

Таким образом, в сегодняшней ситуации мы наблюдаем, что сосуществование различных организаций, занимающих свою нишу в медицинской сфере, вполне реально. Стабильность государственной медицины противопоставлена мобильности частной, но это практически не оказывает влияние на качество медицинской помощи, уровень подготовки кадров, применение инновационных методов лечения.

Комплексная оценка эффективности медицинских учреждений важна с практической точки зрения. Во-первых, на основе интегрального показателя можно составить рейтинг медицинских учреждений, во-вторых, общий уровень эффективности свидетельствует об эффективности функционирования отрасли, а в динамике он отражает результаты деятельности правительства в данной отрасли, в-третьих, такая оценка может сыграть роль при финансировании или инвестировании в деятельность конкретной организации, и наконец, для самой организации – оценка ее экономической, социальной, медицинской эффективности – важный индикатор планирования и прогнозирования.

Библиографический список

1. Региональный проект «Качественное здравоохранение».
2. Отраслевой проект «Формирование рынка поставщиков услуг в сфере здравоохранения».
3. Пилотный проект «Система фондодержания, оплата по подушевым нормативам амбулаторно-поликлинической помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Пермского Края».
4. Пилотный проект «Добровольное медицинское страхование для работников бюджетной сферы города Перми».
5. Котова Ю.Н. Оценка эффективности функционирования региональной системы здравоохранения. Рязань, 2004.
6. Кочкаров А.Б. Оценка социально-экономической эффективности деятельности организаций здравоохранения в современных условиях реформирования отрасли. Кисловодск, 2010.
7. Чубарова Т.В. Система здравоохранения в России: экономические проблемы теории и практики // Вопросы экономики. 2009. №4. С.129–144.

Н. Опарин, Ж. Федотова, Д. Сюзев

*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики» – Пермь*

РАЗВИТИЕ ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЕЛЕ. ПРИМЕР ПЕРМСКОГО КРАЯ

Введение

Населению всегда необходимы медицинские услуги. Исключением не являются и сельские жители. Проблема оказания медицинской помощи на селе всегда была актуальной. Во-первых, не хватает специалистов, желающих работать на селе. Работа на селе требует от врача высокой квалификации – ему приходится совмещать функции сразу нескольких специалистов, быть «мастером на все руки». Во-вторых, затраты на содержание одного врача, работающего в отдаленном селе, намного превышают затраты на содержание такого же врача, работающего в обычной городской больнице, так как его необходимо обеспечить всем оборудованием, машиной скорой помощи и т.д.

В Пермском крае в настоящее время предпринята попытка решить проблему оказания медицинских услуг на селе. Найден довольно интересный путь решения – муниципальным врачам, работающим на селе, предложено стать частными. При этом населению не нужно платить деньги за получение медицинских услуг – для них все по-прежнему останется бесплатным. Частные врачи получают деньги от ОМС за каждого пациента, обратившегося к ним.

Цель данной работы – выяснить эффективность проекта «Развитие кластера частного здравоохранения», решил ли он проблемы сельских врачей. Цель работы будет достигнута путем решения ряда задач:

1) проведение полевого исследования – визиты в частные врачебные амбулатории, интервьюирование врачей, местного населения и главных врачей центральных районных больниц (ЦРБ);

2) анализ полученных в ходе исследования данных;

3) общее заключение об эффективности проекта.

Список сокращений: ВОП – врач общей практики; СВА – сельская врачебная амбулатория; тариф – фиксированная сумма, выделяемая фондом ОМС, которая представляет собой стоимость одного посещения.

Всего было изучено 12 офисов врачей общей практики в следующих районах Пермского края: Бардымский муниципальный район (Бичуринская СВА), Добрянский муниципальный район (Дивьинская СВА), Карагайский муниципальный район (Рождественская СВА), Кисертский муниципальный район (Рождественская СВА), Кудымкарский муниципальный район (Егвинская СВА, Ленинская СВА), Оханский муниципальный район (Беляевская СВА), Кунгурский муниципальный район (ВОП г. Кунгур), Осинский муниципальный район (ВОП г. Оса), Усольский муниципальный район (Орлинская СВА), Пермский муниципальный район (Усть-Качкинская СВА), Пермский муниципальный район (Рождественская СВА).

В ходе полевого исследования было опрошено около 60 местных жителей, 11 врачей общей практики и 11 главврачей ЦРБ. В Рождественском Карагайского района врач отказался от интервью. В Ленинске частная амбулатория закрылась год назад, сейчас там работает муниципальный врач.

Анализ эффективности проекта

Условия работы сельских врачей: территория и население

Обследованные населенные пункты можно поделить на три группы:

1. Депрессивные, «вымирающие» села. К этой группе можно отнести половину из обследованных населенных пунктов: Беляевку, Бичурино, Рождественское (Карагайский район), Осинцево, Ленинск и Ёгву.

В них наблюдается довольно типичная для сегодняшней России картина – молодежь и большая часть работоспособного населения уезжает в города, большая часть населения – старики. Много алкозависимых. Население здесь не проявляет никакой политической и социальной активности. Такая ситуация вызвана, во-первых, тем, что в этих селах нет хоть каких-нибудь производств, вроде лесопилки, и населению попросту негде работать. Во-вторых, многие деревни расположены вдалеке от районных центров и вообще городов, и ездить туда на работу каждый день – серьезный удар по бюджету среднестатистического сельского жителя. В некоторые населенные пункты вообще трудно добраться – либо автобус туда ходит не каждый день, либо качество дороги оставляет желать лучшего. В Беляевку, к примеру, отказывается ездить даже скорая помощь (за 60 км). Доход населения в этих селах крайне низкий. Причиной этого является отчасти сам состав населения (преобладание пенсионеров), так и полнейшее отсутствие даже не высокооплачиваемой работы, а работы вообще. Следовательно, население имеет крайне низкую покупательную способность и о существовании спроса на платные медицинские услуги здесь и говорить не приходится. Сельская врачебная амбулатория является здесь единственным медицинским учреждением не только в селе, но и на много километров вокруг (к Осинцевской врачебной амбулатории, к примеру, прикреплено сразу 13 деревень в радиусе 17 км вокруг).

2. «Развивающиеся» села. К ним мы можем отнести Рождественское (Пермский район), Усть-Качку, Дивью и Орел.

Ситуация здесь не столь печальна. Во-первых, в этих деревнях есть собственные рабочие места – обычно это предприятия, занимающиеся лесозаготовками. Во-вторых, эти села расположены неподалеку от городов, имеют налаженное транспортное сообщение с ними и нормальную дорогу. Следовательно, население имеет возможность ездить в города на работу каждый день и зарабатывать таким образом. В результате, демографическая ситуация в таких селах не такая удручающая – отток населения не столь сильный, большая часть остается в деревне. Население в таких поселках также более активно в вопросах местного самоуправления, участвует в сходах, совместно пишет жалобы, иногда и на своих врачей общей практики. Однако, доходы населения в этих селах все равно низкие. Даже в Усть-Качке, где расположен успешный курорт, работающее в нем местное население, по словам врача, много не зарабатывает. Вследствие этого, здесь опять же наблюдается низкая покупательная способность населения и практически отсутствует спрос на платные медицинские услуги. Те же, кто имеет сравнительно высокий доход (обычно это предприниматели, занимающиеся лесозаготовками) ездят лечиться либо в районный центр, либо в Пермь.

Так как данные населенные пункты расположены неподалеку от городов, летом происходит наплыв дачников. Однако, по словам врачей они не приносят им значительного дополнительного дохода. Некоторые врачи упоминали, что «по доброте душевной» помогают им бесплатно в нерабочее время.

