

**M.K. Nikitin**

## **MAJOR TRENDS OF MODERNIZATION OF HEALTHCARE SYSTEM IN OUTPATIENT POLYCLINIC SECTOR**

**Maksim Nikitin** – a PhD student at the Department of Recreation and Tourism, Saint-Petersburg State University of Economics, Saint-Petersburg; **e-mail: nikitinmk@gmail.com**.

*The problems of healthcare and among their number-modernization of outpatient polyclinic sector, have a strong and decisive effects on the quality of life for the people in regions. Thereupon proposals aimed at solving the said problems are considered to be relevant ones and are of practical interests. Based on the analysis of healthcare development in Saint-Petersburg the article describes specifics of introducing private public partnership mechanisms into the system of outpatient polyclinic treatment. The author presents his own definition of the concept of private public partnership, substantiates the need for introduction of public private partnership mechanisms into the system of outpatient polyclinic treatment.*

*The author gives proof of the need for the establishment of a Standing Working Group within the government of the constituent entity of the Russian Federation.*

**Keywords:** healthcare; outpatient polyclinic sector; public private partnership; trends of development; competition in the primary care.

**М.К. Никитин**

## **НАПРАВЛЕНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ**

**Максим Константинович Никитин** – аспирант кафедры рекреации и туризма ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург; **e-mail: nikitinmk@gmail.com**.

*Проблемы здравоохранения, в частности развития амбулаторно-поликлинического звена, во многом определяют качество жизни населения регионов, поэтому предложения по их решению являются актуальными и представляют практический интерес. В статье на основе анализа практики развития здравоохранения в Санкт-Петербурге рассматриваются особенности и специфика внедрения механизмов государственно-частного партнерства в систему амбулаторно-поликлинических услуг. Дано авторское определение понятия государственно-частного партнерства, обоснована необходимость внедрения механизмов государственно-частного партнерства в систему амбулаторно-поликлинических услуг.*

*Автором обосновывается необходимость создания постоянной рабочей группы по развитию государственно-частного партнерства и конкуренции при правительстве субъекта федерации.*

**Ключевые слова:** здравоохранение; амбулаторно-поликлиническое звено; государственно-частное партнерство; тенденции развития; конкуренция в первичном звене.

Активное жилищное строительство, сопутствующее росту населения и развитию рынка недвижимости, накладывает на городскую администрацию обязательства по созданию большого количества дорогостоящих объектов социальной инфраструктуры. Ограниченность возможностей бюджета города требует поиска эффективных решений, которые позволили

бы обеспечить качественной и современной медицинской помощью растущие районы.

Нормативно-правовое поле развития здравоохранения содержит предпосылки возникновения управляемой конкуренции вследствие существенных изменений законодательной базы, осуществленных Министерством здравоохранения РФ.

Впервые было гарантировано вступление частных медицинских организаций в систему ОМС в уведомительном порядке, а также закреплено право пациента на выбор участкового врача. Согласно программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», частные инвестиции играют одну из ключевых ролей в будущей финансовой модели оказания бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, на федеральном уровне органы исполнительной и законодательной власти предлагают регионам новый, дополнительный инструмент обеспечения выполнения социальных обязательств.

Кроме строительства новых объектов инфраструктуры перед государством стоит задача оптимизации существующей системы здравоохранения. Амбициозные задачи, которые ставит перед собой Министерство здравоохранения, невозможно выполнить без коренной модернизации не только основных фондов медицинских учреждений, но и системы мотивационных факторов – как экономических, так и существенных. Другими словами, врачи и руководители учреждений здравоохранения должны захотеть изменить ситуацию к лучшему на своем участке и в отрасли в целом.

Какова сегодня система стимулов для городских поликлиник? В чем заинтересован главный врач? Определим наиболее значимые его интересы:

- обеспечить присутствие на рабочем месте врачей согласно штатному расписанию, разработанному по рекомендованным нормативам, установленным приказами Министерства здравоохранения;

- увеличить расходы на оказание помощи и капитальные затраты, так как в таком случае увеличится и финансирование;

- интенсифицировать предложение и спрос на платные услуги (в том числе, за счет искусственного снижения доступности бесплатных), так как это является единственным внебюджетным источником доходов для поликлиники;

- приложить все усилия для того, чтобы количество жалоб населения было ми-

нимальным.

