

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев

**ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ, НОВЫЙ
ХОЗЯЙСТВЕННЫЙ МЕХАНИЗМ,
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО И
ПРИВАТИЗАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
и дополнительного профессионального образования

Владикавказ, 2020

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Тотров И.Н. – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Касохов Т.Б. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

Современные формы рыночного хозяйствования основываются на отношении к собственности, на разделении правомочий собственника между экономическими субъектами. Предприниматель, являясь главным действующим лицом на рынке, может не быть собственником применяемого им имущества.

К основным видам собственности в России относятся:

государственная собственность;

собственность граждан;

- муниципальная собственность;
- общая (коллективная собственность);
- собственность общественных объединений (организаций);
- частная собственность;
- собственность юридического лица.

Собственность – система экономических и юридических отношений между людьми по поводу имущества, условий и результатов производства. В системе правоотношений можно выделить: право собственности; ответственность собственника, защиту прав собственности.

По Закону «О собственности в Российской Федерации» право собственности определяется как право по своему усмотрению осуществлять владение, пользование и распоряжение имуществом. Владение означает фактическое обладание имуществом, без чего невозможно реализовать все другие права собственности, пользование – это потребление имущества в соответствии с теми свойствами, которыми оно обладает. Распоряжение означает определение юридической судьбы имущества, которое можно:

продать, обменять, подарить, отдать в залог, аренду и т. д. Ответственность собственника выражается в том, что он несет все издержки, связанные с содержанием собственного имущества, а также в том, что имущество собственника может быть использовано для компенсации потерь, нанесенных собственником третьему лицу. Защита прав собственности предполагает наличие норм права, исключающих нарушение прав собственности со стороны какого-либо иного субъекта права. Наряду с правом собственности существует право полного хозяйственного ведения, когда собственник передает свои полномочия другому субъекту. Государственные предприятия и многие учреждения функционируют на правах полного хозяйственного ведения, носителем которого является руководитель соответствующего предприятия (учреждения), переданного государством в полное хозяйственное ведение. Если деятельность этого предприятия (учреждения) финансируется за счет собственника, то возникает право оперативного управления. Учреждения в Российской Федерации в основном обладают правом оперативного управления, это относится и к государственным (муниципальным) медицинским учреждениям.

В здравоохранении приходится иметь дело с различными формами собственности. В Конституции Российской Федерации в статье 41 говорится о трех формах собственности в здравоохранении: государственной, муниципальной, частной. В основах законодательства РФ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» содержатся статьи: 12 – «Государственная система

здравоохранения», 13 – «Муниципальная система здравоохранения», 14 – «Частная система здравоохранения».

Государственная собственность – имущество, право на которое находится у органов государственной власти. К государственной собственности относятся федеральная собственность и собственность субъектов в составе Российской Федерации. Государственная система здравоохранения включает:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации;
- органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга;
- Российскую академию медицинских наук;
- находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения РФ и министерств здравоохранения республик в составе РФ. Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения являются юридическими лицами. Их имущество соответственно можно отнести к собственности юридического лица, переданной ему в оперативное управление или полное хозяйственное ведение, что должно быть отражено в соответствующем договоре и уставе учреждения или предприятия в системе государственного здравоохранения.

Муниципальная собственность – имущество, право собственности, на которое принадлежит органам местного самоуправления. В Российской Федерации к муниципальной собственности относится имущество, находящееся в собственности органов власти районов, городов и территориальных образований в их составе, а также средства их бюджетов. Муниципальная собственность здравоохранения включает:

- муниципальные органы управления здравоохранением;
- находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические организации и предприятия, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения. Они так же, как и государственные, являются юридическими лицами, их собственность – собственность юридического лица, переданная ему собственником в ответственное управление или полное хозяйственное ведение по

соответствующему договору, что должно быть отражено в уставе соответствующего предприятия или учреждения. Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Частная собственность – имущество, право собственности, на которое регулируется частным правом. Частной может быть как собственность, физических лиц – граждан, так и собственность юридических лиц, если юридическое лицо не является субъектом государственной или муниципальной собственности. К частной системе здравоохранения относятся:

- лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности;
- лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью;
- лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Промежуточное место между государственной и частной занимает **общая собственность** нескольких субъектов. Строго говоря, уже семейная собственность может считаться общей. Согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации, общая собственность подразделяется на совместную и долевую. **Общая совместная собственность** принадлежит всем собственникам вместе и не делится между ними на части. **Общая долевая собственность** разделена на доли, части. В кооперативах, товариществах долю каждого собственника именуют *паем*. Доли, паи определены, но не выделены из общей собственности. Если собственник отделяет свою часть из общей собственности, она становится частной собственностью.

Наряду с перечисленным делением форм собственности, различают собственность граждан (**физических лиц**) и организаций (**юридических лиц**).

В российской медицине частная индивидуальная собственность на средства производства, оказания услуг представлена в основном медицинским оборудованием, используемым отдельными предпринимателями, например в стоматологии. Постепенно получает распространение в гораздо более крупных масштабах групповая, акционерная собственность в виде частных клиник и даже стационаров, принадлежащих группе лиц. Сложнее обстоит дело с формированием объектов общей собственности, в которых государственная и муниципальная собственность сочетается с частной. Пока преобладающими формами собственности на имущество, используемое в целях охраны здоровья, остаются государственная и муниципальная собственность. Отдельные виды объектов здравоохранения относятся к собственности общественных организаций (профсоюзов, ассоциаций, фондов).

Новый хозяйственный механизм

Экономические преобразования в государственной системе здравоохранения нашей страны начались с введения *нового хозяйственного механизма* (НХМ). Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении было одобрено Комиссией по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР 23 июня 1989 г. Этому предшествовало проведение экономических экспериментов в здравоохранении, направленных на введение элементов предпринимательства, хозрасчета, экономических методов управления.

Новый хозяйственный механизм (НХМ) в здравоохранении разрабатывался на основании широкомасштабного эксперимента, проводившегося в четырех регионах страны. К этому эксперименту в дальнейшем добровольно, по собственной инициативе, присоединились другие территории и отдельные медицинские учреждения. Для полного использования нового хозяйственного механизма, представляющего собой специфическую форму хозяйственного расчета, необходимо было его введение на территории не менее области. Наибольшего успеха в эксперименте удалось добиться Кемеровской области, опыт которой в дальнейшем был использован другими территориями.

