

M.K. Nikitin

ON THE DEVELOPMENT OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE FIELD OF PROVIDING OUTPATIENT AND POLYCLINIC SERVICES TO PEOPLE

Maksim Nikitin – a PhD student, the Department of Entrepreneurship in Tourism, Saint-Petersburg State University of Economics, Saint-Petersburg; **e-mail: el_siver@mail.ru**.

The relevance of the article is caused by the role of out-patient and polyclinic aid within the health care system which provides for prevention, early diagnosis and treatment of diseases. The article highlights major approaches of the development of outpatient and polyclinic aid and justifies advisability of establishing regional consultative-diagnostic centers for providing free first medical aid in the framework public-private partnership (PPP).

The author has contributed to the development of the theme by systematization of possible lines of development of outpatient and polyclinic aid as well as by assigning a definite project of PPP to each line as well by specifying possible public and private partners.

Keywords: outpatient and polyclinic services; public-private partnership; public partner; private partner; up-to-date high-technology equipment; compulsory health insurance tariff.

М.К. Никитин

О РАЗВИТИИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ОБЛАСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

Максим Константинович Никитин – аспирант кафедры предпринимательства в туризме ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург; **e-mail: el_siver@mail.ru**.

Актуальность темы статьи обусловлена ролью амбулаторно-поликлинической помощи в системе здравоохранения, заключающейся в профилактике, раннем выявлении и лечении заболеваний. В статье выделены направления развития амбулаторно-поликлинической помощи и обоснована целесообразность создания районных консультативно-диагностических центров для оказания бесплатной первичной специализированной медико-санитарной помощи населению в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП). Вклад автора в развитие темы заключается в систематизации возможных направлений развития амбулаторно-поликлинической помощи и определении для каждого направления предмета проекта ГЧП, возможных публичных и частных партнеров.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлинические услуги; государственно-частное партнерство; публичный партнер; частный партнер; современное многопрофильное и высокотехнологичное оборудование; тарифы ОМС.

Исследователи, специализирующиеся на проблемах управления здравоохранением [1; 2; 6; 7], подчеркивают значение первичной медико-санитарной помощи и амбулаторно-поликлинической помощи

как основных звеньев, деятельность которых определяет структуру и объемы затрат в системе здравоохранения в целом. Их развитие предусматривает:

- совершенствование и модернизацию

материально-технической базы амбулаторий и поликлиник;

- повышение квалификации и переподготовку участковых терапевтов и педиатров, фельдшеров и медицинских сестер;

- усиление профилактической работы амбулаторий и поликлиник;

- совершенствование организационных форм взаимодействия терапевтов, педиатров и врачей-специалистов в городах и в сельской местности;

- углубление работы по планированию семьи, охране материнства и детства;

- развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности;

- повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи для сельского населения на основе развития телемедицины.

Важнейшим и наиболее капиталоемким направлением является совершенствование и модернизация материально-технических условий оказания медицинских услуг в условиях амбулаторий и поликлиник. Одной из возможных форм работы в данном направлении является создание районных консультативно-диагностических центров для оказания бесплатной первичной специализированной медико-санитарной помощи населению. После запуска подобных центров в районе, мощности которых должно быть достаточно для обслуживания всего населения района, в городских поликлиниках возможно будет ликвидировать специализированные службы, тогда амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) будут выполнять исключительно функции первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи.

Такого рода деление позволит передать частному инвестору часть работы по предоставлению медицинских услуг гражданам, упростить менеджмент в медицинских организациях, сделать более простым бухгалтерский учет и планирование в поликлиниках. Это произойдет за счет того, что учреждение будет выполнять меньшее количество функций, существенно уменьшится штат работников, и сократятся расходы на содержание оборудо-

вания и эксплуатацию занимаемых зданий, так как потребуется меньшее количество площадей и оборудования.

Для выбора наиболее подходящей схемы проекта ГЧП по созданию специализированных консультативно-диагностических центров рассмотрим следующие варианты соглашений.

