СОЦИАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Пискунов С. В.

главный врач, клиника «Здоровье 365» (Россия), 620075, Россия, г. Екатеринбург, ул. Кузнечная, д. 83, natalya.chevtaeva@uapa.ru

Чевтаева Н. Г.

доктор социологических наук, доцент, заведующий кафедрой управления персоналом Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Россия), 620990, Россия, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, д. 66, к. 428, natalya.chevtaeva@uapa.ru

УДК 316:61
ББК 60.561.6

Цель. Выявление специфики и сфер государственно-частного партнерства в управлении здравоохранением, оценка перспектив его развития на территории муниципального образования город Екатеринбург.

Методы. Исследование базируется на анализе моделей организации здравоохранения. При выделении проблем развития государственно-частного партнерства использовались расчеты тарифов обязательного медицинского страхования, анализ рынка платных медицинских услуг Свердловской области.

Результаты и практическая значимость. Выделены базовые модели организации государственно-частного партнерства в управлении здравоохранением, определены перспективы развития таких его форм как, государственный контракт, аренда государственной собственности, совместные государственно-частные предприятия, концессии. Проанализирован опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в городе Екатеринбург, выделены проблемные зоны и сформулированы предложения по повышению эффективности государственно-частного партнерства в управлении здравоохранением.

Научная новизна. Выявлена группа интересов органов управления здравоохранением муниципального образования и частных медицинских организаций в становлении государственно-частного партнерства, определены пути согласования выделанных групп интересов в целях повышения качества предоставления медицинских услуг населению.

Ключевые слова: модели государственно-частного партнерства, управление здравоохранением, высокотехнологическая медицинская помощь, программа государственных гарантий, качество медицинских услуг.

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH SERVICE CONTROL

Piskunov S. V.

Chief Doctor, Clinic “Zdoroviye 365” (Russia), 83 Kuznechnaya str., Ekaterinburg, Russia, 620075, Russia, natalya.chevtaeva@uapa.ru

Chevtayeva N. G.

Doctor of Science (Sociology), Assistant Professor, Head of the Personnel Management Department of The Urals Institute of Management – Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, r. 428, 66 8 Marta str., Ekaterinburg, Russia, 620990, natalya.chevtaeva@uapa.ru

© Пискунов С. В., Чевтаева Н. Г., 2015

Purpose. To determine specificity and spheres of public-private partnership in health service control, evolution of perspectives of its development on the territory of a municipal entity of Ekaterinburg city.

Methods. The research is based on the analysis of the model of the organization of health service. Determining the problems of development of public-private partnership the authors used calculation of tariffs of compulsory medical insurance, analysis of the market of paid medical services of Sverdlovsk region.

Results and practical importance. The author identified basic models of the organization of public-private partnership in medical services control, determined development perspectives of such forms as public contracts, public property leasing, and concessions. The authors analyzed the experience of realization of public-private enterprises partnership in Ekaterinburg city, identified problematic zones and formulated proposals in efficiency growth of public-private partnership in health services control.

Scientific novelty. The authors identified a group of interests of health services bodies' control of a municipal entity and private medical organizations in development of public-private partnership, determined the ways of coordination of the determined groups of interests in order to increase quality medical services provision to population.

Key words: models of public-private partnership, health services control, hi-tech medical service, public guaranties program, medical services quality.

Укрепление здоровья населения на основе повышения доступности и качества медицинской помощи является приоритетным направлением государственной социальной политики. Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами: совершенствованием организационной системы, развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения на основе инновационных подходов и принципа стандартизации; наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

По организационной структуре все существующие мировые системы здравоохранения сводят к основным трем базовым моделям [1]:

- *Государственно-бюджетная*, финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников.
- *Социально-страховая*, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства
- *Рыночная или частная* (Израиль, Соединенные Штаты Америки, Южная Корея)

Государственно-бюджетная модель здравоохранения характеризуется доминирующей ролью государства. Финансирование осуществляется за счет налоговых поступлений в государственный бюджет. Такая система здравоохранения реализуется через сеть государственных медицинских учреждений, управляется органами исполнительной власти. Утверждаются Программы государственных гарантий, в рамках которых обеспечивается оказание медицинской помощи всем категориям населения. Доступность и равноправность – основополагающие характеристики данной модели. Отдельные виды медицинской помощи оказываются на возмездной основе. Очевидно, что такая модель характеризуется низкой экономической эффективностью и дороговизной. Отсутствуют эффективные стимулы к совершенствованию и дальнейшему развитию самой системы. Таковой системой располагают Дания, Англия, Испания, Ирландия, Португалия. Система здравоохранения в СССР была самым ярким и эффективным примером данной модели.

