

различия, а значит, актуальны при построении рекламных и маркетинговых стратегий и акций, основанных на личной коммуникации потребителей.

#### Выводы

Настоящим докладом автор доказывает, что поставленная задача выявления наличия значимых различий между шестью морфологическими типами потребителей предлагаемые как базовые в конституциональном методе дифференциации потребителей «CONTY-method» на примере астраханской популяции была выполнена.

Результаты, озвученные в настоящем докладе дают основание мотивированно утверждать, что при дифференциации респондентов (потребителей) на шесть групп по морфологическому типу (лептосоматики-гипертимики, лептосоматики-гипотимики, пикники-гипертимики, пикники-гипотимики, атлетики-гипертимики и атлетики-гипотимики, без диспластиков) будут получены шесть гетерогенных групп потребителей, обладающих своими уникальными качествами по аудиовизуальному восприятию и количеству коммуникативных связей. Использование описанных в работе результатов может иметь огромное значение в маркетинге (маркетинговых исследованиях целевой аудитории), как в творческой части - при разработке стратегических маркетинговых концепций и тактических рекламных и PR-проектов, так и экономической – при оптимизации расходов выделяемых на маркетинговые и PR-проекты.

#### Библиография:

1. Е. Хрисанова, Монография, Конституция и биохимическая индивидуальность человека. - М: Изд-во Мос. ун-та, 1990.
2. Фёдоров А.В. Морфология человека как инструментарий получения релевантной информации о заёмщике (физическом лице) в банке // Академический журнал Западной Сибири. №3. – Тюмень: Вектор-Бук, 2007. с. 20-27 – 0,95 п.л.;
3. Фёдоров А.В. К возможностям применения дифференциации потребителей по морфологическому типу в маркетинговых и социологических исследованиях при построении маркетинговых стратегий и рекламных кампаний. // Экономический вестник РГУ. №2, том 6, часть 2. – Ростов н/Д: ФГОУ ВПО «Южный федеральный университет», 2008. с. 119-123 – 0,37 п.л.;
4. Фёдоров А.В. Возможности применения дифференциации читателей по морфологическому типу на основе метода конституциональной типологии «CONTY-method» в медиаметрических исследованиях прессы.// «Региональные проблемы преобразования экономики» №3, 2008г. – Махачкала, Институт социально-экономических исследований ДНЦ РАН. с. 95-99 – 0,4 п.л.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

ББК 51

С404

ФГОУ ВПО «Южный федеральный университет»

Сироткина Елена Николаевна

e-mail: [redactor@ipmi-russia.org](mailto:redactor@ipmi-russia.org)

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

В статье рассматривается здравоохранение как система деятельности, которая включает две подсистемы: государственно-муниципальную, относящуюся к социальной сфере государства, и частную, относящуюся к экономической системе. При этом под социальной сферой мы понимаем совокупность деятельностей, обеспечивающую, во-первых, реализацию гражданами их прав, гарантированных Конституцией РФ: на охрану здоровья, образование, социальное обеспечение и иных гарантированных государством прав, не связанных с осуществлением в данный момент трудовой или предпринимательской деятельности, и, во-вторых, воспроизводство социальных отношений. Экономическая система решает задачи создания добавленной стоимости, лежащей в основе жизнедеятельности общества, в том числе и в основе обеспечения социальной сферы через налогово-бюджетную систему. Поэтому данная тема является актуальной в необходимости реорганизации стационарной медицинской помощи городскому населению.

Sirotkina Ye.N.

e-mail: [redactor@ipmi-russia.org](mailto:redactor@ipmi-russia.org)

### MAIN AREAS OF A STATIONARY RESTRUCTURING MEDICAL CARE URBAN POPULATION

The article discusses how health system activity, which includes two systems: state-municipal, relating to the social sphere of the state and private, relating to the economic system. Further, the social sector, we understand the set of activities to ensure, first, the exercise by citizens of their rights guaranteed by the Constitution of the Russian Federation: the protection of health, education, social security and other rights guaranteed by the state, are not associated with the currently working or entrepreneurial activity, and, second, playback-duction of social relations. Economic system solves the problem of creating added value that underlies the life of society, including those central to the social sphere through the fiscal system. That is why this topic is relevant to the necessary reorganization of hospital care urban population.

