

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНЫХ ПАРТНЕРСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Муниципальное учреждение «Детская городская больница № 1», Екатеринбург

По данным опроса ВЦИОМ, 49% граждан недовольны качеством медицинской помощи, 52% – укомплектованностью лечебных учреждений и квалификацией кадров, 54% – отношением к себе медперсонала. А еще 48% жалуются на очереди [1]. Социологи констатируют: несмотря на проводимые реформы, каждый второй в стране не видит положительных изменений в сфере медицины. Получить хорошее медицинское обслуживание при необходимости может лишь треть россиян (30% семей респондентов), тогда как не могут себе этого позволить 66% участников опроса [2].

«Затраты граждан как на лекарственное обеспечение, так и на медпомощь увеличиваются. При этом имеется неблагоприятное соотношение между затратами государства (бюджетными) и населения на охрану здоровья. Затраты населения достигают 40% в сравнении с 15–30% в других странах» [3].

Наряду с неблагоприятным влиянием внешних факторов (мировой финансовый кризис, политическая зарегулированность отрасли), вызывает тревогу и состояние ресурсов здравоохранения. Например, в Свердловской области повсеместно примерно 40% зданий учреждений здравоохранения имеют фактический износ свыше 50%; сохраняется высокая степень износа основных фондов по медицинскому и вспомогательному оборудованию (хотя в 2007 г. произведены существенные поставки медицинской техники в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» за счет федерального бюджета и по программам региона). В поликлиниках по всей области наблюдается дефицит кадров (требуется около 1500 врачей).

Таким образом, сегодня отрасль здравоохранения нуждается в качественных преобразованиях, но для этого не хватает собственных ресурсов. В то же время в стране есть «свободные» деньги (например, инвестиции в строительство с началом кризиса приостановились, и эти средства можно считать условно свободными для инвестиций в другие отрасли), эти ресурсы могли бы пойти на финансирование качественных преобразований в здравоохранении. Инвестор принимает решения о вложениях с точки зрения выгод, следовательно, необходимо показывать эти выгоды с учетом долгосрочности инвестирования в отрасль.

Ожидать притока свободных средств при низком интересе инвесторов не приходится. На сегодняшний день существуют административные барьеры, в том числе связанные с несовершенством законодательства. Для участия частных организаций в выполнении государственного заказа нормативно-правовая база недостаточна для реализации механизма государственно-частного партнерства (ГЧП), нет алгоритма оптимального взаимодействия между участниками партнерства, неясны налоговое стимулирование и законодательно установленные гарантии для

инвесторов. Например, соглашение может быть прервано на любом этапе осуществления проекта, в том числе и не дожидаясь возврата инвестиций. Это снижает заинтересованность инвесторов в реализации концессионных соглашений.

Еще одна трудность связана с разграничением собственности в рамках одной организации: «Поэтому настоящее государственно-частное партнерство, к примеру, как в Великобритании, у нас упирается в несовершенство нормативной базы в области разграничения имущества» [4]. То есть нечетко прописан законодательный механизм определения собственников вложенного и приращенного за счет деятельности партнерства имущества.

Таким образом, в Российской Федерации существуют системные ограничения, делающие инвестиции в отрасль здравоохранения непривлекательными, хотя политический вектор государства в этом вопросе направлен на развитие государственно-частных партнерств в социальной сфере, в том числе и в здравоохранении.

Возникает закономерный вопрос: как соединить интересы государства, социума и инвесторов (как активной части социума). Для того чтобы частные деньги пошли в отрасль, государству необходимо:

- Законодательно закрепить инвестиционные и законодательные интересы инвесторов и собственников.
- Стимулировать поступления денежных средств в отрасль.
- Создать условия для формирования новых механизмов управления, так как недостаток профессионального менеджмента в отрасли здравоохранения создает непрозрачность деятельности, а любая непрозрачность препятствует инвестициям.

Если первые два пункта относятся к области изменения законодательства, то последний пункт можно реализовать через изменение системы подготовки или привлечение профессионально подготовленных руководителей, которые знают что такое бизнес, и понимают социальную ответственность бизнеса.

Таким образом, и дефицит финансов, и дефицит кадров может быть восполнен посредством развития ГЧП.

В классическом понимании государственно-частное партнерство заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения, в экономии бюджетных средств, необходимых для ремонта и содержания зданий медицинских учреждений, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов [5]. Но при этом недопустимо ущемление прав инвесторов, система должна учитывать и защищать их интересы для успешного функционирования и развития таких партнерств.

Несмотря на все вышеперечисленные трудности, в Екатеринбурге есть примеры партнерств государства с клиниками негосударственной формы собственности. Они участвуют в конкурсах по размещению государственного заказа на оказание медицинской помощи населению.