В Рождественском и Дивье, помимо сельских врачебных амбулаторий, нет никаких других медицинских учреждений. В Орле есть частный стоматолог, в Усть-Качке существует муниципальная врачебная амбулатория и клиника курорта.

3. Города: Кунгур, Оса.

Понятно, что ситуация в городах отличается от вышеописанной. Нет массовой миграции населения, так как есть где работать. Доля пенсионеров среди населения не такая большая. Доходы населения не столь низкие, так как есть более-менее высокооплачиваемые рабочие места. Следовательно, существует спрос на платные медицинские услуги и в целом среда для частной медицины более благоприятна. Однако здесь существует и конкуренция, так как есть другие медицинские учреждения, люди более требовательны к медицинским услугам и могут выбирать, к какому врачу обратиться.

Стартовые условия

Начать следует с того, перешли ли врачи по собственному желанию или же по воле вышестоящих органов. По сути, врачи разделились на две группы: первая – врачи, перешедшие в проект в «добровольно-принудительном порядке», а вторая – врачи, перешедшие по собственному желанию. Также участников проекта можно поделить просчитавших и не просчитавших риски. Те, кто смог просчитать риски и выгоды вступили в проект несколько позже, они могли посмотреть на успехи первых участников и сделать некоторые выводы.

Следующим этапом было получение лицензии и начало работы в частной сфере. Власти оказывали помощь в получении лицензии (многие участники отмечали, что без государственной помощи они не смогли бы получить лицензию). В процессе лицензирования в некоторых медицинских учреждениях всплывали разнообразные проблемы, в основном касающиеся помещения (санитарные условия не соответствовали требуемым для оказания медицинских услуг). Поскольку до получения лицензии и прохождения всех процедур регистрации амбулатории находились в государственной собственности, средства на приведения помещения в должное состояние выделяли министерство и ЦРБ.

Также участникам оказывала помощь специальная консалтинговая компания, однако после первых проверок выяснилось, что она использует типовые документы, которые не учитывают специфику деятельности частных медицинских учреждений. Вследствие этого некоторые участники привлекли к работе собственного юриста (на полставки) для грамотного составления договоров. Причем неграмотное заключение договоров сыграло злую шутку

почти со всеми участниками проекта, большинство из них заключило договор аренды, предусматривающий, что все предписания пожарных и других служб ложится на плечи арендатора. То есть участники проекта должны все исправлять за свой счет.

Еще одной проблемой стало то, что не везде был проведен интернет, который необходим для отправки отчетности, а также для записи пациента на прием к узкому специалисту.

Кроме этого, участникам проекта оказывалась и материальная помощь, «подъемные» в размере 100 000 руб. Однако для получения данной помощи необходимо было выполнить ряд условий (со слов участников проекта). Во-первых, необходимо было вложить собственные средства в размере 120 000 руб. Во-вторых, было нужно пройти все процедуры регистрации в определенный срок, и в результате некоторые врачи, у которых затянулся процесс регистрации и получения лицензии (например, из-за приведения помещения в надлежащее состояние) не смогли получить данную помощь.

Первое, с чем столкнулись участники проекта – значительно увеличившееся количество бумажной работы, необходимость управлять людьми и вести хозяйственную деятельность. Большинство из них не представляло, как правильно выполнять эти функции. Работая на ЦРБ, они приходили на работу утром, принимали пациентов и вечером уходили, теперь им еще надо было составить отчеты, следить за различными экономическими и нормативными показателями. Изначально министерство обещало провести обучение после вступления в проект, но данное обучение состояло лишь из пары собраний, на которых была дана общая информация о проекте. Первые участники проекта не понимали алгоритма, по которому они должны выполнять свои функции. У них было множество вопросов, но никто не желал дать на них ответы. Многим из них пришлось впоследствии пройти обучение для более грамотного ведения бизнеса, но нехватка опыта негативно сказалась на первых результатах.

Несколько иначе развивалась деятельность у участников проекта, которые имели знания в области управления лечебным учреждением. Эти люди представляли себе, как нужно вести административную работу, возможные проблемы и могли заранее разработать план и стратегию развития, а также просчитать возможные выгоды или убытки. Как правило, взвесив все плюсы и минусы, эти люди приходили в проект по собственному желанию. Они сразу смогли выстроить новую модель функционирования частного лечебного учреждения, и сейчас у них прослеживается положительная тенденция в развитии бизнеса.

Следовательно, большое значение на ранней стадии играют знания и личные характеристики человека, которые позволяют преодолевать первоначальные трудности. Многие участники для решения проблем на начальном этапе смогли договориться о сотрудничестве с местными властями и частными учреждениями. Они получили льготную аренду на первое время, помощь в оказании услуг и т.д. Тем самым первые финансовые трудности были не столь серьезны.

В Приложении 1 представлены данные по каждому врачу общей практики, кроме врача из села Рождественское Карагайского района – она категорически отказалась от интервью.

Социальный портрет и мотивация врачей общей практики

Для рассмотрения социального портрета врача и его мотивации к работе, рассмотрим врачей общей практики, исходя из ряда критериев. Несмотря на то, что для изучения мотивации предпринимательской деятельности, рассматриваемых нами параметров изначально будет недостаточно, прежде всего из-за косвенной связи изучаемого параметра с основной темой исследования и вопросами, представленными в гайде, мы попробуем охарактеризовать личности семейных врачей с точки зрения таких социально-демографических критериев, как пол и возраст, а также причину вступления с проект, отношение к будущему проекта, параметр заработной платы, дополнительной мотивации, наличие предпринимательских навыков и отношение населения. Врач общей практики Ленинской СВА, вышедший из проекта год назад, также включен в выборку.

Рассмотрим гендерный аспект успеха некоторых амбулаторий. Всего в проекте участвовало 12 амбулаторий, 9 из которых возглавили женщины, 3 – мужчины. Причем, из 3 муж-

чин, лишь один недоволен своей рабочей деятельностью. Диаграмма 2 наглядно показывает, что мужчины – семейные врачи более ориентированы на частную практику.

Что касается возрастных характеристик участников проекта, то в диаграмме 3 видно, что большинство врачей, а именно 7, возрастом от 41 до 50 лет, когда, более молодые врачи составляют всего 25% совокупности. Это говорит, о том, что большинство врачей, организовавших ООО формально опытни как практики. Однако, врачебная деятельность отличается от предпринимательской, и успех проекта от нее зависит не напрямую.

Предпринимательские навыки или лидерские качества также влияют на ведение бизнеса. Под предпринимательскими навыками будем понимать опыт работы на руководящей должности либо «врожденную» предпринимательскую жилку, которую врачи уже успели продемонстрировать после организации ООО. По словам бывшего директора и врача уже закрытой Ленинской амбулатории, основной причиной провала стало неумение грамотно организовать работу, непонимание документооборота и вообще организационных процессов, неспособность руководителя нести большую ответственность. Итак, у 7 из 12 участников проекта нет предпринимательских навыков и лидерских черт, однако, можно наблюдать и то, что присутствие данных качеств почти не коррелирует с возрастом врачей.

Далее рассмотрим взаимосвязь оптимистичного или пессимистичного ожидания от проекта врачей и присутствия у них предпринимательских навыков. Ведь, можно предположить, что будущее проекта зависит от умения менеджера (врача) грамотно выстраивать бизнес процессы. В ходе исследования было выявлено, что все 5 «предпринимателей» имеют позитивный настрой и оптимистичный взгляд на будущее, хотят развивать бизнес и впредь. Следовательно, можно сделать вывод о том, что лидерские черты и склонность у управленческой деятельности у врачей – организаторов частных кабинетов способствует развитию их бизнеса.