**Ключевые слова:** медицинская услуга, стационарная медицинская помощь, качество медицинской услуги, лечебное учреждения, государственно-частное партнерство

**Keywords:** medical service, stationary medical care, quality of medical service, medical establishments, state-private partnership

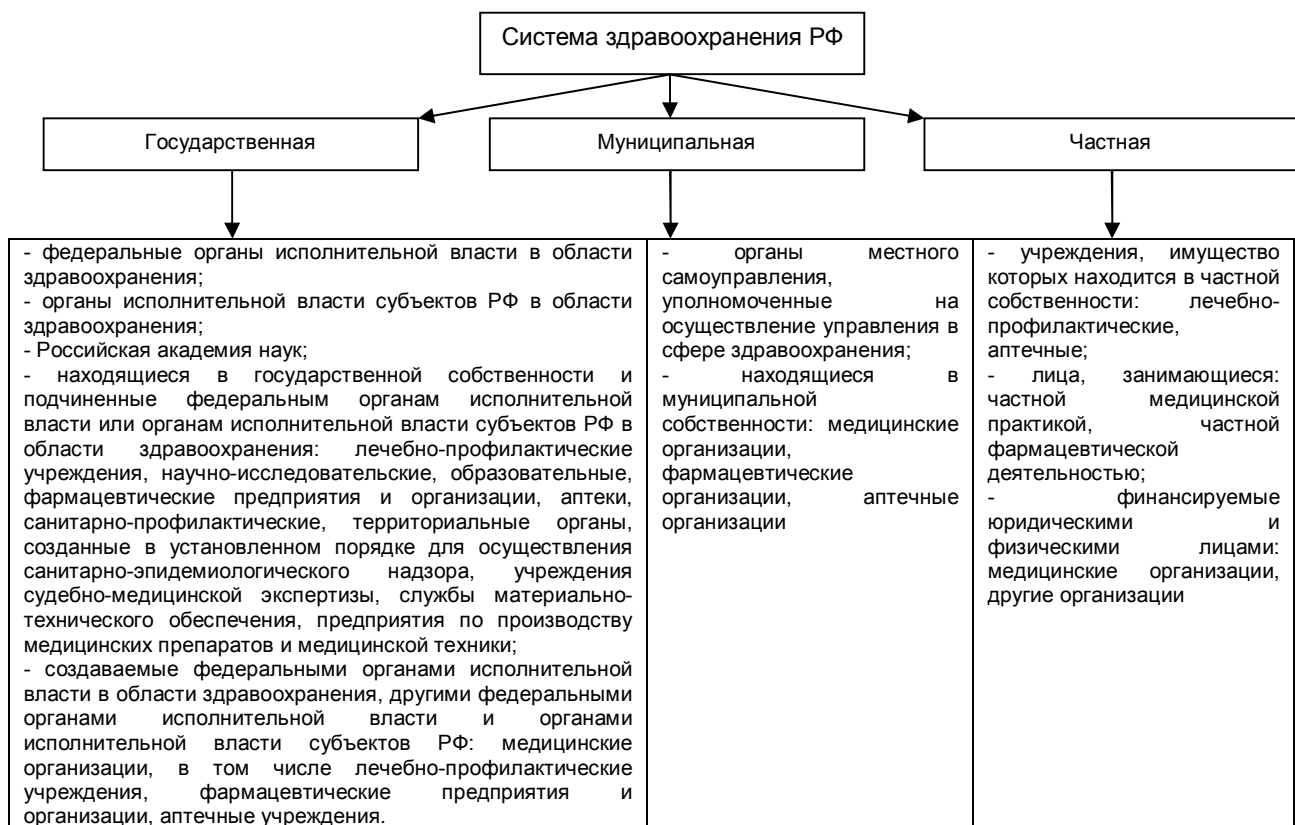
«Система здравоохранения крупного города - элемент градосистемы, совокупность объектов, процессов, мероприятий медицинского, экономического и организационного характера, направленных на удовлетворение реальных потребностей, связанных с сохранением здоровья и воспроизводством как отдельных индивидов, так и социума в целом». Отсюда функция

