

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт экономики, управления и природопользования
Кафедра социально-экономического планирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующая кафедрой

_____ Е.В.Зандер

подпись инициалы, фамилия

« ___ » _____ 2019 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

38.04.04 – «Государственное и муниципальное управление»

38.04.04.01 – «Управление общественным сектором»

Совершенствование государственного управления здравоохранением

Научный руководитель _____ д-р экон .наук, профессор _____ Е.В.Зандер

Главный врач КГАУЗ

«Норильская государственная

стоматологическая поликлиника»,

Рецензент _____

канд.мед.наук

С.В.Чумляков

Выпускник _____

И.М.Баловсяк

Красноярск 2019

РЕФЕРАТ

Магистерская диссертация по теме «Совершенствование государственного управления здравоохранением» содержит 129 страниц текстового документа, 3 таблицы, 5 рисунков, 81 использованный источник.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ,
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ
ПАРТНЕРСТВО

Объектом исследования является здравоохранение как сфера общественного сектора, обеспечивающая качество жизни населения.

Предмет исследования – процесс государственного управления здравоохранением в Красноярском крае.

Целью исследования является развитие теоретических положений, раскрывающих содержание и особенности управления здравоохранением на региональном уровне, обоснование направлений и разработка научно-практических мер, обеспечивающих его совершенствование.

Научная новизна заключается в исследовании вопросов организации государственно-частного партнерства в здравоохранении, а так же в разработке подходов к модельной организации государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Теоретическая значимость состоит в исследовании основ государственного управления здравоохранением, выявлении проблем и предложении путей их решения.

Практическая значимость исследования состоит в том, что содержащиеся в работе выводы и рекомендации, адресованные органам государственной власти и управления, могут быть использованы при разработке комплекса экономико-организационных мер, призванных обеспечить устойчивое развитие здравоохранения региона.

Структура исследования определена его целями и задачами. Представленная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных сокращений, списка использованных источников.

ABSTRACT

Master's thesis on "Improving public health management" contains 129 pages of a text document, 3 tables, 5 drawings, 81 used source.

**PUBLIC ADMINISTRATION, PUBLIC HEALTH, MEDICAL CARE,
PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP**

The object of the study is public health management.

The subject of research is the process of public health management in the Krasnoyarsk region.

The aim of the study is to develop theoretical provisions that reveal the content and features of health management at the regional level, the justification of directions and the development of scientific and practical measures to ensure its improvement.

The scientific novelty of the study is to study the organization of public-private partnership in health care; approaches to the model organization of public-private partnership in health care.

The theoretical significance of the study is to analyze the foundations of public health management.

The practical significance of the study is that the conclusions and recommendations addressed to public authorities and management can be used in the development of a set of economic and organizational measures to ensure the sustainable development of health in the region.

The structure of the study is determined by its goals and objectives. The presented work consists of an introduction, three chapters, conclusion, list of abbreviations used, list of references.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретические основы государственного управления здравоохранением российской федерации.....	6
1.1 Анализ современного состояния государственного управления здравоохранением	6
1.2 Правовое регулирование государственного управления здравоохранением	28
2 Исследование государственного управления здравоохранением в красноярском крае.....	36
2.2 Современное состояние государственного управления здравоохранением в Красноярском крае	52
2.3 Анализ программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы»	64
3 Разработка мероприятий по совершенствованию государственного управления здравоохранением.....	74
3.1 Перспективные направления развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в Красноярском крае	74
3.2 Разработка механизмов и инструментов использования государственно- частного партнерства в системе здравоохранения Красноярского края.....	91
3.3 Разработка алгоритма оценки целесообразности проекта государственно- частного партнерства	104
Список использованных сокращений	118
Список использованных источников	119

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Важнейшим условием процветания и благополучия любой нации является состояние здоровья населения. Инвестиции в человеческий капитал помимо своего влияния на экономическое развитие страны имеют высокую доходность и объективную необходимость. Принимая во внимание этот факт, в ходе разработки и реализации "Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года", приоритеты национальной политики стали постепенно смещаться с актуального в прежние годы технического производства на такие сферы как образование и здравоохранение граждан.

Данному решению предшествовал тяжелый переходный период, выраженный как трансформации прежней модели здравоохранения, так и ухудшении демографической ситуации в стране. Целое поколение граждан было воспитано в духе потребителей государственных услуг, а ответственность за состояние здоровья населения лежала на системе здравоохранения. На сегодняшний день, меры предпринимаемые Правительством направлены на предупреждение последствий демографического кризиса, в частности на развитие здравоохранения.

Таким образом, объективные социально-экономические и политические причины пока не позволили создать систему управления, которая бы обеспечивала стабильное и полноценное развитие здравоохранения в России.

В этих условиях большое значение приобретает совершенствование государственного управления и регулирования организации и деятельности всей системы здравоохранения в России, так как существующий механизм, организационные структуры, формы управления и действующее законодательство в значительной степени устарели и не отвечают новым общественно-политическим и социальным реалиям.

Слабо разработаны вопросы правовой регламентации оказания медицинской помощи, правового статуса субъектов отношений в сфере

здравоохранения. Нормативно-правовые акты оставляют нерешенными целый ряд проблем, как существовавших ранее, так и постоянно возникающих в связи с появлением новых форм здравоохранительной деятельности – правовое обеспечение охраны здоровья не успевает за изменениями, происходящими в реальной жизни. Более того, несовершенное законодательство в ряде случаев служит тормозом позитивных процессов.

Актуальность исследуемой темы обуславливается необходимостью изучения и анализа организационно-правовых проблем государственного управления современным здравоохранением.

Степень разработанности темы исследования. Анализу современной роли и состояния системы здравоохранения, диагностике ключевых проблем ее развития посвящены работы многих отечественных исследователей, в том числе Бесстремянной Г.Е., Гаспаряна С.А., Зайцевой Н.В., Пивень Д.В. и др. Изучали практику саморегулирования оказания медицинских услуг населению: Борисов Д.А., Егоров А.Ю., Лазарев С.В., Первалова Н.Г. и др. В своих работах проблемам качества медицинской помощи уделяли внимание: Власов В.В., Гаджиев Р.С., Дьяченко В.Г., Круглов Е.Е., Солохина Л.В. и др.

Исследовали государственную и муниципальную политику в сфере здравоохранения Алексеева Н.Ю., Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В., Угурчиев О.Б. и др.

Несмотря на повышенный интерес ученых к названной предметной области, многие принципиальные вопросы пока только обозначены, но не решены, в том числе, связанные с выявлением особенностей регионального здравоохранения как объекта управления, обоснованием и содержательной характеристикой ключевых направлений и задач совершенствования управления процессами развития здравоохранения субъекта РФ.

Актуальность названных проблем, возрастающая потребность в их практическом решении определили выбор темы, объекта и предмета исследования, обусловили постановку цели и задач исследования.

Объектом исследования является здравоохранение как сфера общественного сектора, обеспечивающая качество жизни населения.

Предмет исследования – процесс государственного управления здравоохранения в Красноярском крае.

Целью исследования является развитие теоретических положений, раскрывающих содержание и особенности управления здравоохранением на региональном уровне, обоснование направлений и разработка научно-практических мер, обеспечивающих его совершенствование.

Достижение поставленной цели предопределило решение следующих основных задач:

- 1) изучить и проанализировать современное состояние государственного управления здравоохранением;
- 2) провести исследование эффективности государственного управления здравоохранением (на примере Красноярского края);
- 3) разработать мероприятия по совершенствованию государственного управления здравоохранением (на примере Красноярского края).

Теоретической и методологической базой исследования послужили положения, содержащиеся в работах отечественных ученых по проблемам развития здравоохранения и совершенствования системы управления отраслью.

В процессе исследования были использованы общенаучные методы познания, а также методы системного, компаративного, стратегического, структурно-функционального, экономико-статистического анализа. Важную роль в исследовании сыграла реализация принципа единства экономической теории и практики.

Информационную основу исследования составили статистические данные о состоянии и динамике параметров развития здравоохранения России, субъектов РФ, опубликованные Федеральной службой государственной статистики, ее региональным подразделением на территории Красноярского края; материалы, полученные автором в федеральных и региональных органах государственной власти и управления; ресурсы сети Интернет.

1 Теоретические основы государственного управления здравоохранением российской федерации

1.1 Анализ современного состояния государственного управления здравоохранением

Главной целью государственной политики в сфере здравоохранения является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки (Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения») [25].

Государственная политика в области здравоохранения ориентирована на обеспечение необходимых критериев для системы сбережения здоровья граждан, которые помогут проводить санитарное обучение персонала, профилактику болезней, гарантировать предоставление медицинской поддержки населению, вести научные изучения в области здравоохранения и подготовку медицинских и фармацевтических сотрудников, совершенствовать материально-техническую базу системы здравоохранения [29, с.12].

Эффективность системы охраны здоровья граждан в значительной степени определяется состоянием кадрового потенциала отрасли. В современных критериях требуется улучшение системы планирования, прогнозирования и мониторинга подготовки медицинских сотрудников, увеличение уровня их подготовки по проблемам управления и экономики здравоохранения.

Решение задачи повышения эффективности здравоохранения определяет спрос на новые методологические разработки в области инновационных подходов к управлению и развитию отрасли здравоохранения, рациональному использованию ресурсов, формированию рынка медицинских услуг.

Здравоохранение имеет свою специфику, обусловленную определенным видом деятельности и социальной направленностью. Результатом деятельности медицинских учреждений является предоставление населению медицинских услуг, потребителем которых, а, значит, и активным участником процесса, выступает пациент. Сложность оценки и определения качества результатов работы медицинского персонала, эмоциональная напряженность труда, чрезвычайная ответственность, необходимость постоянного совершенствования профессиональных знаний, изменение экономической мотивации врача определяют особенности организации управления в сфере здравоохранения [43, с.44].

Управление – это сложная, разнообразная, интеллектуальная и практическая деятельность, включающая информационно-аналитическую, организационную работу, а самое главное – работу с людьми в процессе постановки и реализации целей [39, с.12].

Деятельность по управлению здравоохранением обязательно включает в себя цели и задачи, функции, формы и методы их осуществления.

Важнейшее значение в системе управления имеют его цели. Определение целей – первооснова, которой подчинено всё функционирование системы управления. Поэтому в отрасли здравоохранения всё шире применяется программно-целевое управление, ориентированное на достижение конкретных результатов. Будучи сложной по своей структуре, система управления здравоохранением имеет не одну, а много взаимосвязанных между собой целей, которые взаимно дополняют друг друга, но в то же время имеют различную направленность. Однако все они подчинены и отражают главную цель управления здравоохранением в России, в качестве которой выступает выработка и применение системы мер, направленных на снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах [52, с.44].

Наиболее важными подцелями являются профилактические, реабилитационные, лечебно-оздоровительные, диагностические, демографические, репродуктивные, правовые.

Для их достижения необходимо решить ряд определённых задач, основными из которых, на наш взгляд, являются:

- повышение эффективности управления системой здравоохранения при минимизации затрат,
- повышение адресности в предоставлении медицинских услуг,
- создание государственно-общественной системы оценки качества и контроля за деятельностью учреждений здравоохранения,
- обеспечение единого социально-правового и информационного пространства [57, с.96].

