

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Габуева Л. А., Пирогов М.В.

**Разработка организационно-экономических основ
инвестиционных и предпринимательских проектов
по инновационному развитию здравоохранения в
среднесрочной перспективе**

Москва 2014

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2013 год.

I. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Практической основой для развития предпринимательских проектов и государственно-частного партнерства, по нашему мнению, являются нормы федеральных нормативных правовых документов, в соответствии с которыми медицинские организации, реализующие программы государственных гарантий, обязаны соблюдать требования по табельной оснащенности труда медицинских работников, что позволит им выполнять лечебно-диагностические услуги определенного набора и качества в рамках утвержденных стандартов лечения заболеваний (профилактики, реабилитации и т.д.). Отсутствие целевых источников федеральных и региональных бюджетов на возобновление материально-технических ресурсов для соблюдения порядков и стандартов оказания медицинской помощи может стать предметом отзыва лицензий, штрафных санкций проверяющих органов, жалоб населения.

В этой связи поиск альтернативных источников для закупки табельного оборудования и (или) его финансовой аренды (лизинга) приводит к развитию партнерства с частными инвесторами, а необходимость выполнения всех назначений стандарта лечения влечет за собой поиск форм привлечения частных структур для их выполнения.

В рамках изменения финансовой модели здравоохранения с 2010 года, а также с учетом проводимой реформы по унификации схем оказания медицинской помощи и табельного оснащения в сфере здравоохранения существенно активизировалась внебюджетная деятельность медицинских учреждений, в том числе за счет оказания платных медицинских услуг. Такая деятельность позволяет привлекать дополнительные средства и реализовывать инвестиционные проекты, обеспечивающие сверхнормативные расходы ЛПУ, не покрываемые за счет государственных источников.

Параллельно с указанными выше процессами, принимаются федеральные нормативные акты, постановления и распоряжения правительства Российской Федерации, в которых отмечается важность разработки региональных концепций государственно-частного партнерства (ГЧП).¹

Обязательства бюджетного финансирования в виде бюджетных субсидий после 2010 года распространяются лишь на некоторые виды медицинской помощи, включенной в государственное задание, а также направляются на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетными и автономными учреждениями на праве оперативного управления. Имеются четкие указания на целевой и рациональный характер использования бюджетных средств, которые ориентируют менеджмент медицинских организаций на соблюдение объемно-финансовых нормативов. Также имеются законодательные рекомендации по распределению финансовых обязательств между средствами субсидии на выполнение государственного задания, субсидией на содержание имущества².

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в лице своих участников работает на принципах возмещения тарифом ОМС части расходов производителей медицинских услуг по видам и объемам помощи, оказываемой по законченным случаям лечения в соответствие с существующими федеральными стандартами и (или) клинико-статистическими группами заболеваний. Структура региональных тарифов ОМС часто не детализируется по статьям возмещения нормативных расходов в рамках КОСГУ, особенно по расходам, связанным с общеучрежденческими

¹ Федеральный закон №323 от 29.10. 2011 «Об охране здоровья граждан РФ» (глава 10).

Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р. План Мероприятий ("Дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (пункт 6)

² Приказ от 29.10.2010 Минфина России № 137н и Министерства экономического развития РФ № 527н «О методических рекомендациях по расчету нормативных затрат на оказание федеральными учреждениями государственных услуг и нормативных затрат на содержание имущества федеральных государственных учреждений».

и коммунальными платежами, прочими работами и услугами по договорам, обеспечивающим деятельность юридического лица в рыночной среде. Также, например, в системе ОМС не предусмотрено возмещение расходов на амортизации и ремонт основных средств стоимостью более 100 тысяч рублей за единицу.³

Таким образом, публичные обязательства государства в сфере здравоохранения не всегда совпадают с размерами государственных ассигнований, необходимых для оплаты фактически оказанной населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Это снижает доступность квалифицированной медицинской помощи для социально незащищенных слоев и, как следствие, оказывает негативное влияние на показатели здоровья населения и демографические процессы. Ситуация усугубляется нарастанием кадрового дефицита в здравоохранении. Недостаточная экономическая мотивация медицинских работников не позволяет в полной мере повышать требования к качеству медицинской помощи.

Инновационное развитие сферы здравоохранения 2010-2013 гг. ознаменовалось возможностью введения единых унифицированных технологий лечения – *стандартов*, а проведенная в эти годы модернизация материально-технической базы регионального здравоохранения привела к формированию единых требований к оснащенности и кадровой структуре производителей медицинских услуг на основе внедрения федеральных *порядков* оказания медицинской помощи, обязательных для государственных институтов сферы здравоохранения. При этом, частные медицинские организации, реализующие программы государственных гарантий, обязаны также выполнять стандарты и порядки.

³ ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Вспомним в этой связи, что в соответствии со ст. 10, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ№323) доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением [порядков](#) оказания медицинской помощи и [стандартов](#) медицинской помощи (п.4). Статьей 37 п.2 ФЗ №323-ФЗ установлено, что [стандарты](#) медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, т.е. Министерством здравоохранения РФ, что вводит для всех медицинских организаций, реализующих территориальные программы государственных гарантий (включая территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее - ТПОМС)) нормативно-правовой статус единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи (далее – стандарты оказания медицинской помощи). Стандарты оказания медицинской помощи в период 2010-2013 гг. прошли процедуру разработки, согласования, утверждения в установленном порядке и доступны в электронных нормативных информационных базах.⁴

Одновременно, хочется отметить, что в плановом периоде 2014-2016 гг. во исполнение [пункта 2](#) постановления Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. N 932 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" Минздрав РФ и ФОМС направили разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденные письмом от 08. 11. 2013 г. N 11-9/10/2-8309. В пункте 7 данного письма в разделе «Формирование территориальной программы обязательного медицинского страхования» указывается, что

⁴ Например, в нормативных информационных базах «КонсультантПлюс» постоянно обновляется исчерпывающий перечень стандартов оказания первично- медико-санитарной, специализированной (включая высокотехнологичную), скорой медицинской помощи

«тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной «Правилами обязательного медицинского страхования на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования».⁵

На среднесрочный период 2014-2018 годов «развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания» является целевым программным мероприятием дорожной карты Правительства РФ и принятой на ее основе дорожной карты Министерства здравоохранения РФ «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте РФ».⁶

Хочется заметить, что данные текущие и стратегические мероприятия по переводу сферы здравоохранения на работу по унифицированным единым технологиям лечения, профилактики, диспансеризации, другим программам охраны здоровья, независимо от места постоянного проживания граждан РФ, отвечают цели обеспечения равной доступности и качества бесплатной гарантированной государством медицинской помощи по единым стандартам ее оказания.

Переход здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС, вступление в данные программы

⁵ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н «Правила обязательного медицинского страхования» (в ред. приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 [N 897н](#), от 09.09.2011 [N 1036н](#), приказов Минздрава России от 22.03.2013 [N 160н](#), от 21.06.2013 [N 396н](#), от 20.11.2013 [N 859ан](#))

⁶ раздел IV приказа Министерства здравоохранения РФ от 29.12. 2012 г. № 1706 (в ред. приказа от 13.02.2013 г. № 67) «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов РФ планов мероприятий («дорожных карт»)

частных медицинских организаций делает экономическую основу расчетов стандартов по тарифам ОМС важным условием эффективности деятельности медицинских организаций, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности.

Начиная с 2010 года и по настоящий период в соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике. Отметим, что «к контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи и защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи с учетом невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи...»⁷.

Следует сказать, что рассмотренные выше нормативные правовые основания для применения в медицинских организациях единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, содержащиеся в федеральных законах, постановлениях правительства, приказах Министерства здравоохранения РФ и ФОМС, иных документах с 2014 года

⁷ приказ ФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 16.08.2011) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"

последовательно распространяются на все источники финансового обеспечения деятельности: средства бюджетов всех уровней, средства ОМС, платные медицинские услуги. Для последнего источника, указанного наряду с субсидиями на выполнение государственного задания и субсидиями ОМС в Планах финансово-хозяйственной деятельности бюджетных и автономных учреждений сферы здравоохранения, соблюдение порядков и стандартов также признано обязательным.⁸

Еще более конкретные требования об обязательности выполнения стандартов оказания медицинской помощи содержатся в постановлении Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 "Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности", которое имеет пункт 3, где сказано, что государственный контроль осуществляется, в том числе, путем «...в) проведения [проверок](#) соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями [порядков](#) оказания медицинской помощи и [стандартов](#) медицинской помощи». При проведении проверок, предусмотренных [подпунктом "в" пункта 3](#) указанного Положения, осуществляются следующие мероприятия: «...г) оценка соблюдения [порядков](#) оказания медицинской помощи, в том числе в части: требований к организации деятельности организаций (их структурных подразделений, врачей), индивидуальных предпринимателей; стандартов оснащения; рекомендуемых штатных нормативов; д) оценка соблюдения [стандартов](#) медицинской помощи, в том числе в части: обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1; обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий,

⁸ Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.....»;

Региональная практика фискальных и контрольных выездных проверок имеет уже не единичные случаи финансовых, административных санкций и иных предписаний по привлечению к ответственности руководителей медицинских организаций за несоблюдение требований законодательства в части обеспечения работы медицинской организации по стандартам оказания медицинской помощи.