Социально-страховая модель находится под управлением государства, но в отличие от государственно-бюджетных моделей финансируются из разных источников: за счет бюджетных ассигнований, взносов работодателей и отчислений самих работников. Эта модель характеризуется, в первую очередь, наличием системы обязательного медицинского страхования (ОМС), захватывающей все или почти все население страны. Характерной чертой социально-страховой модели является одновременное сочетание двух взаимодополняющих подходов: принципа «общественной солидарности» и принципа «участия в издержках». Суть первого состоит в оплате здоровым гражданином за больного, молодое поколение оплачивает за старшее поколение, более богатые члены общества финансируют медицинскую помощь для менее обеспеченного населения. Суть второго в оплате медицинских услуг населением самостоятельно, помимо общественных фондов, на принципе софинансирования. Примером социально-страховой медицины являются большинство экономически развитых стран. Наиболее ярко она представляется здравоохранением Германии, Франции, Нидерландов, Бельгии, Японии.

Рыночная, или частная модель – это частная медицинская практика. Для данной модели характерно отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным регулятором удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах является платный рынок медицинских услуг.

Пациент самостоятельно (основываясь на рекомендациях лечащего врача и личных финансовых возможностях) определяет объем потребляемой медицинской помощи. В том числе, несет ответственность за последствия ее недостаточного объема. Часть населения оказывается фактически лишенной медицинской помощи. Этот факт, очевидно, негативно влияет на демографическую и социальную стороны общественных отношений. Часть потребностей, которая не может быть удовлетворена рынком, берет на себя государство посредством разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Но масштабы государственного сектора недостаточные. Наиболее ярко данная модель представлена в США.

В России частная система здравоохранения начала активно развиваться с конца 80-х годов XX века. В тот период практически отсутствовала законодательная нормативно-правовая база для негосударственного здравоохранения. Пионерами частного здравоохранения выступили стоматологические и косметологические клиники. Сегодня частное здравоохранение является неотъемлемой частью всей системы охраны здоровья граждан, значимым экономическим сектором и социальным институтом. Эта деятельность имеет высокие показатели востребованности. Объемы рынка представляют интерес для бизнеса и инвестиций, ибо обеспечены стабильным спросом, уверенной тенденцией к росту. По данным Министерства Здравоохранения РФ частные учреждения здравоохранения оказывают 12–14% от общего объема медицинской помощи населению. Определить реальный объем рынка платных медицинских услуг в России в данный момент эксперты не берутся, так как нет достоверной, в том числе, официальной информации по теневому сектору рынка медицинских услуг. По данным Росстата, объем рынка платных медицинских услуг в России составил в 2011 г. – около 277 млрд. руб., в 2012 г. ориентировочно 490 млрд. рублей.

Объем рынка платных медицинских услуг Свердловской области в 2014 году ориентировочно составил 8 млрд. рублей. Количество медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (не имеющих прикрепленного населения) составляет 80 медицинских организаций, из них 15 – частные кампании. В такие лечебные учреждения граждане, имеющие полис обязательного медицинского страхования, могут обратиться по необходимости (острому заболеванию или к узкому специалисту) и получить медицинскую помощь бесплатно. 127 медицинских организаций области оказывают медицинскую помощь в условиях стационаров, из них 9 – частные клиники. В эти круглосуточные лечебные учреждения граждане могут быть госпитализированы для проведения стационарных курсов лечения, в том числе хирургического лечения и для последующего восстановления. В области существует 72 станции Скорой медицинской помощи (СМП). К сожалению, единственная частная СМП (ООО «Доктор-плюс») не работает в системе государственных гарантий.

В современной практике управления здравоохранением все большее значение приобретают организационное и институциональное объединение государства и частного бизнеса – государственно-частное партнерство.

Сам термин «государственно-частное партнерство» (ГЧП, Public Private Partnership) появился в начале 90-х гг. XX в. на примере британской модели ГЧП. В 1992 году правительство Д. Мейджора представило проект о «частной финансовой инициативе» (Private Finance Initiative – PFI), который предлагал новую концепцию управления государственной собственностью. В соответствие с PFI предполагалось, в рамках контрактов о государственно-частном партнерстве предложить бизнесу инвестиции в строительство, реконструкцию, эксплуатацию, участие в управлении объектами социально-культурной и производственной инфраструктуры, находящихся в собственности государства. Данное кардинальное нововведение в системе государственного управления в Англии неизбежно вызвало глобальные изменения в институциональной среде, а также во взаимоотношениях органов государственной власти и частного бизнеса [2].

В отечественной литературе существуют разные подходы к формулировке государственно – частного партнерства (ГЧП) [3]. «Государственно-частное партнерство – эта форма деятельности государства и частного сектора, с целью развития наиболее значимых объектов инфраструктуры и обеспечения качественными услугами хозяйствующих субъектов и общества» [4]. В других источниках государственно-частное партнерство определяется как «специфическая, различных видов форма взаимодействия государства и частного сектора в сфере экономики, основополагающей чертой которого является сбалансированность интересов, прав и обязательств сторон в процессе его реализации» [5].

