

**ГЧП в здравоохранении: бизнесу – управление, государству –
контроль**

Public-private partnership in public health services: to business –
management, to the state - control

*Э.Р.Киямова
аспирант кафедры макроэкономики
и экономической теории
Казанского государственного
финансово-экономического института
Россия, Казань*

Kiyamova E.R., postgraduate student of
Macroeconomics and economics department of
Kazan State Finance and Economics Institute
Russia, Kazan

В статье рассматривается вовлечение бизнеса в процесс долгосрочного пользования объектами здравоохранения. При этом предусматривается финансовая ответственность бизнеса за качество оказания медицинской помощи населению. Автором предлагается одна из эффективных моделей взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения – контракты на поставку услуг по госзаказу.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, концессии, аутсорсинг, право собственности, госгарантии.

The article is chiefly concerned with attraction (involving) of business into the process of longterm use by objects of healthservice. Moreover it deals with financial responsibility of business for the quality of medical care provision. The author says that one of the most effective way of interacting both of business and state in the sphere of healthservice is contracts for service delivery according to state order.

Key words: public-private partnership, concession, outsourcing, ownership, state assurance (guarantee).

На сегодняшний день самыми острыми в России являются проблемы финансирования здравоохранения. Необходимость привлечения дополнительных источников финансирования в данную отрасль подтверждается следующими показателями: сегодня отечественное здравоохранение недофинансируется в 2 раза - объемы финансирования составляют всего 3,7% от ВВП страны, сохраняется остаточный принцип финансирования, дефицит квалифицированных специалистов и изношенное оборудование.

Все это отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения. В стране растут заболеваемость и смертность (кроме младенческой), причем темп роста смертности трудоспособного населения опережает рост общей смертности на 7,4 п.п. [6, с.111].

Все это говорит о том, что для решения данных проблем необходимо объединение сил и средств государства и бизнеса, то есть реализация проектов здравоохранения на принципах государственно-частного партнерства (ГЧП). По мнению президента Национальной Медицинской палаты России, д.м.н. Л. Рошаль «необходимо увеличить долю расходов на здравоохранение как минимум до 6% ВВП» [5].

В странах с высоким уровнем здравоохранения, таких как Великобритания, Австралия, Германия, распространены две наиболее эффективные модели ГЧП:

- BOLB (buy, own, lease back) – когда объект здравоохранения строит частный сектор и продает его госструктуре с обязательством последующей передачи в управление тому же частному партнеру;

- Alzira (по названию клиники в Испании, где впервые была применена такая схема) – когда права собственности на построенную больницу сохраняются за частным сектором, но при одном условии: больница заключает с государственным ведомством здравоохранения контракт, по которому обязуется оказывать помощь населению за фиксированную плату со стороны государства.

При модернизации системы здравоохранения в рамках ГЧП учитываются интересы трех сторон - государства, частного сектора и населения. Соответственно, каждый участник имеет свои преимущества при реализации

проекта на основе ГЧП. Если государство передает в надежные руки управление объектом здравоохранения, приобретая ответственного исполнителя своего заказа, то оно снимает с себя проблемы, связанные с обслуживанием оборудования, закупкой расходных материалов и содержанием здания. Частный инвестор – помимо дополнительных доходов от поставки своих услуг по госзаказам, расширяет поле деятельности, осуществляет позитивную социальную рекламу, в конечном же счете выигрывает население как «совокупный потребитель» создаваемых более качественных медицинских услуг.

При передаче в управление объект собственности возможны два варианта ГЧП:

- когда передается в управление инфраструктура больничного комплекса;
- когда учреждение передается в управление полностью, включая лечебный процесс.

Проработав показатели эффективности, главный врач детской городской клинической больницы № 5 имени Н.Ф. Филатова Александр Голышев со своей командой пришел к выводу, «что второй вариант ГЧП — активная реструктуризация с передачей функций управления инвестору — может быть гораздо привлекательнее для него, потому что учитывается срок окупаемости проекта» [2].

На наш взгляд, объекты здравоохранения полностью передавать в частные руки не надо, поскольку данная отрасль является социально значимой и только ее стабильное положение гарантирует высокий уровень жизни населения и отсутствие недовольства со стороны жителей. Плюс ко всему, данная схема опасна высоким риском коррупционных процессов. Поэтому целесообразным, на наш взгляд, является передача объекта здравоохранения частному инвестору в управление, оставляя его в собственности государства, то есть частный партнер будет строить, оборудовать и лечить от лица государства.

Необходимо передать на аутсорсинг непрофильные услуги, то есть передача на длительный срок управомоченных функций и при необходимости соответствующих ресурсов частному инвестору, который может выполнить эти

функции эффективнее, поскольку он имеет современную технологию, навыки менеджмента и опыт. Под непрофильными услугами мы имеем ввиду такие услуги, которые не связаны напрямую с лечением пациентов, такие как уборка, питание, техническое обслуживание.

Данная модель в рамках ГЧП позволит сократить расходы бюджета, повысить эффективность и качество предоставления услуг, контролировать издержки, фокусировать внимание органов исполнительной власти на основной деятельности, обеспечить доступность новых технологий и новаторских методов управления, сократить число административного и управленческого персонала.

