческих, технологий;

структуру(ы) для анализа получаемой информацией и выработки оптимальных управленческих решений.

Движущая сила управления здравоохранением - механизмы финансирования, нормативно-правовое регулирование профессиональной деятельности, стандартизация, экспертиза и нормирование медицинской деятельности.

В ХХI в. в принципиально новых условиях развития общества управление системой здравоохранения должно соответствовать не только новой парадигме здравоохранения в рамках применения современных управленческих технологий, но и новым принципам организации охраны здоровья населения: межсекторальному подходу к охране здоровья, ответственности государства за демографическую безопасность нации, ответственности и заинтересованности граждан в укреплении собственного здоровья, приоритетам профилактических мероприятий и первичной медико-санитарной помощи. Управление здравоохранением должно включать мониторинг ресурсов здравоохранения и результатов деятельности системы здравоохранения, регулирование в рамках систем "централизация - децентрализация", "государственное регулирование и самоуправление", "государственные и рыночные механизмы регулирования", "ведомственное, государственное и частное здравоохранение", "межсекторальное взаимодействие системы охраны здоровья граждан".

Ведомственные системы медицинского обслуживания приводят к дублированию лечебных учреждений, появлению дополнительных мощностей и медицинских кадров, в связи с чем сформировалось мнение о необходимости ликвидации ведомственной медицины. Считается, что ликвидация ведомственного здравоохранения должна обеспечить реализацию принципов социальной справедливости, равного отношения государства ко всем гражданам, а также исключить удвоение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для отдельных категорий граждан, облегчить создание механизмов более объективного выравнивания финансовых возможностей территорий и уменьшить социальную нагрузку на бюджеты министерств.

В качестве контраргумента против ликвидации ведомственной медицины следует отметить, что ведомственные учреждения здравоохранения создавались десятилетиями в прямой связи со спецификой труда, быта и отдыха лиц, работающих в соответствующих отраслях. В учреждениях ведомственного здравоохранения уровень оказания медицинской помощи, как правило, выше, чем в учреждениях общей системы здравоохранения. Это обусловлено как их лучшим техническим оснащением, так и более высокой квалификацией кадров. С другой стороны, нагрузка в ведомственных медицинских учреждениях ниже, чем в аналогичных учреждениях здравоохранения общей сети.

С учетом значительного дефицита средств системы здравоохранения представляется целесообразным использование потенциала ведомственных медицинских учреждений для реализации программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. В связи с вышеизложенным в России планируется разработка проекта постановления Правительства РФ "Об участии ведомственных медицинских организаций в программе государственных гарантий" . При этом финансированию за счет бюджетных средств подлежит только та часть бесплатной медицинской помощи, которая будет включена в согласованную с Минздравом программу медико-санитарной помощи льготным контингентам граждан. Переход от бюджетного содержания ведомственных медицинских организаций к оплате медицинской помощи льготным контингентам обеспечит реальную экономию бюджетных средств, повысит эффективность деятельности ведомственных медицинских организаций, а высвободившиеся мощности будут использоваться для обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Если средства, выделяемые отраслевым министерствам и ведомствам на здравоохранение (железная дорога, авиация, силовые министерства и т.д.), не удается консолидировать в общий бюджет здравоохранения, следует хотя бы наладить их учет (в расчете на одного жителя и т.д.).

Необходимо повысить управляемость негосударственного сектора здравоохранения. Этому должны способствовать механизмы аккредитации и лицензирования, принятие закона "О частной медицинской деятельности", контроль со стороны различных профессиональных медицинских ассоциаций. Необходимо также поддерживать создание частных некоммерческих "благотворительных" больниц. Эти больницы могут находиться в собственности благотворительных организаций, профсоюзов, религиозных общин, научных организаций и т.д. и должны быть освобождены от уплаты налогов, как во многих западных странах.

В настоящее время в ряде стран в первичную медико-санитарную помощь начинает внедряться система составления списков обслуживаемых семей или отдельных лиц. С одной стороны, составление списков потенциальных пациентов (охватываемого контингента населения) способствует сдерживанию расходов, с другой - повышает вероятность более тесных личных взаимоотношений между врачом и пациентом и обеспечивает непрерывность медицинского обслуживания.