Концепция ГЧП по В. Варнавскому – это «полуприватизационная» форма, т. е. государство, делегируя право владения или распоряжения объектами инфраструктуры частному бизнесу, остается собственником этих объектов. При этом государство продолжает выполнять свои основополагающие функции жизнеобеспечения населения и предприятия, несет ответственность перед обществом за эффективное функционирование социальной и производственной инфраструктуры. Для обеспечения должного качества и безопасности услуг, со стороны государства над частными предприятиями создается определенная система контроля и регулирования. Взаимодействие

сторон в ГЧП закрепляется юридически в соглашениях, договорах, контрактах и т. д. В ходе реализации проектов ГЧП вкладываемые паи сторон (ресурсы и активы) консолидируются. При этом все риски в проектах ГЧП разделяются между государством и бизнесом в пропорциях, согласно договоренностям, зафиксированным в подписанных соглашениях и в соответствие с требованиями действующего законодательства. Каждый участник проекта вносит свой вклад в развитие общего проекта. При реализации ГЧП государство развивает свои основные функции – контроль, регулирование, соблюдение общественных интересов [6].

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет за федеральными органами власти «установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья» [7]. Есть надежда, что ясность в реализацию механизмов государственно-частного партнерства внесет федеральный закон № 238827-6 «Об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации», который на момент написания данной статьи существует в форме проекта и еще не утвержден Государственной Думой [8].

В законах субъектов, в частности в Свердловской области «Об участии Свердловской области в государственно-частном партнерстве» [9]. «Государственно-частное партнерство – направленное на социально-экономическое развитие Свердловской области сотрудничество Свердловской области с российскими и (или) иностранными юридическими и (или) физическими лицами, осуществляемое в соответствии с соглашениями и договорами».

Субъектами ГЧП в управлении здравоохранением выступают органы управления здравоохранением, в лице министерств, департаментов, управлений здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) а также частные компании и индивидуальные предприниматели.

Анализ специфики ГЧП в управлении здравоохранением позволяет определить группы интересов субъектов данного сотрудничества.

Государство напрямую заинтересовано в партнерском участии бизнеса, получая при этом:

- освобождение бюджета от необходимости нести расходы по содержанию и инвестированию в имущество;
- арендные и концессионные платежи являются дополнительным источником консолидированного бюджета любого уровня;
- повышается качество услуг и решение социально – экономических проблем населения;
- высвобожденные средства, государство может потратить на решение других более значимых задач и выполнение своих первоочередных функций.

Бизнес заинтересован в максимизации прибыли от реализации совместных с государством проектов, т. к. обладая хозяйственной свободой, предоставляемой государством, частный сектор стремится к увеличению производительности труда и нововведениям. В рамках данного сотрудничества государство дополнительно предоставляет частному партнеру:

- имущество как вклад в Уставной капитал при создании юридических лиц для ГЧП проектов;
- оплату «обеспечения размещения заказа на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных или муниципальных нужд и заключение государственного или муниципального контракта на выполнение работ, оказание услуг для государственных или муниципальных нужд» на срок более 1 года;
- субсидии и субвенции за счет бюджетных средств на осуществление совместных проектов;
- государственные и муниципальные гарантии. Государство дает письменное обязательство отвечать полностью или частично за исполнение лицом, которому дается государственная или муниципальная гарантия, обязательства перед третьими лицами;
- право на снижение ставки по региональным и местным налогам;
- бюджетные кредиты; инвестиционные налоговые кредиты.
- долговременное управление активами государства на льготных условиях платы.

В выигрыше от реализации ГЧП оказываются пациенты, которые получают качественную медицинскую помощь.

В зависимости от глубины и масштабности задач в рамках ГЧП можно выделить различные *модели:* организационные, финансирования и кооперации.

При организационной модели вторжения в отношения собственности не происходит. Суть сотрудничества в привлечения третьих лиц, организаций государственной и негосударственной форм собственности, «переуступка отдельных функций и контрактных обязательств, реализация возможности передачи объектов во внешнее управление». К этой модели относят наиболее распространенный тип – концессии.

Модель финансирования представляет собой коммерческий наем, аренду, лизинг и различные формы финансирования.

Модель кооперации – это объединение усилий партнеров в лице государства и частного бизнеса, представленное в разнообразных формах и методах, с целью создания новой потребительской стоимости как публичного блага. Это, чаще всего, сложная модель и структура, особенно в сфере производства.

Можно выделить производственные сферы, в которых развивается государственно-частное партнерство в здравоохранении:

- медицинская деятельность: это частные клиники любых форматов и объемов, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие медицинские услуги населению в рамках программ государственных гарантий;
- фармацевтический бизнес: производство и реализация лекарственных препаратов в рамках программ госгарантий;
- производство медицинского оборудования: развитие материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений любых форм собственности;
- информационные технологии: возможности учета помощи каждому гражданину, возможности расчетов за оказанную помощь между заказчиком, производителем и потребителем. Медицинские информационные системы, реализация международных стандартов, базы банных;
- производство изделий медицинского назначения, медицинских расходных материалов, мебели, предметов мягкого инвентаря: качество, комфортность медицинской помощи.

Процессуально формы государственно-частного партнерства в управлении здравоохранением можно классифицировать как:

1. *Государственный контракт* – административный договор, составленный между государством и частной организацией для осуществления особо полезных и необходимых видов деятельности. Это контракты на выполнение работ по проектированию, строительству, ремонту зданий и сооружений инфраструктуры здравоохранения. Контракты на оказание общественных услуг (клининг, кейтеринг). Контракты на управление (часто применяются в системе ведомственных лечебных учреждений, состоящих на балансах крупных государственных предприятий и являющихся для них непрофильными активами). Контракты на поставку для государственных нужд, в том числе лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, услуг по обслуживанию медицинской техники и др.