Можно сделать предположение, что личная инициатива вступления врачей общей практики в проект, должна положительно отзываться на успех их деятельности, так как предполагает заведомо осознанную ответственность, вследствие дополнительных обязанностей и новых аспектов работы и контроля, в частности документооборота и бухгалтерии. Однако диаграмма 3 показывает, что врачи, вступившие в проект по личной инициативе, менее одобряемы местным населением, а именно к 3 из 5 ВОП пациенты относятся негативно или крайне негативно, и лишь в одном случае, пациенты одобряют деятельность врача общей практики. Среди врачей, привлеченных в проект принудительно, 3 из 7 пользуются авторитетом и уважением среди местного населения. Таким образом, можно сделать вывод, что, несмотря на оптимизм врачей, вступивших в проект добровольно, они не ориентируются на клиента, то есть справляются с работой не полностью и при возможности конкуренции, их клиенты переключились бы на другого поставщика услуг.

К слову о мотивации, зарплаты врачей увеличились. Игнорируя разорившуюся амбулаторию, увеличение зарплат наблюдается во всех кабинетах ВОП. Однако, помимо финансовой мотивации, в некоторых населенных пунктах таких как, город Оса, село Дивья врачам общей практик представлялось жилье в качестве поощрения от администрации района.

С другой стороны, многих врачей к работе мотивируют:

- отсутствуют ранее предоставляемых льгот как сельским врачам;
- отсутствие пенсии, необходимость зарабатывать больше;
- а главное, потеря врачебной квалификации и наработанного стажа, то есть невозможность вернуться обратно в муниципальную медицину.

Также существуют особые случаи работы врачей общей практики, которые рассмотрены ниже.

В Осе функции руководителя амбулатории исполняет бухгалтер, в то время как врач является обыкновенным наемным работником. Таким образом, управленческие качества присущи именно бухгалтеру. По данным опросов, подобная бизнес – модель весьма успешна. Более того, собственником амбулатории является главный врач ЦБР, то есть формально амбулатория хоть и отделена от ЦБР, конкуренцию со стороны фондодержателя ей не созда-

ет. С другой стороны, пациенты прикреплены к участку также формально, они имеют возможность в любое время обращаться либо в СВА, либо в поликлинику ЦРБ, что позволяет медицинским учреждениям быть более ориентированными на клиентов и производить мониторинг недостатков.

Что касается села Рождественское Карагайского р-на, то здесь врач от интервью отказался, и не удалось выяснить многие параметры, необходимые для анализа его мотивации.

Текущее состояние частных амбулаторий

На основе собранных данных можно утверждать, что как минимум половина частных СВА сталкивается с финансовыми затруднениями. По словам врачей, в 4 случаях из 12 частные ВОП год из года терпят убытки, и ключевым вопросом при оперировании финансовыми потоками для них является то, кому из кредиторов заплатить в первую очередь. В качестве основных причин указываются низкие тарифы на посещение и высокое налоговое бремя: тариф на одно посещение в этом районе составляет 298 руб., что объясняется отсутствием детей на участке. По заявлению респондента, этого мало даже в части текущего содержания. Приходится заимствовать из других статей. «У нас есть деньги на счету. Все. Пришли счета. Я знаю, что их оплачивать надо. Или воду перекроют или свет отключат. Есть деньги – платим», – пожаловался нам врач общей практики г. Оса.

Среди основных расходов предприниматель отмечает заработную плату, налоговые выплаты, так как в случае задержек следуют серьезные санкции. «Налоги сильно подкосили... прямо сил нет, – сетует врач, – было 11% по упрощенке, стало 34,2%!!!» (Рождественское).

В двух случаях положительный финансовый результат наблюдался в течение первого года работы, когда врачи, входившие в проект, располагали льготами и субсидиями.

В 3 СВА работу удалось наладить таким образом, что финансовый результат хоть и небольшой, но стабильно положительный. Примером может служить Беляевская СВА, получающая значительные льготы от Оханской ЦРБ.

Что касается персонала, то ограниченность финансовых ресурсов СВА и предложения на рынке труда (особенно в сельской местности) привели к тому, что в большинстве случаев один человек занимает сразу несколько должностей. В частности, в 6 СВА врач одновременно выполняет еще и административные функции.

Проблему дефицита кадров решают самыми разнообразными способами. Например, потребность в бухгалтере в Беляевке удалось удовлетворить, наняв на полставки бухгалтера из ЦРБ. Как отмечает сама врач, это было бы невозможно без поддержки со стороны главврача. В тех амбулаториях, где осуществление подобной схемы не удалось, врачи привлекают на помощь родственников. Так, в Ленинске бухгалтером занималась сестра врача, имеющая профильное образование. А в Осинцево бухгалтер с нуля изучил супруг врача, одновременно являющийся еще и водителем.

Что касается персонала, работавшего в СВА до входа в проект, не все из них обладают мотивацией работать на частной основе, в связи с чем возникают конфликты. В Кунгуре с начала реализации пилотного проекта в городскую поликлинику ушли 2 врача и 1 медсестра. «Естественно, они были недовольны, что их с этого места “сдвинули”, – прокомментировал ситуацию врач. – Но возвращать я их не собирался, я бы вообще штат полностью поменял. На 100%!!! Я бы полностью привел своих людей. Но мне этого просто не дали сделать... это была настоятельная просьба (оставить старый штат). Поэтому тех врачей, которые остались, мне пришлось «ломать», объяснять, что нужно работать не как раньше, а значительно интенсивнее, за чуть большие деньги». Так как при выходе на пенсию из ООО теряются некоторые льготы, врач надеялся, что это станет причиной для ухода старых сотрудников. Однако отсутствие льгот в будущем никого «не испугало».

В Ленинске молодая врач почти сразу после вуза пришла работать в сплоченный коллектив и практически сразу организовала ООО. При этом она не смогла должным образом выстроить отношения с персоналом, который был абсолютно немотивированным и продолжал работать по-старому, не понимая, зачем нужны эти изменения. Например, фельдшер,

вместо того, чтобы ходить на вызовы и зарабатывать дополнительные деньги, просто отсиживал смену в амбулатории и затем отправлялся домой, причем иногда просто отключал телефон, чтобы его не беспокоили.

Также врачи выделяют следующую проблему, которая не была учтена при запуске проекта: в сельской местности его участники теряют льготы по стажу и коммунальным платежам.

Непростая ситуация складывается и с теми сотрудниками, которые выходят на пенсию из ООО. Они проработали 20-30 лет в сельской медицине. И имеют право на льготу по коммунальным услугам, но только в том случае, если работали в муниципальном учреждении здравоохранения. «Если они выходят на пенсию из моего ООО, они остаются в обиде, в обиде именно на меня. Ведь им по жилью льготы уже не положены! Эти риски никто не учитывает. Мы обращались с такой проблемой в Минздрав. На что нам сказали “Ну, так получилось. Не подумали”. Никто не знал о таких рисках», – высказался врач общей практики Рождественской сельской амбулатории Пермского края.

Кроме того, ввиду финансовых затруднений, с которыми сталкиваются участники проекта, возникает проблема с плановым повышением квалификации сотрудников, на которую у предпринимателей просто нет денег.

Далее следует рассмотреть набор услуг, оказываемых частными ВОП. Обычно этот набор включает только базовые услуги. На положительный финансовый результат в основном закупалось оборудование, но существенного расширения предлагаемых услуг не произошло.