Межотраслевое (межсекторальное) взаимодействие. Поскольку здоровье нации в большей мере (85%) зависит от таких факторов, как экология, условия жизни и питания, образ жизни, профессиональные вредности и т.д., и очень в незначительной степени (до 15%) - от уровня развития системы здравоохранения, реформы систем здравоохранения не могут дать резких, показательных результатов на уровне здоровья нации без параллельно проводимых реформ в сфере охраны окружающей среды, улучшения условий труда и уровня жизни населения.

. Система финансирования здравоохранения в других странах

Вопрос внедрения частного здравоохранения в России достаточно сложен. В Россия плохое государственное здравоохранении и дорогое и не столь хорошее частное здравоохранение.

Государственно-частное партнерство в чистом виде - это одно. Его иногда путают с другими видами партнерств, которые мы имеем в Швеции. Одна очень распространенная структура - частный поставщик медицинских услуг (больница) инвестирует капитал (не только финансовый) и управляет здравоохранением. Клиентом является правительство (до 99%), которое финансирует здравоохранение. Это означает, что правительство платит за каждого пациента в соответствии с договором. Эти соглашения долговременные, но не обязательно 25-30 лет, что в прочем не является проблемой.

Этот путь очень распространен в Швеции и по нему развивается очень большой процент организаций здравоохранения.

Мы используем большой опыт применения государственно-частное партнерство в других европейских странах, таких как Великобритания и Испания, но также и Канада.

Система частного страхования в США подразумевает, что наличие страхового полиса дает возможность обращаться к любому врачу, а затем получать возмещение расходов на лечение и лекарства. Но высокая стоимость страховки (для семьи из четырех человек она в среднем составляет 500 долл. в месяц) делает эту форму недоступной для многих граждан США. Факт, что сегодня 40 млн. американцев не имеют страховки.

США тратят на здравоохранение больше средств, чем любая другая страна мира. В 2000 году на одного американца, в среднем, было истрачено $4.5 тыс., причем следующая за США по уровню затрат Швейцария (используется смешанная государственно-частная система финансирования медицинских услуг) значительно уступает лидеру ($3.3 тыс.). Однако средняя продолжительность жизни в этих странах также отличается, но не в пользу США: в США этот показатель равен 77 годам, в Швейцарии - 80-ти. Еще больший диссонанс возникает при сравнении США и Кубы (государственная система медицины). В этих странах продолжительность жизни приблизительно одинаковая, а затраты на медицину на Кубе - одни из самых низких в мире ($186 на душу населения. Американские эксперты считают, что среднестатистический показатель затрат на здравоохранение скрывает реальное неравенство различных слоев населения США в доступе к медицинским услугам.

. Государственно-частное партнерство в здравоохранении

Система частного добровольного медицинского страхования (ДМС), практически не предполагает финансирование из общественных фондов потребления. При этом средства поступают из частных страховых фондов здравоохранения, из частных источников, из прямых выплат производителю медицинских.

За последний год, в прессе неоднократно поднималась тема государственно-частного партнерства в здравоохранении, как механизма, способного качественно изменить эффективность использования ресурсов и управления. Переход к модели государственно-частного партнерства позволит улучшить ситуацию в системе здравоохранения за счет государственных источников инвестиций, оптимизации расходов и создания условий для технологического прорыва и стабильного роста в отрасли. С точки зрения экономической теории, усиление стабильности отрасли, за счет государственных инвестиций, со временем должно стимулировать рост частных инвестиций.

Одним из действенных посылов, определяющим переход от нестабильности к стабильности, является дилемма между партнерством и соперничеством. А.С. Скоробогатов в своих работах по макроэкономике, убедительно доказывает, что между стабильностью и партнерством, в любой сфере человеческой деятельности существует прямая положительная зависимость. Учитывая реальное доминирование государства в здравоохранении и активное желание частного здравоохранения стать органичной частью национальной системы, на повестку дня, со всей актуальностью выходит вопрос о партнерстве государства и частной системы здравоохранения.

. Модели государственно-частного партнерства

Те модели государственно-частного партнерства, которые предлагают некоторые структуры чаще всего не отвечают социальным ориентирам российского государства. Возьмем, к примеру предложения передавать в аренду или - в частное управление государственные и муниципальные ЛПУ. Данная схема опасна высоким риском коррупционных процессов, так как в существующем правовом поле нет механизмов эффективной защиты от политизированной клановости и семейственности.