Яркими примерами такой формы государственно-частного партнерства в Екатеринбурге и Свердловской области является участие крупных частных клиник в оказании высокотехнологичной медицинской помощи населению. Это клиники «Здоровье 365», «УГМК Здоровье», «41 Городская клиническая больница», «Новая больница». Здесь медицинская помощь населению оказывается по специальностям: «травматология и ортопедия», «сердечно – сосудистая хирургия», «нефрология» и многим другим. Пациенты имеют возможность не находиться в длительном ожидании операций по пересадке суставов, аорто-коронарного шунтирования, а в кратчайшие сроки получить эту помощь в частных клиниках города. Высокая востребованность медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью, ожидающим по медицинским показаниям оперативного лечения – пересадки почки, и катастрофический дефицит доступности гемодиализа (искусственная почка) создали возможность для компании «Юнона» открыть в Екатеринбурге, Свердловской области и других субъектах РФ несколько самостоятельных отделений гемодиализа. Пациенты имеют возможность получать эту жизненно необходимую помощь за счет средств ОМС (обязательного медицинского страхования) бесплатно.

2. *Аренда государственной собственности* (здания, оборудования и т. д.) и в форме лизинга. Суть арендных отношений заключается в передаче бизнесу государственного и муниципального имущества во временное пользование и на возмездной основе.

В Екатеринбурге и Свердловской области примером данного партнерства являются многие частные стоматологические клиники и НПФ «Бонум». Клиника располагается на площадях, принадлежащих муниципалитету, и оказывает помощь пациентам города и области по специальности «пластическая хирургия». Маленькие пациенты, имеющие врожденные заболевания с косметическими дефектами, получают в клинике медицинскую помощь за счет государства. В том числе компания «Бонум» взяла в оперативное управление детский санаторий «Луч», где, помимо организации детского санаторно – курортного лечения, разместила реабилитационное отделение своего центра. Санаторий находится на балансе Свердловской области.

3. *Совместные государственно-частные предприятия* создаются в основном путем акционирования или на основе долевого участия сторон без выпуска акций. Степень управленческой и хозяйственной свободы частного инвестора определяется долей сторон в основном капитале. Также, в зависимости от такой доли, распределяются риски между участниками. Ярким примером являются «Новая больница», МНТК «Микрохирургия глаза».

4. *Концессии (концессионное соглашение)* – состоит в том, что государство, оставаясь единоличным полноправным собственником имущества, уполномочивает частного партнера выполнять в течение определенного срока определенные функции, которые оговариваются в соглашении [10]. Примером концессионных соглашений в Екатеринбурге являются работа частных клиник, имеющих «прикрепленное» на медицинское обслуживание население, в системе ОМС. Граждане РФ имеют право выбора лечебного учреждения для получения медицинской помощи. Лечебное учреждение оказывает «прикрепленным» пациентам

весь спектр услуг, гарантированных государством. Традиционно прикрепление осуществляется к государственным лечебным учреждениям по территориальному принципу. Некоторые крупные лечебные учреждения негосударственной формы собственности берут на себя эту социальную нагрузку (ООО «Новая больница»). Более значимым социальным проектом является строительство и открытие лечебно-профилактических учреждений частными инвесторами в регионах или микрорайонах, где отсутствуют государственные поликлиники и больницы. ЗАО «Медицинские технологии» (Клиника «Здоровье 365») обслуживает микрорайон «Кольцово». ООО «Фонд «Юнона» открывает поликлиническое отделение в микрорайоне «Академический». В связи с отсутствием в проекте застройки района поликлиники более 100 000 населения «Академического» обращались в близлежащие, но весьма отдаленные, поликлиники ЦГБ № 24, ЦГБ №6, ЦГБ №2 города Екатеринбурга.

Управление здравоохранения предъявляет единые требования к медицинским организациям независимо от их формы собственности. Показатели медицинской статистики (заболеваемость, смертность и др.) анализируются Управлением здравоохранения независимо от формы собственности юридического лица, оказывающего медицинскую помощь населению. Методические профессиональные разборы сложных клинических случаев и летальных исходов доступны для медицинского персонала учреждений здравоохранения любых форм собственности.

Под руководством и с непосредственным участием Управления здравоохранения на территории муниципального образования город Екатеринбург успешно *реализуются различные формы и проекты государственно-частного партнерства.*

1. *При реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.* В случае, когда бюджетные лечебные учреждения не имеют достаточных ресурсов для оказания качественных мед услуг населению Управление здравоохранения привлекает частные клиники города.

2. *Создание профессиональных медицинских сообществ*. Под непосредственным патронажем и с активным участием Управления здравоохранения в городе создавалось Некоммерческое партнерство «Медицинская палата Свердловской области». В ее состав входят медицинские работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. С участием Медицинской палаты утверждается территориальная программа Государственных гарантий.

