

© 1993 г.

Н.Г. ШАМШУРИНА

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ШАМШУРИНА Нина Григорьевна - кандидат экономических наук, старший преподаватель Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Неоднократно публиковалась в нашем журнале,

В здравоохранении, как нигде, экономика связана с социальными, нравственными и правовыми проблемами. Если понимать под предпринимательством деятельность, приносящую прибыль, то в медицине она возможна только частично. И вот почему. Здесь как нигде должно принимать во внимание значение нравственности. И не отвлеченное, а практическое, прикладное, социальное значение. Жизнь человека - высшая ценность - иначе зачем его лечить? Если же человек средства для поддержания собственной жизни ценит выше этой жизни, то он поступает недальновидно. Вероятна нежелательная ситуация, при которой для него все может потерять смысл: и деньги, и наличие рынка качественных товаров и квалифицированных услуг, не имеющих никакого значения без него, человека, без его жизни. И здесь возникает очень сложный вопрос.

Возможен ли бизнес в здравоохранении?

Каждый человек неповторим. И каждый, независимо от его счета в банке, имеет неотъемлемое право не только на здоровье, избавление от физических страданий, недугов, но и на нравственное сострадание к своим болезням, то есть на милосердие. Ведь врач имеет дело с человеческой болью, которая в каждом случае индивидуальна, и лечит не только тело, но и душу. Вернее - и тело, и душу. Иначе он не врач, а механик, а лечение - это ремонт. Больной немощен и ему надо помочь. Вот главное, а все остальное - потом.

Возьмем теперь рынок. По большому счету, нравственность рынка - соблюдение определенных правил, направленное на то, чтобы доверие между партнерами сохранилось, а сделка - повторилась. Ради ее конечного результата и самоцели - прибыли. Это аксиома: коммерсант, промышленник ставит свой экономический интерес на первое место. Его партнер чаще всего здоров, энергичен и желает купить услугу или товар для того, чтобы приумножить свое благополучие. Зачем? Праздный для экономики вопрос (хорошо это или плохо, дело другое - речь не об этом).

Но значит ли, что в медицине всякое предпринимательство при таких «возвышенных, целях ее деятельности - несостоятельно? Следует ли, говоря проще, целиком поместить ее на чье-то содержание: посадить, скажем под "крылышко" государства на бюджетный паек или целиком отдать благодетелю-спонсору? Все это очень сложные вопросы, и ответы на них не могут быть однозначными. Но в любом случае главное здесь вот что. Надо выяснить, при каких социально-экономических и правовых условиях нравственное отношение к человеку становится выгодным, прибыльным, а при каких - нет. Повторяю, здесь очень много нового, сложного, нерешенного. Тема практически не исследована. И моя задача - хотя бы определить здесь некоторые проблемы. Последующее их разрешение - дело дальнейших исследований. Отмечу лишь следующее: общение с врачами-практиками, их неподдельный и живой интерес к затрагиваемым в данной работе вопросам совершенно однозначно свидетельствует о том, что оттягивать социально-экономический анализ медицины более уже нельзя,

В этой связи надо отметить; финансирование непромышленной сферы только «со стороны, - государством, коммерческими структурами, общественными организациями, отдельными гражданами, - ставит непромышленную сферу особенно связанную с человеческими и нравственными проблемами) на службу этих структур. Подобное соображение справедливо и для здравоохранения. Конечно же, работа, во многом связанная с нравственностью врача, должна быть независима. Как это им парадоксально, но для того, чтобы быть прибыльной (по результату), она должна быть бескорыстной по качеству исполнения обязанностей. Независимой же она может быть, если позволяет сама зарабатывать деньги. В этом заключается парадоксальность бизнеса в здравоохранении, и правильное решение на мой взгляд, лежит в юридической защите прав не только личности, но и врача, позволяющей ему быть независимым, несмотря на источник финансирования.