Наиболее оптимальной моделью государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации, является предложенная Первой общероссийской ассоциацией врачей частной практики, реализация государственных инвестиций в инфраструктуру вновь создаваемых больниц и поликлиник, с последующей передачей их на конкурсной основе в управление или - пользование частным медицинским организациям, при гарантиях государственного заказа. Управление этими ЛПУ должно находится не только под государственным, но и под общественным контролем со стороны общероссийских профессиональных медицинских ассоциаций, представляющих интересы врачей, работающих в соответствующей системе. Такая модель предотвращает политизацию инвестиций, так как основная цель ГЧП находится в зоне социальной ответственности государства за здоровье своих граждан, а не в зоне интереса к прибыли частных инвесторов. Тем самым, исключаются многие коррупционные механизмы.

. Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения

Развитие частного здравоохранения, взаимодействие государственного и частного сектора - это достаточно сложные проблемы, сочетающие в себе и положительные, и негативные моменты.

К положительным сторонам развития коммерческого здравоохранения кроме традиционных выгод от развития предпринимательства (рост занятости населения, налоговые поступления и т.д.), относятся:

привлечение в здравоохранение дополнительных финансовых ресурсов (средств населения и предприятий);

экономия средств общественного здравоохранения, которая достигается за счет того, что обеспеченная часть населения обращается за коммерческими услугами. Это позволяет улучшить оказание медицинской помощи остальной части населения;

появление возможности для медицинского персонала государственных учреждений здравоохранения получать дополнительный заработок за счет оказания платных услуг или работы по совместительству в частных медицинских организациях (что является общемировой практикой).

Все это свидетельствует о необходимости поддержки частного здравоохранения. Тем более, что задача государства заключается в заботе не только о государственных и муниципальных бюджетных медицинских учреждениях, но и о частном здравоохранении. Статья 41 Конституции Российской Федерации гарантирует принятие мер по развитию не только государственной и муниципальной, но и частной системы здравоохранения.

Вместе с тем, нельзя не учитывать, что развитие частного здравоохранения находится в тесной зависимости от состояния общественного здравоохранения. Неудовлетворенный спрос на бесплатную медицинскую помощь неизбежно рождает спрос на платные услуги. Однако формы предоставления этих платных услуг могут быть различными:

теневая оплата услуг в бюджетных учреждениях (самая нежелательная форма);

официальное развитие платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях;

оказание услуг в частных медицинских организациях.

Необходимо отметить, что по мнению зарубежных и отечественных экспертов развитие частного здравоохранения является более предпочтительным, чем оказание платных услуг в государственных учреждениях. Совмещение в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях оказания бесплатной медицинской помощи и предпринимательской деятельности (оказание платных услуг) не позволяет осуществлять эффективный контроль целевого использования бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Такое совмещение неизбежно порождает предпосылки либо для финансовых нарушений, либо для нарушений прав граждан на бесплатную медицинскую помощь (хотя, безусловно, эти предпосылки не всегда реализуются на практике).

В перспективе в бюджетных учреждениях должно быть прекращено оказание платных медицинских услуг (по крайней мере, за наличный расчет). Однако это предполагает наличие определенных условий:

развитая сеть частных медицинских организаций;

высокий платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны населения;

достаточный уровень финансирования бюджетных учреждений.

К сожалению, всего этого пока нет, и еще достаточно долгое время платные медицинские услуги в бюджетных учреждениях будут сохраняться.

Поэтому должен быть выработан эффективный механизм контроля за развитием платных медицинских услуг.

Следует отметить, что влияние государства на рынок коммерческих медицинских услуг противоречиво. Государство способно влиять не только на ситуацию в общественном здравоохранении, но и посредством этого на уровень цен в коммерческом секторе: чем более доступны и качественны бесплатно оказываемые медицинские услуги, тем ниже спрос и цены на платные медицинские услуги, и наоборот. Поэтому имеет место неравномерность распределения видов медицинских услуг между рынками платных и бесплатных услуг. В свою очередь, это ведет к ценовой диспропорции, когда, с одной стороны, высокие цены на коммерческие услуги вызываются невозможностью или сложностью получения каких-либо услуг бесплатно (услуги с высокой сервисностью, стоматологические с использованием новейших пломбировочных материалов и т.п.), а с другой стороны, относительно низкие цены на другие услуги связаны с гораздо большей возможностью получения этих услуг бесплатно (виды услуг, входящие в программу ОМС или финансируемые из бюджета).