В сложившихся условиях экономический анализ возможностей инвестиционных проектов и предпринимательства для системы здравоохранения как никогда важен для принятия управленческих решений по развитию сферы здравоохранения.

Остановимся на ключевых позициях основных нормативных правовых документов, раскрывающих вопросы предпринимательства в сфере здравоохранения, оказания платных медицинских услуг населению Российской Федерации.

1. Распоряжение Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р. План Мероприятий ("Дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». В документе определены стратегические задачи до 2018 года по инновационному развитию в отрасли и сделан акцент на возможные мероприятия по развитию предпринимательства в среднесрочной перспективе, а также предусмотрена разработка комплекса мер, направленных на развитие частной системы здравоохранения и государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения, а также на совершенствование в этих целях нормативно-правовой базы (пункт 6).

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2011 г. № 917 «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0 процентов по налогу на прибыль организаций». В документе сформулированы виды медицинской деятельности, которые могут претендовать на ставку «0», т.е. льготу (освобождение) по налогу на прибыль при оказании определенных видов платных медицинских услуг. При этом, в дополнение к возможностям получения преференций называются условия при которых они возможны. Условия перечисляются в Налоговом Кодексе (ст. 284.1) и включают: отсутствие участие на финансовых рынках с ценными бумагами; преимущественный размер дохода от медицинской деятельности в общем предпринимательском доходе юридического лица (90% общего дохода); высокий уровень сертификации специалистов организаций (более 50% всех сотрудников); наличие достаточного количество работников на любой день исчисления (более 15 человек) и т.д.

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Документ устанавливает, что платные медицинскими услугами (работами) могут быть любые медицинские услуги, предоставляемые: 1) на основании добровольного информированного волеизъявления (согласия) пациента, а для лиц, не достигших возраста пятнадцати лет (несовершеннолетних больных наркоманией), а также иных лиц, являющихся недееспособными согласно законодательству Российской Федерации, - на основании добровольного информированного согласия законного представителя пациента; 2) при условии предоставления им в доступной форме необходимой информации о возможности получения бесплатной медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы (территориальной программы) государственных гарантий

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и/или целевых программ.

Одним из главных экономических механизмов развития предпринимательских проектов в сфере здравоохранения является использование рыночных механизмов установления цен на услуги.

Многими авторами выделяется общая тенденция перехода российской экономики от рынка производителя к рынку потребителя. В сфере здравоохранения при развитии платных медицинских услуг, по нашему мнению, должен быть сделан акцент на индивидуальные покупательские предпочтения.

Динамика изменений доли экономически активного населения России за последние 10 лет свидетельствует, что индивидуальные потребности населения будут определять вектор развития общественно-потребляемых услуг. Данная группа населения страны имеет высокий уровень дохода, постоянную занятость, что позволяет ей удовлетворять индивидуальные потребности из дохода домашних хозяйств.

Ниже приведенные данные таблицы 1 свидетельствуют о высокой доле экономически активного сегмента потребителей во всех регионах России (более 65%), и позволяет выделить регионы «фавориты» развития частных продаж потребительских услуг: Северо-Западный округ (доля экономически активного населения более 71%); Центральный округ (70%), Уральский округ (чуть более 70%).

Сегодня роль рыночных потребительских предпочтений, фактора роста среднего класса становится как никогда важной и для рынка медицинских услуг.

Для пациента главными становятся возможность выбора, сроки и надежность предоставления той или иной медицинской услуги. Произошло значительное изменение запросов у потребителей медицинских услуг, и в

первую очередь они относятся к качеству, видам и объемам услуг медицинского профиля, а также к вопросам ценообразования.

Таблица 1

Динамика экономически активного населения в субъектах
Российской Федерации в 2000-2012 гг (%)

	2000	2005	2010	2012
Российская Федерация	65,5	66,0	67,7	68,7
Центральный федеральный округ	65,9	66,6	68,3	70,0
Северо-Западный федеральный округ	66,4	68,8	70,8	71,5
Южный федеральный округ	62,8	62,5	64,5	65,6
Северо-Кавказский федеральный округ	61,2	62,2	63,9	65,3
Приволжский федеральный округ	65,9	65,8	67,8	68,6
Уральский федеральный округ	66,6	67,3	69,1	70,1
Сибирский федеральный округ	65,0	65,9	66,9	66,6
Дальневосточный федеральный округ	68,2	66,5	68,4	69,6

Данные анализа интернет запросов граждан, проведенного в 2013 году, свидетельствуют, что активность населения по поиску возможностей качественной квалифицированной медицинской помощи остается на достаточно высоком уровне (более 65000 запросов ежемесячно). В таблице 2 приведены обобщенные данные запросов в поисковике Яндекс, из которых виден высокий рейтинг запросов на стационарную помощь, специализированную медицинскую помощь.