Но тут возникает вот какой вопрос: является ли труд в непромышленной сфере, к которой безусловно относится здравоохранение, производительным? Возможны ли здесь в принципе предпринимательство и прибыль? В стремлении поднять престиж здравоохранения некоторые авторы утверждают, что труд в данной отрасли является производительным. С этим трудно согласиться; если труд производительный, то что является результатом данного производства? Подчеркиваю, именно данного, а не косвенного влияния на экономику в целом, на повышение в целом производительности общественного труда в далеких от здравоохранения сферах. Но в таком случае, что является результатом деятельности врача? Здоровье? Это понятие очень зыбкое, любой врач согласится, что точнее написать в диагнозе не слово «здоров», а «болезнь не обнаружена». А если мы сталкиваемся со случаями неизлечимой болезни? Что тогда является результатом деятельности врача? Облегчение страданий не есть конечный результат - здоровье. Это только процесс с надеждой на результат - выздоровление.

Итак, критерии результативности, эффективности труд врача объективно размыты, что ни в коем случае не означает бесполезность этой деятельности и не принижает благородной миссии, осуществляемой врачом,

Назовите труд врача производительным и оставьте его без финансирования - во многих случаях он вообще не сможет осуществиться, а врач произвести какие-либо услуги. Потому что подчас нужно финансировать то, чего в каком-то конкретном случае и быть не может, то есть результата в виде здоровья. В этой связи вспоминается детское стихотворение, вот его окончание:

Но к концу подходит лето.
Вот письмо в руках поэта;
«Просим выслать Ваше фото,
Вы нужны нам для отчета,
Чтоб от Вас остался след».
«Очень рад», - сказал поэт.
Он сердито пишет что-то,
Чуть дрожит его рука:
«Не забудьте для отчета
Взять на небе облака» (А. Барто).

Однако финансировать «облака» для бизнеса в «чисто-рыночном» смысле - дело противоестественное. А самофинансирование, повторяем, не всегда возможно; например, качество медицинской услуги не может быть снижено из-за невозможности ее оплатить со стороны пациента. Возникает ситуация, когда спрос на услугу есть, она может быть предоставлена (есть специалист), но не может быть оплачена лечащимся (в силу его низких доходов). По законам свободного рынка в этом случае услуга не может быть продана. А это означает, что специалист (врач) не получит доход, прибыль. Производственные отношения не осуществляются. Долг врача не будет выполнен, а бизнеса не будет и в помине. В результате - ни нравственности, ни экономики.

Однако из всего сказанного не следует, что работники непромышленной сферы являются иждивенцами производственной; они получают необходимый им материальный продукт в «обмен» на результаты своего труда, и фактически это выглядит как обмен социально-значимыми видами деятельности. Со стороны же экономической - это процесс перераспределения.

Итак, результативность труда медицинского работника может быть измерена только приблизительно, а значит, не всегда справедливо по отношению к врачу (если кто-то, например, рынок в лице пациента или государства определяет цену). Но здесь уже сделаны первые шаги к стандартизации при определении результативности в нашей практике здравоохранения. Так, недавно разработаны стандарты оказания медицинской помощи, если эта помощь осуществляется за счет ресурсов госбюджета. Эти стандарты отражены во «Временных методических рекомендациях по расчету стоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения» [1]. Применяются эти стандарты там, где возможна реальная стоимостная оценка конечных результатов деятельности. Особенно это относится к узкоспециализированным учреждениям с преобладанием повторяющихся операций или услуг (например, в реабилитационных учреждениях). Подобное возможно в медицинских НИИ, поставляющих «товар» в виде новых препаратов, техники, методов лечения.

Важным является и то, что у рыночного механизма, который в нашем обществе только делается попытка создать, в принципе отсутствует так называемая «встроенная»¹ социальная ориентация. Часть медицинской помощи является предметом «коллективного», социального потребления (лечение, например, гриппа - дело не только больного, он и других граждан, подвергающихся опасным последствиям этого заболевания). Кроме того, из-за недостатка медицинских знаний ограничены потребности пациента - часто он не в состоянии выбрать необходимые, ему услуги, что уменьшает возможности «рыночной самонастройки» больного. Сами социальные масштабы проблем охраны здоровья диктуют необходимость концентрации и координации усилий по их решению².

Эти и другие факторы ограничивают, но отнюдь не подавляют экономические начала в развитии отрасли. Основная часть медицинских услуг все же имеет товарную природу, а мировой опыт свидетельствует о необходимости и возможности (хотя и в ограниченных масштабах) перехода к экономическим методам организации системы здравоохранения, к предпринимательству в этой сфере.