В положении о новом хозяйственном механизме в здравоохранении было отмечено, что основной целью перевода учреждений здравоохранения на новые условия хозяйствования является более полное удовлетворение потребностей населения в квалифицированной медицинской помощи, обеспечение бесплатности, гарантированности и доступности ее всем слоям населения, эффективное использование кадровых, материальных, финансовых ресурсов и научного потенциала общества, направленных на улучшение здоровья населения. Введение НХМ в здравоохранении было связано с введением во всех сферах хозяйствования хозрасчета, основанного на самоокупаемости и самофинансировании и рентабельности. В здравоохранении его реализация была невозможна, поскольку единственным реальным источником финансирования учреждений здравоохранения в 1989 г. оставался государственный бюджет. Но необходимость повышения эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения, включения здравоохранения в комплексное реформирование экономики требовали его применения в лечебно-профилактических учреждениях.

Специфическая форма хозяйственного расчета в государственном здравоохранении СССР и получила название *новый хозяйственный механизм (НХМ) в здравоохранении*.

Основными направлениями НХМ в здравоохранении являлись:

- распределение средств на здравоохранение по душевому нормативу, а не на отрасль и ее службы, учреждения;
- оплата труда медицинского персонала производилась с учетом его количества и качества;
- предоставление экономической самостоятельности руководителям учреждений, разрешение платных услуг в учреждениях здравоохранения.

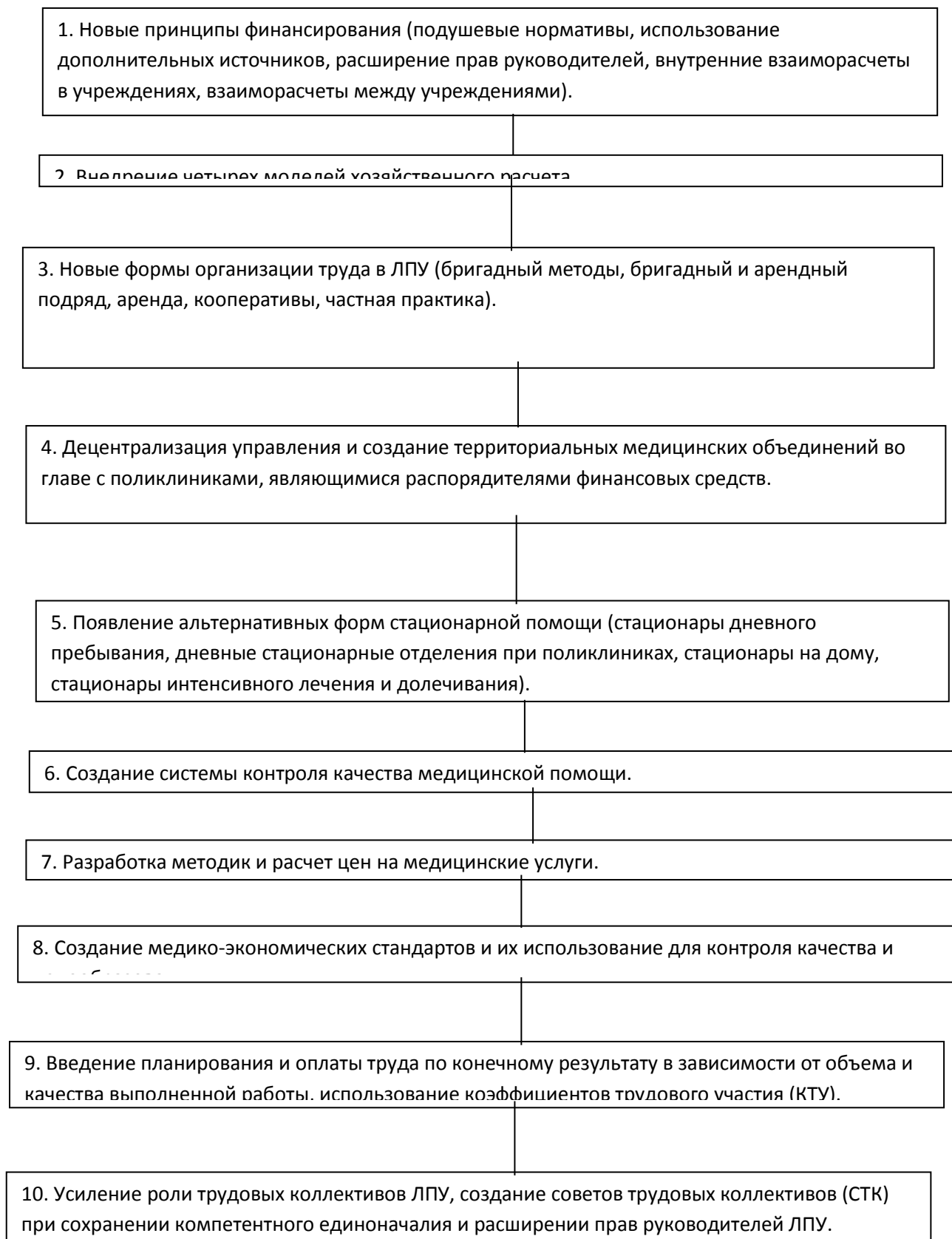


Рис. Элементы нового хозяйственного механизма в здравоохранении.

Деятельность лечебно-профилактических учреждений в условиях НХМ предусматривала изменение управление здравоохранением:

- децентрализация, приоритет экономических методов, элементы научного подхода к управлению – менеджмента;
- создание новых структур, в том числе территориальные медицинские объединения (ТМО);
- расширение прав руководителей медицинских учреждений и усиление роли трудовых коллективов в управлении учреждениями – создание советов трудовых коллективов;
- определение цены на услуги в учреждениях здравоохранения для введения взаиморасчетов как внутри учреждения между подразделениями, так и между учреждениями в соответствии с выполненной работой;
- введение новых форм организации труда медицинского персонала (бригадный метод, бригадный и арендный подряд), новых форм работы медицинских учреждений (консультативные центры, медицинские кооперативы, дневные стационары при больницах и поликлиниках, стационары на дому и т. д.);
- введение моделей хозрасчета, соответствующих новым формам организации труда: 1-я модель хозрасчета – бригадная форма организации труда, 2-я модель хозрасчета – подрядные формы организации труда (бригадный и арендный подряд), 3-я модель хозрасчета – аренда, 4-я модель хозрасчета – медицинские кооперативы и другие формы частного предпринимательства в здравоохранении;
- попытка создания системы оплаты труда персонала в соответствии с объемом и качеством выполненной работы, введение экономических методов стимулирования интенсивности и качества;
- введение системы внутриведомственного контроля качества медицинского обслуживания на основе разработки медико-экономических стандартов (диагностически связанных, диагностически родственных или клинико-статистических групп) с использованием экспертных оценок различного уровня (ступеней контроля качества медицинского обслуживания);
- изменение порядка финансирования здравоохранения (выделение средств из бюджета на одного жителя по дифференцированным подушевым нормативам, разрешение использовать в государственных учреждениях здравоохранения дополнительные источники финансирования, оказание платных услуг сверх гарантированных, работы по договорам с предприятиями и т.д.).