Таблица 2

Обобщенные данные запросов граждан в Интернете в связи с
необходимостью получить медицинскую помощь (в среднем в месяц 2013
года)

Данные запросов по причинам (фразам)	Количество обращений в месяц
+как положить человека +в больницу	151
бюро госпитализации	153
где найти хорошего врача	184
Госпитализация	23554
госпитализация +в больницу	1216
госпитализация +в Москве	483

госпитализация +в стационар	1640
госпитализация больного	1951
госпитализация больных	1952
госпитализация детей	1316
квота +на операцию +в Москве	1278
лечение +в Москве	19911
лечение +за границей	2814
плановая госпитализация	1091
платная госпитализация	561
полное медицинское обследование +в Москве	229
положить +в больницу	2544
посоветуйте врача	3035
посоветуйте хорошего врача	653
пройти обследование +в Москве	423
центр госпитализации	364
экстренная госпитализация	460
<i>Итого с учетом выбранных позиций**</i>	65963

По нашему мнению, при развитии предпринимательства в сфере здравоохранения возникает ситуация, требующая научно-практического обоснования *маркетинговых инноваций двух видов*: современной методики калькуляции комплексной услуги – стандарта оказания медицинской помощи; современных подходов к ценовым политикам, скидкам, надбавкам при реализации платных медицинских и сервисных услуг для целевых сегментов рынка платных медицинских услуг. Маркетинговые инновации в системе здравоохранения не должны ограничиваться только формированием себестоимости новой услуги – стандарта. Задача продажи комплексной услуги населению сама по себе, безусловно, является новой и актуальной и может быть отнесена к *продуктовой инновации*.

Современный подход к оказанию платных медицинских услуг предопределяет необходимость полного информирования граждан, обратившихся в медицинскую организацию, об объеме их прав на получение бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий (базовых (федеральных) и территориальных). Платные услуги должны

оказываться на основании добровольного информированного согласия в соответствии с договором и осуществляются в основном в плановом порядке по следующим формам:

- 1) в полном объеме стандарта медицинской помощи (в ситуациях с иностранцами; отдельными категориями граждан, не занятых в экономике региона или «самозанятых» и незастрахованных) и т.п.; для лиц, застрахованных по программам добровольного медицинского страхования; для лиц, получающих медицинские услуги по «прямым» договорам медицинских организаций с работодателями и т.п.;
- 2) в качестве разовых консультаций, процедур, диагностических исследований и иных услуг сверх стандарта (при добровольном желании пациента и отдельном учете (сверх стандарта по длительности, набору лечебно-диагностических услуг, отдельного питания, услуг в комфортных условиях и т.д.) таких услуг в медицинской документации.

Однако, наряду с указанными выше важными инновациями следует сделать механизмы ценообразования действительно рыночными, учитывающими экономические интересы всех участников: государственные и частные медицинские организации; экономически активное население.

Как известно, все предшествующие годы прецеденты цен платных медицинских услуг формировались как перечень простых и (или) детальных услуг по ведомственной тарификации услуг здравоохранения. Стандарт законченного случая оказания медицинской помощи создает основу для продаж, регулируемую на уровне договоров с физическими и юридическими лицами – покупателями услуг в сфере здравоохранения.

Некоторые подходы к калькуляции тарифа ОМС, себестоимости медицинских услуг изложены в приказе Минздрава России от 28.02.11 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». В отдельных нормативных документах указывалось, что формирование

себестоимости платных медицинских услуг осуществляется с учетом прямых и косвенных расходов, предусматривалась возможность изучения рыночных цен, инфляционных ожиданий, особенностей развития каждого юридического лица с особой кадровой обеспеченностью, материально-технической базой и др.⁹