В таких клиниках все направления деятельности построены таким образом, что их функционирование, при своевременном мониторинге и надлежащем контроле, дает положительные результаты в реализации стратегии и, в конечном счете, миссии предприятия.

Для сравнения функционирования коммерческих и государственных/муниципальных учреждений подойдет концепция «Сбалансированная система показателей» Нортон и Каплана [13], которая представлена четырьмя направлениями развития.

Обучение и развитие. Это направление включает в себя обучение сотрудников и развитие культуры, ориентированной на качество услуги, как в индивидуальном плане, так и на уровне больницы. В компании, где работают образованные люди, сотрудники становятся ключевым ресурсом. В современных условиях быстрых технологических изменений работникам умственного труда необходимо постоянно совершенствоваться. В коммерческих клиниках, где набор новых технически подготовленных работников и одновременно обучение имеющихся сотрудников является действующей стратегией работы с персоналом, происходит естественное «наращивание и сохранение мозгов». Таким образом, руководство сосредотачивает средства на подготовку сотрудников, чтобы они принесли максимальную пользу. Тогда как, например, в муниципальных больницах обучение сотрудников в общей массе – это подотчетный внешним инстанциям процесс, который со временем становится формальностью: составляется план по обучению на год, затем контролируется его выполнение и составляется отчет. Только некоторые клиники обучают небольшую часть персонала на бизнес-тренингах, где работники получают дополнительное управленческое образование, но это не является системным процессом.

Обучение и развитие, как динамическая составляющая механизма ГЧП, является важным фундаментом успеха любой прогрессивной организации.

Организационные процессы. Показатели этого направления позволяют руководителям определять, насколько эффективно работает больница, соответствуют ли услуги стандартам оказания медицинской помощи, требованиям государства (доступность и качество медицинской помощи, эффективное использование бюджета) и пациентов (качество и сервис услуг). Этим требованиям отвечают следующие тенденции рынка: развитие малоннвазивных технологий, сокращение пребывания на койке, повышение у населения интереса к профилактическим мероприятиям и т. д.

На рынке медицинских услуг г. Екатеринбурга частные клиники часто следуют стратегии дифференциации (широкой или узкой), когда уникальная услуга предлагается узкому или широкому сегменту рынка. Узкая специализация в любой области: кардиологии, гинекологии, офтальмологии и т. д. дает возможность сформировать для пациента уникальное предложение, на котором клиники основывают свое конкурентное преимущество.

При этом, развивая научную деятельность и сотрудничая с кафедрами медицинской академии, больницы получают новый импульс в развитии узкоспециализированных направлений, так как происходит обмен ценными ресурсами: больница получает новые технологии, а академия – оснащенную базу для их внедрения и наращивания новых знаний. Эта стратегия создания альянсов приводит к повышению качества медицинских услуг.

В муниципальных ЛПУ большое внимание уделяется интересам заказчика, т. е. государства, при этом процессы дифференциации услуг для сегментов потре-

бителся с разным уровнем платежеспособности развиты мало. Вместе с тем потребность в такой дифференциации у населения есть.

Перспектива клиентов. Современный менеджмент должен учитывать растущую важность ориентации на клиента и его удовлетворенности. Основной критерий следующий: если клиенты не удовлетворены, то они будут искать другие выходы – менять клинику, жаловаться, пытаться заплатить персоналу и т. д. Низкая эффективность деятельности по этому направлению – явный индикатор будущего упадка ЛПУ, даже если текущая картина вполне благополучна. Медицина – одна из последних отраслей, которую коснулся современный клиентоориентированный подход к потребителям услуг. Во-первых, потому что медицина всегда рассматривалась как бесплатная для пациента, а значит, пациент частично утрачивал право предъявлять претензии или требовать к себе особого подхода. Во-вторых, потому что покупателем, заказчиком услуг всегда было государство и больницы ориентированы, прежде всего, на удовлетворение потребностей государства. Для коммерческих структур вопрос работы с клиентами является основным, так как на удовлетворении потребностей пациента основывается успех коммерческой клиники. Навыки работы с клиентами, исследования рынка и выбор перспективных направлений развития – это система, работающая во всех успешных клиниках. Это дает возможность выбирать наиболее востребованные рынком и соответствующие новейшим технологиям методики оказания медицинской помощи, просчитывать их рентабельность, искать возможности снижения затрат при неизменном качестве и лишь потом принимать решение об их внедрении. В муниципальных больницах вопросы маркетинга являются новыми, плохо приживаются и не становятся частью системы оказания медицинских услуг, хотя попытки создать очаги ориентированных на клиента подразделений есть: регистратуры, платные отделения, диспетчерские платных услуг. Причиной этого является дефицит человеческого ресурса – профессионально подготовленного менеджмента.