Являясь специфической формой хозяйственного расчета в государственной системе здравоохранения, НХМ должен был решать проблему повышения эффективности использования ресурсов и повышения качества медицинского обслуживания за счет интенсификации труда и повышения заинтересованности работников учреждений здравоохранения в его результатах. Это достигалось созданием различных вариантов (моделей) хозяйственного расчета – формирования и распределения хозяйственного дохода.

На основе использования всех разрешенных нормативными документами источников финансирования формировался в соответствии со спецификой организации труда **единый финансовый фонд**, который распределялся в зависимости от принятой коллективом модели хозяйственного расчета.

Основным источником финансирования учреждения здравоохранения являлись средства бюджета, выделявшиеся по долговременным экономическим нормативам, устанавливаемыми на 5 лет с распределением по годам.

Поликлиникам бюджетные средства выделялись по дифференцированным подушевым нормативам, а другим учреждениям поступали как оплата в соответствии с объемом и качеством выполненной работы или по смете расходов.

Дополнительные средства зарабатывались коллективом путем оказания дополнительных сверхнормативных услуг по договорам с различными государственными, кооперативными и общественными предприятиями, учреждениями и организациями, оказания сверхнормативных услуг населению на платной основе, выполнения дополнительных заказов органов управления с выделением дополнительных ресурсов на их выполнение, поступали как часть взысканных сумм за причиненный ущерб здоровью населения в связи с нарушением санитарно-гигиенических противоэпидемических норм и правил, средства, полученные по удовлетворенным искам медицинских учреждений к предприятиям и организациям, часть средств, сэкономленных в результате снижения временной нетрудоспособности, добровольные взносы предприятий, учреждений, организаций, благотворительных фондов, кооперативов, граждан, иными путями, не запрещенными законом и разрешенными органами управления здравоохранением.

Не допускалась экономия средств за счет сокращения расходов на питание, медикаменты, перевязочные средства. Полученные в результате такой экономии средства должны были изыматься.

Средства, полученные из всех источников, составляли **единый фонд финансовых средств** учреждения здравоохранения. Средства этого фонда должны были использоваться для возмещения затрат, а также создания фондов экономического и материального стимулирования.

Учреждения здравоохранения по решению трудового коллектива могли применять один из способов распределения средств единого финансового фонда, который соответствовал избранной модели хозрасчета.

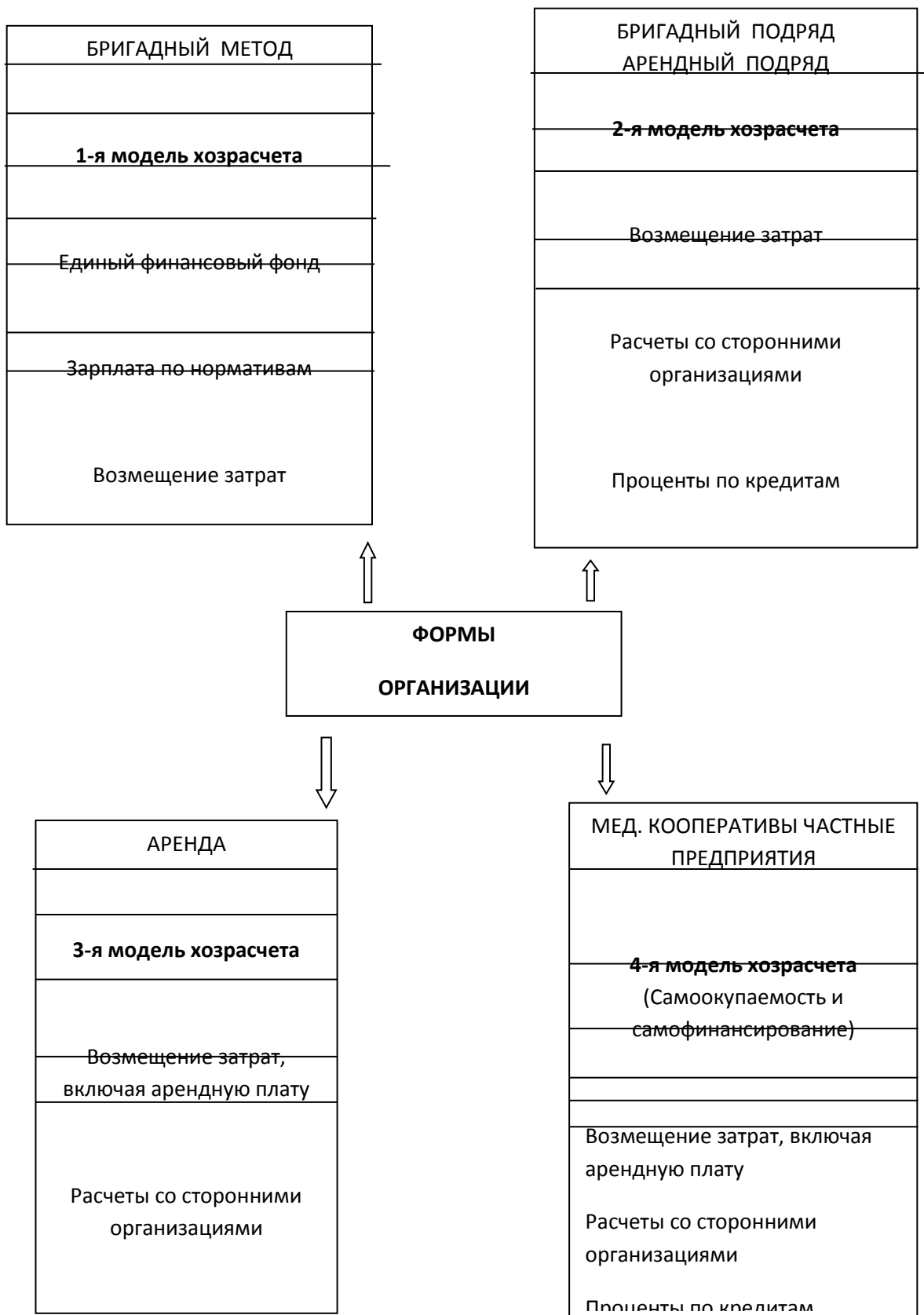


Рис. Формы организации труда и модели хозрасчета в условиях НХМ.