Функции пронизывают и организацию, и процесс управления, поэтому именно они определяют основное содержание управленческой деятельности. Вся управленческая деятельность определяется тремя основными функциями, которые замыкают цели управления:

- принятие управленческого решения, которое заключается в оценке ситуации, планировании и прогнозировании основных показателей деятельности системы здравоохранения в части удовлетворения населения медицинской помощью;
- осуществление этого решения, которое предполагает организацию деятельности, в том числе формирование системы управления, её функционирование, координация и регулирование деятельности всех участников процесса оказания медицинской помощи;
- контроль и анализ объёма и качества оказываемых услуг, а также эффективности использования имеющихся ресурсов, учёт и отчётность. Результаты контроля и анализа приводят в итоге к аналитическим выводам и умозаключениям, в соответствии с которыми принимается управленческое решение [29, с.33].

Создание эффективной модели управления деятельностью в сфере охраны здоровья на современном этапе является необходимым элементом оптимизации государственной политики и отражено в Программе развития здравоохранения на период до 2020 года. В качестве компонентов данная модель предусматривает стратегический, тактический и исполнительный уровни, а также сформированную обратную связь.

На стратегическом уровне модель должна включать в себя формирование перспективных стратегий по отдельным профилям медицинской деятельности как составных частей стратегии развития здравоохранения в целом.

На тактическом уровне должны быть четко определены государственные гарантии в сфере охраны здоровья граждан, которые будут обеспечены за счет финансовых (тарифы) и правовых (нормативное регулирование) инструментов [54, с.77].

Обратная связь будет обеспечиваться, с одной стороны, за счет независимых информационных потоков (статистическая информация), с другой стороны - за счет результатов государственного контроля и надзора, мониторинга, информации, представляемой общественностью. При этом информационные контуры должны быть независимыми, то есть стратегический уровень управления системой здравоохранения должен быть независим от тактического в части обеспечения необходимыми для функционирования сведениями. На основании данных обратной связи по мере своей реализации стратегические и тактические подходы должны претерпевать динамические изменения соответственно изменениям в системе здравоохранения страны.

Целесообразно применение проектного подхода к управлению, с выделением в отдельные мероприятия действий, направленных на создание и поддержку функционирования специализированных инструментов управления в здравоохранении. Основополагающее значение имеют системность соответствующих мероприятий, их нормативно-правовое, материально-техническое, информационно-аналитическое, технологическое, а также научное обеспечение [33, с.44].

Реализация цели создания системы качественного и доступного здравоохранения эффективно достигается только при применении программно-целевого подхода и внедрения системы сбалансированных показателей для оценки эффективности процессо-ориентированного управления организацией.

Современное здравоохранение характеризуется выраженной тенденцией к централизации управления, как следствие реформ общественно-политического строя и экономики России. Большая часть полномочий, ресурсов и ответственности делегирована вышестоящим органам управления.

Усиление роли государственного звена здравоохранения, получение учреждениями статуса самостоятельного юридического лица, развитие негосударственного сектора привели к значительному усложнению процесса управления отраслью [27, с.33].

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ) [19] обеспечивает усиление ответственности органов государственной власти за охрану здоровья граждан и оказание медицинской помощи, а также перенос на уровень субъекта РФ основного объема полномочий, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Законом установлены права и обязанности медицинских учреждений, в том числе в соблюдении порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, санитарного законодательства, ведения медицинской документации; определена обязанность медицинских учреждений страховать ответственность перед пациентами. В законе отражен инновационный подход к управлению охраной здоровья граждан, заключающийся в сочетании государственного регулирования и самоуправления, установлении управления качеством и безопасностью деятельности, введении новых форм государственного контроля качества и безопасности услуг. Таким образом, совершенствование нормативно-правовой базы предъявляет повышенные требования и к самой личности руководителя, его профессиональным качествам и управленческим компетенциям.

На современном этапе развития экономики усиливается роль эффективного управления на учрежденческом уровне для выбора оптимальной организации работы и получения конкретных результатов.

Составные части совершенствования управления это:

- 1) формирование современной методологии управленческих процессов;
- 2) рациональное построение информационного обеспечения управления и применение передовых технологий информатизации;
- 3) формирование и планирование финансовых потоков в новых экономических условиях;
- 4) подготовка руководителя новой формации [31, с.54].

Системный подход к управлению в современном здравоохранении предполагает сочетание и единство экономических, административных, технологических методов, направленных на достижение главной цели здравоохранения - оказание доступной, квалифицированной и бесплатной медицинской помощи. В результате применения современных методов управления мы получим оптимальное соотношение таких показателей, как объем, качество, себестоимость и эффективность медицинской помощи [27, с.12].

Эффективное управление также невозможно и без современного информационного обеспечения, использования инновационных информационных технологий, создания единой информационной системы. Информационное поле должно охватывать все аспекты системы здравоохранения: состояние здоровья населения, медицинские технологии, объем и качество оказываемой помощи, наличие и использование ресурсов.

Разработка информационных систем и системных решений должна выполнять текущие и долгосрочные задачи управления системой здравоохранения. Передовые технологии информатизации необходимы для функционирования системы контроля и управления качеством медицинской помощи, оценки эффективности программ, установления правовых,

организационных, экономических, информационных связей, как внутри структуры (системы), так и с другими организациями.

За последние три года принципиально изменились подходы к финансовому обеспечению медицинских учреждений, которые от бюджетно-страховой модели финансирования перешли на одноканальное финансирование в системе ОМС и финансовое обеспечение выполнения государственного задания. Введение в действие новых нормативно-правовых актов, развитие частного сектора в здравоохранении требуют повышения конкурентоспособности государственных медицинских учреждений, гибкости в финансово-экономических подходах [16, с.34].

Планирование и оценка деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях требует, наряду с общепринятыми показателями (койко-место, поликлиническое посещение), использования качественных показателей, отражающих динамику состояния здоровья населения и удовлетворенности медицинской помощью.

Эффективность реализации реформ, планируемых и проводимых в отрасли, напрямую зависит от уровня подготовки руководящего состава медицинских и фармацевтических организаций. Модернизация здравоохранения и рациональное распоряжение ресурсами невозможны без компетентных специалистов, владеющих современными технологиями управления и способных решать организационные и экономические проблемы отрасли [39, с.33].

Современному руководителю необходимо владеть вопросами эффективного управления, совершенствования механизмов финансирования медицинских организаций, проведения финансовых расчетов по выполнению медицинских работ и услуг, эффективного использования финансовых средств, административных и мотивационных форм управления.

Таким образом, кризисные явления в экономике оказали большое влияние и на функционирование сферы здравоохранения. Специфика современного этапа развития отечественной сферы здравоохранения заключается в том, что

при следовании единой стратегии достижения плановых показателей развития отрасли, по-прежнему остаются нерешенными проблемы кадрового обеспечения, а также качества предоставляемых медицинских услуг, что при отсутствии государственного финансирования делает неэффективными реализуемые на государственном уровне программы и проекты [28, с.29].

Глобальный масштаб происходящих в стране изменений требует рассмотрения здравоохранения как сферы услуг с предложением обобщающих методов ее управления при учете рыночных преобразований.

Современный этап формирования системы здравоохранения в России характеризуется спецификой экономических отношений в кризисных условиях. В результате проводимая государством политика в сфере здравоохранения оказывает влияние на такие основные положения, как:

- 1) отношения собственности;
- 2) источники финансирования;
- 3) механизмы стимулирования производителей и потребителей;
- 4) контроль качества.

В заключение параграфа представляется возможным сделать ряд важных выводов.

Современный этап управления системой здравоохранения связывают с модернизацией здравоохранения, которая получила свое развитие в 2011 году. Так, в 2010 году Правительством РФ было принято решение о необходимости направления дополнительных средств на модернизацию системы здравоохранения. Данная Программа реализовывалась в период с 2011 по 2013 годы [55, с. 34]. В рамках реализуемых оперативных мер были выделены три основные задачи, направленные на модернизацию здравоохранения: укрепление материально-технической базы медицинских организаций; внедрение современных информационных систем в систему здравоохранения в целом; внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности медицинских услуг, предоставляемых амбулаторно.

До 2011 года финансирование системы здравоохранения осуществлялось посредством многоканального финансирования. Источниками выступали средства федерального и регионального бюджета, бюджета местных органов управления, а также страховых компаний и граждан. В 2011 году вступил в силу Закон об обязательном медицинском страховании №326-ФЗ, который принципиально изменил принцип обязательного медицинского страхования граждан. В результате, к 2015 году должен был быть осуществлен переход на одноканальное финансирование за счет средств ОМС. Кроме того, частные больницы и клиники получили возможность обслуживать население по системе ОМС. Для реализации осуществления перехода к такой системе оказания медицинских услуг были введены стандарты и порядки, дающие достаточно общее представление о деятельности больниц и клиник при обращении к ним пациентов с определенным заболеванием. Отметим, что указанные стандарты и порядки характеризуются отсутствием требуемой для рыночных отношений гибкости и не позволяют внедрять новые технологии, а также учитывать разную тяжесть течения одного и того же заболевания. Тариф представляет собой усредненную цифру затрат на лечение самых разных случаев [46, с.44].

Отметим, что невозможность сведения к единым стандартам и порядкам процесса оказания медицинских услуг в виду различного рода факторов привела к тому, что до сегодняшнего дня данные процедуры не являются завершенными, что не позволяет функционировать системе ОМС в полную силу. Тем не менее, часть стандартов и порядков была внедрена уже в 2012 году и стала обязательной для всех медицинских учреждений, в том числе и тех, которые предоставляют медицинские услуги исключительно на платной основе. Эффективность использования данной системы предопределялась тем, что страховые компании должны были выступать гарантами получения страхующимися качественных медицинских услуг при полном соблюдении их интересов. На практике работа страховых компаний позволила сэкономить средства страхователей до 30% от тарифа при увеличении нагрузки на

лечебные заведения в процессе предоставления такой информации страховым компаниям [42, с.54].

Таким образом, территориальная дифференциация в уровне обеспечения государственными гарантиями в сфере предоставления услуг здравоохранения определяется социально-экономическим уровнем развития территории.

В настоящее время дотационным регионам, не имеющим возможности самостоятельно формировать требуемые объемы финансовых средств на обеспечение предоставления обязательных медицинских услуг населению, предоставляются финансовые ресурсы из Федерального финансового фонда [33, с.54].

Отметим, что до 2015 года в тариф ОМС входило большое количество расходов лечебного учреждения, включая заработную плату сотрудников медицинской организации, покупку расходных материалов, содержание зданий, обучение, ремонт и прочее. Начиная с 2015 года, должен был произойти полный переход на страховую систему финансирования здравоохранения.

В целом, вся страховая система здравоохранения характеризуется отсутствием гибкости. И именно это положение становится определяющим при ее использовании. При отсутствии стабильно развивающейся экономики в стране использование страховой системы здравоохранения, как правило, приведет к стагнации в развитии здравоохранения и невозможности достижения главной цели развития национальной системы здравоохранения - обеспечение здоровья нации [42, с.54].