При этом, строго говоря, отсутствует единая централизованная инструкция по расчету стоимости медицинских услуг, что порождает различные региональные подходы, при которых стоимость платных медицинских услуг в преобразованных бюджетных и автономных медицинских организациях может быть относительно невелика, за счет пропорционального деления всех фактических расходов юридического лица между предпринимательством (платными медицинскими услугами) и целевыми источниками (субсидиями на выполнение государственного задания и обязательного медицинского страхования). Мотивация исполнителей оказывать платные медицинские услуги за счет указанных процессов также снижается, что отчасти переводит этот процесс в разряд теневого сектора и (или) прямого материального поощрения гражданами медицинских работников бюджетных и автономных учреждений, минуя официальное оформление договорных отношений с юридическим лицом и часто без соблюдения всех законных прав граждан на гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь. Иногда на практике идет подмена понятий «платная медицинская услуга сверх объемов и условий программ государственных гарантий (ПГГ)» и «плата пациента за оказанную

⁹ Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 30.08.2010 N 423 «Порядок определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящиеся в ведении Министерства финансов РФ, оказываемые им сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания».

медицинскую услугу», что часто приводит к выводам о запрете подобных процессов в принципе.

В этих условиях в последнее время стали противопоставлять платные медицинские услуги в государственных учреждениях институциональным формам государственно-частного партнерства.

Выделяется процесс *организационных инноваций* в сфере предоставлении услуг здравоохранения, называемый - институциональной формой ГЧП. Такая форма партнерства предполагает образование нового юридического лица или новой институциональной конструкции для совместного ведения дел, как правило, связанного с развитием предпринимательских проектов по основной и сопутствующей деятельности медицинских организаций.

Возможными формами юридического лица, созданного для организации платных медицинских услуг могут быть: создание некоммерческой организации (фонда, партнерства, автономной некоммерческой организации) на основе взносов учредителей; создание коммерческой организации (полного или коммандитного товарищества, акционерного общества, а также общества с ограниченной дополнительной ответственностью), в которой участники партнерства будут распределять доходы, риски и расходы пропорционально принадлежащим им долям.

В последнее время очень активно обсуждается невозможность менеджмента государственных медицинских организаций эффективно управлять деятельностью, что приводит к созданию управляющих компаний в целях обеспечения эффективного: управления движимым и недвижимым имуществом в сфере здравоохранения с фиксацией приоритетных целей и задач, исходя из интересов общества и государства; создание института общественного взаимодействия на основании решений органов

государственного управления в форме экспертных советов, рабочих групп и др.

Однако, при рассмотренной институциональной форме партнерства у государственных учреждений должно находиться в самостоятельном управлении имущество (иное движимое, кроме особо ценного и недвижимого) и получено согласие собственника (балансодержателя) недвижимого и особо ценного движимого имущества. Зачастую, процесс ассоциируется общественным мнением наравне с приватизацией государственной собственности, что во многом затрудняет оценки возможной эффективности его практического использования для развития сервисности и комфортности услуг здравоохранения, сверх ПГГ.

Немного успешнее развивается контрактная форма государственно-частного партнерства. Контрактная форма оформления отношений между частником и государством, как разновидность организационных инноваций в сфере здравоохранения, не предполагает образования юридического лица для осуществления совместной деятельности и может быть классифицирована по нескольким основным формам договоров: концессионное соглашение, по которому объекты могут быть переданы от концедента концессионеру (как строительство нового, так и для модернизации); договор аренды; договор подряда; договора займа или кредита; договор страхования; договор доверительного управления имуществом (или передача в доверительное управление имущества, находящееся в собственности государственного лечебного учреждения профессиональному управляющему); договор агентирования; инвестиционный договор и другие, определенные законодательством формы договорного оформления эффективной деятельности.

Министерство здравоохранения Российской Федерации предпринимает активные действия для достижения прогресса в вопросе развития активных форм партнерства государственных и частных организаций в отрасли. По

итогах 2013 года проекты ГЧП реализуют в более, чем 40 субъектах РФ, а на 2014 год такие проекты запланированы в 58 субъектах»¹⁰.

Важнейшей институциональной мерой развития финансовой инфраструктуры инноваций должна стать адаптация существующих и создание новых организационно-правовых и договорных форм для целей функционирования государственно-частного партнерства в отрасли и инвестиционных проектов.

В целях поддержки распространения рыночных моделей формирования и развития объектов инновационной инфраструктуры здравоохранения необходимо обеспечить преимущественную поддержку создания таких объектов с преобладающим негосударственным участием при условии сохранения доступности бесплатных для населения услуг.

Участие в инновациях частного капитала невозможно в отрасли без целенаправленной поддержки и софинансирования из средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. В соответствии с бюджетными посланиями Президента Российской Федерации «О бюджетной политике в 2011 - 2013 годах» и «О бюджетной политике в 2012 - 2014 годах» должно быть обеспечено оказание дополнительной финансовой помощи субъектам Российской Федерации, активно содействующим развитию инновационного сектора экономики и формированию инновационных кластеров. На федеральном уровне постепенно должны разрабатываться и вводиться меры по поддержке соответствующих региональных программ и инициатив.