В 2009 г., когда финансы позволяли, Рождественская амбулатория (Пермский район) делала бесплатные анализы для населения (например, на гепатиты), сейчас нет возможности это делать, а население «привыкло и требует». В общем, по словам врача, в 2009–2010 гг. «мы немного расширились, предоставляли больше услуг для населения, а теперь приравнялись к муниципалитету. У них денег нет, и у нас денег нет».

В четырех СВА (Рождественское Пермского р-на, Дивья, Беляевка и Ленинск) имеются дневные стационары. При этом в Беляевке он является «надомным», а в Ленинске отсутствует лицензия, в связи с чем стационар не используется.

Что касается внешнего впечатления, то большая часть зданий СВА выглядит вполне прилично: заметно, что недавно был проведен ремонт либо, как в Дивье, амбулатория располагается в новом здании.

Отрицательное впечатление произвела лишь СВА села Рождественское: кабинет врача общей практики находится на первом этаже старого 2-этажного здания, само здание в довольно запущенном состоянии (старая, с советских времен техника, деревянные кушетки, более напоминающие скамейки, окна старые деревянные (не стеклопакеты)).

Отношение муниципальных властей и руководства ЦРБ к проекту

Начало новых масштабных проектов всегда требует немалых инвестиций. В случае с переходом врачей в частную медицину рассчитывать на собственное финансирование не приходится – врачи в нашей стране зарабатывают не так много, чтобы оплатить даже половину суммы перехода. В связи с тем, что расходы высокие, не все врачи могут осилить кредиты и займы банков. Поэтому помощи можно ждать от администрации района или от Центральной Районной Больницы. Они могут брать на себя не только часть финансирования, но и оказывать какие-либо услуги.

В 2 случаях, а именно в Кунгуре и Беляевке, Администрация района полностью берет на себя стоимость аренды помещения, что значительно уменьшает расходы врачей общей практики, у которых как раз и наблюдается положительный финансовый результат по проекту. Еще в двух случаях, в Бичуринской СВА и у Врача Общей Практики в Осе, Администрация позволяет платить аренду по минимальной ставке, причем Администрация Бардымского района предоставила также оборудование и машину в безвозмездное пользование (только на 3 года). И лишь в одном случае, Дивьинской СВА, врач платит за помещение амбулатории максимальную аренду властям, и то, скорее всего, по причине конфликта с ними.

Что касается оказания медицинских услуг, то лишь в 2 случаях из 12, в Бичуринской и Осинцевской СВА, Центральная Районная Больница готова бесплатно оказывать часть услуг, таких как: флюорография, рентген, анализы (в первом случае) и услуги физиотерапевтического кабинета (во втором). В остальных случаях врачи СВА направляют пациентов к узким специалистам или же на получение других услуг (рентген, анализы и др.) в Центральную Районную Больницу и затем должны из бюджета своей амбулатории отдавать им деньги за пациентов, которые пользовались их услугами. На это у частных врачей уходят немалые средства, к примеру, в Кунгуре у врача на это в прошлом году ушло 78 тыс. руб.

Говоря об отношении Центральной Районной Больницы и Администрации к проекту «Частная медицина на селе», то тут мнения разделились. В 4 случаях (Бичурино – Бардымская ЦРБ, Рождественское Карагайская ЦРБ, Беляевка – Оханская ЦРБ, Орел – Усольская ЦРБ) представители ЦРБ выражают крайне положительное отношение к проекту, считают его перспективным. По мнению представителя ЦРБ Усольского района «частная медицина на селе» не просто перспективный проект, он «жизненно необходим всему населению».

Представитель районной Администрации Осы (заместитель руководителя по социальным вопросам) говорила, что у проекта «перспективное течение и он благоприятен», но применительно к Осе – «он не эффективен». Если у нескольких участников проекта дела идут благоприятно и они получают положительный финансовый результат, то если говорить об Осе, в СВА «не очень хорошее положение».

Неперспективным считается проект и в Ёгвинской и Ленинской Сельской Врачебной Амбулатории. Они обе находятся в Кудымкарском районе и имеют отношения с одними и теми же Центральной Районной Больницей и Администрацией района. Причем Главный Врач ЦРБ является одновременно и куратором медицинской сферы Администрации Кудымкарского района. Отношение Главного Врача ЦРБ к данному проекту крайне отрицательное, и будущего у данного проекта врач не видит.

В остальных случаях, Центральные Районные Больницы и представители Администрации не высказывали особых недовольств или же положительных эмоций относительно проекта. Либо их отношение является нейтральным, ввиду приказа внедрения проекта свыше, либо они просто не хотят поднимать данный вопрос и уходят от ответа.

В целом можно сделать вывод, что при поддержке Центральных Районных Больниц и/или Районной Администрации, и что немало важно, при опыте и нужных качествах врача СВА, проект «Частная медицина на селе» может развиваться и иметь перспективное будущее. Примером такого проекта служит Врач Общей Практики Кунгура. Местные власти берут на себя расходы, связанные с арендой помещения, у ВОП уже есть предпринимательский опыт, и, хотя у врача существуют и другие расходы, как, например, на услуги ЦРБ, он получает положительный финансовый результат после внедрения проекта.

Отношение населения к частным врачам

Для того чтобы выяснить как местное население обследованных нами поселков относится к частной медицине, мы опрашивали местных жителей в населенных пунктах, где побывали.

В качестве респондентов выступали: молодые матери с детьми, пожилые люди, люди в возрасте около 40-50 лет, реже молодежь. Количество опрошенных в каждом населенном пункте небольшое: от трех до восьми человек. В некоторых населенных пунктах вообще не были проведены беседы с населением или полученные данные не являются информативными (Усть-Качка и Бичурино). Ниже представлено описание респондентов по населенным пунктам.

Ленинск: молодая мать, 2 женщины в возрасте около 35-40 лет, мужчина средних лет с дочкой, женщина в возрасте около 60 и мужчина, зависимый от алкоголя.

Ёгва: 2 молодые мамы и 2 женщины в возрасте около 50-60 лет. Поселок мало населен, основная часть жителей, встретившихся нам, – мужчины в нетрезвом состоянии.

Беляевка: женщина в возрасте около 30 лет – пациент больницы, сотрудница почтового отделения 40 лет, 3 пенсионера, молодая мама 25 лет, продавщица в магазине 50 лет.

Рождественское, Пермский р-н: продавщица в магазине 50 лет, продавщица на почте 25-30 лет, местный житель мужчина 30-40 лет.

Кунгур. Нагорный: мужчина 45-50 лет, мужчина 40 лет, пожилая пара около 60 лет, старушка 70 лет, женщина 50 лет, провизор из аптеки, две женщины – мать и дочь, женщина с ребенком.

Дивья: женщина 30-40 лет, две женщины продавщицы в магазине.

Оса: 4 мужчин 20-25 лет, женщина 45 лет (сотрудница ЦРБ).

Карагайский р-н, Рождественское: две женщины 30-40 лет с детьми, женщина 40 лет, мужчина 50 лет, женщина 50 лет с ребенком, женщина 45 лет (продавец в магазине), 2 женщины 60 лет, соседка врача 50 лет, 2 девушки 30 лет.

Кишертский район, Осинцево: мужчина 60 лет, 3 женщины 50-55 лет, девушка 20 лет.

Орел, Усольский район: 2 продавщицы в магазине, мужчина 40 лет, пенсионерки.

В целом, всю информацию, собранную во время бесед с местными жителями, можно поделить на шесть микроблоков, информация по которым представлена ниже.