Государственная система здравоохранения имеет значительное количество инструментов для нивелирования факторов, ставших следствием недофинансирования отрасли. Прежде всего, это целевые, временные, региональные дополнительные финансовые средства, которые могут быть получены за счет кредитов, перераспределения государственных расходов и пр. Страховая система здравоохранения не может быстро реагировать на изменение объемов притоков денежных средств, в результате чего денежные средства проходят всю цепочку субъектов хозяйствования, участвующих в

оказании услуг здравоохранения, а не поступают сразу к конкретной организации, у которой возникают определенные финансовые трудности. Кроме того, перераспределение финансовых потоков должно базироваться на соответствующем нормативно-правовом регулировании, которое должно быть скорректировано в первую очередь. Основной же проблемой использования страховой системы здравоохранения является отсутствие самой системы, функционирующей с обеспечением взаимосвязи между всеми структурными элементами. В результате, современная отечественная страховая система здравоохранения не позволяет проследить и учесть требования заинтересованных сторон на всех этапах предоставления данной услуг [55, с.39].

В конечном итоге, наблюдается отсутствие взаимосвязи между тарифами, стандартами на услуги, клиническими рекомендациями. Отсутствие прозрачности в процессе принятия управленческих решений на каждом из этапов ведет к невозможности определения реальных расходов на услуги здравоохранения. В целом, современный этап функционирования сферы здравоохранения характеризуется решением отдельного ряда задач. Однако основной проблемой, по нашему мнению, выступает отсутствие системности в их реализации, что не позволяет системе здравоохранения перейти на качественно иной уровень развития при использовании актуальных управленческих методов [54, с.55].

Инерционность системы здравоохранения определяется, прежде всего, тем, что утвержденные ранее правовые положения до сих пор определяют дальнейший вектор развития сферы здравоохранения. Так, например, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, несмотря на необходимость «...превращения России в глобального лидера мировой экономики...» посредством дальнейшего развития системы здравоохранения на основании «новых требований.», по-прежнему первоочередными выступают задачи обеспечения: государственных гарантий медицинской помощи; доступности

медицинских услуг для всех категорий граждан; высокого качества предоставления медицинских услуг [51, с.35].

Согласно документу, реализация данных задач возможна по следующим основным направлениям: совершенствование системы стандартизации; планирование ресурсов; переход на одноканальную модель финансирования; введение единых страховых взносов на ОМС; формирование эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; повышение ответственности страховых медицинских организаций; переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи; создание системы управления качеством медицинской помощи; формирование конкурентной модели ОМС; доступность эффективных технологий оказания медицинской помощи для населения; совершенствование службы скорой медицинской помощи; открытие в сельской местности кабинетов врачей общей практики и семейных врачей; развитие системы предоставления медико-социальной помощи; развитие инновационной деятельности медицинских и научных организаций; развитие государственного заказа; рост государственных инвестиций; формирование правовой базы, обеспечивающей защиту прав пациентов, и страхование профессиональной ответственности работников здравоохранения; расширение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений; совершенствование механизмов участия государственных медицинских учреждений в системе ОМС; использование проектного метода; повышение доступности лекарственных средств для граждан; обеспечение полного цикла производства на территории РФ стратегически необходимых лекарственных средств и изделий; совершенствование госрегулирования цен на лекарственные средства и изделия; развитие информатизации системы здравоохранения; создание медицинского информационного и образовательного ресурса; формирование целевых научных программ; обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров; формирование здорового образа жизни населения; и пр [29, с.12].

Программа Модернизации здравоохранения РФ, концепции здравоохранения 2008–2020 гг. дают свои результаты. Реализация всех перечисленных программ направлена на улучшение демографической ситуации в стране, уменьшение заболеваемости населения, увеличение рождаемости, сокращение доли смертности. При помощи этих программ осуществляется внедрение информационно-коммуникационных технологий, появилась возможность постоянного мониторинга показателей работы лечебных учреждений и планирования эффективного использования ресурсов здравоохранения.

За последние десятилетия в системе здравоохранения Российской Федерации происходят значительные перемены. В государственном секторе — оптимизация медицинских учреждений и увеличение доли частных клиник.

Если проанализировать здравоохранение, еще в 2005 году платные услуги населению были предоставлены на 109756 млн руб, в 2010 году на 250474 млн руб, уже в 2017 году на 474432 млн руб [2]. Современные условия диктуют наряду с услугами, которые оказываются согласно Программе государственной гарантии на бюджетной основе, внедрять и услуги внебюджетного характера. Для того, чтобы повысить качество оказания медицинской помощи населению, в структуре финансирования здравоохранения обязательно должно быть несколько источников, в том числе и внебюджетный источник. С целью доступности информации для пациентов перечня медицинских услуг, оплачиваемых из средств ОМС, ввести аналогичную «Корзину здоровья». Пациенты будут знать, что положено им в рамках ОМС, а за что нужно заплатить. Это приведет к более бережному отношению к пользованию (бюджетными) медицинскими услугами.

Таким образом, к 2020 году планируется увеличение доли государственных расходов на отечественную систему здравоохранения в ВВП по сравнению с показателями передовых иностранных государств.

В соответствии со ст. 72 Конституции РФ здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов,

поэтому отраслью здравоохранения управляют федеральные органы исполнительной власти, а также и органы местного самоуправления в порядке разделения функций по управлению и учреждений системы здравоохранения по подчиненности.

Необходимым условием совершенствования организации системы здравоохранения является повышение доступности и качества, эффективности функционирования и развития региональной системы здравоохранения.

Сибурина Т.А. понятие «региональное здравоохранение» разграничивала в узком смысле и в более широком смысле следующим образом [80].

В узком смысле региональное здравоохранение представляет собой совокупность различных по мощности, профилю и организационно-правовому статусу лечебно-профилактических учреждений, характеризующихся общностью местоположения, социально-экономической среды, социальных заказчиков, административной подчиненностью, а также определенным типом системного взаимодействия на территориальном рынке медицинских услуг.

В более широком смысле в понятие системы регионального здравоохранения следует включать потребности и целевые установки основных потребителей медицинских услуг (дифференцированных групп населения), и заказчиков (покупателей) медицинских услуг (структуру медицинского страхования, предприятия и организации других отраслей народного хозяйства) в отношении объемов, видов и качества медицинской помощи, а также территориальные структуры, обеспечивающие функционирование учреждений здравоохранения, организационные и социально-экономические механизмы регулирования взаимодействия структур медицинского профиля, реализуемые специализированными территориальными органами управления.

Необходимо учитывать, что система регионального здравоохранения представляет собой один из важных элементов общей социальной инфраструктуры региона и должна адекватно взаимодействовать с общим механизмом регулирования социально-экономического развития субъекта Российской Федерации, разделяя с ним общие цели, приоритеты,

методологические, институциональные и структурно-функциональные особенности.

В зависимости от видов управления здравоохранением в Российской Федерации выделим:

1) государственное управление (наиболее важный и всеохватывающий вид управления, включает управление на уровне Российской Федерации и управление на уровне её субъектов);

2) местное самоуправление (подвид государственного управления, субъектом которого являются жители населенных пунктов и административных территорий);

3) частное управление (руководство медицинских организаций, учреждений здравоохранения). Наглядно это можно представить следующим образом (Рисунок 1) [62].

Значимость системы регионального здравоохранения повышается в связи с осуществлением административных реформ, в соответствии с которыми значительная часть функций передается на уровень регионов. Региональная система здравоохранения, являясь составной частью национальной системы, имеет свои особенности, вытекающие из специфики состояния общественного здоровья населения региона, соотношения внутренних и внешних факторов, оказывающих влияние на её функционирование.

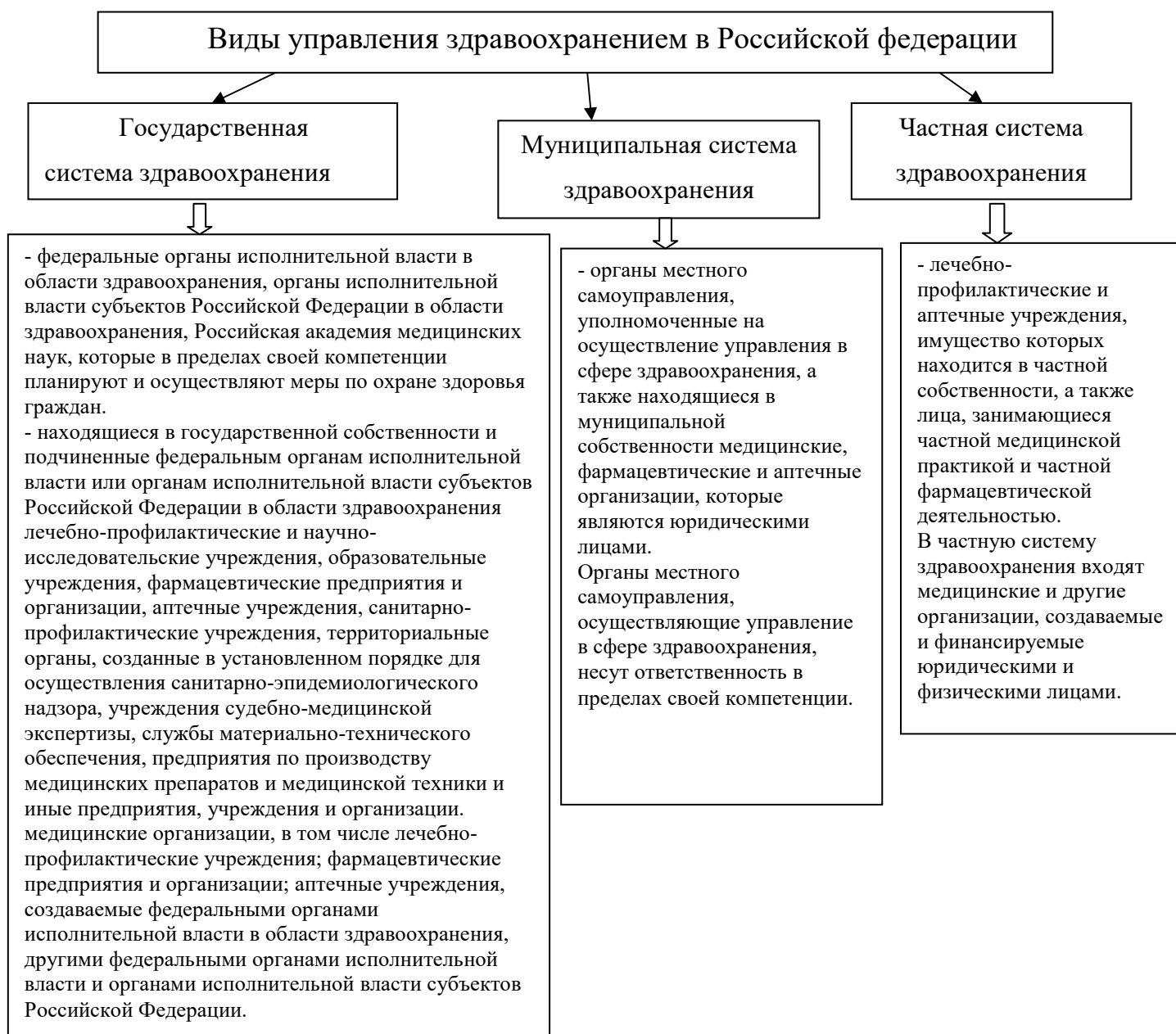


Рисунок 1 – Виды управления здравоохранением в Российской Федерации

На практике региональное здравоохранение чаще всего рассматривается, как совокупность органов и учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации. В действительности же все сложнее, поскольку при этом учреждения и предприятия муниципальной и частной системы здравоохранения, как правило, в качестве полноправных элементов инфраструктуры здравоохранения в официальных документах Минздрава России практически не рассматриваются. Одним из аргументов,

подтверждающих этот тезис, служит факт отсутствия в приоритетном национальном проекте «Здоровье» программ взаимодействия государства с муниципальным и частным сектором здравоохранения.