Необходимо иметь в виду, что нарушение порядка предоставления платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях наносит финансовый урон не только населению и бюджету, но и частному здравоохранению (за счет демпинговых цен и т.д.). Государственные (муниципальные) медицинские учреждения оказываются в лучших конкурентных условиях по сравнению с частными организациями не только в случае явных или неявных финансовых нарушений. Эти преимущества заложены в различиях затрат на оказание медицинской помощи: бюджетные учреждения обычно бесплатно пользуются зданиями, сооружениями (не платят арендной платы) и дорогостоящим медицинским оборудованием, не возмещают при оказании платных услуг целый ряд других затрат. Частные учреждения этой возможности лишены, что объективно заставляет иметь высокие цены на аналогичные виды оказываемых медицинских услуг, ориентироваться на дефицитные, сервисные или высокодоходные услуги.

Причем, причиной демпинга цен зачастую являются и решения органов управления здравоохранением и других органов государственной и муниципальной власти, которые искусственно ограничивают уровень цен, зачастую в нарушение действующих нормативных документов, запрещающих любые формы государственного регулирования цен на платные медицинские услуги, в частности Постановления Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. №239 О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов).

Проблему взаимодействия государственного и частного здравоохранения можно разделить на две части:

. Взаимодействие частных клиник непосредственно с органами государственной и муниципальной власти.

. Взаимодействие частных клиник с бюджетными (государственными и муниципальными) медицинскими учреждениями.

6. Основные формы государственно-частного партнерства в здравоохранении России

Основными формами государственно-частного партнерства в здравоохранении России на современном этапе являются следующие:

Создание (строительство) новых частных медицинских центров при содействии государства с точки зрения инфраструктуры и т.д.;

Передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений на условиях строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах;

Реконструкция зданий для перемещения туда медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов;

Реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества со 100% государственным капиталом и возможным последующим созданием с участием частного инвестора совместного государственно-частного предприятия.

Что касается инвестиционно привлекательных для частного (в том числе, для иностранного капитала) видов деятельности, то опыт Санкт-Петербурга показывает, что это могут быть следующие направления:

восстановительное лечение;

различные виды диагностики;

родовспоможение;

высокотехнологичная медицинская помощь;

гемодиализ;

техническое и хозяйственное обслуживание учреждений здравоохранения (аутсорсинг).

Что касается смены организационно-правовой формы медицинских учреждений, то, хотя теоретически такие возможности существуют, подобная практика невелика. Тем не менее, примеры рационального применения такого варианта имеются.

Если же выходить за пределы классического понимания государственно-частного партнерства, то взаимодействие государства и частного бизнеса в здравоохранении выражается, в том числе, и в непосредственном участии частных медицинских организаций в оказании бесплатной для населения медицинской помощи. Основными формами такого участия являются:

подключение частных медицинских организаций к реализации территориальной программы ОМС;

оказание бесплатной для населения помощи в рамках государственного (муниципального) заказа.

Теоретически, наиболее подходящей формой участия частных клиник в бесплатном медицинском обслуживании жителей является их интеграция в систему ОМС. Ныне действующее законодательство допускает это.

Тем не менее, частные клиники крайне слабо представлены в системе ОМС. Низок как удельный вес частных клиник в общем числе медицинских организаций, работающих в системе ОМС, так и удельный вес частных медицинских организаций (от общего их числа), оказывающих бесплатную медицинскую помощь по программе ОМС.

Это связано, во-первых, с тем, что негосударственные медицинские организации чаще всего рассматривают работу в системе ОМС как неэффективное направление своей деятельности (поскольку за счет средств ОМС обычно возмещаются только пять основных статей расходов и не возмещаются затраты по содержанию зданий, приобретению и эксплуатации оборудования и т.д.). Отчасти эту проблему можно было бы решать в рамках пилотного проекта по одноканальному финансированию. Однако и в этом случае частные клиники не полностью возмещают свои затраты.