Во-первых, было необходимо выяснить, куда обращается население в случае болезни, посещает ли вообще частную амбулаторию. В 8 из 11 населенных пунктов (Беляевка, Орел, Дивья, Ленинск, Рождественское, Нагорный, Рождественское, Оса) местные жители (работоспособное население) предпочитают не посещать местную амбулаторию: ездят в ЦРБ, Пермь, занимаются самолечением. Те же, кто все-таки пользуются услугами врача общей практики, не имеют возможности ездить в ЦРБ или Пермь и попросту вынуждены посещать местную частную амбулаторию. К тому же, не во всех ЦРБ принимают пациентов без направления от ВОП (например, в Кудымкарской ЦРБ). В некоторых населенных пунктах жители настолько не верят своему врачу, что предпочитают советоваться с провизором в аптеке, а не ходить на прием к ВОП. И только в Осинцево население обращается к врачу, потому что ему доверяет. Таким образом, в большинстве населенных пунктах пациентами ВОПов являются пенсионеры и неработоспособное население.

В 4 из 11 (Ёгва, Осинцево, Оса, Бичурино) населенных пунктах отношение населения к врачу положительное или нейтральное; а также в 5 отрицательное (Беляевка, Орел, Дивья, Рождественское, Рождественское), в 2 неоднозначное (Ленинск, Нагорный). Стоит заметить, что в Бичурино оценку дал сам врач, а не местные жители. Положительную оценку врачу население давало либо благодаря его человеческим качествам, либо по причине улучшения жизни в населенном пункте, например, в районе г. Оса раньше вообще не было пункта медпомощи.

В результате опроса населения оказалось, что в 9 из 11 случаев население осведомлено, что врач частный. В Кунгуре и Осинцево осведомлены не все – как пояснила нам врач в Осинцево, в основном люди преклонного возраста не знают, что их врач частный. Что касается Осы, то по этому вопросу не удалось собрать информацию.

Во время бесед с местными жителями были выявлены некоторые проблемы. Население жаловалось на то, что врач неохотно выписывает направления в ЦРБ; в больнице отсутствует лаборант (анализы приходится сдавать в ЦРБ); существует очередь в дневной стационар; врача часто нет на месте или он не ходит на вызовы после приема пациентов в больнице; отношение врача зависит от личного знакомства с пациентом; врач ставит неверный диагноз, выписывает неверные рецепты (нелюбимые) или вообще выписывает лекарства под диктовку пациента; врач редко посещает отдаленные районы; необходимость записываться на прием; врач подделывает посещения; врач практикует «нетрадиционные» методы лечения. Среди всех проблем наиболее часто упоминались следующие: врач неохотно выписывает направления в ЦРБ (Ёгва, Дивья, Ленинск); отношение врача зависит от личного знакомства с пациентом (Беляевка, Карагай, Рождественское). В 4 случаях местные жители не упоминали о существовании каких-либо определенных проблем (Оса, Осинцево, Рождественское (Пермский район), Бичурино).

В 4 населенных пунктах (Орел, Ленинск, Беляевка, Нагорный) население «боялось, что придется платить». В Кунгуре (Нагорный) местные жители даже написали жалобу. Руководство ЦРБ было вынуждено выезжать на место и проводить разъяснительные работы с населением. Также существуют специфичные проблемы для отдельных амбулаторий: в Ёгве боялись, что из-за постоянных разъездов врача и ее беременности жители окажутся без квалифицированной медицинской помощи. В Рождественском (Пермский район) население видало ВОП в закрытии стоматологического кабинета. В Рождественском (Карагай) население упрекало ВОП в неэффективном использовании площадей: второй этаж здания пустует, раньше там находился детский сад, который был вынужден съехать в менее подходящее место из-за жалоб родителей на открывшуюся больницу.

Что касается отношения населения к изменениям (превращению муниципальной амбулатории в частную), то в трех случаях его не удалось выяснить (Осинцево, Оса, Бичурино). В четырех населенных пунктах отношение негативное (Ёгва, Орел, Дивья, Беляевка), в Рождественском (Карагай) – крайне отрицательное. В двух населенных пунктах (Рождественское (Пермский район), Ленинск) населению удалось найти плюсы в изменениях, что можно считать положительным отношением. И только в Нагорном (Кунгур) отношение осталось нейтральным.

Проблемы проекта

В результате бесед с участниками проекта, реализуемого в Пермском крае с 2009 г., выявлен ряд проблем. Каждой проблеме присваивалось определенное количество баллов, в зависимости от количества врачей, назвавших ее как затруднение. Затем был проведен анализ причин возникновения каждой проблемы, определена зависимость ее возникновения от внешних и внутренних факторов.

Врачи общей практики выделили следующие сложности, с которыми им пришлось столкнуться в проекте. В скобках указано количество респондентов, указавших на эту проблему.

1. Низкий тариф (11).
2. Отсутствие льгот по коммунальным платежам, утрата льготной пенсии (очень важно в сельских амбулаториях). Бичуринская СВА, Дивьинская СВА, Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Орлинская СВА (8).
3. Сложность в ведении бухгалтерии и отчетной документации (сложно, непонятно, утомительно, отвлекает от лечебной деятельности). Бичуринская СВА, Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Орлинская СВА, Усть-Качкинская СВА (8).
4. Нехватка кадров, большая загруженность имеющихся работников. Дивьинская СВА, Рождественская СВА (Карагайский р-н), Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, ВОП г. Оса (6).
5. Непонимание и неприятие со стороны населения. Дивьинская СВА, Рождественская СВА (Карагайский р-н), Ёгвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Орлинская СВА (6).
6. График рабочего времени и отпусков (неясно как должно вести себя населения и врач во внеурочное время, как это должно оплачиваться врачу, и должно ли оплачиваться в принципе, что делать, если врач в отпуске). Бичуринская СВА, Дивьинская СВА, Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Беляевская СВА (5).
7. Аренда машины и помещений (высокая стоимость). Дивьинская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Орлинская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н) (5).
8. Штрафные санкции по итогам проверок (пожарная инспекция, санэпиднадзор, фонд ОМС). Егвинская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Усть-Качкинская СВА (3).
9. Сложности с ЦРБ (не идут на уступки, не входят в положение, мешают работе). Егвинская СВА, Ленинская СВА, Орлинская СВА (3).

10. Старые помещения и оборудование арендуемое врачом, сложность в плане обслуживания. Бичуринская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н) (2).

11. Высокие налоги и отсутствие льгот по налогам. Рождественская СВА (Пермский р-н) (1).

Среди прочих проблем отмечали также сложности с интернетом в Бичуринской СВА.

Далее была предпринята попытка выявить факторы, способствующие появлению проблем. Факторы делятся на две группы – внутренние, зависящие от врача, и внешние, не поддающиеся влиянию врача. В скобках указано количество респондентов, на деятельность которых повлиял тот или иной фактор.

Внутренние:

1) личность врача (человеческие качества, организаторские способности, профессионализм в плане оказания медицинской помощи). Бичуринская СВА, Дивьинская СВА, Рождественская СВА (Карагайский р-н), Егвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Орлинская СВА (8);

2) отсутствие грамотного бухгалтера или соответствующего сопровождения. Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Орлинская СВА (5);

3) отсутствие правовой грамотности врача (в том числе по видам налогообложения). Бичуринская СВА, Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Орлинская СВА, Беляевская СВА (6);

4) отсутствие желания вступать в проект изначально (привлечение к проекту зачастую шло в добровольно-принудительном порядке). Бичуринская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Беляевская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Осинцевская СВА (6);

5) отсутствие разъяснительных бесед с населением, неумение разговаривать с местными жителями на одном языке. Дивьинская СВА, Рождественская СВА (Карагайский р-н), Ленинская СВА (3);

6) отсутствие личных связей и хороших отношений с администрацией муниципального р-на. Дивьинская СВА, Егвинская СВА, Ленинская СВА, Рождественская СВА (Пермский р-н), Орлинская СВА (5).