Полномочия региональных органов управления здравоохранением включают:

1) разработку комплекса показателей для оценки эффективности деятельности медицинских учреждений, показателей здоровья и качества жизни населения;

2) определение стратегии и тактики развития системы здравоохранения региона с формированием целевых ориентиров в виде основных показателей и критериев здоровья и качества жизни населения;

3) планирование и практическая реализация мероприятий, направленных на обеспечение здоровья матерей, рождение здоровых детей, профилактику заболеваний у детей и подростков;

4) организация системы взаимодействия, партнерства и сотрудничества органов власти и общественных организаций с целью пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний [45].

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения принадлежат функции контроля за ходом реализации органами местного самоуправления законодательства Российской Федерации в области здравоохранения, соблюдением на территории муниципальных образований государственных социальных стандартов, стандартов качества медицинской помощи, а также за достоверностью медицинской статистики и отчетности [38].

Помимо органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в систему государственного здравоохранения субъектов Российской Федерации входят региональные медицинские организации, основные средства которых находятся в государственной собственности.

В субъектах Федерации нет единообразия форм органов управления здравоохранением: действуют министерства, департаменты, главные

управления, отделы здравоохранения и т.п. Задачи и функции этих органов сходны с теми, что решает Минздрав России, но с учетом региональных особенностей.

Помимо органов управления здравоохранением государственные функции в этой сфере осуществляют другие органы, имеющие в своем ведении учреждения здравоохранения. Медицинские службы входят в структуру министерств и ведомств (Минобороны, ФСБ, МВД и др.).

Учреждения здравоохранения, занимающиеся непосредственно медицинским обслуживанием граждан и обеспечением санитарно-эпидемиологического обслуживания, делятся на два вида в зависимости от условий предоставления медицинской помощи: стационарные и амбулаторные. Основными типами таких учреждений являются лечебно-профилактические, аптечные, санитарно-профилактические, судебно-медицинские.

Конкретных разновидностей медицинских учреждений довольно много: больницы, поликлиники, родильные дома, станции скорой медицинской помощи, медико-санитарные части при предприятиях [69].

Учреждения государственной системы здравоохранения, как правило, находятся в ведении вышестоящих органов управления здравоохранением, направляющих и контролирующих их деятельность. Руководители таких учреждений назначаются на должность и освобождаются от нее вышестоящими органами здравоохранения.

Частные учреждения здравоохранения, будучи неподведомственны государственным органам управления здравоохранением, тем не менее подконтрольны им в вопросах качества медицинского обслуживания, соблюдения правовых актов, общих для всех учреждений здравоохранения.

Система управления здравоохранением в России - одна из подсистем управления обществом, имеющая определённую внутреннюю организацию и функции, связь с другими системами и перспективы дальнейшего развития [44]. Система управления здравоохранением в России характеризуется следующими признаками:

- 1) представляет собой целостную систему, состоящую из взаимосвязанных элементов;
- 2) является подсистемой более сложной системы управления единой социальной сферой;
- 3) находясь в единстве с иными системами управления, является относительно самостоятельной по отношению к ним, оказывая взаимное влияние друг на друга;
- 4) имеет внутренние (между частями системы) и внешние (с другими системами) связи; иерархическую структуру, определяемую составом элементов, подсистем и их связей и состоящую из ряда уровней управления относительно обособленных структурных образований, различающихся полномочиями (правами и обязанностями);
- 5) обладает определёнными устойчивыми свойствами;
- 6) динамична, т. е. способна к развитию и самосовершенствованию.

Управление здравоохранением имеет своим предметом распределение публичных финансовых ресурсов на цели реализации государственных гарантий в области охраны здоровья. Местом освоения этих ресурсов является сфера хозяйствования, товарообмена, экономического оборота в области охраны здоровья. Система управления здравоохранением в сфере товарообмена осуществляет размещение финансовых средств. Размещая их в одном из секторов, система управления влияет на его экономическое развитие. Размещая их у избранных субъектов хозяйствования, система управления способствует росту их благосостояния. Тем самым управление здравоохранением происходит посредством организации перераспределения финансовых ресурсов в сфере хозяйствования и спроса по финансовым вложениям. Такое управление осуществляется средствами координации и не находится в противоречии с характером отношений в оборотном пространстве [34].

Муниципальное здравоохранение находится в тесном взаимодействии с региональной системой здравоохранения и во многом зависит от него, что связано, прежде всего, со сложившимся централизованным управлением,

постоянно меняющимся законодательством, недостаточностью у органов местного самоуправления собственных ресурсов (управленческих, финансовых и др.).

В настоящее время структура органов управления здравоохранением субъектов федерации и методы управления настолько разнообразны и так отличаются друг от друга, что можно лишь говорить об общих чертах их работы и только в разрезе полномочий, наделенных им Конституцией Российской Федерации и законодательством [63].

Одним из оптимальных вариантов совершенствования управления региональным здравоохранением в условиях разграничения полномочий в области здравоохранения представляется опыт создания и функционирования, так называемых медицинских округов, что и реализовано в Московской области.

Целью создания медицинских округов является организация единой функционально-организационной структуры здравоохранения, усиление интеграционной направленности в развитии муниципального здравоохранения, улучшение использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов, повышение качества и эффективности оказания специализированной медицинской помощи и более полного удовлетворения потребностей населения в различных ее видах [73].

Так, в Московской области деятельность медицинских округов осуществляется на основе соглашения между главами муниципальных образований Московской области о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи в целях интеграции их действий по реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья, медицинскую и лекарственную помощь [77].

Таким образом, медицинские округа являются мощным средством повышения управляемости отрасли на региональном уровне. Их организация целесообразна в регионах, имеющих в составе значительное количество муниципальных образований и развитую сеть лечебных учреждений [33].

Однако создание и функционирование медицинских округов не является решением всех проблем, связанным с управлением здравоохранением.

Ведь эффективное управление системой здравоохранения требует реализации его в контексте общего управления системой региона и общей региональной социально-экономической политики, одной из составляющих которой является региональная здравоохранительная политика [72].

В современных условиях в целях стабильного и полноценного развития здравоохранения в Российской Федерации необходимо совершенствование организации здравоохранения и управления им, разработка административно-правовой регламентации этого процесса, повышение качества и эффективности работы органов и учреждений здравоохранения.

В результате исследования теоретических основ государственного управления здравоохранением представляется возможным сделать ряд важных выводов.

Государственное управление здравоохранением – это целенаправленная, планомерная, непрерывная деятельность органов государственной власти, которая проявляется в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения) и преследует своей целью обеспечение граждан гарантированным государством правом на получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи.

В настоящее время для организации управления в области здравоохранения характерным является отсутствие единой системы управления, что негативно сказывается на медицинском обслуживании населения. Поэтому важнейшей задачей государства является упрочнение позиций государственных органов.

Важное место в решении проблем уточнения полномочий Федерации в сфере охраны здоровья населения должны занять вопросы усиления вертикали управления, координирующей роли Федерации, дальнейшее формирование

системы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью за счет общественных источников.

Отметим, что сфера здравоохранения как отрасль народного хозяйства оказывает значимое воздействие на социально-экономическое развитие страны. При этом следует учитывать, что возникающие взаимосвязи между экономическим развитием и развитием сферы здравоохранения характеризуются не только взаимозависимостью, но и взаимоусиливающим характером. Это означает, что достигаемые результаты в одной сфере определяют новые направления для развития другой [54, с.17].

В этой связи, не следует пренебрегать происходящими в стране изменениями, формирующими современные направления развития сферы здравоохранения. Трансформация методов и средств управления здравоохранением создаст предпосылки для изменений не только в сфере здравоохранения, но и в экономической ситуации в стране, что наиболее важно в условиях экономического кризиса.

На наш взгляд, сложность формирования эффективной системы здравоохранения на сегодняшний день заключается не только в оптимизации управленческих решений, принимаемых на различных уровнях, при налаживании взаимосвязей между всеми участниками рынка и обеспечении рационализации спроса и предложения, но и в максимизации социального благосостояния нации.

Сегодня на уровне государства важной задачей, требующей решения, становится то, как следует воспринимать расходы на услуги здравоохранения: как затраты или как инвестиции в человека. Отметим в этой связи, что в начале XXI века Всемирная Организация Здравоохранения рассматривала расходы на здравоохранение как инвестиции, которые приносят экономический результат, как в сфере здравоохранения, так и в экономике страны в целом.

В целом, следует констатировать, что отечественная система здравоохранения оказалась неготовой к происходящим изменениям. Ограниченность ресурсов наложила дополнительные ограничения на

использование актуальных методов и средств управления в отрасли. В такой ситуации необходима активизация не только усилий государства и страховых фондов, но и бизнеса, для которого государством должны быть созданы соответствующие условия.

1.2 Правовое регулирование государственного управления здравоохранением

Наблюдаемое развитие сектора здравоохранения в Российской Федерации, находится под влиянием целого ряда новых требований, которые предъявляют динамично изменяющиеся общественная, технологическая и экономическая компоненты современного государства. В настоящее время переход от узкоспециализированного отраслевого подхода к рассмотрению интегрированного статуса здравоохранения в системе оказания социально - значимых услуг и в стратегии повышения благосостояния нации, предполагает комплексные изменения с учетом актуальных перспектив развития экономики и общества [30, с.22].

На наш взгляд, текущие управленческие задачи отрасли складываются в следующих основных сферах деятельности.

Во-первых, это совершенствование рыночного инструментария и стимулирование профессионального сообщества к достижению передовых качественных и количественных показателей оказания услуг в соответствии с принятыми мировыми практиками. Переход от «модели догоняющего развития» к устойчивому инновационному вектору развития должен опираться на конкурентные преимущества отечественного здравоохранения и реальные рыночные механизмы формирования отраслевых показателей.

Во-вторых, принятая в течение 2014-2015 годов государственная политика импортозамещения и ориентации на внутренние ресурсы экономики усиливает социальную ответственность участников отрасли и возлагает

дополнительную ответственность за сохранение и улучшение качества человеческого капитала, показателей труда, отдыха и здоровья нации [23, с.44].

Наконец, создание эффективной системы управления отраслью невозможно в отрыве от реализуемых в стране программ социально-экономического развития. Взаимодействие регулирующих органов, хозяйствующих субъектов и общества в сфере здравоохранения составляет базу для смежных отраслей и способствует достижению запланированных рыночных показателей региональных экономик Российской Федерации.

