

ИНТЕГРАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ЧАСТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ярышева А.А., Валеева О.Р.

научный руководитель канд. экон. наук, доц. кафедры ЭИТМ Соколова Е.Л.

Сибирский федеральный университет

В статье рассмотрены подходы к определению интеграции, значение интеграции для развития организаций, возможные формы и проблемы интеграции муниципальных и частных организаций в системе здравоохранения.

Ключевые слова: интеграция, муниципальные и частные организации здравоохранения, государственно-частное партнерство.

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности. В ходе проводимой реформы, современная система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для реформы здравоохранения, реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения. В рамках этих реформ особенно большое внимание уделяется на протяжении последних нескольких лет интеграционному процессу в сфере здравоохранения. Перед государством стоит очень важная задача - сформировать единую систему, обеспечивающую доступность и качество медицинской помощи для улучшения состояния здоровья населения, ведь государство несет особую ответственность за его сохранение и укрепление, так как без надлежащей государственной заботы как о здоровье народа в целом, так и о здоровье каждого гражданина страны не может быть и речи о нормальном существовании российского общества.

В статье 41 Конституции Российской Федерации говорится о том, что задача государства заключается в заботе не только о государственных (муниципальных) бюджетных медицинских учреждениях, но и о частном здравоохранении. Кроме того в рамках разработанной концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., также говорится о развитии не только государственного и муниципального сектора здравоохранения, но и об использовании потенциала частных медицинских организаций. Таким образом, вектор в интеграционном направлении заложен основными документами и требует качественной проработки на всех уровнях.

Недостаточно высокая экономическая эффективность функционирования бюджетных учреждений здравоохранения (в силу специфики данной организационно-правовой формы) в условиях рыночных отношений, ограниченность общественных ресурсов и другие факторы неизбежно ставят вопрос о поиске путей привлечения в отрасль частных инвестиций, о приемлемых формах взаимоотношений бюджетных медицинских учреждений и частных организаций, о заимствовании опыта функционирования коммерческих структур для совершенствования деятельности бюджетных учреждений.

Под интеграцией понимается объединение экономических субъектов, углубление их взаимодействия, развитие связей между собой [1]. Рассмотрим два основных подхода к определению понятия «интеграционная структура», которые

сложились в процессе анализа различных теоретических положений отечественных и зарубежных ученых по проблеме сущности интеграционной структуры. В соответствии с первым подходом основной целью интеграции является совершенствование экономической взаимосвязи участников создаваемой структуры [2], а со вторым интеграционная структура представляет собой объединение предприятий и финансовых организаций на договорной основе в целях расширения возможностей в производственном, научно-техническом и социальном развитии [3].

Помимо описанных выше точек зрения, считаем также необходимым учесть определение интеграции, данное М. Алешиним. Автор определяет интеграцию как *организационно-экономическое слияние двух или более элементов в единое целое, при котором появляется новое качество* [4]. Это новое качество находит свое выражение в синергии интегрированного капитала. Синергия — возрастание эффективности деятельности в результате соединения, интеграции, слияния отдельных частей в единую систему за счет так называемого системного эффекта.

Участие в интеграционном процессе обеспечивает субъектам следующие возможности: более широкий доступ к различным видам ресурсов (материальным, финансово-трудовым); возможность оперировать на более широком интеграционном пространстве; повышение эффективности деятельности; создание привилегированных условий для интегрирующихся субъектов и их защита (в определенных рамках) принятие согласованных (или совместных) решений по проблемам экономического взаимодействия.

Несмотря на значительную историю развития интеграционных процессов в современной экономике и огромного количества определений данного понятия в научной литературе в настоящее время нет единого понимания сущности интеграции. На основе рассматриваемых теоретических осмыслений различными учеными данного процесса можно дать следующее определение понятия интеграции, которое позволит нам рассматривать данный вопрос в плоскости здравоохранения.

Интеграция – это создание новой более общей системы, посредством объединения усилий, действий, возможностей, когда слияние некоторых общих функций, позволяет решать общие задачи, разрабатывать стратегии и совместные программы развития для реализации совместного сотрудничества во благо каждого из объединяемых субъектов и для увеличения социально-экономического эффекта от данного процесса.

По мере развития негосударственного сектора здравоохранения, увеличения инвестиций в частное здравоохранение, проблема взаимодействия государства и частных медицинских организаций становится все более актуальной.

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 организациях (что является общемировой практикой) [5]. 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 не возмещают при оказании платных услуг целый ряд 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.

Проблему взаимодействия государственного и частного здравоохранения можно рассматривать в двух направлениях: взаимодействие частных клиник непосредственно с органами государственной и муниципальной власти и взаимодействие частных клиник с бюджетными (государственными и муниципальными) медицинскими учреждениями.