Внешние:

1) отсутствие программ по привлечению специалистов в села, привлекательных условий на селе;

2) низкий тариф;

3) структура населения (низкая численность, преобладание людей пенсионного возраста, низкий уровень дохода у населения);

4) правовые пробелы при написании проекта в Министерстве;

5) территориальное расположение ВОПа (отношение к городскому или сельскому поселению, депрессивность территории);

6) состояние арендуемого помещения (отсутствие капитального ремонта, изначальное несоответствие требованиям стандартов).

Ниже представлены подробные описания проблем проекта.

Проблема №1. Низкий тариф.

Низкий тариф – эту проблему для себя отмечают практически все респонденты, и в первую очередь те врачи, которые отличаются хорошими управленческими качествами, показывают неплохие результаты в проекте. Тариф – это фиксированная сумма, выделяемая фондом ОМС, которая представляет собой стоимость одного посещения. Исходя из численности населения и величины тарифа формируется денежный фонд, которым распоряжается врач – фондодержатель. Все врачи-предприниматели убеждены, что проект не может развиваться в условиях неадекватного «нищенского» тарифа. В течение года наблюдается рост тарифа, но этого пока недостаточно единогласно заявляют врачи-бизнесмены. Следует отметить, что тариф сильно варьирует в зависимости от структуры населения территории в среднем от 200 до 400 руб. за одно посещение. Участки, к которым прикреплено детское население, располагают большими средствами.

Проблема №2. Утрата льгот.

Обеспокоены утратой льгот прежде всего врачи, работающие и живущие на селе. Среди участников проекта их большинство – 9 человек. Этот вопрос не является актуальным только для Кунгура и Осы (ВОПы относятся к городскому поселению). Для всех остальных сельских врачей он стоит крайне остро. Из интервью мы выяснили, что при вступлении в проект врачам не сообщили о безвозвратной отмене льгот. Теперь даже в случае возвращения специалиста в ЦРБ ему нужно будет зарабатывать стаж и льготы с самого начала. Таким образом, люди стали заложниками проекта. Они с радостью бы вышли из «бизнеса», но их останавливает именно льготный вопрос. Сложилась непростая ситуация, когда многие врачи пенсионного возраста лишились льгот за коммунальные услуги и льготной пенсии. При этом никто не учитывает, что это экспериментальный проект, а не просто добровольное открытие своего дела. Причина может крыться в недоработке авторов проекта. Это момент больше юридический, и затрагивает вопрос статуса «пилота проекта». Врачи обращались в Министерство с просьбой разрешить ситуацию, однако пока не получили ответы на свои вопросы.

ФАКТОРЫ: внешние (правовые пробелы при написании проектной документации, территориальное расположение)

Проблема №3. Сложности с бухгалтерией и документацией.

Это проблема актуальна для тех врачей, которые не имели опыт работы на руководящих должностях. Только в 3 пунктах из 11 руководители имели богатый управленческий опыт и комфортно чувствовали себя в проекте с самого начала (ВОП г. Кунгур, Дивьянская СВА, ВОП г. Оса). В эксперимент все три вступили добровольно. Несмотря на то, что врачи-предприниматели хорошо разбираются в документации и финансовых вопросах в штате у них имеются экономисты. Остальные участники морально и физически устают от бумажной работы. Им сложно справиться с внезапно свалившимся грузом отчетной документации и ответственности. Особенно сложно приходится тем, у кого нет бухгалтера. В нескольких случаях (Ленинская СВА, Осинцевская СВА) врачам приходилось привлекать своих родственников в качества бухгалтеров и экономистов. Именно сложности с отчетностью и бухгалтерией послужили причиной выхода из проекта врача Ленинской СВА Кудымкарского р-на.

Выходом из сложившейся ситуации с отсутствием экономистов, разбирающихся в сфере здравоохранения и страховой медицины, может стать создание единого консультационного центра в Перми, который будет оказывать помощь всем участникам проекта. Принципиальным отличием от подобных структур, которые оказывали помощь врачам на первом этапе становления проекта, будет работа консультантов, специализирующихся в сфере управления и экономики здравоохранения. Это может быть не только экономическая, но и юридическая помощь.

Нужно признать, что быть организатором и предпринимателем дано не каждому. И сочетание таких качеств как предпринимательская хватка и отзывчивость, доброта, профессионализм врача – это редкость. Далеко не во всех случаях руководителям проекта от Министерства повезло найти такого идеального кандидата. На наш взгляд, решением этой проблемы может стать разделение должностей: когда существует врач-руководитель офиса и врач, занимающийся исключительно приемом пациентов и профилактическими мероприятиями. Такие формы работы приняты несколькими участниками и успешно реализуются.

ФАКТОРЫ: внутренние (компетентность врача, сотрудников, отсутствие грамотного бухгалтера), внешние (отсутствие консультаций специалистов в области экономики здравоохранения).

Проблема №4. Кадровый голод.

Как показали полевые исследования и интервью, желающих работать в сельской медицине на частной основе не много. Для вступления в проект многие кандидаты отбирались в «добровольно-принудительном» порядке. Как таковой конкурс на вступление в проект для отбора наиболее подготовленных к ведению бизнеса и компетентных врачей, прошел не во всех территориях. Сами участники проекта тоже столкнулись с проблемой поиска кадров. На что особенно жаловались руководители офисов ВОП в Осе и Кишертском районе (эти два

офиса являются наиболее успешными примерами реализации проекта). В Осе не открывают второй офис врача общей практики из-за нехватки специалистов, в Кишертском районе врач не может себе позволить уйти в отпуск без ущерба для больных, т.к. нет второго врача. Этот момент отмечают многие врачи. Здесь же хотелось бы сказать о проблеме, связанной с разным типом мышления людей нового и старого поколения. Многие врачи-организаторы жалуются, что их подчиненные, кадры воспитанные еще в советское время, не умеют работать в условиях рынка и конкуренции. А молодые доктора, вчерашние выпускники медицинских вузов, с новым взглядом на жизнь и профессию, не стремятся жить и работать в глубинке. Кадровый голод проявляется и в нехватке грамотных экономистов в области здравоохранения и страховой медицины. Трудность с ведением бухгалтерии и отчетной документации, отмечают практически 90% респондентов.

Решение проблемы видится в разработке программ по привлечению молодых врачей в сельскую местность, а также повышению инвестиционной привлекательности этих территорий.

ФАКТОРЫ: внешние (отсутствие программ по привлечению медицинских кадров и развитию сельских территорий).

Проблема №5. Конфликт с населением.

На основе бесед с местными жителями и самими врачами, можно сделать вывод, что залогом хороших отношений с местными жителями становится человеческие и профессиональные качества врача, его понимание особенностей работы в сельской местности. Добровольное вхождение в проект не всегда является залогом взаимопонимания между врачом и пациентами. Так, например, серьезный конфликт с населением наблюдается у врачей общей практики в Карагайском, Добрянском районах, которые отмечены как добровольные участники. С непониманием со стороны населения врачи столкнулись в 6 из 11 исследуемых территорий. Среди причин возникновения этой проблемы можно отметить, с одной стороны, личностные качества врача: непрофессионализм, неумение общаться с людьми, отсутствие представления о специфике работы на селе и психологии сельского жителя. С другой стороны, это неприятие частной формы собственности ВОПа в принципе, предвзятое отношение к предпринимателю. Среди жителей бытует мнение, что врач-предприниматель экономит на лечении, пользуясь ситуацией, старается не направлять в город к специалистам. Отмечается недоверие и к самой специальности врача общей практики, считается, что это ненастоящий врач и есть сомнения в его компетенции. Решением этой проблемы связано с более тщательным отбором кандидатов на должность ВОПа с учетом оценки профессиональных и личностных качеств, опыта врачебной деятельности и репутации, формирование у врачей во время обучения понимания особенностей работы в глубинке, социальной психологии. Мы убедились в своем предположении в ходе интервью с представителем администрации Добрянского района.