В связи с вышесказанным, представляется целесообразным проанализировать существующую организационно-правовую структуру сферы здравоохранения, а именно - институциональную базу, функции регулятора, а также государственный и рыночный финансовый инструментарий.

Отметим в этой связи, что главным регулятором в отрасли здравоохранения является Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России). Согласно Положению о Министерстве, оно является федеральным органом исполнительной власти, который осуществляет функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также организацию среднего, высшего, послевузовского и дополнительного медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела.

Министерство здравоохранения России осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений, а также координацию

деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) [34, с.55].

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.12.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регламентирует полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья, которые заключаются в следующем: проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья; защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья; управление федеральной государственной собственностью, которая применяется в сфере охраны здоровья; организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации; организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья; организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в т.ч. за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья; ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в т.ч. обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации; установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства; организация оказания гражданам первичной, специализированной и скорой медпомощи; организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями; мониторинг безопасности медицинских изделий; обеспечение разработки, реализации и координация программ научных исследований; международное сотрудничество; и пр. [44, с.37].

На наш взгляд, ключевые параметры развития здравоохранения на ближайшую перспективу закладываются в соответствующих программах развития, разработанных на основе анализа актуальных тенденций рынка и учитывающих потребности в нормативном регулировании, ресурсном и

управленческом обеспечении отрасли. Метод государственного средне- и долгосрочного программного планирования дает возможность поэтапной реализации мероприятий с промежуточной оценкой результатов и корректировкой плановых показателей и бюджетных ассигнований [38, с.49].

Так, постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 была утверждена Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», целью которой стало обеспечение доступности медицинской помощи, а также повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [44, с.42].

Реализация Программы предусмотрена в два этапа: 2013 - 2015 годы; 2016 - 2020 годы.

Подпрограмма «Управление развитием отрасли» ориентирована на повышение эффективности управления качеством предоставляемой медицинской помощи. Ее основными задачами стали следующие: внедрение элементов проектного менеджмента в управление отраслью; информатизация здравоохранения, включая развитие телемедицины; институциональные преобразования, направленные на создание системы управления качеством медицинских услуг; организация персонализированной работы медицинских организаций с высокорисковыми группами пациентов, в т.ч. при применении мобильных средств связи и сети Интернет; повышение доступности консультационных услуг медицинских экспертов для населения за счет использования телемедицинских консультаций; повышение оперативности оказания медицинской помощи высокорисковым группам пациентов за счет использования технологий дистанционного скрининга; внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медработников [29, с.12].

Отметим, что в целом Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» обеспечивает решение задач, определенных в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на

период до 2020 года. В результате, приоритетами социальной и экономической политики в процессе реализации Государственной программы, выступили: формирование культуры здорового образа жизни; внедрение инновационных технологий в здравоохранение; решение проблемы кадрового обеспечения здравоохранения.

В целом, следует отметить, что именно качество профессиональных кадров определяет дальнейший рост конкурентоспособности любой сферы народного хозяйства. И в этом смысле Государственная программа развития здравоохранения согласуется с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, согласно которой необходимо повышение качества кадрового потенциала при создании для этого требуемых комфортных социальных условий.

Согласно Государственной программе, сфера здравоохранения относится к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ. Таким образом, достижение запланированных в документе показателей становится возможным при использовании финансовых средств, выделяемых из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации. В свою очередь, в консолидированных бюджетах Российской Федерации должны быть закреплены мероприятия, которые должны быть профинансированы в определенный временной период. Приоритетность соответствующих мероприятий отражается в региональных «дорожных картах», которые предусматривают структурные изменения в социальной сфере, и направлены на повышение эффективности здравоохранения [33, с.33].

Так, в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, наряду с бюджетными средствами субъектов Российской Федерации, выделяемыми на достижение целевых показателей в уровне заработной платы медицинских работников, в регионы в рамках реализации своих «дорожных карт» в 2013 году была выделена поддержка из федерального бюджета, обеспечивающая дотацию на частичную компенсацию расходов на повышение оплаты труда работников

бюджетной сферы. Таким образом, сконцентрированные на приоритетных направлениях средства распределяются таким образом, чтобы обеспечить достижение целевых значений показателей по всем категориям медицинских работников.

В качестве механизма, обеспечивающего реализацию целей государственной политики в сфере здравоохранения, начиная с 2014 года, предусматривалось внедрение системы софинансирования мероприятий региональных программ развития здравоохранения за счет предоставления единой субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации [40, с.55].

На наш взгляд, наиболее значимым аспектом совершенствования управления услугами здравоохранения в современных условиях становится внедрение современных механизмов финансового и кадрового обеспечения отрасли. Создание конкурентоспособных социально ориентированных услуг требует полноценного участия хозяйствующих субъектов отрасли в рыночном взаимодействии, использования принятых во всем мире инструментов страхового финансирования, управления сферой здравоохранения на принципах экономической и общественной эффективности.

В этой связи, с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации, была создана система обязательного медицинского страхования. Отметим, что основополагающим нормативно-правовым положением, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [13]. Данный Закон, помимо установления экономических и организационных основ медицинского страхования населения в стране, определяет в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений средства обязательного медицинского страхования, а также формирует основы страховой модели финансирования здравоохранения в России. Кроме того, Законом регламентируются отношения, которые

возникают в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования. Так, в частности, в документе определено правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, а также отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В субъектах Российской Федерации организация обязательного медицинского страхования осуществляется соответствующими органами власти [54, с.17].

Таким образом, на современном этапе модернизации системы здравоохранения существенное внимание со стороны государственных органов управления уделяется формированию страховой модели здравоохранения в России. Прежде всего, законодательно регламентируются нормы взаимодействия субъектов формируемой модели, определяются их права и обязанности, а также источники поступления финансовых средств на развитие страховой модели здравоохранения. Отметим, что использование данной модели невозможно без соответствующего финансирования. В этой связи, Федеральный Фонд Обязательного Медицинского Страхования становится связующим звеном функционирования данной модели.

Вне зависимости от того, какая именно модель будет использоваться в качестве базовой при реформировании национальной системы здравоохранения, кадровое обеспечение отрасли является неотъемлемым элементом ее эффективного функционирования. В этой связи, особую важность на текущем этапе развития отрасли приобретают вопросы не только кадрового обеспечения, но и стимулирования профессионального сообщества к участию в продвижении услуг здравоохранения на региональном уровне. Ровное сбалансированное обеспечение отрасли мотивированными специалистами позволит реализовать социальную функцию государства, осуществлять запланированные мероприятия развития территориальной инфраструктуры, решать вопросы удовлетворения рыночного спроса на услуги [59, с.37].

Так, во исполнение распоряжения Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. №614-р «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Минздравом был утвержден «План мероприятий («дорожная карта») [20] Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию системы подготовки и повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в т.ч. непрерывного профессионального образования по вопросам организации и управления здравоохранением».

Одной из приоритетных задач государственной политики в области развития и совершенствования системы здравоохранения, выделенных в плане, является подготовка высококвалифицированных кадров управления здравоохранением. При этом основной акцент делается на роли подготавливаемых для отрасли здравоохранения кадров в охране и укреплении здоровья населения страны.

Как отмечается в государственной программе развития здравоохранения до 2020 года, модернизация здравоохранения страны и рациональное распоряжение ресурсами, направляемыми в отрасль, невозможны без компетентных специалистов, которые должны обладать современными технологиями управления и быть способны решать организационные и экономические проблемы отрасли.

2 Исследование государственного управления здравоохранением в Красноярском крае

2.1 Опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в России и зарубежных странах

По результатам исследования международной практики управления здравоохранением выявлено, что существует три модели формирования системы здравоохранения — государственная (бюджетная), частная (платная), страховая, но ни в одной стране мира в чистом виде они не представлены, обычно это смешение трех с преобладанием одной из них. В России сформировано государственное (бюджетное) здравоохранение, которое имеет свои, весьма серьезные, недостатки. При увеличении доли лиц с хроническими заболеваниями, лиц пожилого и старческого возраста, усложнения медицинских технологий бюджетная система здравоохранения стала испытывать постоянную нехватку средств, что способствовало появлению кризисных явлений в отрасли. В этих условиях реформа здравоохранения неизбежна и требует новых подходов регулирования отрасли. Государственное регулирование осуществляется по средствам нормативных документов и законодательных актов.

Спрос на услуги в сфере здравоохранения неуклонно растет во всем мире. Это подтверждается данными исследований различных авторитетных источников.

Всемирное здравоохранение переживает значительные структурные изменения по мере старения населения и неуклонного увеличения списка заболеваний, напрямую связанных с образом жизни.

Мировая практика государственно-частного партнерства в отрасли здравоохранения охватывает широкий спектр применяемых моделей. Далее, мы рассмотрим некоторые из них.

Обеспечивающая модель. Основной особенностью обеспечивающей модели является отсутствие клинических услуг в спектре оказываемых частным

партнером услуг. В основе данной модели лежит тот факт, что частный партнер, помимо инвестирования направления «проектирование-строительство-финансирование» добавляет пункт «обслуживание», в который включает дополнительные услуги неклинического характера - уборка, питание, охрана, организация обслуживания автотранспорта и пр. В Великобритании, Австралии, Италии и Канаде данная модель является актуальной и большинство договоров, в основе которых она заложена, заключаются на условиях «проектирование-строительство-финансирование-обслуживание» (DBFO) [45, с. 331].

Крупнейшая в Великобритании организация по оказанию медицинских услуг - Фонд национальной службы здравоохранения (BUCL). Структура Фонда представлена 8 больницами, расположенными в старом центре Лондона. Для замены старых и тесных зданий и строительства новой больницы на условиях «проектирование-строительство-финансирование-эксплуатация» (DBFM) был заключен договор на 40 лет с консорциумом Health Management (UCLH) Plc. Согласно договору, здание было предоставлено в аренду Фонду с платой 32 млн фунтов стерлингов в год. Также, Health Management (UCLH) Plc. оказывает неклинические услуги такого характера, как парковка, снабжение, утилизация отходов и т.д. [45, с. 331].

В результате реализации проекта, услуги, ранее предоставляемые в нескольких рассредоточенных Лечебно-Поликлинических Учреждений, были объединены в одну больницу Скорой Медицинской Помощи на 669 мест, расположенную в центральной части Лондона. Новое здание позволяет одновременно предоставлять медицинские услуги 54 000 пациентов, что на 10% больше прежнего показателя. Эксплуатацию здания осуществляет Health Management (UCLH) Plc., а оказание медицинских услуг – BUCL [45, с. 331].

Произведя аналитические расчеты, BUCL выяснило, что в течение 40 лет, государственно-частного партнерства позволит сэкономить больше 30 млн. фунтов стерлингов по сравнению со строительством и эксплуатацией больницы с использованием традиционной модели закупок [45, с. 331].

Обеспечивающая модель реализации проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении, несомненно, обладает рядом преимуществ. Из примера выше мы видим, что проекты, реализованные по данной модели, являются экономически эффективными как для частного, так и для публичного партнера, способны удовлетворить потребности населения в оказании бесплатных медицинских услуг.