Однако кроме объективных преград, к сожалению, существуют и субъективные факторы, ограничивающие развитие бизнеса в здравоохранении. А именно, отсутствие специалистов. Где учат организации экономики и ведению дел в здравоохранении? В России

такие места можно перечислить по пальцам одной руки. К примеру, только в 1992 г. организован медико-экономический факультет в Самаре в Институте усовершенствования врачей (на основе спецкурса); на кафедре экономики непродовольственной сферы экономического факультета МГУ, где несколько аспирантов (1-2) тоже занимаются этой проблемой; в лаборатории экономики здравоохранения АМН, в ММА. Вот пожалуй, и все. Но рыночная экономика требует глубокого понимания специфики подобных вопросов. А откуда этому пониманию взяться?

К экономике здравоохранения до недавнего времени не было серьезного отношения. Это малоисследованная область, не паханое поле; а рынок уже давит всеми своими противоречиями на общество и разрушает привычные социальные представления о жизни. При таких условиях еще одним препятствием является неподготовленность психологии медицинских работников к ведению дел на основе предпринимательства.

Следует подчеркнуть вот что. Все, кто занимается непосредственно экономикой здравоохранения, черпают свои знания в общеэкономической теории. Однако поскольку общая экономическая теория существует уже несколько столетий, то терминология в ней устоялась; тогда как в относительно новой области знаний, в экономике здравоохранения - полная терминологическая чересполосица. Например, определение цены до недавнего времени звучало как «сметная стоимость на одного пролеченного больного то группе нозологий». Но речь, конечно, идет не о стоимости, а о цене.

Формы предпринимательства в здравоохранении

Становление любого дела начинается с решения вопроса об источнике финансирования. В медицине можно выделить по крайней мере следующие источники:

- 1) Средства государственного бюджета.
- 2) Целевые взносы предпринимателей, предприятий.
- 3) Средства общественных благотворительных организаций.
- 4) Личные средства граждан.
- 5) Заработанные лечебно-профилактическими учреждениями средства.

Многообразие источников существования здравоохранения, с одной стороны, предопределяет многообразие форм собственности и предпринимательской деятельности в этой сфере и в то же время, с другой, показывает ограниченный характер предпринимательства, что связано и с сутью, и со сложившимися методами финансирования этой отрасли.

Какие же формы предпринимательства или, точнее, ведущие к организации предпринимательства в медицине имеются на сегодня?

Очень распространено (в виде переходной формы) оказание частично платных медицинских услуг населению государственными лечебно-профилактическими учреждениями. Это позволяет накапливать средства для будущего самофинансирования.

Переходной является и аренда. Конечно, это не форма предпринимательства, но на ее базе возможна организация различных форм; это способ изыскания первоначального капитала. Он не делает медицинских работников собственниками, но расширяет их экономические права.

Еще одной формой предпринимательства в здравоохранении, получившей широкое распространение три года назад, стали кооперативы, однако в настоящее время эта форма затухает. Она развивалась в уродливом виде и дискредитировала себя в глазах населения; хотя с точки зрения правовой защищенности - это самая лучшая форма.

Начиная с 1992 г., у нас вошли в моду и получили наибольшее развитие акционерные общества. Это - наиболее распространенная в мире форма предпринимательской деятельности. Широкое распространение в медицине имеет также и индивидуальная предпринимательская деятельность.

Наиболее перспективными, на мой взгляд, являются акционерные общества открытого типа. Каковы их преимущества? Эта форма позволяет ускорить распространение акций (внутри коллектива может не хватить личных средств), привлекать больше средств от их продажи (так как акции можно распространять не на льготных условиях, а по рыночной цене), более тесно взаимодействовать с другими лечебными учреждениями.

На какая бы форма предпринимательской деятельности не была выбрана, формула ее одна: вернуть первоначально авансированные деньги, с приращением, то есть полу-

чить прибыль. А для этого очень важно иметь критерии учета полезного эффекта труда медиков, его стимулирования, сопоставления в стоимостной форме затрат и результатов⁴.