3. *Привлечение частных клиник к реализации программ диспансеризации.* При содействии Управления здравоохранения некоторые муниципальные клиники заключили договора субподряда на выполнение маммографических рентгенологических исследований в частных клиниках города. Для пациентов это взаимодействие абсолютно бесплатно.

4. *Взаимодействие Управления здравоохранения с автономными некоммерческими организациями.* Сегодня многие муниципальные лечебные учреждения города Екатеринбурга изменили организационно-правовые формы, преобразовавшись в автономные учреждения. По согласованию с Управлением здравоохранения и (или) собственником, в лице Администрации города Екатеринбурга, АНО могут выступать учредителем некоммерческих организаций, передавать им денежные средства и иное имущество, за исключением особо ценного движимого имущества, а также за исключением недвижимого имущества.

5. Г*осударственно-частное партнерство при осуществлении закупок для муниципальных нужд, финансовых операций, лизинга.* Финансовое обеспечение закупок для нужд учреждений муниципального здравоохранения часто не соответствует потребностям в оснащении основными средствами для оказания дорогостоящих видов специализированной помощи и медицинской реабилитации. В практике работы Управления здравоохранения взаимодействие с поставщиками для нужд городского здравоохранения в форме кредитования сделок на условиях покрытия взаимных обязательств (факторинг или овердрафт), отсроченные платежи. Применяются схемы финансовой аренды (лизинга) медицинского оборудования, немедицинского оборудования и иных не потребляемых вещей. Наибольшее распространение получила практика клинических апробаций и использования сертифицированного оборудования для лабораторной диагностики, аренды наглядных демонстрационных обучающих пособий и манекенов для совершенствования мануальных навыков медицинского персонала.

6. А*утсорсинг.* По решению Управления здравоохранением многие непрофильные виды деятельности, обязательные при осуществлении основной деятельности лечебными учреждениями системы здравоохранения города, переданы на аутсорсинг частным компаниям. Ярким примером государственно-частного партнерства является участие бизнеса в обороте опасных медицинских отходов лечебных учреждений. Несколько частных компаний (ООО «Энерго», ООО «Центр безопасности промышленных отходов»), имея лицензии на указанный вид деятельности, на основании государственных контрактов занимаются утилизацией отходов категории «В» и «Г» из лечебно-профилактических учреждений города

7. *Совместные инвестиционные проекты.* Примером крупного инвестиционного проекта реализации

государственно-частного партнерства в здравоохранении может послужить передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений с условием строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах (Уральский Научно-Исследовательский Институт Охраны Материнства и Младенчества, Уральский Научно-Исследовательский Институт Травматологии и Ортопедии имени В. Д. Чаклина). В силу сложившихся обстоятельств эти проекты начинают свою реализацию в городе Екатеринбурге.

8. Санитарно-*просветительная работа.* В повседневной практике Управление здравоохранением Администрации города Екатеринбурга проводит большую работу по повышению качества медицинской помощи, санитарно–просветительную работу. Все организационно-методические рекомендации доступны для пациентов, получающих медицинскую помощь в частных клиниках города Екатеринбурга. Во исполнение требований Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № *323-ФЗ* во всех частных лечебных учреждениях пациентам доступна информация о Программе государственных гарантий и расположении ближайших лечебных учреждений, работающих в системе ОМС [11].

Анализ практики реализации государственно-частного партнерства позволяет выделить ряд болевых проблемных точек его развития.

Самой острой проблемой остаются низкие тарифы, которые не компенсируют затраты по содержанию зданий, аренде помещений, коммунальные услуги, на приобретение оборудования, обслуживание медицинской техники, соблюдение законодательных требований в сфере охраны труда т. д.). Тарифы обязательного медицинского страхования (ОМС) на дорогостоящие исследования, медицинские манипуляции и вмешательства, как правило, занижены на 20−30% от рыночной стоимости.

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования рекомендуется следующая структура расходов медицинской организации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Таблица 1).

Для частных кампаний такая структура расходов является неприемлемой. Структура распределения средств в рамках бюджета частной медицинской организации включает в себя еще плановую прибыль и другие обязательные статьи затрат. Иная, чем рекомендованная, структура расходования средств ТФОМС является нецелевым использованием бюджетных средств и карается законом.

Фактически получается, что в частных клиниках, сервисную составляющую обслуживания пациентов, получающих лечение в рамках ОМС, оплачивают пациенты, получающие лечение за счет собственных средств. Клиенты частных клиник обращаются, в первую очередь за качественной медицинской помощью и высоким сервисом. Смешение потоков «платных» и «бесплатных» пациентов неизбежно негативно сказывается на сервисной составляющей услуги.

Более парадоксальна рекомендованная структура затрат ЛПУ для стационарных случаев. Фрагменты приложения к Территориальной программе представлены в таблице 2.