При этом следует сказать, что федеральный орган управления здравоохранением принимает в последнее время действия, направленные на создание условий для развития предпринимательских инициатив в отрасли. Например, при Министерстве здравоохранения создан Координационный

¹⁰ из выступления министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой на Гайдаровском экономическом форуме 18-22 января 2014 г.

совет по развитию малого и среднего предпринимательства (далее - Совет), который является совещательным органом.

Развитие медицинского малого, равно как и любого другого бизнеса, в большой степени зависит от систем налогообложения и экономического климата в отрасли. Следует отметить, что до принятия нового бухгалтерского законодательства бизнесмен, начиная свое дело, мог выбрать самый простой способ ведения расчетов с бюджетом - упрощенную систему налогообложения. При этом острой необходимости брать в штат бухгалтера, по крайней мере, на первых порах, не было. С 1 января 2013 г. ситуация изменилась в корне: организации, находящиеся на упрощенной системе налогообложения, поголовно обязали вести бухучет в полном объеме, что создает определенные трудности малому бизнесу, частным организациям и предпринимателям.

С учетом изменения правового положения государственных (муниципальных) учреждений, происходящего вследствие вступления в силу Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ, и получения бюджетными учреждениями большей имущественной самостоятельности, рост требований на рынке медицинских услуг к их качеству и надежности неизбежен, как неизбежен рост конкурентной борьбы между учреждениями здравоохранения всех форм собственности.

Рассматривая механизмы государственно-частного партнерства, как одну из наиболее успешных современных бизнес-моделей, позволяющих добиться реальных конкурентных преимуществ, необходимо провести оценку очевидных достоинств и рисков, сопутствующих процессам вывода той или иной функции из учреждения и передачи ее внешнему исполнителю.

При наличии сформированной потребности населения внешний исполнитель услуг – частная медицинская организация в рамках ГЧП по заказу государственного учреждения может выполнять:

1. часть услуг по обследованию (диагностике) пациентов в рамках совместного выполнения стандарта оказания медицинской помощи;

2. дополнительную диагностику, реабилитацию, лечение сверх стандарта, оказанного по полису в государственной клинике;

3. для пациента с полисом ОМС лекарственное обеспечение лечения сверх перечня ЖНВЛП (перечня жизненно-важных и необходимых лекарственных средств ежегодно утверждаемых в рамках программы государственных гарантий на региональном уровне управления);

4. услуги индивидуального подбора клиники и врача для стационарного лечения и последующей реабилитации в любом субъекте РФ, за границей.

5. требования по условиям сервисного и комфортного получения стационарных услуг (дневного стационара) и т.п.,

6. услуги по рекламному обеспечению и продвижению услуг медицинского учреждения на рынке.

Ситуация активизации предпринимательской инициативы производителей медицинских услуг усугубляется в виду ожидаемого роста дополнительных потребностей в финансировании основной деятельности, связанных с тем, что с 2013 года в субъектах Российской Федерации осуществляется реализация программы совершенствования оплаты труда медицинских работников, которая предполагает существенный поступательный рост средней начисленной заработной платы врачам, средним медицинским работникам, младшему медицинскому персоналу до 2018 года.¹¹

Источниками для такого роста оплаты труда работников здравоохранения определены все целевые источники, а также и доходы от приносящей доход деятельности.¹²

¹¹ Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 N 2599-р «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения"»

¹² Приказ Минтруда России от 29.04.2013 N 171 "Об утверждении методических рекомендаций по оценке потребности в дополнительных финансовых ресурсах на повышение оплаты труда работников в соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" и

При этом, выделение государственных средств на рост заработной платы работникам отрасли с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием, младшему медицинскому персоналу связан с необходимостью обеспечения нормируемой численности таких работников, занятых выполнением плановых заданий по линии бюджетного финансирования и системы ОМС. Планирование отдельных объемов платных медицинских услуг является основанием начисления заработной платы за счет средств от предпринимательской деятельности медицинских организаций.¹³

Состояние рынка труда, подготовка и переподготовка высококвалифицированных кадров включены в перечень показателей для оценки эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации по созданию благоприятных условий ведения предпринимательской деятельности до 2018 года¹⁴, а именно: общая численность безработных, в процентах к экономически активному населению; темп прироста реальной среднемесячной заработной платы, в процентах к предыдущему году с учетом индекса потребительских цен; удельный вес численности высококвалифицированных работников в общей численности квалифицированных работников в регионе, в процентах.

Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597, № 598 предусмотрен комплекс целевых показателей развития здравоохранения, которые должны быть обеспечены принятием «Дорожных карт», ведомственных программ и проектов. Так, Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлен «Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения российской Федерации медицинскими кадрами» (далее – комплекс мер), состоящий из 16 пунктов

от 1 июня 2012 г. N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы" с учетом возможного привлечения не менее трети средств за счет реорганизации неэффективных учреждений"

¹³ Там же

¹⁴ в ред. распоряжения Правительства РФ от 15.03.2013 № 354-р

(или 22 пунктов (по разным редакциям документа)), представленных на обсуждение.¹⁵

Дефицит кадров связан с общей отрицательной тенденцией динамики численности населения России и одновременным ростом количества граждан, которые приходится на одного врача.

В современных условиях развития рыночных отношений в здравоохранении партнерские взаимовыгодные отношения государства и частного затрагивают вопросы трудовых отношений, выделяя следующие механизмы государственно-частного партнерства в этой сфере: аутсорсинг кадров параклинических служб (клинические лаборатории; пищеблоки; прачечные; уборка служебных помещений и т.п.) медицинских организаций; проведение аккредитации (аттестации, допуска к профессии и др.) силами частных кадровых агентств; решение трудовых споров с привлечением частных медиаторов.

Остановимся на обосновании возможностей *кадровых инноваций* при развитии предпринимательских проектов в современной системе здравоохранения.

Одним из направлений аутсорсинга бизнес-процессов в сфере здравоохранения является оформление сотрудников параклинических служб к работодателю - частной организации, которая начисляет ему заработную плату, что приводит к сохранению собственных служб медицинских организаций и экономии на расходах по оплате труда. Аутстаффинг (вывод персонала за штат), вполне реальный путь к сокращению неэффективных расходов, связанных с выполнением сверхнормативных объемов услуг.

При этом в системе здравоохранения, количество пациентов на одного врача за 10 лет (с 2000 до 2011) увеличилось в 1,2 раза, а динамика количества больных, приходящихся на одну койку за эти годы практически

не изменилась, что может свидетельствовать о нарастании дефицита кадров (таб.3).

Таблица 3.

Динамика численности населения на одного врача и одну койку
в сравнении 2000 и 2011 гг.

2000		2011	
численность населения на одну койку	численность населения на одного врача	численность населения на одну койку	численность населения на одного врача
214	87	195	106

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости инноваций в кадровой политики в здравоохранении. Однако, сложившиеся сегодня методы управления трудом врача свидетельствуют, что не всегда учитывается правильно статистика обеспеченности и потребности в медицинских кадрах для целей принятия управленческих решений. При этом, следует учитывать социальную направленность труда, медицинскую эффективность результатов. Многие инновации в этой связи должны оценивать данную особенность трудовой функции медицинских работников.

Таким образом, в здравоохранении имеются организационно-экономические предпосылки для организации внебюджетных инвестиционных проектов. При выборе наиболее перспективных форм развития предпринимательской деятельности руководителям органов и учреждений здравоохранения следует рассмотреть все многообразие форм договорных отношений с частными инвесторами, изучить и проработать организацию и оформление платных медицинских услуг населению, оценить ожидаемый экономический эффект от этих двух направлений, а также социальные последствия для населения предлагаемых мер по развитию предпринимательства в здравоохранении.

II.ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Связь положений инновационной экономики и стратегии развития отечественного здравоохранения основана на внедрении новых или значительно усовершенствованных услуг, методов их производства (реализации) и может осуществляться на основе принципиально новых технологий или новых комбинаций существующих технологий, либо на основе новых знаний.

Организационно-экономические инновации должны появляться в менеджменте государственных и частных организаций здравоохранения и включают: новые методы в ведении бизнеса (аутсорсинг непрофильных функций, инсорсинг в работе младшего медицинского персонала, привлечение по договорам «дефицитных» специалистов и др.); организацию рабочих мест (компьютеризации рутинной работы медицинских работников электронные графики документооборота; новые системы мотивации труда (перевод оплаты труда в государственной системе на «эффективный контракт» и др.); организацию внешних связей (со средствами массовой информации, проверяющими органами, с общественными организациями, профсоюзами и др. целевыми аудиториями).

Данные инновации направлены на повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения за счет повышения качества услуг, удовлетворенности пациентов, а также за счет снижения административных и транзакционных издержек.