системы здравоохранения крупного города - оптимальное удовлетворение потребностей населения в профилактической, медицинской и лекарственной помощи и снижение уровня предотвратимых потерь здоровья населения [1].

На рисунке 1 представлена система здравоохранения мегаполиса. К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

- больницы (участковая, районная, городская, детская, скорая медицинская помощь); специализированные больницы (гинекологическая, гериатрическая, инфекционная, наркологическая, онкологическая, офтальмологическая, психоневрологическая, психиатрическая, туберкулезная, курортная); госпитали; хоспис; лепрозорий;
- диспансеры (врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, маммологический, наркологический, онкологический, офтальмологический, противотуберкулезный, психоневрологический, эндокринологический);
- амбулаторно-поликлинические учреждения: амбулатория, поликлиники (городская и детская, центральная, районная, стоматологическая, консультативно-диагностическая, психотерапевтическая, восстановительного лечения);
- центры (восстановительной терапии для воинов-интернационалистов, восстановительной медицины и реабилитации, гериатрический, диабетологический, наркологический реабилитационный, по профилактике и борьбе со СПИДОМ, клинко-диагностический, общей врачебной (семейной) практики, реабилитации слуха, лечебной физкультуры и спортивной медицины, мануальной терапии, лечебного и профилактического питания, психофизиологической диагностики, диагностический, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов) [2];
- учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови (станция скорой медицинской помощи, станция переливания крови, центр крови);
- учреждения охраны и материнства (перинатальный центр, родильный дом, женская консультация, центр планирования семьи и репродукции, центр охраны репродуктивного здоровья подростков, дом ребенка, молочная кухня);
- санитарно-курортные учреждения (бальнеологическая лечебница, грязелечебница, курортная поликлиника, санатории).

**Система здравоохранения Российской Федерации (Составлено автором по Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения). Рис. 1**



Для реструктуризации системы здравоохранения крупного города необходимо рассматривать ее, выделяя три уровня системы:

- I. Техничко-экономический;
- II. Социально-экономический;
- III. Организационно-хозяйственный.

Рассматривая на современном этапе реструктуризацию стационарной медицинской помощи, необходимо говорить о финансировании ее. В России регулируется бюджетно-страховая модель финансирования системы здравоохранения. Общие расходы государства на здравоохранение складываются из нескольких источников — расходов бюджетов разных уровней, средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Расходы, связанные со здравоохранением, имеются также в бюджетах Пенсионного фонда Российской Федерации и Фонда социального страхования Российской Федерации, некоторых федеральных министерств и ведомств. Данный принцип является основным механизмом текущего и стратегического планирования и финансирования государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. Сочетание социальной солидарности и справедливости при формировании финансового обеспечения государственных гарантий с адресной направленностью расходования финансовых средств при оказании медицинской помощи конкретному гражданину.

Данный принцип реализуется в Российской Федерации через систему обязательного медицинского страхования. Одноканальное финансирование медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках Программы государственных гарантий, по страховому принципу оплаты расходов (по полному тарифу). Реализация этого принципа затруднена в условиях бюджетно-страховой модели финансирования российского здравоохранения и возможна лишь при полном финансировании государственных и муниципальных заданий медицинским организациям только через систему обязательного медицинского страхования (территориальная программа государственных гарантий медицинской помощи населению в этих условиях по своей сути становится Базовой программой ОМС).