Таблица 1. **Рекомендуемая структура расходов медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (в среднем на единицу объема)**

Виды медицинской помощи в амбулаторных условиях	Доля расходов			
	Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты	Приобретение лекарственных средств и расходных материалов	Приобретение продуктов питания	Прочие статьи расходования средств
Амбулаторные посещения (за исключением стоматологических)	86	5	0	9
Стоматологические посещения	80	8	0	12
КСГ при стоматологических заболеваниях	65	27	0	8
Медицинские услуги по лучевой диагностике	65	22	0	13
Медицинские услуги по амбулаторной хирургии	87	8	0	5

Таблица 2. **Рекомендуемая структура расходов стоимости по КСГ заболеваний в условиях стационара**

Наименование	Профиль	Доля расходов, %			
		Заработная плата	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие расходы (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Родоразрешение	Акушерство и гинекология	56	26	5	13
Кесарево сечение	Акушерство и гинекология	59	21	5	15
Послеродовой сепсис	Акушерство и гинекология	37	50	4	9
Химиотерапия при остром лейкозе, дети	Детская онкология	22	67	3	8
Детская хирургия в период новорожденности	Детская хирургия	39	48	4	9
Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	Неонатология	26	65	2	7
Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	Сердечно-сосудистая хирургия	45	47	2	6
Эндопротезирование суставов	Травматология и ортопедия	11	84	1	4

С точки зрения оплаты труда персонала выгоднее всего заниматься лечением гинекологических заболеваний и нерентабельно выполнять сложные высокотехнологичные операции по эндопротезированию, выхаживать реанимационных недоношенных детей или проводить сложную химиотерапию в детской онкологической практике. Это не отраслевой парадокс и не «злая насмешка» системы. Тариф включает в себя все затраты и вынужденно происходит распределение средств между статьями. В ситуациях наиболее сложных клинических случаев, требующих наивысшей квалификации персонала и наибольших трудозатрат со стороны персонала, затраты на заработную плату существенно меньше. Для частных клиник, оказание высокотехнологичной медицинской помощи сопровождается участием квалифицированного персонала с адекватным принципом оплаты труда.

В Тарифном соглашении указано, что применение некоторых лекарственных препаратов возможно только в узких клинических рамках. Это относится к дорогостоящим препаратам, стоимость одной дозы которых может превышать 40 000 рублей. В условиях частной клиники врач и пациент вправе рассчитывать на реализацию в процессе лечения всех возможностей современной медицины без искусственных ограничений. Тарифное соглашение содержит фиксированные цены на комплекс лечебных мероприятий в каждом конкретном случае заболевания. Реальная рыночная стоимость некоторых расходных материалов может превышать указанную цену, что делает невозможным, с экономической точки зрения, оказание качественной медицинской помощи.

Приведем пример расчета тарифов на эндопротезирование суставов конечностей (таблица 3).

Таблица 3. **Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС за счет субвенции из бюджета ФФОМС (раздел 106)**

Код ВТМП	Код метода	Наименование метода ВТМП	Код вида	Наименование вида	Вид лечения	Тариф, руб.
16.01.009.428	428	Имплантация эндопротеза сустава	16.01.009	Эндопротезирование суставов конечностей	Хирургическое лечение	121261

Реальная рыночная стоимость некоторых комплексов компонентов эндопротезов суставов может составлять до 190 000 рублей. Таким образом очевидно, что предложенный тариф даже не покрывает части затрат на расходные материалы по одному случаю. В условиях государственной и муниципальной системы здравоохранения закуп расходных материалов осуществляется в соответствие с Федеральным законом от 5 апреля 2013 г. N 44-ФЗ. Даже при комплексной закупке компонентов эндопротезов с учетов всех типоразмеров и технологических вариантов заказчик, в лице государственного лечебного учреждения или органа государственной власти, не сможет сформулировать в конкурсной документации конкретные характеристики, характерные для изделий определенных производителей. Закуп осуществляется по доминирующему принципу «минимальной цены», а это неизбежно сказывается на качестве оказания медицинской помощи. Основную массу закупа составят «бюджетные» варианты компонентов протезов, единичные экземпляры будут приобретены для «сложных клинических случаев». И пациентам показания к установке более высокотехнологичных конструкций, неизбежно будут сужены.

Тем не менее, в 2014 году в ЗАО «Медицинские технологии» в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выполнено 110 операций по эндопротезированию суставов конечностей, реконструктивно-восстановительных операций при вальгусной деформации костей стопы. Вся эта высокотехнологичная медицинская помощь осуществлена для жителей города и области бесплатно за счет государства.

В 2015 году в Свердловской области запланировано 774 650 госпитализаций на сумму 20 202 285,8 тыс. рублей, из них 12 772 случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на сумму 1 645 498,1 тыс. рублей. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в 29 клиниках области, в том числе в 5 частных клиниках. Впервые большую поддержку от государства получил ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр» Н. Тагил (1000 операций по эндопротезированию суставов конечностей). Всего частные клиники пролечат по ВМП в 2015 году 2 920 пациентов.