Первая модель хозрасчета соответствовала, как правило, *бригадной форме* организации труда.

Между бригадой и администрацией заключается договор, в котором бригада обязуется выполнять определенный объем работы с определенным (имеется в виду – высоким) качеством. Администрация обязуется выплачивать бригаде весь фонд заработной платы бригады независимо от числа членов бригады. Заработная плата каждого члена бригады определяется при помощи коэффициента трудового участия (КТУ), который рассчитывается на общем собрании бригады при помощи установленной схемы экспертных оценок.

По своему составу бригада может быть:

- простой, в состав которой входят только санитарки, или только медсестры, или только врачи какого-либо подразделения;
- комплексной, включающей всех работников подразделения;
- сквозной, организация которой возможна только в территориальном медицинском объединении, состоящем из нескольких поликлиник. В состав такой бригады могут входить работники однопрофильных подразделений из разных поликлиник.

Возглавляет бригаду бригадир. Должность эта является выборной. Оплата труда каждого члена бригады производится согласно коэффициенту трудового участия (КТУ).

Основные преимущества *бригадного подряда*:

- возможность меньшим числом работников выполнить необходимый объем работы;
- повышение инициативы и ответственности членов бригады за результаты работы;
- дифференциация заработной платы от объема, сложности и качества выполняемой работы.

Важнейшими *недостатками* бригадного подряда является незаинтересованность членов бригады в полном укомплектовании штатов.

При этой модели учреждением здравоохранения выплачивается заработная плата работникам, возмещаются материальные и приравненные к ним затраты, производятся расчеты со сторонними организациями, выплачиваются проценты за кредит. Оставшиеся после этих расчетов средства поступают в распоряжение трудового коллектива. Из них по установленному нормативу формируется фонд производственного и социального развития и как остаток образуется фонд материального поощрения. В фонд материального поощрения, кроме того, могут быть перечислены неиспользованные средства фонда заработной платы, а также

средства, переданные на эти цели другими предприятиями и организациями за счет своих фондов оплаты труда.

Вторая модель хозрасчета соответствовала обычно *подрядным формам* организации труда (*коллективный подряд*).

Сущность коллективного подряда заключается в том, что коллектив медицинского учреждения и вышестоящий орган управления здравоохранением заключают договор, в котором определяется государственный заказ на оказание бесплатной медицинской помощи населению обслуживаемой территории. Для выполнения государственного заказа учреждению выделяются необходимые денежные ресурсы по нормативу (в Санкт-Петербурге – в расчете на душу населения). При этом коллектив обязуется эффективно использовать выделенные ему материальные и денежные ресурсы, обеспечивая выполнение установленного государственного заказа с необходимыми качественными показателями.

Из общей суммы поступлений формируется единый фонд финансовых средств учреждения, из которого возмещаются материальные и приравненные к ним затраты, осуществляется расчет со сторонними организациями, выплачиваются проценты за кредит. Из оставшихся средств по установленному нормативу в процентах к общей сумме поступлений формируется фонд производственного и социального развития и как остаток – единый фонд оплаты труда.

Совет трудового коллектива распределяет единый фонд оплаты труда между структурными подразделениями (бригадами), исходя из объема и качества оказания медицинской помощи. Заработная плата каждого работника определяется на основании КТУ.

Третья модель хозрасчета соответствует *арендной форме* организации труда (*арендный подряд*).

Арендный подряд состоит в том, что коллектив учреждения заключает договор с органом управления здравоохранения на аренду основных фондов, приобретает полную самостоятельность в их использовании. При этом коллектив обязуется эффективно их использовать и обеспечивать оказание с высоким качеством всех видов бесплатной медицинской помощи (вошедших в госзаказ) населению, проживающему в зоне обслуживания.

Эта модель отличается от предыдущей тем, что в первую очередь при возмещении затрат осуществляется оплата за арендованное имущество, а оставшиеся средства (после возмещения затрат, уплаты налогов и процентов по кредитам) находятся в распоряжении трудового коллектива, который по своему усмотрению формирует фонды производственного и социального развития, резервный фонд и фонд оплаты труда.

Четвертая модель хозрасчета соответствует полному хозяйственному расчету, включающему самокупаемость и самофинансирование, полную самостоятельность предпринимателя, действующего в соответствии с законами и нормативными документами. Все необходимые фонды формируются в этом случае в зависимости от целей и задач предприятия, условий его деятельности, потребностей и Устава по решению предпринимателя, согласованному с

коллективом. Так осуществляется, как правило, работа частных медицинских учреждений и кооперативов.

В условиях нового хозяйственного механизма получили развитие внутриведомственный и внутриучрежденческий хозрасчет. В системе внутриведомственного хозрасчета в хозрасчетные отношения вступали различные медицинские учреждения. Так, поликлиники оплачивали стационарное лечение в расчете за пролеченного больного, оплачивали услуги скорой медицинской помощи и консультативно-диагностических центров.

Система внутриучрежденческого хозрасчета подразумевала наличие хозрасчетных отношений между подразделениями учреждения.

Новый хозяйственный механизм, внедрение в здравоохранение хозрасчета актуализировали проблему управления в здравоохранении. Главный врач должен все в большей степени, становится менеджером (хотя, возможно, более рациональным является создание дополнительного института менеджеров), поскольку число его задач неизмеримо расширяется в условиях, когда учреждение наряду с традиционным оказанием высококачественной медицинской помощи должно являться рентабельным. Поэтому проблемы НХМ неотделимы от проблем менеджмента в здравоохранении.