Развитие межбюджетных взаимоотношений с целью выравнивания финансовых условий в муниципальных образованиях, субъектах Российской Федерации для обеспечения повесного тарифа на выполнение государственных обязательств в сфере здравоохранения. Нормативно-правовая база реализации данного принципа установлена законами о разграничении полномочий между органами власти в Российской Федерации, бюджетным и налоговым законодательствами.

Переход от затратного (местного) принципа формирования доходов и финансировании медицинских организаций из государственных источников к бюджетированию, организованному на результат (объем, ассортимент и качество медицинских услуг по видам медицинской помощи). В таблице 1 представлены уровни управления и финансирования в условиях разграничения полномочий между органами власти в РФ.

Для реализации вышеназванных принципов финансирования российского здравоохранения необходимо использовать принятую в международной практике систему счетов здравоохранения как основной инструмент анализа и прогнозирования развития отрасли на среднесрочную и долгосрочную перспективу. Во всем мире рассчитываемые сводные показатели рассматриваются в качестве обобщающей меры эффективности общественного производства, а показатели конечного потребления характеризуют уровень жизни населения.

**Планирование и финансирование медицинской помощи населению в условиях разграничения полномочий между органами власти в Российской Федерации. Табл. 1**

№ п/п	Уровень управления здравоохранением	Основы определения уровня планирования и финансирования
1.	Федеральный	Федеральные расчетные подушевые нормативы единиц объемов и финансовых затрат по видам медицинской помощи на год.
	Субъекта Российской Федерации	Средние подушевые нормативы единиц объемов медицинской помощи и расходов на территориальном уровне и финансирование специализированной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации.
	Муниципальный	Муниципальные задания в рамках территориальной программы государственных гарантий, включающие объемы первичной медико-санитарной помощи населению и финансирования.
2.	Локальный: -Медицинская организация (федеральная) -Медицинская организация субъекта Российской Федерации и муниципального образования	Квоты и тарифы на высокотехнологичные специализированные виды медицинской помощи, основанные на протоколах ведения больных и предоставляемые федеральными медицинскими организациями. Годовые государственные и муниципальные задания на основе протоколов ведения больных с учетом мощности и профиля медицинской организации.

Еще одним этапом реструктуризации стационарной медицинской помощи является государственно-частное партнерство. Целесообразность создания государственно-частных партнерств (ГЧП) в здравоохранении многократно обсуждалась (см, в частности, «Менеджер здравоохранения», № 2-4, 2009; № 4, 2010, а также полностью посвященный этому вопросу номер журнала «Управление здравоохранением» №1 (26), 2010) и в принципе, видимо, уже не подлежит сомнению. Однако вопросы об эффективных формах организации ГЧП и построении систем управления партнерствами еще далеко не решены.

Не отрицая полезности использования частного бизнеса в качестве аутсорсера (что в организационном и правовом отношениях существенно проще и менее затратно, чем организация партнерства, и позволяет легче сменить исполнителя при возникновении к нему претензий), в данной статье мы остановимся именно на партнерстве как наиболее перспективной в функциональном отношении форме взаимодействия. Рассматривая ниже задачи, для решения которых предлагается привлекать частных партнеров, мы не предлагаем создавать ГЧП в тех случаях, когда можно обойтись иными формами. Так, для предусмотренных Программой реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» [3] на 2009-2010 годы задач снижения уровня злоупотребления алкоголем и снижения распространенности табакокурения среди населения (направление – формирование здорового образа жизни) ГЧП создавать не следует, достаточно при необходимости привлекать частные PR-агентства в разных регионах Российской Федерации на основе государственных контрактов (то есть в качестве аутсорсеров); для поставленной в том же документе задачи совершенствования службы крови привлечение частного бизнеса, с нашей точки зрения, вообще излишне. Другое дело – задачи, при решении которых частных партнер будет полезен для повышения эффективности использования государственных и муниципальных ресурсов, а форма партнерства позволит легче наладить единую систему учета и координации выполняемых государством и бизнесом работ при скрининге, проведении диспансе-ризации, реализации других форм профилактики, лечении заболеваний и травм.