Другой распространенной проблемной зоной ГЧП является участие частных клиник в проведении *профосмотров.* Сегодня на рынке профосмотров работают 17 частных медицинских организаций и занимают свыше 30% рынка этих услуг. Столь высокие цифры обусловлены пластичностью частных компаний к условиям заказчика и возможностью гибкой ценообразующей политики. Но есть и «обратная сторона медали» такой политики. Есть примеры, когда выигрывать тендеры стала медицинская организация, проводящая демпинговую политику в отношении цены периодических медицинских осмотров. Цена таких медосмотров ниже себестоимости услуги (при учете среднерыночной стоимости работы врачей, проведения анализов, содержания помещений, соответствующих «усредненным» критериям качества и санитарно-эпидемиологическим нормам). В результате, по отзывам проходивших медицинские осмотры пациентов, качество подобных услуг было крайне низким – не соблюдались временные нормы осмотра специалистов, осмотры проводились в некомфортных или неприспособленных помещениях, с нарушениями объема и перечня услуг, неквалифицированным персоналом.

Можно выделить еще ряд проблем и рисков использования ГЧП в управлении здравоохранением.

В силу дефицита бюджетов сами муниципальные лечебные организации пытаются заместить платными услугами программу государственных гарантий.

Аренда частными компаниями помещений муниципальных лечебных учреждений может усугубить имеющиеся трудности, связанные с недостатком площадей. Сегодня отсутствуют государственные и муниципальные лечебные учреждения, полностью соответствующие данным требованиям. Вычленение из состава площадей государственных и муниципальных ЛПУ помещений для размещения частных структур еще больше усугубит несоответствие нормативным требованиям.

Дефицит кадров (врачебного и среднего медицинского персонала) в системе здравоохранения по данным Министерства Здравоохранения Свердловской области и Управления здравоохранением города Екатеринбурга по разным клиникам, регионам, специальностям составляет до 70%. По-прежнему, не частная, а государственная система здравоохранения является донором медицинских кадров.

В результате проведенного анализа можно сформулировать следующие ***предложения*** по повышению эффективности государственно-частного партнерства в управлении здравоохранении муниципального образования «город Екатеринбург».

- Законодательное утверждение и практическое применение предложения о софинансировании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий с привлечением личных средств граждан и третьих лиц, в том числе развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС). Целесообразно включение инвестиционного компонента в тариф ОМС.
- Планирование и прогнозирование оказания медицинской помощи населению города Екатеринбурга должно включать частные лечебные учреждения, выразившие интерес к участию в реализации

программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

• Целесообразно включить в программу развития системы здравоохранения города проект расширения сети станций скорой медицинской помощи в рамках государственно-частного партнерства.

• Поддержка инвестиционных проектов, связанных с оказанием медицинских услуг на этапе реабилитации пациента. При необходимости, поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преемственные долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение) или на дому, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или состоянии, до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление). Большой инвестиционный интерес для бизнеса представляет именно этот лечебный технологический этап. В данный момент он недостаточно представлен в муниципальной системе здравоохранения. В компетенции Администрации Екатеринбурга и Управления здравоохранения города включение в программу развития системы здравоохранения конкурсных процедур по расширению сети реабилитационных и восстановительных лечебных учреждений на основе государственно-частного партнерства. При курсе сегодняшней российской политики импортного замещения, это направление ГЧП может стать очень продуктивным.

• Диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными. Это направление медицинской деятельности необходимо вычленить отдельно в Программе государственных гарантий и вести работу по диспансерному наблюдению совместно с частными организациями, активно предлагающими своим клиентам «Программы здоровья». Профилактические программы реализовывать на основе государственно-частного партнерства.

• *Одной из форм участия частных медицинских организации в оказании бесплатной медицинской помощи населению может выступать государственный заказ*. Этот вопрос вызывает наибольшие дискуссии и беспокойства у органов исполнительной власти Администрации города. Законодательство РФ не позволяет принуждение к заключению договора (пункт 2 гл. 9 ГК РФ; ст. 179 УК РФ). Таким образом, частное предприятие, взявшее на себя обязательства по обслуживанию прикрепленного населения, имеет право на прекращение своих обязательств по данному договору. Ресурсы существующей муниципальной системы здравоохранения, в данной ситуации, будут реструктурированы (закрыты здания и помещения ЛПУ, сокращены и перераспределены кадры). При отказе от дальнейшего обслуживания населения со стороны негосударственного ЛПУ существует высокий риск снижения доступности и качества оказания медицинской помощи жителям города.

• Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе уменьшение количество прикрепленного взрослого населения до 1,2–1,5 тыс. человек, детского – до 600–800 детей и подростков на 1 участок с уменьшением нагрузки на одного участкового врача. В компетенции Администрации Екатеринбурга и Управления здравоохранения города включение в программу развития системы здравоохранения конкурсных процедур по открытию сети врачебных практик, максимально приближенных к дому (в крупных жилых кварталах, на первых этажах жилых зданий), лицензированных по отдельным специальностям: «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология» и т. д. Реализовать данный проект можно в рамках государственно-частного партнерства.

• Оптимизацию работы учреждений стационарного уровня. Сокращение коечного фонда муниципальных ЛПУ должно сопровождаться ростом стационарзамещающих технологий, которые могут быть предложены и частными клиниками на основе государственно-частного партнерства.

• Расширение практики проведения партнерских конференций, круглых столов, семинаров, презентаций, стажировок для повышения квалификации медперсонала, а также для более тесного сотрудничества между представителями практической деятельности и науки на примере «УГМК Клиники», «Женской Клиники», «Гармонии» и других.