Вторая проблема заключается в том, что для негосударственных медицинских организаций существуют большие сложности в получении возможности работать в системе ОМС - государство обычно отдает приоритет содержанию бюджетных (пусть даже неэффективных) медицинских учреждений, чем делиться ограниченными средствами ОМС с коммерческими организациями.

Практику расширения участия частных медицинских организаций в системе ОМС необходимо развивать в том числе и путем установления для частных медицинских организаций более справедливых тарифов в системе ОМС, учитывающих виды затрат, напрямую финансируемых государством для бюджетных учреждений (связанных с содержанием зданий и сооружений).

В то же время нужно отметить, что мы не является сторонниками точки зрения, согласно которой средства ОМС должны идти вслед за пациентами, в том числе и в частные клиники, а пациенты в частных клиниках доплачивали бы только разницу между полной стоимостью услуг в этих клиниках и тарифами в системе ОМС. Необходимо помнить, что ОМС - хоть и несовершенная, но все же система страхования, предполагающая высокую степень общественной солидарности. Кроме того, за счет ОМС должна предоставляться именно бесплатная для граждан медицинская помощь. Это означает, что любой гражданин, в том числе и не желающий доплачивать за свое лечение, должен получить в частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС, бесплатную медицинскую помощь. Обязанность контроля за обеспечением бесплатности медицинской помощи в этом случае возлагается на саму страховую организацию, которая хорошо подумает, прежде чем заключать подобные договоры с частными клиниками. Неслучайно, даже некоторые из частных клиник, судившиеся за право работать в системе ОМС, не захотели заключать соответствующие договоры со страховыми организациями. Некоторые частные клиники заключили договоры только на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС своим собственным сотрудникам. Однако в основном участие частных организаций в системе ОМС - это попытки более полно загрузить мощности своих клиник, предложить пациентам наряду с бесплатной помощью, на платной основе услуги, не входящие в программу госгарантий.

Другая форма участия частных клиник в оказании бесплатной для населения медицинской помощи - госзаказ на медицинские услуги. При использовании госзаказа тоже возникает немало проблем, связанных с тем, что государственные или муниципальные учреждения получают бюджетные средства напрямую по смете, вне конкурса, а при проведении конкурсных процедур имеют большие преимущества по предлагаемым ценам, поскольку не включают в свои затраты целый ряд статей.

. Взаимодействие частных медицинских организаций с бюджетными учреждениями

Такое взаимодействие может преследовать различные цели. Обзор практики взаимоотношений государственных (муниципальных) и частных медицинских организаций позволяет представить определенную классификацию этих взаимоотношений:

. Содействие бюджетным учреждениям в организации оказания ими медицинской помощи. Оно может касаться как бесплатной, так и платной медицинской помощи

Рассмотрим сначала проблемы оказания бесплатной для населения медицинской помощи с привлечением частных клиник.

Речь, прежде всего, идет о покупке бюджетными учреждениями отдельных видов услуг у частных организаций. В первую очередь это касается диагностических услуг

Среди основных причин, которые предполагают подобное участие частных клиник в содействии оказанию бесплатной медицинской помощи можно выделить следующие:

Невозможность оказания определенных видов медицинской помощи бюджетными ЛПУ из-за отсутствия у них оборудования, необходимых кадров и т.д. В первую очередь это касается небольших ЛПУ, территориально удаленных структурных подразделений медицинских учреждений;

Экономическая нецелесообразность организации оказания некоторых видов помощи (обычно диагностических) бюджетными учреждениями, когда более выгодным является приобретение отдельных видов услуг у частных организаций (например, услуг, потребность в которых невелика) при наличии этих видов помощи у частных клиник.

Гораздо больше возможностей сотрудничества бюджетных и частных медицинских организаций при оказании бюджетными учреждениями платных медицинских услуг. Можно указать следующие возможные цели взаимодействия:

Привлечение в бюджетные учреждения дополнительных коммерческих пациентов. Например, работа по договорам с частными фирмами, которые направляют пациентов для лечения в бюджетное учреждение. Вариантов сотрудничества здесь может быть достаточно много. Частные фирмы могут направлять в бюджетные учреждения тех пациентов, которым требуется специализированная помощь, отсутствующая в частных медицинских организациях; обеспечивать информационное сопровождение деятельности бюджетного учреждения; играть роль простых посредников и т.д.