Что касается предвзятого отношения населения к специальности врача общей практики и частной форме собственности, то, на наш взгляд, она возникает лишь на первом этапе работы, в дальнейшем с ним можно справиться доказав в процессе работы свою грамотность и профессионализм.

ФАКТОРЫ: внутренние (личность врача, принудительное участие, отсутствие разъяснительных бесед с населением).

Проблема №6. График работы амбулатории.

Из 12 опрошенных врачей 6 упоминают трудности, связанные с режимом работы амбулатории и графиком отпусков. Жители деревни привыкли обращаться за помощью к сельскому врачу даже после закрытия врачебного офиса, в вечернее и ночное время, предпочитая сначала обратиться к врачу, и, в крайнем случае, вызвать «скорую». Для Осы, Кунгура, Усть-Качки эта проблема не является актуальной, так как речь идет о городских районах, пусть и отдаленных. Скорая помощь сюда приезжает без промедления. Кроме того, в этих трех случаях врачи не проживают на подведомственной территории. Те респонденты, кто отметили график работы как проблему – являются жителями сел, в которых работают. (Бичуринская СВА, Дивьянская СВА, Осинцевская СВА, Егвинская СВА, Беляевская СВА). Как правило,

врачи общей практики своим односельчанам в помощи не отказывают и обслуживают население и во внеурочное время, однако при этом остаются недовольными сложившейся ситуацией. Мало кто из них рассматривает работу во внеурочное время как «инвестиции» в здоровье своих подопечных или как способ завоевать доверие жителей, сформировать положительный имидж. Многие объясняют отсутствие мотивации слишком низким тарифом для такой интенсивной работы. Поэтому, одним из решений проблемы является повышение тарифа и создание в его структуре отдельной статьи, которая будет учитывать вызовы в ночное и вечернее время.

Проблематичная ситуация складывается в некоторых территориях и с отпуском или поездками на обучение в город. Это офисы, в которых в штате только один врач. Пока этот вопрос никак не решается, и в случае отсутствия врача сельские жители остаются под присмотром среднего медицинского персонала. На наш взгляд, врачом должен быть предусмотрен механизм взаимодействия с районной ЦРБ по вопросу замещения, либо введение в штат второго врача.

ФАКТОРЫ: внутренние (личность врача), внешние (низкий тариф, территориальное расположение)

Проблема №7. Высокая стоимость аренды машины и помещений.

Аренда помещения для кого-то является внушительной статьёй расхода, как например в Дивье, а кто-то ее просто не платит, как, скажем, кунгурский врач общей практики. И в целом по территориям ситуация разная. Но в большинстве случаев местные власти помогают врачам и предоставляют помещения и оборудование в безвозмездное пользование или на льготных условиях. Хотя делать они это не обязаны, и исходят прежде всего из своих возможностей и отношения к конкретному врачу. Здесь мы имеем дело с административным ресурсом. Кто-то из врачей находит взаимопонимание с местными властями и про аренду не вспоминает, а кто-то нет и, соответственно, изнывает от непосильного бремени платежей. Столкнулись мы и с ситуацией, когда «носитель» административного ресурса сам активно участвует в управлении офисом (г. Оса). По такому же принципу построены отношения и с ЦРБ. Личные договоренности с главными врачами позволяют экономить на анализах и рентгенологических исследованиях.

ФАКТОРЫ: внутренние (наличие/отсутствие административного ресурса), внешние (низкий тариф)

Проблема №8. Проверки.

Как проблему для себя отметили этот пункт только 3 врача. Но, по нашим наблюдениям, это одна из серьезнейших угроз. Дело в том, что остальные участники пока просто не сталкивались с серьезными проверками, т.к. не истек срок в три года. Одна из основных причин больших штрафов и сложностей – это арендуемые здания, приходящие в негодность, меняющиеся стандарты безопасности и требования. Те врачи, которые столкнулись с проверками со стороны пожарной инспекции, вынуждены были выплачивать внушительные штрафы.

ФАКТОРЫ: внутренние (юридическая неграмотность) и внешние (изначальное состояние помещения и оборудования).

Перспективы проекта

Мнение врачей. Отношение самих участников проекта к эксперименту скорее скептическое. Многие отмечают, что если бы они знали о трудностях, с которыми столкнутся, ни за что не согласились бы участвовать. Те, кто в проект пошел сознательно, тоже недовольны сложившейся сегодня ситуацией. Они видят перспективы и развитие проекта только в случае значительного повышения тарифа. «В противном случае смерть», – так прокомментировал ситуацию с тарифами ОМС один из участников проекта. Сами сельские врачи не раз отмечали, что проект будет нежизнеспособен, если исключить помощь со стороны администрации, министерства здравоохранения и ЦРБ.

Важным моментом, с точки зрения респондентов, является территориальное расположение офиса. Перспективность проекта определяется и структурой и численностью населения. Чем больше численность, уровень дохода жителей, чем больше работающих и детей на участке, тем лучше условия для врача-частника. Еще одним плюсом является расположение на территории городского района. Там не менее, все врачи признают идею, которая лежит в основе проекта хорошей и нужной.

Мнение администрации. Большинство представителей власти и ЦРБ считает, что проект нужен и несет в себе хороший посыл (в 9 из 11 случаев). Но акцентируют внимание на отсутствие у врачей опыта ведения своего дела, экономической грамотности. Кроме того, представители местных властей и администрации не считают правильным в дальнейшем осуществлять поддержку врачей и предоставление им льгот, ссылаясь на то что они теперь бизнесмены.

Заключение

На наш взгляд, сама идея, лежащая в основе проекта «Развитие кластера частного здравоохранения», действительно нужная и своевременная. Однако если вернуться к воплощению этой идеи в жизнь на селе, следует признать, что существует множество трудностей, которые мешают проекту не только развиваться, но и угрожают его существованию. По результатам анализа существующих проблем можно отметить две основные: низкий тариф ОМС и отсутствие кадрового потенциала на периферии. Перспективы проекта на конкретной территории в конце концов определяются личностью самого врача-предпринимателя, его желанием, умением работать и находить общий язык с людьми. Например, врач общей практики из Кишертского района одна из немногих показывает хорошие финансовые результаты, работая на небольшом по численности участке, где проживает малообеспеченное население, но она не называет размер тарифа как основную сложность.

Что касается остальных факторов то лучшие перспективы вырисовываются у тех ВОПов, которые расположены на территориях с высокой численностью населения, где в структуре преобладает работающее население, к участку прикреплены дети, желательно чтобы это была территория городского поселения. Тесное сотрудничество и личные связи с ЦРБ и администрацией значительно повышают шансы на выживание и развитие. Наличие в штате грамотного экономиста и юриста – во многом определяет стабильность финансового положения.

Таким образом, из 11 объектов наиболее перспективными с точки зрения развития проекта считаем Усть-Качкинский, Осинцевский, Кунгурский и Осинский офисы. Есть хорошие перспективы у Дивьянского и Орлинского офисов в том случае, если будут преодолены разногласия с населением. Критическая ситуация сложилась в Ленинской СВА, что привело к выходу врача из проекта. Подобная ситуация наблюдается в соседней Егвинской амбулатории, где врач близка к принятию решения об уходе. Остальные территории отличаются стабильно тяжелым положением.