Финансы. Современные системы учета в муниципальных учреждениях (МУ) направлены на фиксацию расходов и на «освоение» бюджета. Как уже упоминалось выше, прежде чем запустить какой-либо проект, в коммерческой клинике рассчитываются затраты и рассматриваются пути их снижения при неизменном качестве услуг. Это позволяет рассчитывать большее количество направлений развития. В муниципальном учреждении большая часть времени в бюджетном процессе уходит на формирование отчетности в вышестоящие инстанции. При этом вопросы экономии бюджетных средств не рассматриваются, так как нет стимулов экономить из-за обоснованных опасений уменьшения бюджета в следующем периоде.

Все вышеперечисленное приводит к высоким финансовым издержкам в отрасли, которая и без того нуждается в инвестировании развития в долгосрочной перспективе.

Подводя итог сказанному, можно с уверенностью утверждать, что наличие грамотного менеджмента стимулирует развитие учреждений здравоохранения не только за счет расширения услуг, но и за счет постоянного поиска эффективного расходования ресурсов, направляемых на улучшение качества этих услуг.

Например, при создании ГЧП в области оказания высокотехнологичной медицинской помощи можно отметить, что привносит и что получает от партнерства каждая из заинтересованных сторон (ЗС) – государство, клиника, пациент:

- государство покупает качественную медицинскую помощь по установленной контрактом цене, при этом не заботится о содержании зданий, коммунальных платежах и прочих вопросах. Облегчается планирование бюджета, так как не возникает непредвиденных проблем с перевыполнением заказа;

- клиника имеет гарантированный оплаченный поток пациентов, что облегчает планирование бюджетов подразделений;

- пациенты имеют возможность получать по полису ОМС качественную медицинскую, в том числе и высокотехнологичную, помощь в комфортных условиях.

В муниципальной больнице при существующих механизмах финансирования, интересы ЗС вступают в противоречия:

- государство через фонд ОМС платит за посещения, через местные бюджеты оплачивает содержание зданий, ремонты, коммунальные услуги, обновление парка оборудования и т. д., при этом существует угроза перевыполнения планируемых государственных заказов на оказание медицинской помощи, что усложняет управление бюджетами;

- больницам до кризиса оплачивалось каждое посещение в поликлинике и каждая история болезни пациента, пролеченного в стационаре, даже при перевыполнении плана. Теперь выполнение плана регулируется, и для клиник, не уделющих достаточного внимания экономичному использованию денежных средств и организации процесса получения финансов из иных источников (ДМС, платные услуги), сверхплановый поток пациентов становится серьезной проблемой;

- пациенты получают услугу по медико-экономическим стандартам (МЭС), доступ к высокотехнологичным методикам нередко ограничен листом ожидания.

Развитие ГЧП соответствует Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., где предусмотрено развитие сектора социальных услуг на принципах государственно-частного партнерства. Существует еще один документ, в котором поставлена задача развития ГЧП в социальной сфере (в том числе и в здравоохранении) – это распоряжение Правительства РФ об основных направлениях его деятельности до 2012 г.

В 2006 г. правительство Санкт-Петербурга разработало и приняло свой закон о ГЧП, а именно Закон № 672-100 «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнерствах». Закон Санкт-Петербурга позволяет использовать более гибкие модели сотрудничества государства и бизнеса для создания или модернизации объектов, используемых для осуществления медицинской, лечебно-профилактической и иной деятельности в системе здравоохранения [6]. Таким образом, в Санкт-Петербурге реализуется перспектива привлечения частных инвестиций в реконструкцию зданий государственных ЛПУ или создания нового лечебного учреждения в обмен на получение этих зданий в долгосрочную аренду.

Государственная компания «РОСНО» 9 ноября 2006 г. создала прецедент ГЧП в области медицинского страхования: ЗАО «Компания Медэкспресс» откры-

ло в г. Ступино современный медицинский Центр семейной медицины. Это стало возможным благодаря организационной и финансовой поддержке ОАО «РОСНО» и Ступинской центральной городской клинической больницы. Проект реализован в партнерстве и под патронажем администрации Ступино. Партнерство областной администрации, сети медучреждений и страховщика позволило создать такую форму амбулаторно-поликлинического обслуживания, при которой медицинская помощь предоставляется бесплатно по полису ОМС и по страховым полисам РОСНО [7].

В Мытищинском районе Подмосковья компании «Диализный центр» и «Евромедик Интернэшнл» (Нидерланды) при активной поддержке администрации Московской области и Министерства здравоохранения Московской области построили «Международный центр амбулаторного диализа». Это самостоятельный центр, исполняющий заказ Министерства здравоохранения Московской области. Привлечение частного капитала к созданию центра позволило избежать затрат бюджетных средств, а интеграция в систему государственного здравоохранения обеспечила возможность бесплатного лечения в нем пациентов [8].