Новый хозяйственный механизм в здравоохранении позволил сформировать механизмы деятельности медицинских учреждений, необходимые для более глубоких экономических преобразований, введения медицинского страхования, формирования наряду с государственной муниципальной частной (приватной) системы здравоохранения. Главными элементами НХМ, необходимыми для последующих преобразований, были введение ценообразования, взаиморасчетов, осуществление контроля качества предоставленной медицинской помощи, заинтересованность в экономии ресурсов и повышении экономической эффективности.

Приватизация в здравоохранении

Переход от государственной формы собственности к негосударственной называется разгосударствлением.

Приватизацией называется переход к частной или максимально приближенной к частной, например, к акционерной форме собственности.

Под *приватизацией* государственного или муниципального имущества в сфере здравоохранения подразумевается передача прав и обязанностей собственности от органов государственного и местного управления либо от государственных (муниципальных) предприятий и организаций физическим и юридическим лицам (или их объединениям), которые становятся преемниками этих прав и приобретают права на имущество, закрепленное за приватизируемыми учреждениями здравоохранения на условиях и в порядке, предусмотренном соответствующими законами. Объектом приватизации в здравоохранении может стать не только имущество, но и организации, учреждения, занятые медицинской деятельностью.

Главной целью проводимой приватизации в здравоохранении является демонополизация отрасли, создание условий конкурентоспособности лечебных

объектов в интересах расширения выбора населением видов и форм медицинской помощи, повышения эффективности работы служб (подразделений) и качества обслуживания, увеличение доходов государственного бюджета. Одновременно ставятся задачи повышения уровня социальной защиты работников отрасли, обеспечения развития инфраструктуры единого медико-фармацевтического комплекса за счет средств от приватизации и привлечения инвестиций в эту социально значимую сферу.

Приватизация призвана сбалансировать интересы всех субъектов медицинских услуг: их потребителей (пациентов), работников здравоохранения и государства. Основными результатами этого процесса должны стать повышение эффективности работы отрасли и качества оказываемой лечебно-профилактической и медикаментозной помощи, предоставление гражданам реальной возможности самостоятельного выбора учреждений здравоохранения и специалистов, видов оплаты услуг, увеличение уровня заработной платы персонала. Приватизация и коммерциализация (предоставление услуг на коммерческих началах) отдельных учреждений и организаций отрасли позволит также сэкономить бюджетные средства, расходуемые на приватизируемые организации, и направить их на развитие единого медико-производственного комплекса.

Осуществление приватизации в здравоохранении должно базироваться на соблюдении следующих основных принципов:

- обеспечение многосекторальности (многоукладности) здравоохранения, целесообразного, рационального сочетания и разделения государственного и частного секторов, выделения общего, смешанного сектора;
- установление взаимодействия приватизированного сектора с сектором страховой медицины, предоставление возможности оплаты услуг частных организаций за счет фондов ОМС;
- организация государственного контроля за деятельностью приватизированного сектора в медицине;
- сохранение существующих структур федеральных и региональных сетей учреждений здравоохранения;
- оказание содействия негосударственному сектору здравоохранения со стороны государства посредством упрощения регистрации, предоставления в аренду помещений и оборудования, выдачи государственных заказов на осуществление работ и оказание услуг.

Наиболее целесообразной с точки зрения современной системы здравоохранения, основанной на публичной собственности, является трехуровневая структура ее организации и управления, включающая следующие уровни: 1) местный или муниципальный; 2) региональный; 3) федеральный.

Государственный федеральный сектор здравоохранения, использующий федеральную собственность, обеспечивает населению гарантированный минимум медицинских услуг.

Государственный региональный сектор здравоохранения опирается на использование объектов собственности субъектов Федерации и представляет

собой продолжение федерального сектора, дополняющее его с учетом особенностей и ресурсных возможностей региона – субъекта Федерации.

Муниципальный сектор здравоохранения, используя возможности территориальных органов управления здравоохранением, базируется на муниципальной форме собственности и управляется местной администрацией. В этом секторе граждане получают основной объем первичной медико-санитарной помощи из его источников осуществляется финансирование многоотраслевых служб здравоохранения.

Бесплатность медицинской помощи в федеральном, региональном и муниципальном секторах обеспечивается функционированием системы ОМС, наряду с федеральными, региональными и местными программами развития здравоохранения и общественной профилактики заболеваний.

Основная часть учреждений здравоохранения согласно такой концепции остается в государственной и муниципальной собственности, в первую очередь те из них, которые оказывают высококвалифицированную помощь, являясь уникальными для определенной территории.

Сектор частной медицинской практики использует объекты частной собственности и объекты государственной и муниципальной собственности, предоставляемые в аренду на началах совместного пользования, функционируя в тесной взаимосвязи с системой добровольного индивидуального и группового медицинского страхования. Государство регламентирует (или лимитирует) долю платных медицинских услуг, исходя из показателей индивидуального страхования граждан.

Таким образом, современная государственная политика в области здравоохранения нацелена на обеспечение сбалансированного развития всех его секторов, независимо от формы собственности. При этом государство, ограничивая прямые функции директивного управления медициной, несет полную ответственность за обеспечение граждан России гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи вне зависимости от того, оказывается ли она организациями государственного или частного сектора.

Приватизация не должна разрушать сложившуюся в стране и в отдельных ее регионах действующую структуру сети медицинских учреждений. Граждане России и после приватизации этих учреждений должны получать все виды гарантированной бесплатной и общедоступной медицинской помощи как в государственных (или с преобладающим участием государства), так и в приватизированных лечебно-профилактических учреждениях.

Этот основополагающий принцип приватизации в сфере здравоохранения должен стать базой ее дальнейшего развития. Механизм его конкретной реализации зависит от двух основных подходов к приватизации медицинских учреждений во всех регионах страны.

Первый подход предполагает, что Федеральная программа приватизации медицинских учреждений должна устанавливать лишь общие («базовые») принципы их разгосударствления. На основе базовых принципов каждый регион разрабатывает собственную программу приватизации, ориентируясь при этом на свои местные особенности и условия развития здравоохранения в каждом

отдельном регионе. В этом случае у регионов должны быть сохранены возможности существенного отступления от Федеральной программы. Если эти отступления будут значительными, то региональные (или местные) органы власти должны обладать правом принимать региональную (или местную) программу приватизации учреждений здравоохранения.