Однако прежде чем применить данные предложения на практике, необходимо разрешить следующие проблемы, препятствующие развитию ГЧП в здравоохранении России:

- в настоящее время госбюджетирование и госгарантии на уровне муниципалитетов и субъектов Российской Федерации не могут распространяться на период больше года, а успешная реализация проекта предполагает гарантии на 5-10 лет;

- ограниченность форм взаимодействия государства и бизнеса: концессии в России в сфере здравоохранения не распространены и невыгодны инвестору, поскольку предполагают «длинные» инвестиции и для их возврата необходим длительный срок, на что частный партнер еще не готов. "Окупаемость инвестиций за счет возврата их из бюджета неэффективна. Ни один коммерческий банк не предоставит рублевый ресурс более чем на 5-7 лет, а привлекать иностранных операторов для строительства больничных зданий невыгодно, что же касается оборудования - то не проще ли закупить его в соответствии с федеральным законом №94", - считает исполнительный директор департамента проектного и структурного финансирования ОАО "Газпромбанк" Павел Бруссер [7];

- отсутствие единого государственного органа, в компетенции которого входит управление проектами ГЧП и координирование их внедрения;

- многоканальная система финансирования - тарифы Фонда обязательного страхования не покрывают затраты частных клиник на диагностику и лечение пациента, так что работать по ним экономически нецелесообразно.

Рассматривая форму взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении, мы считаем, что одной из эффективных моделей является заключение годовых контрактов на поставку услуг по госзаказу. По данным Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, несколько коммерческих стоматологических клиник города заключили в 2007 году договор на зубопротезирование для льготных категорий граждан в рамках территориальной программы обеспечения медицинской помощи. Другой пример — по итогам конкурса, проведенного Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, в 2007 году около 12% городского заказа на диализ крови обеспечило частное предприятие «Евромедик Интернешнл» [4].

Тем не менее, несмотря на существующие проблемы, сегодня имеются действующие проекты ГЧП в здравоохранении Республики Татарстан. К примеру, 20 февраля 2008г. заключен договор между мэрией Казани и ООО «АВА-Петер» (Российско-финская клиника «Скандинавия») о строительстве современного перинатального центра площадью более 5 тыс. кв. м., в составе которого будут центр планирования семьи и репродукции с отделением ЭКО, отделение диагностики (УЗИ, рентген, эндоскопия, лаборатория), отделение педиатрии и родильное отделение, стационар, отделение оперативной гинекологии, аптека. Общая сумма инвестиций в проект составляет более 13,4 млн. долларов США. Администрация Казани в качестве вклада в уставной капитал передает под клинику здание площадью 3314,4 кв. м с прилегающим земельным участком площадью 1679 кв. м. – помещение Центра планирования семьи на ул. Астрономической. Доля в общей сумме уставного капитала составляет 48,9 процента[3].

Ассоциации врачей частной практики и представители «АВА-Петер» имеют сомнения по поводу реализации данного проекта, поскольку считают его не подлежащим тиражированию и трудно представляют процесс оказания

амбулаторной помощи по крайне низким для бизнеса тарифам обязательного медицинского страхования (ОМС).

Однако в г. Альметевске Республики Татарстан уже с лета 2008 г. действует удачный проект медицинского ГЧП. Открыт новый хирургический корпус медико-санитарной части (МСЧ) ОАО «Татнефть» – негосударственная клиника, оказывающая услуги жителям Альметевска по госзаказу. За два года компания вложила в его строительство и оснащение высокотехнологичным оборудованием 1,5 млрд. рублей, Минздрав республики внес в ее бюджет 149,3 млн. рублей, еще 8 млн. направлены прямым назначением на проведение высокотехнологичных кардиологических операций, на гемодиализную помощь выделено 16,6 млн. рублей [1].

Анализ показывает, что в Республике Татарстан целесообразно, на наш взгляд, создание частных предприятий по сбору и переработке медицинских отходов. Данная идея может стать одним из перспективных направлений развития государственно-частного партнёрства в здравоохранении.

Таким образом, реализация проектов в здравоохранении на условиях ГЧП (строительство клиник, специализирующихся на лечении бесплодия, ведении беременности, родовспоможении), по нашему мнению, позволит более эффективно решить проблему роста рождаемости, а также повысит конкурентоспособность предоставляемых медицинских услуг в России.

Таким образом, решение вышеперечисленных задач в сфере здравоохранения даст возможность создать принципиально новую систему здравоохранения, ориентированную на интересы пациента. «Медицинское» ГЧП должно стать конкурентноспособным «локомотивом роста», что кардинально скажется на социально-экономическом положении страны в целом.

Список использованной литературы

1. Алпатова Н. ГЧП медицина – медбратство бюджета с капиталом.
URL: <http://www.ppp-pf.ru/>

2. Бевза Е. Здоровье: «Лечебными учреждениями управлять должен бизнес, а контролировать — государство» //МК в Питере: сетевой журн. 07.07.2010. URL: <http://www.mk-piter.ru/2010/07/08/011/>
3. В Казани будет построен современный перинатальный центр (ИА «Татар-информ», 20 февраля 2008г.). URL: <http://www.tatar.ru/>
4. Денисенко Е. Приглашение к диалогу. URL: <http://www.kadis.ru/>
5. Конференция «Государственно-частное партнерство в здравоохранении. Перспективы и пути развития в России» URL: <http://www.db5.ru/ppp280610.html>
6. Рожкова С.А. Использование мирового опыта ГЧП в России //ЭКО. - 2008. - №2. – С.104-113.
7. Рошаль Л. Государственно-частное партнерство в медицине не должно увеличить платное здравоохранение. URL: <http://www.regnum.ru/news/1298721.html>