Есть данные о том, что проект сегодня продолжает активно развиваться, но упор делается на открытие офисов не в сельской, а городской местности и к проекту привлекают не столько врачей общей практики, сколько узких специалистов желающих открыть свое дело.

На наш взгляд, одним из способов развития проекта может стать информационная поддержка. Например, создание портала для врачей, желающих заниматься своим бизнесом в Пермском крае, где врачи-предприниматели могут получать ответы на все интересующие вопросы у специалистов, а так же обмениваться друг с другом мнениями и советами по поводу врачебной и предпринимательской деятельности. Многие участники Проекта отмечали низкий уровень коммуникации между собой и недостаточную информированность по некоторым экономическим и юридическим вопросам. Кроме того, важным моментом считаем освещение деятельности врачей-предпринимателей в местных средствах массовой информации, создание передач на радио и телевидении, с целью популяризации данной деятельности и информирования населения о преимуществах новой формы работы врачей.

На основе детального анализа процесса реализации проекта «Частная медицина на селе» нами были разработаны следующие рекомендации для его оптимизации:

- на этапе отбора участников проекта уделять значительное внимание опыту административной работы кандидатов. В случае отсутствия подходящего специалиста с квалификацией врача общей практики следует направлять на курсы профессиональной переподготовки обладающих должным опытом врачей другой специализации, желающих принять участие в проекте;

- проведение курсов по основам управления бизнесом, на которых особое внимание уделялось бы практическим аспектам управления частным учреждением здравоохранения и ведению бумажной работы, для врачей, входящих в проект;

- в качестве способов поддержки участников проекта использовать косвенные методы, например, льготные схемы налогообложения.

Для врачей должны быть созданы условия не только для выживания, но и для успешного существования. Врачи заинтересованы в проекте, видят перспективы, необходимо поддерживать их мотивацию.

Если уделять проекту должное внимание, то его реализация может быть менее болезненна для участников. В 2012 г. планируется открытие еще тридцати частных амбулаторий, т.е. в скором времени представится возможность проверить, был ли учтен опыт двенадцати первопроходцев.

Приложение 1

Стартовые условия

Населенные пункты	Мотивация	Условия аренды	Помощь властей и ЦРБ	Подъемные 100 тыс.
Беляевка	Добровольно-принудительно	Безвозмездная	Услуги бухгалтера	Да
Бичурино	Добровольно-принудительно	Минимальная	Услуги ЦРБ	Да
Дивья	Собственное желание	Максимальная	Материальная поддержка	Нет
Ёгва	Добровольно-принудительно	Обычные	Нет	Да
Кунгур	Собственное желание	Безвозмездная	Нет	Да
Ленинск	Добровольно-принудительно	Обычные	Ремонт	Да
Орел	Собственное желание	Обычные	Нет	Нет
Оса	Собственное желание	Минимальная	Нет	Да
Осинцево	Добровольно-принудительно	Обычные	Услуги ЦРБ	Нет
Рождественское (Пермский р-н)	Добровольно-принудительно	Обычные	Нет	Да
Усть-Качка	Добровольно-принудительно	Обычные	Нет	Нет

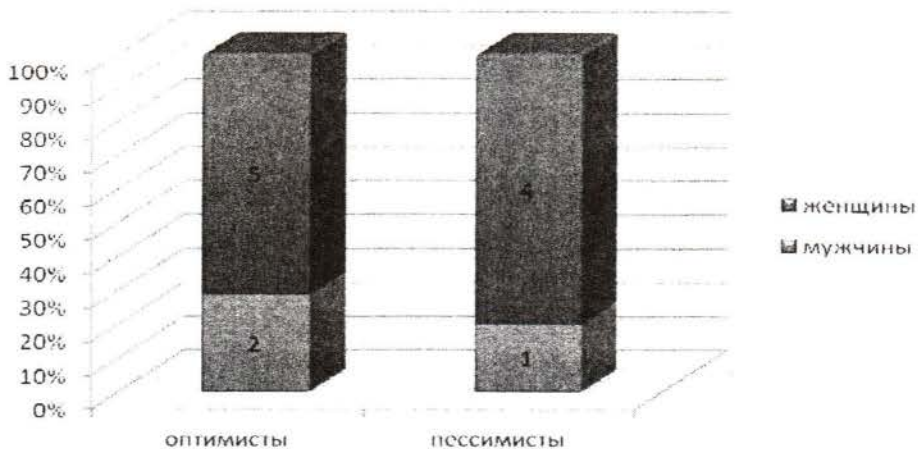


Диаграмма 1. Отношение врача к частной практике

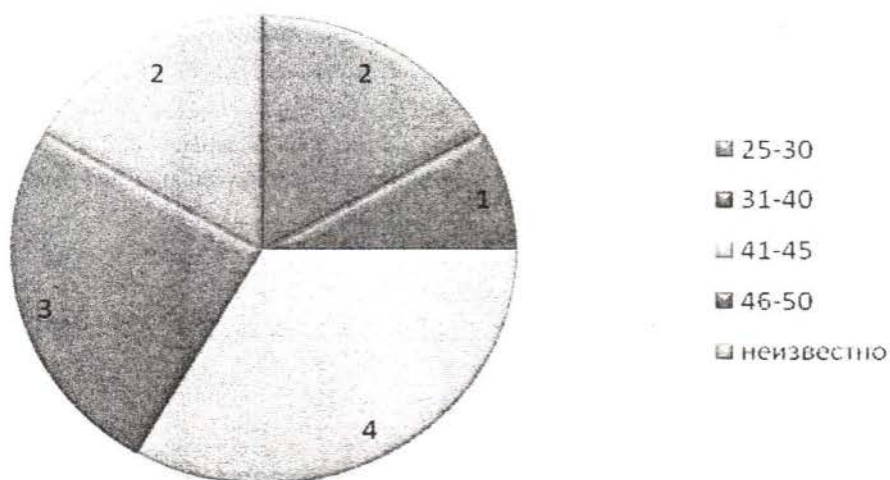


Диаграмма 2.. Возраст врачей

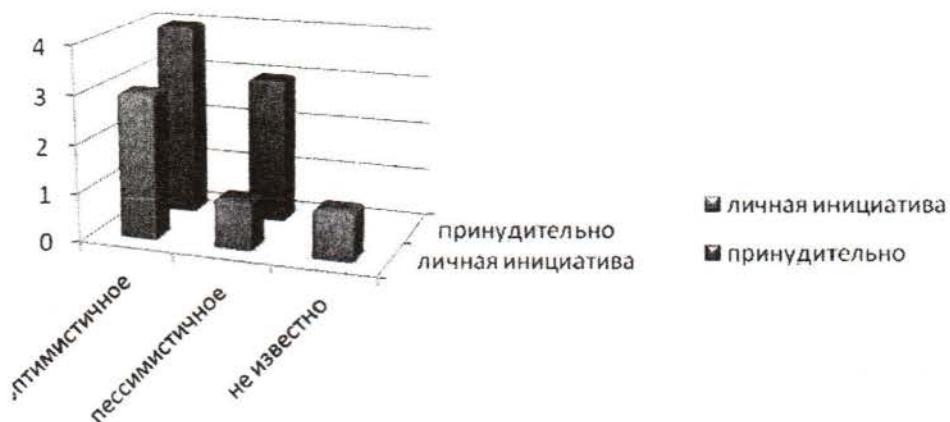


Диаграмма 3. Взаимосвязь инициативы вступления врача в проект и качества его работы