Несмотря на явные преимущества, данная модель предусматривает необходимость решения ряда возникающих проблем:

1. Сложность привлечения частного капитала для тиражирования успешных и эффективных проектов.

2. Необходимость детальной и критичной аналитики, сопоставления стоимости реализации проекта с использованием обеспечивающей модели государственно-частного партнерства и с использованием традиционной схемы закупок.

3. Необходимость обоснования преимуществ модели государственно-частного партнерства для обширного круга лиц (персонал, пациенты, Средства Массовой Информации и пр.)

При реализации обеспечивающей модели государственно-частного партнерства в здравоохранении риски снижения спроса на медицинские услуги и роста издержек по их оказанию ложатся на публичного партнера, а риски роста стоимости строительства и эксплуатации объекта - на частного партнера.

По мнению автора, такое распределение рисков является сбалансированным. Это позволит привлекать частные инвестиции для развития инфраструктуры здравоохранения, обеспечивать высокое качество проектных решений при выполнении строительных работ, а также сохранить функцию оказания медицинских услуг за государством.

Интегрированная модель государственно-частного партнерства в здравоохранении предусматривает объединение услуг в одном договоре государственно-частного партнерства типа «проектирование-строительство-финансирование-обслуживание» (DBFO), согласно которому частный партнер

не только обеспечивает развитие и предоставление инфраструктуры, но и оказывает медицинские услуги. Оплата услуг частного оператора может осуществляться как из объема оказанных услуг, так и исходя из численности пациентов, прикрепленных к больнице и регулярно пользующихся ее медицинскими услугами. В рамках реализации этой модели государство передает большинство рисков частному партнеру.

Рассмотрим опыт региональной больницы Латроб, Виктория, Австралия. Для улучшения качества оказываемых медицинских услуг в 1997 году правительством штата Виктория был подписан договор с частной компанией Australian Hospital Care Ltd. (АНСЛ) на проектирование, финансирование, строительство, и оказание базовой бесплатной медицинской помощи в Региональной больнице Латроб. Договор был заключен на 20 лет с возможностью продления еще на 5 лет. Согласно договору, в свою очередь, правительство штата обязалось производить частному партнеру плату за обслуживание. В сентябре 1998 года объект был сдан, и больница начала свою работу [45, с. 331].

В 1999 году убытки Australian Hospital Care Ltd. Составили около 6 млн. австралийских долларов, и, согласно пересмотренной финансовой модели, прогнозировалось дальнейшее их увеличение. В связи с этим, в 2000 году частного партнера освободили от обязательств по договору, а объект был продан правительству штата за 6,6 млн австралийских долларов. Эта сумма составила примерно половину от оценочной стоимости объекта [45, с. 331].

В процессе эксплуатации объекта были выявлены недопустимые ошибки на этапе разработки проекта. В результате проект оказался коммерчески нежизнеспособным, и государству пришлось выкупать инфраструктурный объект у частного партнера.

В больнице де-ла-Рибера, Валенсия, Испания в 1997 году с правительством Валенсии был заключен договор сроком 10 лет на строительство государственной больницы и управление как не клиническими объектами, так и клиническими. Частным партнером в этой сделке выступала

компания Union Temporal de Empresas-Ribera. Доходы частного партнера складывались за счет подушевой пошлины, подлежащей обязательной уплате, ежегодно индексируемой на индекс потребительных цен. Проект был оценен в 68 млн евро [45, с. 331].

В 1999 году больница открыла свои двери для населения. В рамках проекта, был построен новый медицинский центр, отделение гемодиализа, отделение инвазивной радиологии и гамма-камера. Была выполнена модернизация и дооснащение новым медицинским диагностическим оборудованием. Стоит отметить, что средний оклад персонала больницы был установлен на 25 % выше среднего по отрасли.

В результате, UTE-Ribera оказалась неспособной покрывать свои расходы за счет поступающих денежных средств и, в итоге, в 2003 году правительство Валенсии и частный партнер заключили второй договор сроком на 15 лет с возможностью продления на 20 лет [45, с. 331].

При расторжении первого договора правительство Валенсии выплатило 69,3 млн евро (43,3 млн. евро за покупку объектов недвижимости, 26 млн. евро в качестве компенсации убытков) компании UTE-Ribera.

Второй договор был заключен с компанией под названием UTE-Ribera II, в уставном капитале которой значились все те же компании, что и в UTE-Ribera. Компания выплатила правительству Валенсии вознаграждение в размере 72 млн евро за новый договор, по условиям которого, недавно приобретенное правительством имущество передавалось частному партнеру. В новом договоре устанавливались меньшие заработные платы сотрудников и большая продолжительность рабочего дня. Как следствие, уделялось меньше внимания безопасности персонала больницы [45, с. 331].

Финансирование нового контракта, как и первоначального, производилось с участием испанских банков на нерыночных условиях. Для этого проекта банк установили процентные ставки по кредитам на пониженном уровне. Данный проект характеризовался чрезмерно высоким уровнем финансовых рисков.

Рассмотренные примеры показывают, что имеющийся зарубежный опыт применения интегрированной модели государственно-частного партнерства свидетельствует о его экономической неэффективности и высоких финансовых рисках. Основные проблемы реализации проектов по данной модели заключались в следующем:

- 1) в условиях долгосрочной реализации - модель не обеспечивает достаточную устойчивость проекта;
- 2) переоценка частным партнером коммерческой привлекательности проекта;
- 3) нерациональность некоторых инвестиций в дорогостоящее медицинское оборудование.

При реализации интегрированной модели государственно-частного партнерства в здравоохранении основные проектные риски, в том числе связанные с коммерческой эффективностью оказания медицинских услуг, несет частный партнер. В большинстве случаев, такое распределение рисков оказывается несбалансированным. Преимущества частного партнера при предоставлении традиционных медицинских услуг по сравнению с государственным медицинским учреждением зарубежная практика проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении не демонстрирует.

Однако, возможно компенсировать данные недостатки рациональным распределением рисков между частным и государственным партнерами.

Специализированная модель государственно-частного партнерства в здравоохранении используется в некоторых странах в тех случаях, когда на какие-либо высокотехнологичные и дорогостоящие, но жизненно важные медицинские процедуры наблюдается постоянно возрастающий спрос, который не может быть удовлетворен за счет государственного бюджета, требуется внедрение инновационных медицинских технологий, компетенциями в области применения которых обладают частные компании. Для реализации данной модели используется механизм концессионного соглашения (BOT), а также долгосрочная аренда. Возможно, как создание новых узкопрофильных

медицинских центров, так и предоставление специализированных услуг на базе действующих больниц.

Пациентам, живущим за чертой бедности, правительство города Андхра-Прадеш предоставляет бесплатное неотложное медицинское обслуживание в рамках реализации программы медицинского страхования Арогяси. Однако, большинство государственных больниц имеют очень ограниченные возможности для проведения процедур диализа, жизненно необходимого для многих пациентов.

Для решения этой проблемы, правительством Индии было заключено соглашение с V.Braun Medical (India) Pvt. - дочерней компанией одного из ведущих производителей медицинского оборудования в области диализа. Срок соглашения по созданию и эксплуатации центров диализа в одиннадцати объектах инфраструктуры здравоохранения рассчитан на 7 лет. Согласно условиям этого соглашения, за каждую проведенную процедуру гемодиализа, правительство Андхра-Прадеш за счет средств программы медицинского страхования Арогяси выплачивает 1200 рупий, из которых 1080 рупий (примерно 23 доллара США) получает V.Braun, а 120 рупий – лечебно-поликлиническое учреждение. Примерный объем инвестиций в создание центров гемодиализа V.Braun составил 45 млн. рупий (примерно 8,3 млн. долларов США) [45, с. 331].

В условиях роста нефрологических заболеваний, Центром гемодиализа при Национальном институте трансплантации почки в г. Манила был заключен долгосрочный договор аренды с компанией Fresenius Medical Care. Государственно-частное партнерство возникло как механизм решения проблемы недостатка государственного финансирования больницы на приобретения современного аппарата гемодиализа для предоставления высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек.

В результате реализации проекта, НИТП смог приобрести новейшие технологии для проведения диализа и охватить большую группу пациентов при минимальных рисках. При конкурентоспособной, по сравнению с частными

клиниками, стоимости, высокотехнологичная процедура стала доступна для большого числа филиппинцев [45, с. 331].

Анализ опыта Филиппин и Индии показывает эффективность и жизнеспособность применения специализированной модели государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Автор, рассмотрев применяемые в мировой практике модели государственно-частного партнерства в здравоохранении, пришел к выводу, что обеспечивающая и специализированная модели, являются достаточно эффективными и могут быть рекомендованы для внедрения в Российской Федерации. Они позволяют обеспечить развитие инфраструктуры системы здравоохранения с привлечением инвестиций, ресурсов и компетенций частных партнеров и удовлетворить потребность населения в оказании высокотехнологичных медицинских услуг.

Напротив, неудачной для применения моделью государственно-частного партнерства в здравоохранении является интегрированная модель. Данные проекты нередко влекут за собой высокие риски из-за конфликта интересов частного инвестора, стремящегося к максимизации выгоды, и государственным партнером.

Исходя из этого, зарубежный опыт представляет значительный интерес с позиции формирования основ концепции развития государственно-частного партнерства в здравоохранении России. Важное практическое значение влекут за собой выводы о высокой эффективности специализированной и обеспечивающей модели государственно-частного партнерств. Их необходимо учитывать при совершенствовании нормативной базы, регламентирующей условия реализации проектов государственно-частного партнерства в нашей стране, а также при структурировании проектов создания и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения с использованием механизмов государственно-частного партнерства.

В последние годы появляются все новые формы государственно-частного партнерства, отвечающие различным задачам, встающим перед экономиками

разных стран. Вместе с этим активно расширяются области применения различных форм государственно-частного партнерства.

Государство заинтересовано в развитии форм и механизмов государственно-частного партнерства, так как реализация данных проектов служит достижению следующих целей и задач:

1) повышение интеллектуального, технологического, имущественного и финансового потенциала профессионального образования в качестве условия обеспечения устойчивого экономического роста и модернизации экономики России;

2) управления государственным имуществом в области профессионального образования, получение значительного бюджетного эффекта, осуществление государственных расходов с большей эффективностью, достижение относительной экономии в расходовании государственных средств;

3) расширение имущественной и финансовой базы профессионального образования за счет привлечения внебюджетных источников финансирования;

4) обеспечение конкурентоспособности образовательных программ, повышение их качества; стимулирование сближения фундаментального и прикладного компонентов в образовании;

5) создание новых специальностей в соответствии с потребностями растущей экономики России;

6) удовлетворение динамично изменяющегося спроса на рынке труда; обеспечение широкой доступности для населения профессионального образования на всех его уровнях;

7) усиление инновационной составляющей образования.

Значение государственно-частного партнерства в России с каждым годом возрастает, что уже создает необходимый эффект во всех сферах экономической и социальной политики и стимулирует направление поддержки социального сектора.

Необходимо отметить, что на федеральном уровне в основном создана достаточная законодательная база для реализации разных форм государственно-частного партнёрства, а также оформлены различные институты механизма реализации такого партнёрства на сегодняшнем этапе. Все взаимоотношения государства и частного сектора регулируются Федеральным законом от 13.07.2015 № 224-ФЗ, с целью выявления проблем и перспективных направлений развития механизма государственно-частного партнерства, привлечения инвестиций в экономику Российской Федерации и повышения качества товаров, работ, услуг.