По модели BOLT бизнес-партнер обязан спроектировать и выстроить либо реконструировать определенный объект – строения для устройства консультативно-диагностического центра. Объект инфраструктуры создается инвестором за свой счет и закрепляется за ним на праве собственности. По завершению строительных работ частный партнер передает готовый объект в аренду публичному партнеру – органам государственного местного управления. Возмещение инвестиционных затрат инвестора будет осуществляться посредством арендных платежей. По завершению срока соглашения объект переходит в собственность государства [3; 5]. При использовании такой схемы частный партнер получает большой объем работ и уверенность в регулярных поступлениях средств. С другой стороны, государство получит современное здание, соответствующее всем стандартам и нормам, в том числе с новыми коммуникациями и инженерными сетями по меньшей стоимости и в срок гораздо меньший, чем если бы подобное строительство осуществлялось государством самостоятельно. Но эта система не сможет решить все другие проблемы АПУ, которые указывались выше.

Модель «operation and maintenance» не подразумевает, что частный инвестор будет строить или реконструировать что-либо. Согласно этой схеме частный инвестор лишь эксплуатирует выделенный объект на протяжении оговоренного с публичным партнером времени и получает доход от его использования (в то время как объект продолжает оставаться в собственности у публичного партнера) [3; 5].

В этом случае на частного партнера ложится ответственность за организацию и оказание рассматриваемых медицинских услуг здравоохранения. Это позволит повысить эффективность оказываемых услуг

за счет привлечения более высококвалифицированных специалистов и расширения оказываемых услуг. Частный партнер сможет организовать более прозрачные способы ведения финансового и организационного учета. Однако в этом случае останется нерешенной острая проблема устаревшей материально-технической базы в части изношенности инфраструктур. Можно реализовать предлагаемый проект путем заключения концессионных соглашений по двум изложенным схемам – в сочетании BOLT и Operation and maintenance. Но в этом случае существенно возрастут затраты на подготовку проекта – разработку соглашений, планирования и оценки проекта, проведение конкурсов и поиска партнеров – поскольку этот этап придется осуществлять дважды. С этой точки зрения выгоднее использовать схему, включающую оба необходимых аспекта – и строительство (реконструкцию), и управление объектом. Такой схемой, в частности, является модель BOT. В соответствии с моделью BOT инфраструктурный объект строится на собственные средства концессионером, который по окончании строительства имеет право эксплуатации возведенного объекта на период, необходимый для возврата вложенных средств. После возврата инвестиций объект передается властям. Концессионер теперь правомочен эксплуатировать выстроенный им объект, но не владеть, как это происходит в п. 3.2.1 в модели BOLT [3; 5]. Учитывая значительные капитальные вложения со стороны частного сектора, такой контракт будет носить долгосрочный характер (25–30 лет). Возмещение инвестиционных затрат в этом случае будет осуществляться частичным возвратом средств государством – регулярными выплатами из бюджета (в приведенных во второй главе примерах эта сумма составляла до 60% от стоимости проекта). Партнер также будет получать денежные средства за оказание специализированной медицинской помощи населению – по государственному заказу и на платной основе. Частный сектор обладает высокими компетенциями в области эффективного управления и имеет постоян-

ную мотивацию к повышению рентабельности своих услуг – увеличение извлекаемой из проекта прибыли. В данном случае факторами увеличения извлекаемой прибыли будут являться уменьшение себестоимости оказываемых стандартных услуг (учреждение будет оказывать большой объем услуг по государственному заказу, которые оплачиваются согласно принятым тарифным ставкам), расширение спектра предоставляемых услуг, привлечение большего количества потребителей платных услуг.

С учетом специфики рассматриваемых услуг для обеспечения этих целей предприятию будет целесообразно нанимать высококвалифицированных специалистов и использовать современное многопрофильное и высокотехнологичное оборудование, что, безусловно, обеспечит более высокое качество предоставляемой помощи. В случае использования изложенной схемы в результате реализации проекта государство получает:

- возможность осуществления дорогостоящего проекта в условиях бюджетных ограничений,

- способность рассчитать и предусмотреть издержки на весь период жизни проекта, а значит распределить финансы равномерно (начиная с момента ввода объекта в эксплуатацию),

- способность перевести эксплуатационные издержки на инвестора, дополнительно снизив бюджетные расходы,

- возможность устранения существенной части таких рисков, как срыв сроков строительства, ввода в эксплуатацию, превышение бюджета проекта,

- возможность обеспечить население бесплатной специализированной медико-санитарной услугой более высокого качества, снизить сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований,

- по завершению срока соглашения – инфраструктуру в приемлемом состоянии для дальнейшей успешной работы центра, набор современного оборудования, необходимого для осуществления функций центра.