Продажа отдельных видов медицинских услуг частным клиникам. В данном случае не пациент, а частная медицинская организация покупает у бюджетного учреждения и оплачивает услуги, которые не может оказать само. Как правило, сам пациент частной организации при этом не имеет контактов с бюджетным учреждением (например, при оказании услуг по лабораторной диагностике и др.), либо эти контакты не касаются финансовой стороны (пациент, получая услугу, ничего не платит бюджетному учреждению, а счет выставляется частной фирме, направившей этого пациента в бюджетное ЛПУ).

Оказание частными организациями пациентам бюджетных ЛПУ дополнительных сервисных услуг или услуг по обеспечению более комфортных условий. В этом случае бюджетное учреждение может вообще отказаться от самостоятельного оказания платных услуг в подобной форме.

Оказание бюджетным учреждениям информационных, справочных, аналитических, маркетинговых и прочих услуг, связанных с развитием предпринимательской деятельности.

. Использование временно свободных мощностей бюджетных учреждений

Временно свободные мощности (помещения, оборудование) бюджетных учреждений могут предоставляться в пользование частным медицинским организациям.

Отметим, что для бюджетного учреждения обычно выгоднее, чтобы в случае предоставления помещений в пользование частным фирмам, в качестве пользователей выступали именно организации, осуществляющие медицинскую деятельность. Это связано с тем, что кроме дохода от использования имущества, бюджетное учреждение, как правило, получает возможность реализовывать частной медицинской организации (или его пациентам) определенный объем услуг на платной основе.

Следует обратить внимание на то, что временно свободные мощности бюджетных ЛПУ - это не только пустующие помещения, простаивающее оборудование, но и помещения и оборудование, используемые в одну смену и неиспользуемые в остальное время суток, в выходные и т.д. Поэтому в ряде случаев возможно предоставление бюджетными учреждениями своих мощностей другим организациям не на постоянной основе (в рамках оговоренного срока), а лишь на определенные ограниченные промежутки времени. Речь может, например, идти о предоставлении в вечернее время некоторых операционных залов частным клиникам для выполнения ими своих операций и т.д.

. Привлечение в бюджетное учреждение дополнительных материальных ресурсов

Бюджетные учреждения в свою очередь также могут использовать оборудование и помещения частных организаций (лишние, временно простаивающие и т.д.) для осуществления предпринимательской деятельности.

. Привлечение в бюджетное учреждение дополнительных трудовых ресурсов

Бюджетное учреждение в целях развития предпринимательской деятельности заинтересовано в расширении как объемов традиционно оказываемых платных услуг, так и во введении новых видов платных услуг. Но трудно ожидать, что, например, в бюджетном учреждении одни и те же специалисты будут одинаково качественно выполнять весь спектр возможных процедур, манипуляций, операций и т.д. - всегда имеется определенная углубленная специализация как подразделений, так и отдельных врачей. И если в экстренных ситуациях хирурги вынуждены выполнять любые необходимые операции, соответствующие техническим возможностям ЛПУ, независимо от того, насколько хороши навыки конкретных врачей в данной сфере, то при плановых, да к тому же платных операциях, специализация проявляется особенно наглядно. Приобретение же врачами новых навыков - процесс сложный, длительный и дорогостоящий. Поэтому во многих случаях более целесообразным является привлечение на определенных условиях врачей из других учреждений, в т.ч. и из частных. Так в Центре амбулаторной хирургии одного из бюджетных учреждений Санкт-Петербурга при штатной численности в 3,5 ставки врачей специализированные операции выполняют до 30 привлекаемых специалистов из различных учреждений города.

Участие же специалистов частных клиник в работе бюджетных учреждений по совместительству дает возможность получить дополнительные потоки пациентов в свои частные клиники.

. Уход от ограничений по возможностям и условиям предоставления платных услуг - замена платных услуг, оказываемых бюджетными ЛПУ на оказание услуг частными организациями на базе этого же учреждения

Не секрет, что многие бюджетные учреждения сталкиваются со всевозможными (нередко необоснованными) ограничениями со стороны вышестоящих органов при организации оказания платных медицинских услуг населению за наличный расчет (при том, что ограничения по поводу оказания платных услуг по безналичному расчету устанавливаются намного реже). Как правило, эти ограничения касаются следующих моментов:

предоставления специального разрешения на оказание отдельных видов помощи на платной основе. Так, очень часто ограничения касаются оказания медицинской помощи детям;

ограничения по распределению доходов, полученных от оказания платных услуг: по доле (%) доходов от предпринимательской деятельности, направляемых на оплату труда; по доле (%) дохода (или фонда оплаты труда), направляемого на оплату труда административно-управленческого персонала и т.д.;

возможности самостоятельного установления цен и т.д.