Рассматривая взаимодействие государства и частного здравоохранения нельзя оставить в стороне проблему государственно-частного партнерства. Если говорить о классическом понимании государственно-частного партнерства, то основной смысл для государства заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения; в экономии бюджетных средств, необходимых для ремонта и содержания запущенных зданий медицинских учреждений, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов.

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[5].

Инвестиционно привлекательными для частного, в том числе, иностранного капитала являются следующие виды деятельности: восстановительное лечение; различные виды диагностики; родовспоможение; высокотехнологичная медицинская помощь; гемодиализ; техническое и хозяйственное обслуживание учреждений здравоохранения (аутсорсинг).

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. Действующее законодательство - Федеральный закон РФ 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - допускает такую форму интеграции. 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 их общего числа), оказывающих бесплатную медицинскую помощь по программе ОМС.

Это связано с рядом проблем. Во-первых, частные организации чаще всего рассматривают работу в системе ОМС как неэффективное направление своей

деятельности (поскольку за счет средств ОМС обычно не возмещаются затраты по содержанию зданий, приобретению, эксплуатации оборудования и т.д.). Эту проблему можно было бы решать в рамках пилотного проекта по одноканальному финансированию. Однако и в этом случае 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, так как государство обычно отдает приоритет содержанию бюджетных (пусть даже неэффективных) медицинских учреждений, чем делиться ограниченными средствами ОМС с коммерческими организациями.

Взаимодействие частных медицинских организаций с бюджетными учреждениями может преследовать различные цели. Обзор практики взаимоотношений государственных (муниципальных) и частных медицинских организаций позволяет представить определенную картину 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., 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. Частные фирмы могут направлять в бюджетные учреждения тех пациентов, которым требуется специализированная помощь, отсутствующая в частных медицинских организациях; 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.; оказание частными организациями пациентам бюджетных ЛПУ дополнительных сервисных услуг или услуг по обеспечению более комфортных условий.; оказание бюджетным учреждениям информационных, справочных, аналитических, маркетинговых и прочих услуг, связанных с развитием предпринимательской деятельности.

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, Томска и некоторых других регионов свидетельствует о возможности и необходимости усиления государственно-частного сотрудничества в сфере здравоохранения.

В заключение отметим, что и рассмотренные, далеко не полно, проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения позволяют сделать следующие выводы:

1. Легальные взаимовыгодные формы сотрудничества бюджетных и частных медицинских организаций используются явно недостаточно.

2. 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 [6].

Красноярский край стал одним из тех регионов в РФ, где уделяется пристальное внимание органов власти для реализации интеграционных процессов между государственными и частными учреждениями здравоохранения. В Красноярском крае интеграция реализуется по следующим основным направлениям: территориальная, межведомственная, межуровневая и технологическая интеграция. В 2013 году в городе Красноярске в интеграционном процессе принимают участие 35 муниципальных учреждений, 7 государственных и ведомственных учреждений и 21 учреждения частной формы собственности [7]. В 2012 году в реализации программы государственных гарантий принимало участие 14 медицинских учреждений частной формы собственности [7].

Подводя итог всему вышесказанному, стоит отметить, что в настоящее время на государственном уровне пристальное внимание уделяется развитию частно-государственного партнёрства и интеграция государства и бизнеса в здравоохранении необходима. Государственное, муниципальное и частное здравоохранение должны совместно решать задачи по обеспечению граждан медицинской и медико-социальной помощью, действуя согласованно для реализации государственной политики в сфере здравоохранения, поэтому поиск оптимального пути организации интеграционного процесса как обобщающего процесса установления наиболее эффективной организационно-функциональной структуры есть не что иное как установление системы взаимоотношений между субъектами для создания образований, позволяющих осуществить концентрацию материальных, финансовых и прочих ресурсов в целях обеспечения качества и доступности медицинской помощи на всех уровнях.

Литература:

1. Современный экономический словарь. 2-е изд., испр. М.: ИНФРА-М, 1998. 479 с.
2. Мовсесян А. Г. Интеграция банковского и промышленного капитала. М.: Финансы и статистика, 1997. 444 с.
3. Якутин Ю. Корпоративные структуры: вариант типологизации и принципы анализа эффективности // Рос. экон. журн. 1998
4. Алешин М. Интеграция фиктивного и реального капитала в финансово-промышленных группах и холдингах // Маркетинг. 2004. № 3(76). С. 17–27.
5. Флек, В.О. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения /В.О. Флек./Менеджер здравоохранения. 2005. № 9. С. 12-21.
6. <http://phtiziatr.ru/news/stati> «Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения» (Дата обращения 27.02.2013)
7. Отчеты главного управления здравоохранения администрации города Красноярска за 2012-2013 гг.