Готовность инвестировать в государственную инфраструктуру у частного капитала, безусловно, есть. Но для этого необходимо иметь законодательные и юридические права на последующий возврат этих инвестиций. При реализации проектов государственно-частного партнерства используются различные механизмы сотрудничества государства и частного бизнеса. Они дифференцируются в зависимости от объема передаваемых частному партнеру правомочий собственности, инвестиционных обязательств сторон, принципов распределения рисков между партнерами, ответственности за проведение различных видов работ [25].

Реализовать инфраструктурный проект в Российской Федерации можно различными способами на разных уровнях, с различными правами и обязанностями субъектов, разной продолжительностью и рисками государственно-частного партнерства.

Тенденцией мирового развития на современном этапе являются значительные институциональные изменения в отраслях, которые раньше всегда находились в государственной собственности и управлении: электроэнергетика, коммунальное, авто - и железнодорожное хозяйства, здравоохранение и др. Во временное среднее - и долгосрочное пользование объекты этих отраслей государство передает бизнесу, но при этом оставляет за собой право контролировать и регулировать их деятельность.

Российская экономика является неотъемлемой частью мировой экономической системы, но в настоящее время находится в состоянии экономического кризиса. Усиление роли государства в экономике в период экономического кризиса - это вынужденная тактическая мера. Степень участия государства в экономике зависит не только от текущего состояния народного хозяйства, но и особенностей страны, и степень вмешательства государства в любую сферу деятельности общества прямо пропорциональна уровню ее устойчивости. При низкой устойчивости социальной сферы государство вмешивается в социальную жизнь общества. Особенно сильно это проявляется в период экономического кризиса. Государство прилагает все больше усилий для привлечения средств в развитие отраслей социальной сферы. В первую очередь это связано с тем, что социальная сфера оказывает прямое влияние на качество жизни населения, и, следовательно, на уровень экономического роста страны в целом. Несомненно, это касается и здравоохранения [11]. Рост экономического потенциала страны и повышение материального благосостояния и культурного уровня народа обусловят улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости и смертности, увеличение долголетия народа.

Существует ряд дополнительных проблем России, которые существенно влияют на систему здравоохранения: проблемы финансирования, отсутствие целостной государственной политики реформирования отрасли, низкое качество медицинской помощи в связи с низким уровнем эффективности управления и технологического оснащения, структурными диспропорциями, проблемой квалификации кадров, развитие теневой медицины, неэффективная система медицинского страхования, административные барьеры для участия частного сектора здравоохранения в выполнении государственного заказа и демографический кризис.

Необходим эффективный механизм модернизации здравоохранения, выраженный в привлечении частных инвестиций путем реализации государственно-частного партнерства - проектов на территории страны.

Модернизация здравоохранения невозможна без модернизации инфраструктуры. Для осуществления модернизации нужны инвестиции в здравоохранение. При направлении в здравоохранение большого количества государственных и муниципальных средств формируется основа для развития государственно-частного партнерства. Если же система оказания медицинской помощи функционирует в условиях выраженного финансового дефицита, то и объемы указанного партнерства остаются или становятся минимальными.

Как показал опыт 90-х годов прошлого века, функционирование системы оказания медицинской помощи в условиях выраженного финансового дефицита неизбежно приводит только к вынужденным инвестициям в отрасль со стороны самых широких слоев населения [5]. Нельзя не отметить, что укрепляющаяся в настоящее время ресурсная база здравоохранения создает хорошие предпосылки для привлечения средств крупных частных инвесторов. Насыщение отрасли современными технологиями и необходимость их быстрого обновления обуславливают устойчивый рост интереса частных партнеров к сотрудничеству с медицинскими учреждениями.

Интерес к государственно-частному партнерству во многом обусловлен трансформацией взглядов на рыночный механизм, методы государственного регулирования и необходимостью осуществления долгосрочных инвестиционных проектов в социальной сфере, требующих больших затрат бюджетных средств. Этот механизм финансирования позволяет значительно расширить пространство для свободного движения капитала, облегчить вхождение частных инвесторов в новые сферы, которые вследствие высоких рисков ранее оставались недоступными для частного сектора [11].

Российский частный бизнес остается во многом незрелым участником взаимодействия с властью. Социальная ориентированность бизнеса, его заинтересованность в решении не только своих частных проблем, но и общественных, еще недостаточно развита. Как крупный, так и средний и малый бизнес демонстрируют стремление в основном к получению прибыли, перераспределению средств федерального и регионального бюджетов,

правительственных фондов, а не к инвестированию или иному участию в глобальных проектах, имеющих особенное значение для экономики страны, улучшения ее структуры. Такое положение вещей представляется вполне закономерным следствием особенностей российской модели взаимодействия государства и бизнеса, в которой идеи мотивации бизнеса со стороны государства являются недостаточными.

При этом понятие государственно-частного партнерства возникло из двух противоречащих составляющих. С одной стороны, предприятия инфраструктурных отраслей — в первую очередь их сетевые, монопольные сегменты — не могут быть приватизированы ввиду стратегической, экономической и социально-политической значимости объектов инфраструктуры. Но, с другой стороны, в государственном бюджете нет достаточного объема средств, позволяющих обеспечивать в них простое и расширенное воспроизводство. Партнерство включает в себя распределение рисков и доходов, а также использование квалификации и ресурсов государственного и частного сектора для удовлетворения намеченных стратегических результатов в интересах государства [12].

Разработка четкого определения понятия «государственно-частное партнерство» представляет собой научную актуальность по нескольким причинам. На федеральном законодательном уровне в Российской Федерации определение государственно-частного партнерства возникло не так давно. Принят Федеральный закон от 13.07.2015 N 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [15], в котором понятие государственно-частного партнерства звучит как - юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, заключенных в соответствии с настоящим Федеральным законом

в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

О перспективности использования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения свидетельствует тот факт, что в развитых странах примерно 2/3 проектов в этой сфере реализуются на условиях государственно-частного партнерства. Основными направлениями инвестиций становятся: строительство медицинских объектов, внедрение новейших технологий, разработка и производство новых видов медицинского оборудования [1].

Учитывая, что система здравоохранения в Российской Федерации более чем на 90 % представлена государственными и муниципальными медицинскими учреждениями, государство является основным инвестором для частных партнеров и соответственно определяет правила игры в этих взаимоотношениях. Фактически использование государственно-частного партнерства можно рассматривать как полуприватизацию или частичную приватизацию государственных функций, позволяющую существенно повысить качество и увеличить ассортимент предоставляемых медицинских услуг. При этом, для того, чтобы заинтересовать частного инвестора в участии в проекте, государственный партнер должен обеспечить ему определенную выгоду, а также взять на себя часть рисков проекта. Поэтому неотъемлемым элементом государственно-частного партнерства является разделение рисков и выгод между партнерами.

По общему количеству реализуемых государственно-частного партнерства проектов безусловно лидером является социальная инфраструктура.

Преимущества использования государственно-частного партнерства в сфере медицины заключаются в том, что государственно-частное партнерство:

- осуществляется в сфере ответственности государства;
- направлено на развитие инфраструктуры, в т. ч. социальной;

- обеспечивает частному инвестору более широкие возможности для участия в управлении проектами, чем при выполнении государственного заказа;
- носит долгосрочный характер;
- обеспечивает разделение рисков проекта между партнерами.

Производство и поставка на медицинский рынок медикаментов, оборудования, продуктов питания, мягкого и твердого инвентаря, выполнение работ по проведению капитального и текущего ремонта, оказание услуг связи и многое другое осуществляются частными предприятиями и организациями. Таким образом, государственно-частное партнерство в здравоохранении не просто существует, а составляет основу в обеспечении необходимых условий для функционирования отрасли. В противном случае деятельность отечественного здравоохранения просто невозможна [29].

Основной сферой использования государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения могут стать инфраструктурные проекты (в том числе создание медицинских объектов) на основе привлечения частных и государственных инвестиций с последующей передачей медицинским структурам. Наиболее интересными для частных инвестиций могут стать возведение перинатальных и диализных центров, создание банков крови, поставка оборудования и интегрированных компьютерных программ.

В настоящее время применительно к здравоохранению государственная политика с новыми подходами к развитию государственно-частного партнерства только формируется. В то же время это совсем не означает, что необходимо подождать, пока такая политика появится, и только потом действовать. Надо подчеркнуть, что формирование более или менее совершенной идеологии данного вопроса находится в неразрывной связи с реальными практическими шагами. Государственная политика в области взаимовыгодного взаимодействия здравоохранения и бизнеса должна быть динамичной и гибкой.

Беря во внимание вышперечисленное, следует сказать, что постоянный рост расходов в здравоохранение будет происходить неизбежно в связи с

появлением новых медицинских технологий; старением общества; необходимостью повышать оплату медицинского персонала; ростом запросов населения; необходимостью поддерживать и обновлять инфраструктуру. Государственно-частное партнерство в здравоохранении дает возможность повысить эффективность использования ресурсов и управления. Привлечение частного сектора в социальную сферу требует налогового стимулирования и законодательно установленных гарантий для инвесторов.

Применение механизмов государственно-частного партнерства позволяет:

- уменьшить инвестиции в строительство зданий и покупку оборудования за счет использования имеющихся ресурсов частного здравоохранения;
- обеспечить возможность осуществления общественно-значимых проектов в наиболее короткие сроки;
- повысить эффективность проектов за счет участия в них частного бизнеса, как правило, более эффективного на рынке, чем государственные институты;
- обеспечить снижение нагрузки на бюджет за счет привлечения частных средств, привлечения лучших управленческих кадров, техники и технологий;
- повысить качество обслуживания пациентов.

Частные инвестиции выступают в роли эффективного механизма модернизации здравоохранения. Более 2/3 населения не имеют доступа к квалифицированной медицинской помощи или недовольны качеством.

Привлечение частных инвестиций в сферу здравоохранения даст возможность быстро и эффективно начать процесс модернизации российского здравоохранения за счет строительства современных высокотехнологичных медицинских центров.

На основании вышесказанного, необходимо сделать вывод о том, что важным элементом функции социальной политики является развитие социальной сферы. Особую актуальность приобретают развитие социальной сферы в условиях экономического кризиса, и правильное распределение на

социальные нужды бюджетных средств. Общественная же значимость применения государственно-частного партнерства проектов заключается в том, что в конечном итоге обществу будут предоставлены более качественные медицинские услуги.

Государство несет ответственность за предоставление социальных благ перед обществом, при этом обеспечивает устойчивость экономики. Предпринимательство же обладает мобильностью, склонностью к инновациям и высокой способностью к адаптации.

2.2 Современное состояние государственного управления здравоохранением в Красноярском крае

Красноярский край занимает в России центральное географическое положение, охватывая территорию в 3000 километров от Северного Ледовитого океана до южных отрогов Алтайско-Саянской горной системы. К районам Крайнего Севера и приравненным к ним местностям относятся более 90 % территории края. Протяженность региона с запада на восток составляет 1 250 километров на севере и 650 километров в южной части территории вдоль Транссибирской магистрали. В составе Красноярского края по состоянию на 01.01.2018 находятся: 14 городских округов, 3 закрытых административно-территориальных округа, 44 муниципальных района, 36 городских поселений, 484 сельских поселения. Плотность населения – 1,2 человека на один квадратный километр [62].