В целом при определении целесообразности создания ГЧП необходимо анализировать, во-первых, возможность привлечения бизнеса к решению тех или иных задач здравоохранения; во-вторых, целесообразность привлечения его к решению этих задач и, в-третьих, целесообразность привлечения бизнеса именно в качестве партнера, а не подрядчика и не спонсора.

На основании анализа, приведенного в работе [4], можно сделать вывод, что привлечение бизнеса к решению социальных задач в качестве партнера возможно лишь в том случае, если, оказывая какие-либо услуги населению на бесплатной или льготной основе, бизнес может оказывать на коммерческой основе такие же услуги или услуги, производство которых базируется на использовании тех же инвестиций. Активизация бизнеса в качестве спонсора возможна в первую очередь по направлениям, представляющим интерес для организации PR-кампаний коммерческих фирм.

Целесообразность создания ГЧП определяется предполагаемой эффективностью и составом функциональных комплексов, выполнение которых возлагается на ГЧП. Государственно-частное партнерство, в отличие от аутсорсинга, отличается полифункциональностью. Кроме того, основным источником финансирования социально значимой деятельности в ГЧП являются доходы от коммерческой деятельности партнерства. Например, анализ целесообразности создания государственно-частных аптек для обеспечения лекарствами государственных и муниципальных медицинских учреждений – стационаров и обеспечения на льготных условиях определенных слоев населения показывает, что эту работу могут выполнять частные аптеки (привлечение бизнеса возможно), но не в партнерстве с государственными организациями, а самостоятельно

по государственному заказу, размещенному на конкурсной основе. Другое дело – оказание медицинских услуг в стационаре, когда ставится цель сделать доступным для малообеспеченных граждан тот повышенный уровень медицинского и бытового обслуживания, который свойственен платным частным клиникам. В этом случае мы имеем дело с целым комплексом функций, а доплаты до коммерческого уровня цен будут разорительны для бюджета (в том числе для бюджета ОМС), и единственный способ решения задачи – помочь частному партнеру самому зарабатывать больший доход путем оказания платных медицинских или иных услуг, но взамен получить льготные или бесплатные услуги для оговоренной категории пациентов. Именно в таких случаях государственно-частное партнерство будет эффективным.

Для применения в здравоохранении перспективны следующие формы организации ГЧП:

- передача частному партнеру в концессию объектов государственной/муниципальной собственности (недвижимого имущества) в целях строительства, ремонта, оснащения медицинских учреждений и дальнейшей эксплуатации – оказания платных медицинских услуг в течение определенного срока для достижения окупаемости инвестиций и получения прибыли, которая и составляет интерес частного партнера, одновременно с оказанием таких же услуг на бесплатной или льготной основе (в том числе в системе ОМС), что составляет интерес государства/муниципалитета;

- создание коммерческой организации (общества с ограниченной ответственностью, акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) для оказания услуг сфере здравоохранения (главным образом в инфраструктуре медицинских учреждений);

- создание двухуровневой структуры: управляющей компании (в форме коммерческой организации – акционерного общества с долями государства, муниципалитетов и представителей частного капитала) и группы ее дочерних коммерческих и некоммерческих организаций, в числе которых некоммерческие организации – частные медицинские учреждения, финансируемые управляющей компанией, и коммерческие – обслуживающие компании, работающие по договорам с управляющей компанией, – в дальнейшем эта структура для краткости именуется «схема К – НК»;

- в случаях, когда рыночный потенциал проекта (возможность извлечения прибыли путем оказания платных медицинских услуг) низок, возможно использование двухуровневой структуры, аналогичной предыдущей, но управляющая компания должна создаваться в форме фонда или иной некоммерческой организации и финансироваться на основе бюджетных субсидий, спонсорских взносов и создания фонда целевого капитала (эндау-мента). Смысл создания такой структуры для государства/муниципалитета – в экономии средств за счет привлечения дополнительных источников и более эффективного использования субсидий вследствие улучшения финансового менеджмента, а также в повышении качества услуг.