Таким образом, использование моде-

ли ВОТ решает практически все выявленные проблемы АПУ. Но одним из существенных отрицательных факторов, которые могут снизить привлекательность проекта для частного бизнеса и значительно осложнить процесс поиска договаривающихся сторон и оценку расходов, рисков и прибыли по проекту являются низкие тарифы ОМС. Тарифы в настоящий момент не могут компенсировать всех расходов на оказание медицинских услуг. До повышения тарифов эта проблема может быть решена путем изыскания государственным партнером возможности установления специальных, повышающих коэффициентов по тарифным ставкам для партнера по действующему концессионному соглашению либо внедрения механизма соплатежей по ДМС или от работодателя (в случае оказания услуг лучшего сервисного уровня).

Проведенный анализ позволяет утверждать, что модель ВОТ является наи-

более перспективной для реализации ГЧП-проектов в области амбулаторно-поликлинических услуг.

Перечисленные выше направления развития первичной медико-санитарной и амбулаторно-поликлинической помощи, требующие инвестиций, определяют возможные области государственно-частного партнерства (см. таблицу).

Министерство здравоохранения поддерживает ГЧП-проекты, в том числе в рамках проведения отраслевых конкурсов. Так, в 2015 г. проводились конкурсы в номинациях:

- «Лучший инфраструктурный проект на принципах государственно-частного партнерства в здравоохранении»;

- «Лучшая частная медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

- «Лучшая частная организация, осу-

**Возможные области государственно-частного партнерства
в сфере амбулаторно-поликлинических услуг**

№ п/п	Направление развития АПМ	Предмет проекта ГЧП	Публичный партнер	Частный партнер
1	Совершенствование и модернизация материально-технической базы учреждений АПМ	Строительство и оснащение учреждений АПМ	Федеральные и региональные органы управления здравоохранением	Негосударственные учреждения здравоохранения, инвесторы
2	Повышение квалификации и переподготовка участковых терапевтов и педиатров, фельдшеров и медицинских сестер	Совершенствование подготовки и профессиональной переподготовки медицинских кадров	Федеральные и региональные органы управления образованием	Негосударственные учреждения здравоохранения, негосударственные учреждения образования
3	Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности	Строительство и оснащение объектов социальной инфраструктуры в сельской местности	Региональные и муниципальные органы управления здравоохранением, органы местного самоуправления	Негосударственные учреждения здравоохранения
4	Развитие телемедицины	Разработка и внедрение информационных технологий, обеспечивающих консультационные услуги в режиме удаленного доступа	Федеральные органы управления здравоохранением, информатизации и связи	Высокотехнологичные компании, инвесторы.

Источник: разработано автором.

ществляющая аутсорсинг медицинских услуг»;

- «Лучший субъект Российской Федерации по уровню развития государственно-частного взаимодействия в здравоохранении» [4].

Однако ГЧП-проекты в области амбулаторно-поликлинических услуг качестве отдельной номинации не выделялись. Представляется, что ускоренное развитие государственно-частного партнерства позволит повысить доступность и качество амбулаторно-поликлинических услуг и, как следствие, – капитал здоровья населения страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беденко Н.Н.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении в условиях нестабильности // Вестник ТвГУ. Серия «Экономика и управление». 2015. № 2. С. 92–99.
2. *Гладков К.В.* Государственно-частное партнерство как источник компетенций частного партнера в здравоохранении // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». 2016. № 2. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24359> (дата обращения: 23.03.2017).
3. *Делмон Д.* Государственно-частное партнерство в инфраструктуре. Практическое руководство для органов государственной власти. Астана: ИЦ Апелсин, 2010. 261 с.
4. *Краевой С.А.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении: актуальные тенденции // Федеральный Справочник: [сайт]. URL: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Z_16/Z16-2015-Kraevoj.pdf (дата обращения: 13.01.2016).
5. Сравнение законодательства о публично-частном партнерстве // презентационные материалы // Национальный центр государственно-частного партнерства: [сайт]. URL: <https://www.pppcenter.ru/assets/files/docs/PPP%20Law.pdf> (дата обращения: 13.04.2017).
6. *Честнов П.Е., Конюхов В.Ю.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении на примере лаборатории забора крови // Вестник ИрГУ. 2015. № 1(96). С. 184–187.
7. *Шиповалов А.Г.* Формы государственно-частного партнерства при реализации функциональных стратегий здравоохранения в регионах Крайнего Севера. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25434047> (дата обращения: 13.04.2017).