В основе второго подхода лежит типологизация (или группировка) всех регионов России по сходству (или близости) на основе следующих основных признаков:

- демографических особенностей населения;
- динамики заболеваемости (по отдельным видам болезней);
- уровня материальной обеспеченности граждан;
- уровня развития региональной сети здравоохранения.

При отнесении регионов к определенному типу следует учитывать и такие признаки, как обеспеченность жильем, уровень среднедушевого дохода, экологические условия. Для каждой группы регионов разрабатывается собственная стратегия приватизации.

Приватизация части государственной собственности в России – естественное следствие перехода к рыночной экономике. В то же время накопленный с начала девяностых годов прошлого века опыт приватизации объектов государственной и муниципальной собственности свидетельствует, что приватизация порождает ряд серьезных экономических и социальных проблем, зачастую приводит к тяжелым последствиям. В процессе слабо контролируемой государством приватизации происходит растаскивание государственной собственности, передача ее в частные руки за плату, существенно ниже объективной оценки стоимости, механизмы проведения которой требуют особой наладки. В ряде случаев приватизируемые объекты используются не по прямому их назначению, в результате чего наносится социальный ущерб.

Учитывая явную ограниченность количества объектов собственности в российском здравоохранении и недостаточность средств государственного и местных бюджетов, которые призваны в определенной мере пополнять доходы от приватизации, следует с особой тщательностью и осторожностью подходить к приватизации в сфере здравоохранения.

Основными способами приватизации являются: аукционная продажа, конкурсная продажа, прямая продажа, выкуп арендованного имущества.

Управление приватизацией в России осуществляют комитеты по управлению имуществом и фонды имущества. В качестве собственника, продающего имущество, выступает государство, распорядителем собственности от его имени является комитет по управлению имуществом. Комитеты по управлению имуществом существуют на федеральном и территориальном уровнях. Федеральный комитет по управлению имуществом распоряжается собственностью Российской Федерации, комитеты по управлению имуществом на территориальном уровне распоряжаются собственностью субъектов Российской Федерации (республик, автономной области, автономных округов, краев, областей). Комитеты по управлению имуществом готовят решения о приватизации конкретных объектов государственной собственности и ее способах

и участвуют в их принятии и реализации. Фонды имущества также существуют на федеральном и территориальном уровнях, они непосредственно осуществляют продажу имущества и оформление соответствующих документов.

В качестве источников средств при приватизации государственного имущества могут быть использованы:

- личные сбережения граждан;
- собственные средства юридических лиц (предприятий, учреждений, организаций различных форм собственности, общественных объединений и т.д.);
- заемные средства (кредиты банков и других кредиторов);
- иностранные инвестиции.

На первом этапе приватизации в качестве источника средств для приватизации государственной собственности использовались приватизационные чеки.

Способ приватизации определялся соответствующим комитетом по управлению имуществом в зависимости от численности работающих и стоимости основных фондов. Мелкие предприятия с численностью работающих до 200 человек и стоимостью основных фондов на 01.01.92 г. менее 1 млн руб. подлежали продаже на аукционе или по конкурсу. Предприятия, имеющие более 1000 работников и основные фонды стоимостью свыше 50 млн руб., преобразовывались в акционерные общества. Остальные предприятия могли быть приватизированы любым из установленных способов. На каждый год утверждалась государственная программа приватизации. К концу 1994 г. было намечено приватизировать около половины основных фондов, по данным, публикуемым средствами массовой информации, к 1999 г. приватизировано более 70% предприятий и учреждений.

Наибольшее распространение получила приватизация государственной собственности путем ее **акционирования**. Акционирование – это преобразование государственных и муниципальных предприятий в акционерные общества. Такая приватизация осуществлялась в соответствии с законом, принятым еще в 1992 г. в несколько этапов.

На 1-м этапе приватизации на предприятии (другом объекте собственности) создавалась комиссия по приватизации при участии членов коллектива с оформлением соответствующих протоколов собраний и других документов, предусмотренных при создании комиссии.

На 2-м этапе комиссия подготавливала предприятие к приватизации путем акционирования.

На 3-м этапе проводилось собрание и учреждалось акционерное общество с оформлением соответствующих документов.

На 4-м этапе осуществлялось распределение акций, оформление их передачи в собственность акционеров.

Учредителем акционерного общества выступает соответствующий комитет по управлению имуществом. Комиссия по приватизации создается комитетом и определяет размер уставного фонда акционерного общества на основе оценки объекта приватизации. С момента регистрации акционерного общества прежние

государственное или муниципальное предприятие считается преобразованным, а его имущество – переданным на баланс акционерного общества.

Было разработано несколько **вариантов приватизации** предприятий государственной собственности путем акционирования.

По **1-му варианту** 25% акций передаются безвозмездно коллективу приватизированного предприятия, каждому акционеру на сумму не более 20 минимальных размеров месячного заработка. Эти акции распределяются между работниками в порядке, принятом общим собранием, они являются привилегированными, не дают права голоса, но по ним получают дивиденды. Еще 10% акций могут быть проданы коллективу со скидкой 30% их стоимости, причем приобретение акций одним человеком возможно не более чем на 6 минимальных размеров месячного заработка. Акции покупают в рассрочку на 3 года, первый взнос не может быть менее 15%. Кроме того, должностным лицам из администрации приватизируемого предприятия предоставляется возможность приобрести 5% акций, но не более чем на сумму, соответствующую 2 тыс. размеров минимальной заработной платы на каждого. Остальные акции поступают в свободную продажу, 10% выручки поступают на личные приватизационные счета работников предприятий и могут быть использованы для покупки акций своего или любого другого предприятия.

По **2-му варианту** акционирования членам трудового коллектива предоставляется право приобретения 51% обыкновенных, голосующих акций по цене в 1,7 раза выше их номинальной стоимости. Таким образом, в собственность коллектива переходит контрольный пакет акций. Остальные акции продаются.