Однако количество жалоб только растет. Одним из возможных решений в сложившейся ситуации является развитие внутри системы здравоохранения реальной управляемой конкуренции. Управляемой – потому что правила игры (тарифы, состав услуг) устанавливаются государством, которое превращается в таком случае из провайдера услуг в их покупателя.

Появление частных медицинских организаций, работающих в тех же условиях и по тем же правилам, что и государственные бюджетные учреждения, неминуемо изменит всю систему. Конечно, частные организации никогда не будут способны обеспечить оказание помощи всему городу – да этого и не нужно. Если 10–15% от общего объема услуг будет закупаться государством на открытом рынке, то даже эта цифра вынудит поликлиники оптимизировать свою деятельность и – главное – улучшать качество и доступность помощи.

Экономические мотивы частных операторов понятны – это извлечение прибыли при оказании качественной услуги. У государственных поликлиник прибыли нет, но зато есть потребность в самом дефицитном на сегодняшний день ресурсе – медицинских кадрах. Поэтому их целью в конкурентной борьбе будет создание таких экономических условий, при которых они смогут привлечь докторов. И зарплаты врачей будут расти.

Но самое главное – конкуренция приведет к объективным и позитивным изменениям качества и сервиса, от которых выиграет в первую очередь человек – потребитель услуги. Только конкуренция может обеспечить появление «пациентоцентричной» системы здравоохранения в регионе.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – это сотрудничество публично-правового образования (государства) и частного лица, предполагающее финансовое, организационное и иное участие частного лица в общественно значимом проекте, а также оптимизацию распределения рисков между государством и част-

ным лицом, и направленное на получение выгоды обеими сторонами партнерства [4].

Первые проекты в области государственно-частного партнерства в здравоохранении Санкт-Петербурга выявили объективные препятствия для развития полноценной конкуренции [2. С. 244]:

- форматы оказания помощи;
- административные барьеры;
- финансовые барьеры.

Рассмотрим форматы оказания амбулаторной помощи. Сегодня амбулаторная помощь в Санкт-Петербурге представлена поликлиниками, в которых оказывается первичная медико-санитарная и врачебная помощь (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры) и первичная специализированная помощь (врачи-специалисты). Кроме того, существуют еще немногочисленные городские консультативно-диагностические центры, а также диспансеры для лечения социально значимых заболеваний (туберкулезные, кожно-венерологические). Соответственно, главной составляющей системы является поликлиника.

Поликлиники были придуманы в советское время в стране с плановой экономикой. Логика создания одного крупного учреждения здравоохранения вместо нескольких небольших клиник была понятной: концентрация ресурсов в одном месте снижает транзакционные издержки и эти самые ресурсы экономит. Конечно, выгоднее поставить один рентгеновский аппарат, а не пять. И, конечно, удобнее для врача-терапевта в случае необходимости отправить пациента на другой этаж к специалисту.

Однако такой проект мог бы сработать в «идеальном мире». В котором есть не очень занятый специалист, который может принять пациента по направлению терапевта сразу, без предварительной записи. Но такой роскоши не может позволить себе ни одно общество в мире. В любой стране с развитой медициной врач амбулаторного звена работает как на конвейере, строго в соответствии с принципами операционного менеджмента, принимая от 20-ти (Финляндия) до 40-ка

(США) пациентов в день [5. С. 376].

Последствиями массового внедрения «фабрик здоровья» – крупных поликлиник – явилось:

- превращение врача-терапевта в своего рода диспетчера, раздающего номерки-направления ко всем остальным специалистам. Лишенный автономии земского врача и видящий каждый рабочий день доступный консультативный и диагностический ресурс в соседнем кабинете, участковый доктор всегда предпочтет уйти от ответственности и сбросить лишнюю работу на специалиста;

- массовое привыкание пациентов идти на прием сразу к специалисту, минуя первичное звено;

- главное, что снижение транзакционных издержек оказалось иллюзией. Вместо этого получилось удаленное от места проживания здание, с большим количеством пересекающихся операционных потоков.

Однако существует возможность не реплицировать практики советского периода, а строить современные структуры, отвечающие новым стандартам медицинских технологий и качества услуги. Эти структуры должны обеспечивать обслуживание не только постоянно проживающих граждан, особенно в крупных городах, но и возрастающих туристских потоков, в частности, потоков делового туризма [6]. В состав этих структур должны входить:

- центры общей врачебной практики (а также детские поликлинические отделения и женские консультации) – вынесенные ближе к пациенту, на первые этажи жилых домов, амбулатории. В них будет оказываться первичная врачебная помощь, осуществляться забор анализов, базовая функциональная и инструментальная диагностика. Именно здесь будет обеспечиваться от 60 до 70% медицинских потребностей пациента;

- консультативно-диагностические центры (КДЦ), в которых будет сосредоточена первичная специализированная помощь и дорогостоящее диагностическое оборудование.

