DOI: 10.17117/na.2016.11.01.233

<http://ucom.ru/doc/na.2016.11.01.233.pdf>

Поступила (Received): 13.11.2016

Мещерякова Ж.В., Дзекунскас В.С. Проблемы финансирования проектов государственно- частного партнерства в здравоохранении

**Meshcheryakova Zh.V., Dzekunskas V.S.
Problems of financing of projects of public-private
partnerships in healthcare**

В статье рассмотрены основные модели и пути развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, рассмотрены проблемы и риски, возникающие в процессе слияния государства и бизнеса в медицине, где перспективным направлением в настоящее время является деятельность частных организаций в территориальных программах обязательного медицинского страхования

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, здравоохранение, модернизация, инвестиции, концессия

In article considers the basic models and ways of development of public-private partnership in healthcare, the problems and risks arising in the process of merging of state and business in medicine, where a promising direction is currently the activities of private organizations in the territorial programs of compulsory medical insurance

Key words: public-private partnership, healthcare, modernization, investment, concession

Мещерякова Жанна Васильевна

Кандидат экономических наук, доцент, зав. учебно-методическим управлением
Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
г. Ставрополь, ул. Кирова, 25

Meshcheryakova Zhanna Vasilevna

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor,
Head of educational and methodical management
Stavropol institute of continuing medical and pharmaceutical education
Stavropol, Kirova st., 25

Дзекунскас Владислав Станиславович

Кандидат экономических наук, помощник руководителя
Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Ставропольскому краю
г. Ставрополь, ул. Пушкина, 4

Dzekunskas Vladislav Stanislavovich

Candidate of Economic Sciences, Helper of head
Territorial body of Federal state statistics service of the Stavropol region
Stavropol, Pushkin st., 4

Государственно-частные медицинские организации уже заняли определенную нишу во многих регионах России. Бизнес может создавать и создает системы банков крови, центры диализа, службы скорой медицинской помощи и многое другое. Однако, на сегодняшний день нормативная база, регламентирующая деятельность данного яльянса, сильно отстает даже от долгосрочной стратегии развития.

В процессе внедрения проектов в формате государственно-частного партнерства (ГЧП) к основным базовым моделям, применяемым представителями бизнеса и региональных органов здравоохранения, можно отнести [1, с.76]:

1) Модель, при которой частный партнер реконструирует государственную медицинскую организацию и получает право эксплуатировать и обслуживать инфраструктуру данного учреждения в течение определенного срока, окупаящего их финансовые вложения, по истечении которого медицинская организация передается государству.

2) Модель, наиболее перспективная – те же условия, но при этом медучреждение получает право оказывать услуги и взимать за них плату. В первом случае это право оставалось у государства. В данном случае предполагается доленое финансирование со стороны государства и бизнеса, при котором частный партнер осуществляет 100% вложений на начальном этапе, а после ввода объекта в эксплуатацию государство возмещает часть первоначальных затрат.

3) Модель, предполагающая исключительно оказание платных услуг, без возможности вхождения в систему ОМС. За право пользования базой медицинской организации частный партнер платит государству ренту.

4) Модель, при которой государство строит медицинскую организацию за свой счет, а затем передает ее частному партнеру в доверительное управление с правом выкупа. Применение данной модели взаимодействия может быть обусловлено отсутствием инвестора на начальном этапе строительства.

5) Модель, при которой строительство медицинской организации ведет частный партнер в соответствии с заданием государства, а по его завершении инфраструктура передается партнеру, который получает право на оказание медицинских услуг. Полученная прибыль покрывает затраты и обеспечивает необходимый уровень рентабельности инвестиций. Преимуществом такой модели является то, что и за оказание платных медицинских услуг, и за оказание услуг в системе ОМС платит государство.

Согласно опросу, проведенному консалтинговой группой IPT Group, основной сложностью при реализации ГЧП-проектов в сфере здравоохранения, которую в условиях кризиса следовало ожидать, стало отсутствие инвесторов – такой вариант отметили 58% респондентов. Далее следует отсутствие опыта внедрения таких проектов (49%) и законодательные сложности ГЧП в медицине (16%). Опрос проводился в 43 регионах страны среди представителей бизнеса и органов власти (департаментов и министерств экономического развития) [2].

Участники опроса рассказали о конкретных недостатках нынешнего ГЧП в здравоохранении, которые препятствуют притоку инвестиций в эту нишу. Так, в программе поддержки инвестиционных проектов, утвержденной постановлением Правительства РФ №1044 от 11 октября 2014 года, указан перечень приоритетных секторов экономики для инвестиций, но здравоохранение в него не входит. ГЧП-проекты в сфере здравоохранения предусматривают получение федеральных субсидий на оказание высокотехнологичной медпомощи, однако, получать такие субсидии могут только медицинские организации, подведомственные региональным органам исполнительной власти.

С 1 января 2016 года вступил в силу ФЗ «О государственно-частном партнерстве», однако параметры и наиболее приемлемые форматы работы в сфере здравоохранения Минздрав России пока не утвердил. Самым распространенным форматом ГЧП в медицине стала концессия. Параллельно развивается так называемое государственно-частное взаимодействие, когда частные клиники подключаются к оказанию медицинских услуг по территориальным программам государственных гарантий.