По **3-му варианту** группа работников с согласия трудового коллектива берет на себя ответственность за выполнение плана приватизации и недопущение банкротства предприятия и заключает соответствующий договор на 1 год с фондом имущества, внося залог в размере 200 минимальных размеров заработной платы на каждого. По истечении срока договора и соблюдении его условий члены группы могут приобрести 20% уставного капитала в виде обыкновенных акций по номинальной стоимости. Всем работникам продаются акции на сумму 20 % уставного капитала, но не более 20 размеров минимального месячного заработка на одного работника, со скидкой 30% номинальной стоимости, оплатой в рассрочку на 3 года при первом взносе не менее 15%. Этот вариант мог применяться на предприятиях с численностью работников более 200 человек и стоимостью основных фондов от 1 млн до 50 млн руб. на 01.01.92 г.

2-й и 3-й варианты акционирования допускались только тогда, когда за них проголосовали не менее 2/3 работников предприятия, так как эти варианты дают некоторые преимущества администрации предприятия при проведении приватизации, хотя и связаны с определенным риском.

Приватизация должна была создать условия для активизации предпринимательской деятельности и повышения эффективности производства различных товаров и услуг на основе конкуренции.

Предпринимательство в здравоохранении

Предпринимательство или предпринимательская деятельность – инициативная самостоятельная деятельность граждан и их объединений, направленная на

получение прибыли. Определенные элементы предпринимательской деятельности могут быть связаны и с некоммерческой деятельностью, преследующей социально значимые цели, в том числе и в здравоохранении.

Предпринимательская деятельность может осуществляться предприятиями и организациями различных форм собственности в зависимости от их организационно-правовой формы. В России определенные виды и элементы предпринимательской деятельности осуществляются государственными, муниципальными, индивидуальными, семейными, частными предприятиями, товариществами (с ограниченной ответственностью, полными, смешанными), акционерными обществами открытого и закрытого типов, объединениями предприятий.

Предпринимательская деятельность без привлечения наемного труда регистрируется как индивидуальная трудовая деятельность, а с привлечением наемного труда – как предприятие. Осуществление предпринимательской деятельности без регистрации запрещается. Статус предпринимателя приобретается путем государственной регистрации. Предпринимательская деятельность может осуществляться собственником или субъектом, управляющим его имуществом на правах хозяйственного ведения с установлением пределов такого ведения собственником имущества. Отношения субъекта, управляющего имуществом, и собственника имущества регламентируются договором (контрактом).

Предпринимательство является наиболее действенным стимулом к высокопроизводительному труду, повышению эффективности, удовлетворению общественных потребностей. Предпринимательская деятельность принципиально возможна в медицинских учреждениях любых форм собственности. От того, сможет ли руководитель медицинского учреждения работать, как современный предприниматель, используя лучшие элементы предпринимательской деятельности для достижения целей своего учреждения в интересах здравоохранения в целом, зависят выживание и перспективы развития как самого учреждения, так и отрасли.

В здравоохранении предпринимательской деятельностью – *медико-производственным предпринимательством* по укреплению и улучшению здоровья граждан могут заниматься как организации, так и частные лица при производстве и реализации медицинских услуг и товаров медицинского назначения.

Возмещение затрат на осуществление медико-производственной деятельности и прибыль от продажи товаров медицинского назначения и медицинских услуг предприниматели получают либо от организаций или лиц, финансирующих потребителей, либо за счет средств самих граждан, получающих медицинские услуги (покупающих товары медицинского назначения).

Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении могут быть: медико-производственное оборудование; инструменты; лекарства; консультационные, лечебно-диагностические, страховые услуги и т. п.

К основным видам предпринимательской деятельности в здравоохранении относятся:

- *Производственное предпринимательство* (оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов и т. п.).
- *Торговое предпринимательство* (купля-продажа товаров медицинского назначения). Продуктом предпринимательской деятельности в этом случае являются услуги продавца – поиск и покупка товаров нужного вида (типа), доставка, продажа, гарантийное обслуживание, которое вместе с предпринимательской прибылью в конечном итоге оплачиваются покупателем.
- *Финансовое предпринимательство* (объектом купли-продажи являются денежные средства). Сюда относится предоставление кредитов или вложение средств в различные объекты и виды медико-фармацевтической деятельности.
- *Страховое предпринимательство* (страховая защита). В соответствии с заключенным договором о ДМС страховщик обязуется полностью или частично компенсировать застрахованному убытки и потери, которые тот может понести.

Предпринимательство в здравоохранении возможно в рамках организационно-правовых форм, разрешенных законодательством Российской Федерации. В соответствии с ГК РФ предпринимательством могут заниматься как физические (частнопрактикующий врач, медицинская сестра), так и юридические лица.

Все юридические лица можно разделить на коммерческие и некоммерческие организации. *Коммерческие организации* могут быть представлены: хозяйственными товариществами, хозяйственными обществами (например, акционерным обществом – АО), производственными кооперативами (в том числе медицинскими), государственными и муниципальными унитарными предприятиями. К *некоммерческим организациям* относятся учреждения, фонды, ассоциации и союзы, общественные и религиозные организации, потребительские кооперативы.

Из всех представленных организационно-правовых форм предпринимательства в России наибольшее распространение получила такая, как государственное или муниципальное медицинское учреждение, имеющее право оказывать медицинские услуги на платной основе. Такое лечебное учреждение имеет следующие характерные черты:

- 1) структура – некоммерческая организация;
- 2) собственность – государственная и муниципальная;
- 3) имеет право на предпринимательскую деятельность в виде платных медицинских услуг;
- 4) цены на платные медицинские услуги регулируются со стороны государства;
- 5) более жесткий, чем в коммерческих структурах в здравоохранении контроль государства в лице органов управления здравоохранением за ценами, расходованием средств;

б) как правило, два основных источника финансирования деятельности: бюджетные средства и средства ОМС. Дополнительным источником могут стать доходы от платных медицинских услуг.

Частнопрактикующее лицо может организовать свою деятельность на базе аренды собственности, принадлежащей любой из ранее перечисленных организационно-правовых форм предпринимательства.

Приведем сравнительную характеристику организационно-правовых форм предпринимательства, сложившихся в отечественном здравоохранении.