Новоуральский завод «Медсинтез» (холдинг «Юнона») в конце 2007 г. открыл цех генно-инженерного инсулина. Проект реализуется в соответствии с международным стандартом GMP в рамках областной программы «Развитие фармацевтической промышленности Свердловской области». Создание нового цеха финансировалось за счет заемных и собственных средств холдинга, а также субсидий из областного бюджета. Цены на производимый «Медсинтезом» инсулин на 20–30% ниже мировых, что позволит уменьшить бюджетные расходы на закупки на 800 млн. руб. [9].

Еще одна из перспективных и важных областей, где необходимо развитие государственно-(муниципально)-частных партнерств – это область охраны здоровья всех категорий работающего населения. Примеры ГЧП этого направления уже существуют: медико-санитарная часть (МСЧ) Банка России (Екатеринбург), Магнитогорская МСЧ; деятельность этих ЛПУ демонстрирует высокую медико-экономическую и социальную эффективность [10].

В зарубежной практике институт государственно-частного партнерства уверенно развивается с конца 1980-х гг. Так, в Великобритании за последнее десятилетие с помощью специальной программы Private Finance Initiative (PFI) были реализованы программы государственно-частного партнерства на сумму свыше 40 млрд. фунтов стерлингов. С использованием этого механизма были завершены такие серьезные проекты, как строительство Евротоннеля под проливом Ла-Манш, Сиднейского портового тоннеля, моста Конфедерации в Канаде, национальных аэропортов в Гамбурге и Варшаве, Центрального парка в Нью-Йорке, отдельных веток лондонского метро [11].

В развитых странах проекты в сфере здравоохранения стоят на первом месте – 184 из 615 проектов (на 2-м месте – образование, (138 проектов), на 3-м – автодороги, (92 проекта) [12]. Уровень развития ГЧП в стране является одним из критериев, который международная организация «Институт развития менеджмента» учитывает при расчете индекса конкурентоспособности.

Таким образом, общемировая тенденция реализации сложных ресурсоемких проектов идет по пути создания ГЧП. Россия тоже вступает на этот путь и в Свердловской области уже есть успешные примеры такого сотрудничества. И те предприятия, которые уже сегодня рассматривают варианты участия в ГЧП, получают конкурентное преимущество в длительной перспективе.

Литература

1. URL: http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/11889.html?no_cache=1&cHash=816569cb09 (дата обращения: 16.10.09).
2. URL: <http://www.levada.ru/community.html> (дата обращения: 14.05.09).
3. URL: <http://www.pharmvestnik.ru/text/11987.html> (дата обращения: 03.09.09).
4. URL: <http://www.pharmvestnik.ru/text/11987.html> (дата обращения: 08.09.09).
5. URL: <http://www.regnum.ru/news/1097552.html> (дата обращения: 08.09.09).
6. Ретиченко Н.В. Проблемы становления государственно-частного партнерства в здравоохранении в России // Менеджер здравоохранения. 2008. № 6. С. 19–28.
- 7 <http://www.insur-info.ru/pressr/7782> (дата обращения: 08.09.09).
8. Куракова Н. Государственно-частное партнерство в здравоохранении сегодня и завтра // Менеджер здравоохранения. 2008. № 2. С. 13–18.
9. URL: http://www.expert.ru/printissues/ural/2007/44/news_zhizn_na_insuline/
10. Ползик Е.В., Фурман В.Ю., Янкина Л.Ю. Государственно-частное партнерство как форма развития медицины труда в России // Менеджер здравоохранения. 2008. № 6. С. 29–30.
11. URL: <http://www.expert.ru/printissues/ukraine/2007/48/gchp/> (дата обращения: 07.09.09).
12. URL: <http://www.rcb.ru/rcb/2008-01/8902/> (дата обращения 07.09.09).
13. Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996) The Balanced Scorecard, USA, Harvard Business Press.

* А. Б. Блохин, ** А. А. Карлов

ЗАКУПОЧНАЯ ЛОГИСТИКА В УПРАВЛЕНИИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

* Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования научно-практический центр «Уралмедсоцэкономпроблем»,

** Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Многопрофильные лечебно-профилактические учреждения и ранее занимали доминирующее положение в здравоохранении, но с принятием ряда законодательных актов их роль и значимость в организации консультативно-диагностической и стационарной специализированной медицинской помощи значительно возросли. Очевидно, что эта тенденция будет сохраняться и, помимо оказания специализированной медицинской помощи в сфере своей деятельности, их функции будут расширяться на межмуниципальном и региональном уровне. Одним из проблемных направлений в управлении многопрофильными и в равной степени другими медицинскими учреждениями, продолжает оставаться управление больничным хозяйством. Причинные факторы достаточно известны – это недостаточный уровень знаний и опыта в