Мы не будем сейчас рассматривать проблему правомерности подобных ограничений. Для нас важен сам факт, что такие ограничения имеют место. Одной из форм корректного выхода из подобных ситуаций является отказ медицинского учреждения от оказания определенных видов медицинской помощи на платной основе с одновременным предоставлением такой возможности частной медицинской организации.

Фактически речь идет о том, что организацию оказания платных услуг берет на себя частная фирма. Она на определенных условиях использует помещения и оборудование бюджетного учреждения, привлекает сотрудников бюджетного учреждения. Соответственно, из полученных доходов частная фирма должно возмещать стоимость используемых бюджетных ресурсов, выплачивать зарплату привлекаемым сотрудникам и нести другие расходы. Естественно, для бюджетного учреждения этот вариант представляет интерес, как правило, только в ситуации, когда ему достается и часть дохода, получаемого частной организацией.

Во многих отношениях такой вариант оказания платных услуг выгоднее для государства, чем традиционный механизм оказания платных услуг бюджетными учреждениями, в силу следующих обстоятельств:

частные организации при оказании услуг на базе бюджетного ЛПУ платят арендную плату, возмещают амортизацию оборудования, коммунальные платежи. При оказании же платных услуг силами самого бюджетного медицинского учреждения возмещение используемых бюджетных ресурсов обеспечивается далеко не всегда;

для бюджетного ЛПУ отсутствует риск убыточности предпринимательской деятельности;

при осуществлении предпринимательской деятельности силами частной фирмы всегда меньше уровень теневой оплаты медицинских услуг (в силу более жесткого контроля, чему также способствуют меньшие размеры частной организации и т.д.);

такие достоинства частных фирм как более высокая гибкость, лучшая организация лечебного процесса, хозяйственной и других сторон деятельности учреждения и т.д., (что в итоге обеспечивает боле высокую эффективность), могут стать наглядным примером и объектом для изучения и копирования со стороны бюджетного учреждения.

В целом же можно сделать вывод о том, что создание рационального организационного и экономического механизма участия частных медицинских организаций в решении задач общественного здравоохранения - проблема достаточно сложная. И в должной мере никто ею пока не занимался. Однако имеющийся, хотя и небольшой, опыт Москвы, Казани, Санкт-Петербурга и некоторых других регионов свидетельствует о возможности и необходимости усиления государственно-частного сотрудничества в сфере здравоохранения.

Заключение

В ходе изучения проблемы частного здравоохранения в РФ было выявлено, что легальные взаимовыгодные формы сотрудничества бюджетных и частных медицинских организаций используются явно недостаточно.

Поддержка частного здравоохранения должна включать в себя такие аспекты, как:

совершенствование законодательной базы;

содействие развитию добровольного медицинского страхования;

отказ от политики неявной дискриминации частных медицинских клиник;

более гибкая ценовая политика, обеспечивающая при участии частных медицинских организаций в системе ОМС или реализации госзаказа, возмещение обоснованных затрат;

создание более четкого экономического механизма функционирования бюджетных учреждений, не допускающего использование демпинговых цен при оказании ими платных медицинских услуг.

Реализация изложенной стратегии, позволит создать принципиально новую систему здравоохранения, ориентированную на интересы пациента. Такая система должна стать конкурентоспособным "локомотивом роста". В будущем, она будет определять динамику всего российского здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Величковский Б.Т. // Экономика здравоохранения. - 2001. - №6

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. - Европейское региональное бюро ВОЗ. 2005.

. Еркина Г.А. Особенности функционирования отдельных видов социального страхования в развитых странах // Труд за рубежом. 2004. №3. С. 49-52.

. Самошкин А.Государственно-частное партнерство в здравоохранении, 2010

. Шестакова Е.Е. Главные направления реформирования организации и финансирования медицинского обслуживания. // Труд за рубежом 1998. №2. С. 57-78.

. Ю.А. Щербук, Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина / Менеджер здравоохранения, №2, 2008 г.