В любом из указанных вариантов частные лечебно-профилактические учреждения должны в объеме, установленном договором концессии или уставом, решением собрания акционеров, Совета директоров управляющей компании, оказывать населению услуги в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), погашая за счет средств ОМС только часть себестоимости услуг, но не инвестиции в проект. Сверх этого объема частные лечебно-профилактические учреждения оказывают платные медицинские услуги, окупая свои инвестиции в проект и получая прибыль для собственных целей. Возможен и желателен вариант, когда определенные медицинские услуги оказываются населению без оплаты и за пределами территориальных программ ОМС – за счет собственных средств управляющей компании с учетом того, что в ее капитал инвестированы и используются для оказания платных услуг государственные средства.

Таким образом, ГЧП, в отличие от бюджетных и автономных государственных/муниципальных учреждений, не будут использовать бюджетные субсидии на выполнение государственных/муниципальных заданий, предусмотренные Федеральным законом от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ, заменяя их доходом от оказания платных медицинских услуг. Государственное/муниципальное задание на оказание бесплатных/льготных медицинских услуг в данном случае заменяется нормированием их объема в договоре концессии или в локальных нормативных актах управляющих компаний, создаваемых с участием государственного/муниципального капитала, доля которого в акционерном капитале должна обеспечивать контроль государства/муниципалитета над деятельностью.

Разумеется, для окупаемости затрат при отсутствии бюджетных субсидий доля платных услуг в общем объеме услуг для конкретного медицинского учреждения должна быть соответственно увеличена, но это не означает увеличения доли платных медицинских услуг для населения, так как может быть существенно увеличено общее количество оказываемых населению услуг при тех же бюджетных затратах. При этом может быть существенно повышены как эффективность использования бюджетных средств, так и качество медицинских услуг.

В крупных городах рыночный потенциал рассматриваемых проектов достаточен для окупаемости инвестиций и получения достаточной нормы прибыли частным партнером (хотя в каждом конкретном случае это должно быть предметом исследования при составлении бизнес-плана партнерства). В малых городах и тем более в сельской местности рыночный потенциал проекта может оказаться недостаточным, в связи с чем будут необходимы периодические бюджетные субсидии. Проект будет эффективным для государства, если с учетом инвестиций (в том числе цены права владения и пользования объектом концессионного соглашения) и субсидий затраты бюджетных средств будут ниже, чем при полном финансировании того же комплекса услуг из бюджета.

В заключение отметим, что для организации ГЧП необходимо проводить аудит уровня менеджмента у предполагаемых частных партнеров, привлекая для этого специализированные консалтинговые организации. Экономия на этом этапе может обернуться большими потерями при функционировании ГЧП вследствие неспособности частного партнера решить поставленные перед партнерством задачи.

Следует уделять серьезное внимание и таким аспектам создания ГЧП, как «стыковка» организационных культур государственных/муниципальных и частных партнеров. Мировая практика показывает, что конфликт культур может оказаться разрушительным и не только не позволит реализовать преимущества партнерства, но и привести к большим потерям. Проблемы будут возникать и при «стыковке» систем бухгалтерского и налогового учета, контроля и аудита и в других сферах. Это означает, что использование ГЧП для реализации их преимуществ исключает спешку и требует привлечения квалифицированных консультантов.

#### Библиография:

1. Экономические аспекты управления здравоохранением на муниципальном уровне – Томск: Изд-во Том.ун-та 2004г.;
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 7г.10.2005 №627 (ред.19.02.2007) «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»;
3. Программы реализации приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье», «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» на 2009-2010 годы: Материал к заседанию Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 24 декабря 2008 года //http://www.rost.ru/main/docs/Programma.doc.;
4. Цпаф В.М. Государственно-частное партнерство в социальной сфере: основные понятия, цели создания // Управление здравоохранением. – 2010. – № 1 (26).- С. 29-38.