Такой двухуровневый формат оказа-

ния амбулаторной помощи позволит:

- сократить поток пациентов к специалистам в консультативно-диагностический центр за счет перенаправления его в амбулатории, а также за счет увеличения автономности врача первичного звена. Согласно основному закону медицинского менеджмента, «если у врача есть возможность воспользоваться диагностическим или консультативным ресурсом – он будет им пользоваться, независимо от того, действительно ли это необходимо пациенту» [1];

- снизить капитальные затраты при строительстве как минимум в два раза;

- резко увеличить качество сервисной составляющей медицинской услуги за счет рассредоточения пациентов по нескольким точкам, увеличения доступности помощи, изменения стандартных операционных процедур в пользу удобства пациента (в частности, при относительно небольшом по сравнению со стандартной поликлиникой потоке в амбулаториях возможно организовать забор анализов и проведение ЭКГ во время приема).

Необходимо отметить, что в обеих системах – стандартной поликлинике и предлагаемом концепте «групповая медицинская практика + КДЦ» – есть ряд преимуществ, основными из которых являются известный для города формат, готовые строительные проекты, привычность для пациента, повышение доступности помощи и качество сервиса, рациональность капитальных затрат, привлекательность для инвестора.

В случае признания возможным воплощения в жизнь нового концепта будет снят один из самых существенных барьеров для развития конкуренции в первичном звене – привязанность городского здравоохранения к одному, очень ригидному формату оказания амбулаторной помощи. Появление более гибких схем приведет к расширению возможностей выбора для инвесторов, обеспечит жизнеспособность проектов с небольшой капиталоемкостью, ведь открытие групповых практик, например, доступно широкому кругу инвесторов. Для более требовательных в финансовом плане проектов – кон-

сультативно-диагностических центров – идеально подходит классическая схема государственно-частного партнерства, при которой город компенсирует в течение длительного периода времени вложения в основные фонды.

Результатом принятия такого концепта будет повышенный интерес инвесторов к отрасли и, соответственно, снятие обременений по созданию объектов медицинской инфраструктуры в районах новой застройки с городского бюджета. В случае, если инвестиционный договор с инвестором предусматривал строительство поликлиники, возможно будет перенести обязательства на другие объекты социальной инфраструктуры. Другими словами, появится пространство для маневра.

Для части существующих поликлиник, показывающих неудовлетворительную эффективность и имеющих проблемы с обеспечением качества и доступности помощи, возможно рассмотрение вопроса о передаче их в оперативное управление частным компаниям. Для этого необходимо разработать механизм и четко определить условия передачи.

Серьезным вопросом является финансирование и экономическая эффективность нового концепта.

Для расчета экономической эффективности любого проекта инвестор должен иметь возможность предположить входящий денежный поток в перспективе, желательно – долгосрочной. Без плана продаж невозможно планирование. В системе обязательного медицинского страхования на сегодняшний день такое планирование осуществлено быть не может.

Основные причины:

1. Неясная тарифная политика, разные правила игры для разных участников системы.

2. Совершенно непрозрачный механизм формирования планового задания.

3. Устойчивая логика плательщиков: «содержание учреждений», а не «закупка услуг».

Несмотря на существование тарифов на услуги, медицинские организации все равно финансируются по принципу компенсации текущих расходов. Это, по фак-

ту, советского типа бюджетно-сметное финансирование. Поликлиники подают свои предполагаемые расходы на следующий год в Территориальный фонд ОМС, а далее они конвертируются в количество услуг, отражаемое в плановом задании. Соответственно, лечебные учреждения заинтересованы в раздувании расходов – отсюда по меньшей мере треть «мертвых душ» в штатном расписании, неэффективное использование ресурсов, равнодушие к новым технологиям.

Изменения в области финансирования способны коренным образом повлиять на ситуацию в здравоохранении региона и запустить реальную конкуренцию. В частности, росту привлекательности Санкт-Петербурга для медицинских инвесторов могло бы способствовать:

- публикация дефицитов медицинской помощи Территориальным фондом ОМС или Комитетом по здравоохранению в формате стандартных решений для государственно-частного партнерства в первичной помощи;

- формирование ясной и четкой тарифной политики с едиными для всех правилами, а также снятие ограничительной функции планового задания путем его оперативной корректировки согласно реальному объему оказанных услуг.