С одной стороны, государство хочет привлечь для решения своих проблем частных инвесторов, но изначально закладывает в систему этих отношений презумпцию виновности для «частников» перед обществом и пациентами, вследствие чего возможность сотрудничества наблюдается только в тех регионах, где происходит конструктивный диалог между государством и частниками, и есть высокая степень доверия. То есть эти связи держатся не на букве закона, а на хороших отношениях, а это неправильно, и, в конечном счете, приведет к краху системы ГЧП [3, с. 257].

Частный инвестор не может поднять свою ответственность за здоровье граждан, за качество медицинской помощи выше того, чего хочет или может государство. Пока оно само не определит для себя эту планку, частным компаниям будет сложно понять, чего требует от них государство, где направления, по которым необходимо двигаться. Частные клиники не в состоянии взять на себя функции государства в полном объеме.

На самом деле проблема кроется не в самой форме взаимодействия с бизнесом, которой является ГЧП. Она лежит глубже. Изначально нужно посмотреть на доступность и качество оказания медицинской помощи. Камнем преткновения сегодня является отсутствие нормальной здоровой конкуренции в сфере оказания медицинских услуг. И здесь возникает конфликт интересов государственных ЛПУ, Минздрава России, профильных региональных ведомств и частного медицинского бизнеса. Пока не решаются вопросы, способствующие развитию конкуренции, пока данные отношения не станут регулироваться жестким рынком и законом, удачных проектов ГЧП будут единицы. Зачастую предложения по развитию конкуренции направляются из регионов в Минздрав России и ФАС, где одобряются и принимаются позитивно, но реальные шаги по корректировке федерального законодательства так и не предпринимаются.

В настоящее время только государственные учреждения отвечают требованиям в части преемственности оказываемой медицинской помощи. ЛПУ несут ответственность за пациента, начиная от детской поликлиники и заканчивая случаем госпитализации. Также данные требования состоят в организации доступности медицинской помощи, реализованной через показатели здоровья. Будет правильно, если и частная поликлиника возьмет на себя ответственность от начала до конца за прикрепленное к себе население. Причем ответственность за пациента, а не за оказанную услугу со всеми вытекающими последствиями. Частью рынка медицинских услуг может и должен стать институт семейных врачей. Тарифы ОМС должны быть намного выше. Тенденции соплатежей уже прослеживаются, в частности, в системе «ОМС+» [4, с. 123].

В первую очередь, необходимо четкое понимание – каких услуг и кому не хватает. Нужно определить, какой минимальный подушевой набор услуг необходим каждой поликлинике, какая их часть будет оказываться на коммерческой основе, а какая – на основе софинансирования и соплатежей. Иными словами, четко разграничить платное и бесплатное. А пока государственные и частные клиники просто сталкиваются лбами. К сожалению, государство воспринимает частные клиники только в качестве инструмента для выкачивания денег. Идет нескончаемый поток взаимных обвинений. Нет общего понимания, что оказание медицинской помощи – общее дело.

Сегодня государству необходимо выявить наиболее слабые профили и предложить их «частникам». Нужно не развивать уже существующие направления, которые заняли свою нишу, а открывать востребованные новые. Однако Минздрав считает, что коммерческие клиники отбирают хлеб у государственных учреждений, а «частники», в свою очередь, жалуются, что им не дают возможности развернуться и оказывать наработанные услуги.

В здравоохранении ГЧП должно повысить уровень и имидж здоровья, сохранять социальную стабильность в обществе, повышать качество медицинского обслуживания до уровня мировых стандартов, оптимизировать государственные расходы и минимизировать структурные диспропорции. В последнее время мы все чаще слышим о ГЧП, когда обсуждаются проблемы вхождения частных клиник в систему ОМС. Однако сегодня только вскрывается пласт накопившихся актуальных проблем, а до формирования четкой концепции и алгоритма действий еще далеко. Необходимо привести в соответствие законодательную базу, пересмотреть стандарты оказания медицинской помощи и размер тарифов ОМС, развивать институт медицинских саморегулируемых организаций, наладить конструктивный и юридически легитимный диалог всех заинтересованных сторон.

Список используемых источников:

1. Мещерякова Ж.В. Государственно-частное партнерство в развитии региональной системы здравоохранения // Экономика и бизнес: теория и практика. 2015. № 10. С. 75-77.
2. Главной проблемой ГЧП в медицине оказалось отсутствие инвесторов // Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения.
URL: <http://www.privatmed.ru/article/35/140/2113/>
3. Мещерякова Ж.В., Дзекунскас В.С. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: проблемы и пути решения // Научный альманах. 2015. № 12 – 1 (14). С. 254 – 258.
4. Мещерякова Ж.В. Реформирование системы обязательного медицинского страхования: региональный аспект // Вестник Северо-Кавказского гуманитарного института. 2016. № 1 (17). С. 121-124.