Если выбрана независимая форма предпринимательской деятельности, то медицинская услуга имеет такую цену, которую готов заплатить пациент. В этом случае цена формируется на основе спроса, предложения, конкуренции и под влиянием других факторов рынка. Если же это лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее частично платные медицинские услуги (где часть коечного фонда отдана для коммерческой деятельности, но сохраняется в основном бюджетное финансирование), то на цену продолжает оказывать влияние государство⁵. Это, безусловно, ограничивает возможности предпринимательской деятельности таких лечебно-профилактических учреждений, средства для самофинансирования накапливаются медленно, снижается стимулирующая роль цены.

Как элементы себестоимости, в цену медицинской услуги включаются: основная заработная плата медицинского персонала, отчисления на социальное страхование, стоимость питания больного, стоимость медикаментов, мягкого инвентаря, накладные расходы.

Существенной особенностью современного расчета цены медицинской услуги по данной нозологической форме является то, что в ней необходимо учитывать влияние инфляционных процессов и социальные факторы⁶.

Таким образом корректируются тарифы на медицинские услуги, которые существовали как фактически сложившиеся и выводились из практики. На эти цены ориентируются лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) России, находящиеся преимущественно на бюджетном финансировании, но оказывающие частично платные медицинские услуги⁷.

Фактически они являются стандартом для данной нозологической группы. Но в определении этого стандарта, конечно же, требуется исходить не из того, сколько может быть выделено средств, а из того, сколько нужно для эффективной работы. Разумеется, цена медицинской услуги должна включать стоимость диагностических, лечебно-реабилитационных манипуляций и процедур; в ней должны отразиться стоимость материально-технической базы, затраты на социальное развитие и дополнительное материальное стимулирование коллектива.

От цены медицинской услуги зависит прибыль данного ЛПУ, оплата труда медицинских работников, а значит, успехи предпринимательства в здравоохранении. Эти успехи зависят также от действующей системы налогообложения. К сожалению, налог 32% на прибыль для такой отрасли экономики как здравоохранение является очень высоким; чтобы активизировать предпринимательскую деятельность, особенно в форме акционерных обществ, необходимо значительное его снижение. Это могло бы позволить отрасли подняться «на ноги», постепенно перейти на самофинансирование, найти эффективные социально-экономические формы предпринимательской деятельности.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ «Встроенные стимуляторы» - любые меры, сглаживающие противоречия рыночной экономики. Например, пособия по безработице, по бедности и проч.

² На эту особенность, в частности, обращает внимание в своей статье И. Шейман [2].

³ Нозология - категория сложности заболевания. Всего существует 20 нозологических форм.

⁴ Установленные тарифы основаны на затратах, определяемых по данной форме нозологий из расчета на одного пролеченного больного. Схема расчета следующая: стоимость содержания одного больного в день; длительность лечения (количество дней); общая стоимость лечения.

⁵ Так, если себестоимость принять за 100%, то прибыль, содержащаяся в цене данной медицинской услуги не должна превышать 20% от себестоимости.

⁶ Здесь в качестве сегодняшнего компромисса введены следующие коэффициенты: расходы на заработную плату (как элемент себестоимости) в расчете на одного пролеченного больного умножают на 1,8, то есть на коэффициент недавнего повышения заработной платы медицинских работников; а в статье накладных расходов такой элемент, как затраты на транспорт, умножают на коэффициент 1,5, пытаясь хоть как-то учесть рост цен на энергоносители. Потом всю цену умножают на 1,5, чтобы учесть инфляцию.

⁷ В результате в Московской медицинской академии, например, действуют следующие цены: эндоскопические урологические операции стоят на одного пролеченного больного 41 580 руб.; операции

резекции желудка - 18 328 руб.; лечение угревой сыпи, хронических пиодермий - 6 562 руб.; лечение никотиномании с применением заместительных средств - 2 000 руб.; грыжесечение - 3 382 руб. и т.д. Таковой является общая стоимость лечения по различным нозологическим формам в расчете на одного пролеченного больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения // Лечебно-профилактические учреждения и учреждения судебно-медицинской экспертизы. - М, 1989. Т. 1. С. 101.
2. *Шейман И.* Страховая медицина Запада и реформа здравоохранения в СССР // Мировая экономика и международн. отношения. 1990. № 8. С. 89.