Общие черты и различия обществ с ограниченной ответственностью и акционерных обществ

Общество с ограниченной ответственностью (ООО)	Акционерное общество (АО)
Общие черты	
1. Участниками общества могут быть юридические лица и граждане	1. Учредителями могут быть юридические лица и граждане
2. Участники общества несут ответственность в пределах их вкладов	2. Участники общества несут ответственность в пределах их вкладов в виде пакета акций
3. Уставной фонд формируется путем объединения вкладов участников	3. Уставной фонд формируется путем объединения вкладов учредителей и участников
4. Участник общества обладает правом голоса, получает часть прибыли, а также часть имущества общества в случае его ликвидации или выхода из него – пропорционально своему вкладу в уставный фонд	4. Акционер обладает правом голоса (при владении голосующими акциями), получает часть прибыли в виде дивиденда, а также часть имущества общества в случае его ликвидации пропорционально числу акций, которыми он владеет
5. Коллективная форма предпринимательства	5. То же
Различия	
1. Не выпускает акции (письменное свидетельство о внесении вклада не относится к категории ценных бумаг)	1. Выпускает акции, которые являются ценными бумагами
2. Для передачи доли одного участника другому требуется согласие всех участников (несвободный порядок передачи)	2. В открытом АО свободный порядок передачи доли одного участника другому или третьему лицу
3. Фиксированный состав участников	3. Нефиксированный состав участников
4. Может выступать в форме малого предприятия и иметь льготы	4. Как правило – крупная организационно-правовая форма предпринимательства

Какая бы организационно-правовая основа *предпринимательской деятельности* ни была выбрана, формула этой деятельности одна: *получение прибыли*.

В рыночной экономике в целом и в здравоохранении в частности развита акционерная форма предпринимательства.

При создании негосударственного предприятия прежде всего утверждается его организационно-правовой статус, начиная с определения формы собственности, затем следует подготовка учредительных документов (устав и др.), возможно создание дочерних предприятий, филиалов и представительств.

Если организуется АО закрытого типа (ЗАО), то акции распространяются внутри коллектива. Открытое АО (ОАО) позволяет ускорить распространение акций (тогда, как внутри коллектива может не хватить личных средств), привлечь больше средств от их продажи (акции можно распространять не на льготных условиях, т. е. не дешево, а по рыночной цене), более тесно взаимодействовать с другими лечебными учреждениями, так как уставный фонд формируется за счет продажи акций любым лицам, определенным законом.

Сначала оценивается имущество лечебного учреждения. На сегодняшний день обычно это делает специально созданная комиссия или используется остаточная стоимость фондов. (В развитой рыночной экономике, в условиях свободно формируемых цен и отсутствия высокой инфляции, имущество оценивается по рыночной стоимости). Законодательно установлено, что акции могут быть выпущены на всю стоимость имущества. *Номинальная стоимость акции* – ее первоначальная цена, по которой она реализуется при учреждении АО.

Затем определяют массу дивиденда, ставку дивиденда и номинальную стоимость акций.

Дивиденд – доход, полученный владельцем акции по результатам деятельности АО.

Масса дивиденда (или сумма дивидендов) – часть прибыли, идущая в распоряжение акционеров по результатам деятельности АО.

Ставка дивиденда – процентное отношение дохода по акции к ее стоимости.

Далее определяется сумма чистой прибыли для выделения средств на уплату дивидендов. Чтобы ее определить, необходимо знать налог на прибыль.

Действующий налог на прибыль составляет **24%** (для медицинских учреждений оказывающих платные услуги) и распределяется следующим образом: 7,5% - в федеральный бюджет, 14,5% - в бюджет субъекта Российской Федерации, 2% - в местный бюджет.

Затем определяют массу дивиденда – это произведение уставного фонда на ставку дивиденда (в %).

Наиболее восприимчив к нововведениям малый бизнес. В рамках государственного и негосударственного здравоохранения он может принимать организационно-правовую форму индивидуального предпринимательства. Такая форма предпринимательства, а именно профессиональная деятельность медицинского работника (прежде всего, врача) как частнопрактикующего лица, регулируется ГК РФ.

Индивидуальное предпринимательство в отечественном здравоохранении возможно сегодня в рамках общей врачебной практики (ОВП) и службы семейных врачей.

ОВП должна пройти регистрацию в органе управления здравоохранением, который обязан контролировать:

- качество медицинской помощи врача общей практики;
- соблюдение стандартов оказания медицинской помощи;
- выполнение профилактических медицинских услуг;
- соответствие врача общей практики функции должности;
- уровень образования врача;
- систематическое повышение врачом общей практики своей квалификации и получение сертификата о повышении квалификации не реже, чем один раз в 5 лет.

Если ОВП организуется на базе государственного (муниципального) ЛПУ, то частично финансирование идет за счет бюджетных средств и средств ОМС.

Третьим источником финансирования ОВП являются средства, заработанные от платной медицинской деятельности и ДМС.

Наиболее выгодно вводить ОВП в удаленных малонаселенных районах, сельской местности и, наоборот, в экономически благоприятных регионах с платежеспособным населением (например, в Москве, в качестве платной медицинской деятельности по обслуживанию определенной категории граждан).
Врач общей практики:

1. Действует на основе существующей нормативно-правовой базы.
2. Самостоятельно выбирает контингент пациентов (например, с помощью рекламной кампании).
3. Оказывает медицинские услуги по Программе госгарантий.
4. Оказывает медицинские услуги по ДМС.
5. Распоряжается полученными в результате своей деятельности доходами (в соответствии со ст. 298 ГК РФ), фиксирующимися на отдельном специальном счете поликлиники.

Однако развитие ОВП в России затруднено по нескольким причинам:

- низкая покупательная способность населения, которое не может оплачивать объективно дорогие медицинские услуги;
- сопротивление врачей «узких» специальностей, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене и не заинтересованных в более сложных обязанностях;
- низкий уровень заработной платы медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 365-371.
2. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: 2002. –С. 483-496.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. Для студ./Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. –М.: 2003. –С.440-444.
4. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. –СПб.: 2000. –С.
5. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство/Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина, К. А. Отдельнова и др. Под ред. Ю. П. Лисицына – М.: 1999. – С.665-679.
6. Вялков А. И., Райзберг Б. А., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения: Учебн. Пособие / Под ред. А. И. Вялкова. –М.: 2002. –С.83-97, 251-285.
7. Экономика здравоохранения: Учебн. Пособие / Под общ. Ред. А. В. Решетникова. – М.: 2003. – С.80-91, 93-99.
8. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть III. Экономика и управление здравоохранением. –М.: 2003. –С. 116-140.
9. Основы экономики здравоохранения/под ред. Н.И. Вишнякова. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 75-94.
10. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С. 240-249.
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период»
12. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
13. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).