При этом, важнейшей институциональной мерой развития финансовой инфраструктуры инноваций должна стать адаптация существующих и создание новых организационно-правовых и договорных форм для целей функционирования государственного и частного секторов в отрасли и инвестиционных проектов.

В целях поддержки распространения рыночных моделей формирования

и развития объектов инновационной инфраструктуры здравоохранения необходимо обеспечить преимущественную поддержку создания таких объектов с преобладающим негосударственным участием при условии сохранения доступности бесплатных для населения услуг. Например, в нормативных документах Федерального фонда ОМС отражается соответствующая информация по результатам проверок медицинских организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной медицинской практикой, осуществляющих (осуществлявших) деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и получающих (получавших) средства на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и дополнительных соглашений к ним, на основании договоров, заключенных в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, и (или) иных договоров, заключенных в соответствии с действующим законодательством.

Участие в инновациях частного капитала невозможно в отрасли без целенаправленной поддержки и софинансирования из средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, в том числе малого и среднего предпринимательства.

Инновации в ведении бизнеса означают реализацию новых организационных методов предпринимательской деятельности. Они включают, например, внедрение корпоративных систем управления знаниями, реализацию систем обучения, нацеленных на развитие сотрудников и снижение текучести кадров, внедрение систем управления производством и поставками в целом, в частности, систем управления цепочками поставок, рационализацией производства, а также систем управления качеством.

IV. СПИСОК ОСНОВНЫХ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные документы

1. -Указ Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 года N 597 «О мероприятиях по реализации социальной политики»;
2. -Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»
3. -Федеральный закон от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее – Федеральный закон № 83-ФЗ).
4. -Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее ФЗ №323)
5. -Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»;
6. - Постановление Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2011 г. № 917 «Об утверждении перечня видов образовательной и медицинской деятельности, осуществляемой организациями, для применения налоговой ставки 0 процентов по налогу на прибыль организаций»
7. -Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»
8. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://chuvtfoms.ru/>
9. Об обязательном медицинском страховании: федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ " - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://chuvtfoms.ru/>
10. Концепция развития системы здравоохранения в Российской

Федерации до 2020 г. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gov.cap.ru/>

11. О стратегии социально-экономического развития до 2020 года: закон от 4 июня 2007 г. № 8 текст с изм. и доп. на 2011 год - [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://gov.cap.ru/>

Учебные пособия, монографии

12. Алгоритмы финансового менеджмента медицинской организации (учебно-методическое пособие) Под общ. ред. Щепина О.П. (Габуева Л.А., Хулап О.Ю., Щепин В.О.). - М.: РАМН, ГУ ННИИ общественного здоровья, 2006.
13. Габуева Л.А. «Экономика здравоохранения», учебно-методический комплекс. – Москва, 2007г.
14. Габуева Л.А. Экономическая эффективность и бизнес-планирование. Библиотека экономиста учреждения здравоохранения. - Москва: Грант, 2011. – 272с.
15. Габуева Л.А., Линькова И.В. Добровольное медицинское страхование: право, организация, экономика (главы монографии). -М.: МЦЭФР, 2001. 345 с.
16. Габуева Л.А. Предпринимательская деятельность в здравоохранении (монография). М.: Грант, 2003. -900с.
17. Габуева Л.А. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. М.: МЦФР, 2006. -430 с.
18. Габуева Л.А. Механизмы эффективного финансирования в здравоохранении. М: МЦФР, 2007. -287 с.
19. Габуева Л.А. Организационно-экономический механизм деятельности бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, предоставляющих населению скорую и социально-значимые виды медицинской помощи (соавт.: А.Г. Кузьмин, Н. А. Мартынова, О.Г. Руссу) – Вологда.: «Полиграф-Периодика», 2012.- 123 с.

20. Организационно-правовые формы организаций в здравоохранении: учебное пособие. -М.: Изд-во «Дело» АНХ, 2010.-52 с. (Габуева Л.А. в соавт. О.А.Александрова, Н.В. Хан, Е.В.Колесников).
21. Правовые основы российского здравоохранения. Институциональная модель./ Под общ. ред. Л.А.Габуевой О.Ю. (соавт. :Александрова , Ф.Н. Кадыров, Н.В. и др.; – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012-296 с.
22. Пивень Д.В. О развитии государственно частного партнерства в здравоохранении. Вопросы и ответы. // Менеджер здравоохранения - 2008-№ 6.
23. Экономические основы российского здравоохранения. Институциональная модель. / Под общей редакцией Л.А.Габуевой, , (соавт. :Шипова В.М., Н.В. Ушакова и др.) М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012- 302 с.