• Ведение издательской деятельности, нацеленной на популяризацию идей и практических решений, на основе которых осуществляется реализация проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

• Создание на базе частных клиник медицинских обучающих центров, направленных на осуществление дополнительных программ в области межсертификационной тематической подготовки медицинских кадров, демонстрацию новых технологий, хирургических методик, нового оборудования.

• Организацию и финансирование стипендиальных программ для абитуриентов и студентов-медиков с последующим их трудоустройством в сеть муниципальных и частных лечебных учреждений города.

• Внедрение различных видов льготного кредитования для людей, занятых в сфере здравоохранения; организацию негосударственного пенсионного обеспечения медработников.

• В рамках деятельности «Медицинской палаты Свердловской области» организацию системы страхования гражданской ответственности перед третьими

лицами при осуществлении профессиональной деятельности медицинским персоналом.

Реализация данных предложений может способствовать развитию государственно-частного партнерства в управлении здравоохранением в целях обеспечения качества предоставления медицинской помощи населению.

Литература:

1. Алексеев В. А., Борисов К. Н. Международное здравоохранение: обзор систем здравоохранения в странах мира [электронный ресурс]. URL: http://rosmedportal.com/index.php?catid=25:the-project&id=1267:2011-07-15-11-00-30&option=com_content&view=article (дата обращения 10.02.2015 г.)
2. Нечаев В. С. Вопросы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 3. С. 6–7.
3. Государственно-частное партнерство как инструмент поддержки инноваций / А. В. Киреева, И. А. Соколов, Т. В. Тищенко, Е. В. Худько; под ред. И. А. Соколова. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012. 516 с.
4. Куракова Н. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Ч. 1 // Менеджер здравоохранения. 2009. № 3. С. 4–12.
5. Винницкий Д. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении России // Социально-экономические явления и процессы. 2009. № 4. С. 24–27.
6. Варнавский В. Г. Концессии в экономических отношениях государства и частного сектора. Диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук [электронный ресурс]. URL: http://www.dissercat.com/content/kontsessii-v-ekonomicheskikh-otnosheniyakh-gosudarstva-i-chastnogo-sektora#ixzz3RJEUfU5e (дата обращения 20.02.2015 г.).
7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ [электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
8. Проект федерального закона № 238827-6 «Об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации» [электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
9. Об участии Свердловской области в государственно-частном партнерстве: Закон Свердловской области от 23 мая 2011 г. № 28-ОЗ [электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».
10. Джапаридзе Р. Механизмы ГЧП в медицине. Практика и применение [электронный ресурс]. URL: http://tencon.ru/article/190 (дата обращения 10.02.2015 г.).
11. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов: Постановление Правительства Свердловской области от 24 декабря 2013 г. № 1604-ПП [электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

References:

1. Alekseyev V. A., Borisov K. N. International health services: review of health services systems in various countries [e-resource]. URL: http://rosmedportal.com/index.php?catid=25:the-project&id=1267:2011-07-15-11-00-30&option=com_content&view=article (date of reference 10.02.2015)
2. Nechayev V. S. Issues of development of public-private partnership in health service of Russia // Problems of social hygiene, Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya I istoriyi meditsiny. 2012. № 3. P. 6–7.
3. Public-private partnership as a tool of innovations support / A. V. Kireyeva, I. A. Sokolov, T. V. Tishchenko, E. V. Khudko; edited by I. A. Sokolova. M.: Publishing house “Delo” RANEPA, 2012. 516 p.
4. Kurakova N. Public-private partnership in health services system: selection of forms and perspective ways. P. 1 // Menedzher zdravookhraneniya. 2009. № 3. P. 4–12.
5. Vinnitskiy D. V. Public-private partnership in health services of Russia // Sotsialno-ekonomicheskiye yavleniya I protsessy. 2009. № 4. P. 24–27.
6. Varnavskiy V. G. Concessions in economic relations of a state and public sector. Doctor’s Thesis (Economics) [e-resource]. URL: http://www.dissercat.com/content/kontsessii-v-ekonomicheskikh-otnosheniyakh-gosudarstva-i-chastnogo-sektora#ixzz3RJEUfU5e (date of reference 20.02.2015).
7. On the basics of citizens’ health protection in the Russian federation: Federal Law dated November 21, 2011. № 323-FL [e-resource]. Access from the reference-legal system “Garant”.
8. Draft federal law № 238827-6 “On the basics of public-private partnership in the Russian Federation” [e-resource]. Access from the reference-legal system “Garant”.
9. On participation of Sverdlovsk region in public-private partnership: Law of Sverdlovsk region dated May 23, 2011. № 28-RL [e-resource]. Access from the reference-legal system “Garant”.
10. Dzhaparidze R. Mechanisms of Public-Private Partnership. Practice and application [e-resource]. URL: http://tencon.ru/article/190 (date of reference 10.02.2015).
11. On territorial program of government guarantee of free medical treatment to citizens of Sverdlovsk region dated December 24, 2013. № 1604-ПП [e-resource]. Access from the reference-legal system “Garant”.