Как только эти меры будут реализованы, частным инвесторам станут ясны потребности города и денежный поток – все дефициты помощи будут закрыты в течение одного-двух лет без каких-либо дополнительных расходов со стороны городского бюджета [3].

Кроме вышеописанного, текущая тарифная политика имеет еще одну особенность. Она не дает возможности создавать экономическую мотивацию для достижения определенных целей с точки зрения показателей здоровья людей, прикрепленных к медицинским организациям. Существующие варианты экономических стимулов – оплата по визитам или подушевое финансирование – могут лишь влиять на количество услуг, но никак не на качество. Однако в ряде стран уже сегодня придумано и внедрено решение, позволяющее мотивировать провайдеров медицинской

услуги не просто принимать пациентов, а действительно заботиться о состоянии здоровья населения. Речь идет о системе показателей здоровья, состоящей из 30–40 пунктов, которые мониторируются ежегодно и позволяют акцентировать внимание на ключевых фокусах. Например, на управлении хроническими заболеваниями или профилактике зависимостей и вредных привычек. По результатам мониторинга лучшим организациям вводится поощрительный коэффициент к тарифу или сумме подушевого финансирования.

Развитие конкуренции в первичном звене выгодно и с точки зрения территориально-отраслевого управления:

- Комитету по здравоохранению Санкт-Петербурга – так как приводит к увеличению доступности и качества медицинской помощи;

- территориальному фонду ОМС – так как дает возможность за те же деньги закупать услуги более высокого качества;

- районным администрациям – так как позволяет более эффективно выполнять возложенные на них «Положением об Администрации района Санкт-Петербурга» функции обеспечения оказания первичной медицинской помощи.

Однако вполне ожидаемо сопротивление развитию конкуренции оказывают главные врачи поликлиник и районные отделы здравоохранения. Райздравы сегодня – это «генеральные директора» сети поликлиник. Без их согласования главные врачи поликлиник не считают возможным принимать ни одного существенного хозяйственного решения; они являются представителями интересов подведомственных учреждений в Комитете по здравоохранению и ТФОМС. Поэтому главы районных отделов здравоохранения всегда будут ратовать за достижение тех же целей, но только силами государственной сети поликлиник.

В результате складывается ситуация, при которой лучшие устремления руководителей отрасли здравоохранения региона наталкиваются на труднопреодолимые препятствия в лице райздравов, а Комитет по здравоохранению практически не имеет возможности управлять поликлиника-

ми. В реалиях сегодняшнего дня возможным рациональным решением была бы передача части функций по организации первичной помощи обратно на уровень субъекта.

Для решения изложенных выше управленческих проблем развития конкуренции в первичном звене здравоохранения автор предлагает создать постоянную рабочую группу по развитию государственно-частного партнерства и конкуренции при Комитете по здравоохранению. Ее задачами должны быть:

- создание оптимальных условий для взаимодействия Администрации города и инвесторов;
- создание точки контакта для медицинских инвесторов и общего информационного пространства;
- способствование развитию проектов государственно-частного партнерства.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабко Н.В., Ореховский П.А.* Реформы здравоохранения в постсоветской России: прошлое и будущее // *Общество и экономика*. 2005. № 6. С. 11–17.
2. *Козбаненко В.А.* О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации // *Государственно-частное партнерство. Пути совершенствования законодательной базы / под общ. ред. А.А. Зверева*. М.: ООО Фирма А-ФОРТ-ЮГ: ЕБРР, 2009.
3. *Лобанов А.А.* Преимущества и риски государственно-частного партнерства в медицине: возможные пути развития // *Управление здравоохранением*. 2010. № 1. С. 24–28.
4. *Правовые механизмы ГЧП в РФ. Презентационные материалы*. 2009 // Baker&McKenzie: [сайт]. URL: <http://www.bakermckenzie.com/ru-RU/Russia/> (дата обращения: 10.04.2013).
5. *Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д.* Основы организации поликлинической помощи населению. М.: Медицина, 1982.
6. *Шарафанова Е.Е., Дроздова И.В., Дыбаль М.А.* Деловой туризм в регионах Российской Федерации: монография / Санкт-Петербургский государственный университет сервиса и экономики. СПб., 2011.