Численность постоянного населения Красноярского края составляет 2 838,3 тыс. человек. В сельской местности Красноярского края по состоянию на 01.01.2018 проживали 668 168 человек (с учетом переписи населения). Из общей численности сельского населения: 398 042 человека – трудоспособного возраста, 141 756 человек – старше трудоспособного возраста. Доля сельского населения составляет 23,5 % от общей численности населения края [62].

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи все медицинские организации распределяются по уровням, характеризующимся, в первую очередь, степенью сложности медицинских технологий. При этом учитывается как эффективность, так и доступность медицинской помощи.

Малокомплектные больницы ни в финансовом, ни в организационном плане не смогут обеспечить на своей базе развитие специализированных отделений и применение интенсивных медицинских технологий.

Основными причинами, формирующими недостаточную положительную динамику в состоянии здоровья населения Красноярского края, как и в целом по стране, являются:

- низкая мотивация населения к здоровому образу жизни;
- высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- недостаточность условий для ведения здорового образа жизни (недостаточность нормативной правовой базы для ограничения курения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, производства несоответствующих принципам здорового питания продуктов, а также для обеспечения необходимого уровня физической активности);
- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих.

В настоящее время в Красноярском крае отмечается положительная динамика в развитии основных медико-демографических процессов: рождаемости и смертности.

По данным Росстата, «общий коэффициент рождаемости за 2017 год в Красноярском крае составил 14,5 случая на 1000 человек, а коэффициент общей смертности 12,9 случая на 1000 человек. Структура основных причин смерти практически не претерпевает изменений: основной причиной смертности являются болезни системы кровообращения – 48,3 %, новообразования – 16,3 % и внешние причины – 15,4 % от числа умерших».

Министерством здравоохранения Красноярского края в отчете за 2017 год предоставлены основные данные, так: «в 2017 году общая заболеваемость в крае составила 1 669,2 случая на 1000 человек. В структуре общей заболеваемости на первом месте болезни органов дыхания (343,2 случая на 1000 человек) – 20, 6%, класс болезней системы кровообращения занимает второе место (247,2 случая на 1000 человек) – 14,8 %, третье место принадлежит классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (149,7 случая на 1000 человек) – 8,9 %. Первичная заболеваемость в 2017 году составила 829,0 случаев на 1000 человек (в 2011 г. – 832,9 случая на 1000 человек). В структуре первичной заболеваемости лидируют болезни органов дыхания (295,2 случая на 1000 человек) – 35,6 %, на втором месте – несчастные случаи, травмы и отравления (113,0 случая на 1000 человек) – 13,6 %, третье место занимают болезни мочеполовой системы (57,0 случая на 1000 человек) – 6,8 %. Снижение младенческой смертности в 2017 году произошло на 14,3 % в сравнении с 2010 годом. По итогам 2017 года с учетом регистрации рождения новорожденных с массой 500 граммов показатель младенческой смертности составил 9,8 случая на 1000 родившихся живыми. Показатель смертности детей 0-17 лет в 2017 году составил 122,5 случая на 100 тыс человек соответствующего возраста с учетом регистрации рождений с массой тела 500 граммов» [62].

Для целей упорядочения организационного построения сети медицинских организаций они разделены по уровню и диапазону предоставления медицинских услуг на следующие уровни.

На первом уровне (подразделения центральных районных и городских больниц и поликлиник) – выявление патологии, осуществление профилактической помощи, а также осуществление динамического диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторных и стационарных условиях, определение показаний для направления в межрайонные центры, оказание специализированной помощи в стационарных условиях по экстренным показаниям. На первом уровне оказывается медицинская помощь в условиях центральных районных больниц и стационаров небольших городских больниц, а также в городских поликлиниках и врачебных амбулаториях. Количество медицинских организаций в 2011 году составило 126, в 2013 году – 124, в 2020 году – 79 [62].

На втором, межмуниципальном, уровне – детализация диагноза, определение возможности для проведения лечебных мероприятий на данном уровне либо установление показаний для направления в краевые учреждения здравоохранения. Особый акцент будет сделан на создание возможности оказания специализированной медицинской помощи в отделениях дневных стационаров. На втором уровне осуществляется медицинская помощь в учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь (без высокотехнологичной специализированной медицинской помощи), на базе которых имеются монопрофильные и многопрофильные специализированные межрайонные центры. Количество медицинских организаций в 2011 году – 28; в 2013 году – 30; в 2020 году – 33 [62].

На третьем уровне (медицинские организации краевого уровня) будет оказываться медицинская помощь пациентам, которым необходимо оказание высокочувствительной технологичной медицинской помощи с использованием современной диагностической техники и высокотехнологичных методов исследования и лечения по узким профилям. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Количество медицинских организаций в 2011 году

составляло 23, в том числе в 2 медицинских организациях оказывалась высокотехнологичная медицинская помощь; в 2013 году – 23, в том числе в 2 медицинских организациях оказывалась высокотехнологичная медицинская помощь; в 2020 году – 16, в том числе в 5 медицинских организациях будет оказываться высокотехнологичная медицинская помощь [62].

При решении вопросов о расположении сети медицинских организаций учитывается:

- 1) характер расселения населения;
- 2) сложившиеся потоки движения больных;
- 3) виды специализированной помощи для обслуживания межтерриториальных потоков;
- 4) транспортная инфраструктура.

Кроме этого, принимается во внимание технологический стандарт медицинской организации (нормативы площади помещений, оснащения оборудованием, трудовые ресурсы, параклиническая инфраструктура).

Для оптимизации деятельности медицинских организаций третьего уровня будет обеспечено регулирование потоков больных, поступающих на лечение в отделения, оказывающие высокотехнологичные виды медицинской помощи. Регулирование потоков позволит передать часть выполняемых ими в настоящее время объемов помощи, не требующих применения высоких технологий, в больницы более низкого уровня. Разделение потоков больных позволит рационально использовать дорогостоящее медицинское оборудование и кадровые ресурсы, снизить длительность пребывания в стационарах.

На территории Красноярского края работает трехуровневая система (распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1706) оказания медицинской помощи больным по кардиологии, онкологии, травматологии, урологии, по акушерству и гинекологии, неонатологии [62].

С 2012 года в Красноярском крае организована работа по скринингу и раннему выявлению злокачественных новообразований. Показатель

выявляемости онкозаболеваний вырос с 0,01 % в 2011 году до 0,24 % от осмотренных в 2017 году. Данная работа организована на фельдшерско-акушерских пунктах, в смотровых кабинетах учреждений здравоохранения. Доля выявленных онкозаболеваний на I-II стадиях среди всех выявленных увеличилась с 33,9 % в 2011 году до 41,5 % в 2017 году. В крае функционирует 52 первичных онкологических кабинета.

Специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь оказывается в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер» и федеральных медицинских организациях, находящихся в ведении министерства здравоохранения Российской Федерации. Проводится реконструкция и расширение КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» [62].

Это позволяет приблизить специализированную помощь жителям Красноярского края, что положительно влияет на качество оказываемой помощи.

В Красноярском крае создано 9 консультативно-диагностических кардиологических кабинетов, в том числе в межрайонных центрах. При оказании помощи больным с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе (кардибригадой) активно внедряется тромболитическая терапия. В Красноярском крае с 2010 года функционирует три первичных сосудистых центра в межрайонных центрах (гг. Красноярск, Норильск, Минусинск). Еще 3 первичных сосудистых центра открыты в 2013 году в городах Лесосибирск, Ачинск, Канск. Специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь в региональном сосудистом центре на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница», ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» в г. Красноярске и других федеральных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении министерства здравоохранения Российской Федерации [62].

С вводом в эксплуатацию ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» увеличилась доступность высокотехнологичной помощи

для жителей Красноярского края. Количество операций на сердце достигло 127 случаев на 100 тыс человек при мировом показателе 230 случаев на 100 тыс человек. В Красноярском крае организована система этапной реабилитации пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, мозговой инсульт и операции на сердце и сосудах в условиях санаториев и дневных стационаров.

С 2010 года по 2017 год доля специализированных бригад скорой медицинской помощи (в том числе кардиологического профиля), полностью укомплектованных в соответствии со стандартами оснащения, увеличилась с 83 до 97 %.

В Красноярском крае функционирует перинатальный центр КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница». Именно здесь оказывают помощь беременным женщинам с высокой степенью риска и выхаживают новорожденных, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В данной медицинской организации действуют круглосуточные акушерский и детский реанимационно-консультативные центры. В год проводится более 2500 консультаций детей и 350 консультаций женщин. Около 400 детей и 100 женщин транспортируются санитарным транспортом, в том числе на искусственной вентиляции легких – до 65 % от общего количества детей и женщин [62].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы по возможности оказания медицинской помощи.

С целью повышения качества оказания медицинской помощи детям, приближения ее к населению в отдаленных территориях Красноярского края проведена работа по созданию 6 детских межрайонных центров, оказывающих

специализированную медицинскую помощь. Для создания соответствующих условий и увеличения мощности отделений второго этапа выхаживания новорожденных проведен ремонт отделения патологии новорожденных в МБУЗ «Ачинская городская детская больница», МБУЗ «Минусинская центральная районная больница» с расширением мощности отделений; поставлено реанимационное и иное диагностическое и лечебное оборудование. В каждый межрайонный центр поставлены педиатрический набор для проведения эндоскопических лечебных и диагностических процедур, ультразвуковое оборудование, соответствующее современным требованиям.

Для обеспечения реабилитационного лечения детей-инвалидов в результате реорганизации краевого детского психоневрологического санатория «Ласточка» создано круглосуточное отделение на 40 коек типа «Мать и дитя».

Министерством здравоохранения Красноярского края издан приказ от 20.04.2012 № 31-н «Об утверждении схем доставки пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в учреждения здравоохранения и зон ответственности учреждений здравоохранения, расположенных вдоль федеральной автомобильной дороги». Утверждены схемы доставки в медицинские организации Красноярского края граждан, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автомобильных дорогах на территории Красноярского края [62].

В 2017 году финансовые средства на мероприятия по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в рамках Соглашения освоены в объеме 564 106,6 тыс руб., в том числе из краевого бюджет – 317 880,2 тыс руб; из федерального бюджета – 246 118,4 тыс руб [62].

Повышение уровня первичной заболеваемости обусловлено также активным проведением дополнительной диспансеризации работающего населения, а также проведением профилактических осмотров. Дополнительной диспансеризации в 2017 году подлежало 126780 работающих граждан, в ходе

диспансеризации было осмотрено 127685 человека, что составило 103,4 % от плановых показателей.

В 2017 году профилактическими осмотрами всего охвачено 97,8 % населения (в 2015 году – 96,9 %; в 2016 году – 97,9 %). Взрослого населения всего осмотрено 95,8 %; подростков – 99,6 %; детей – 98,% (рисунок 2) [62].

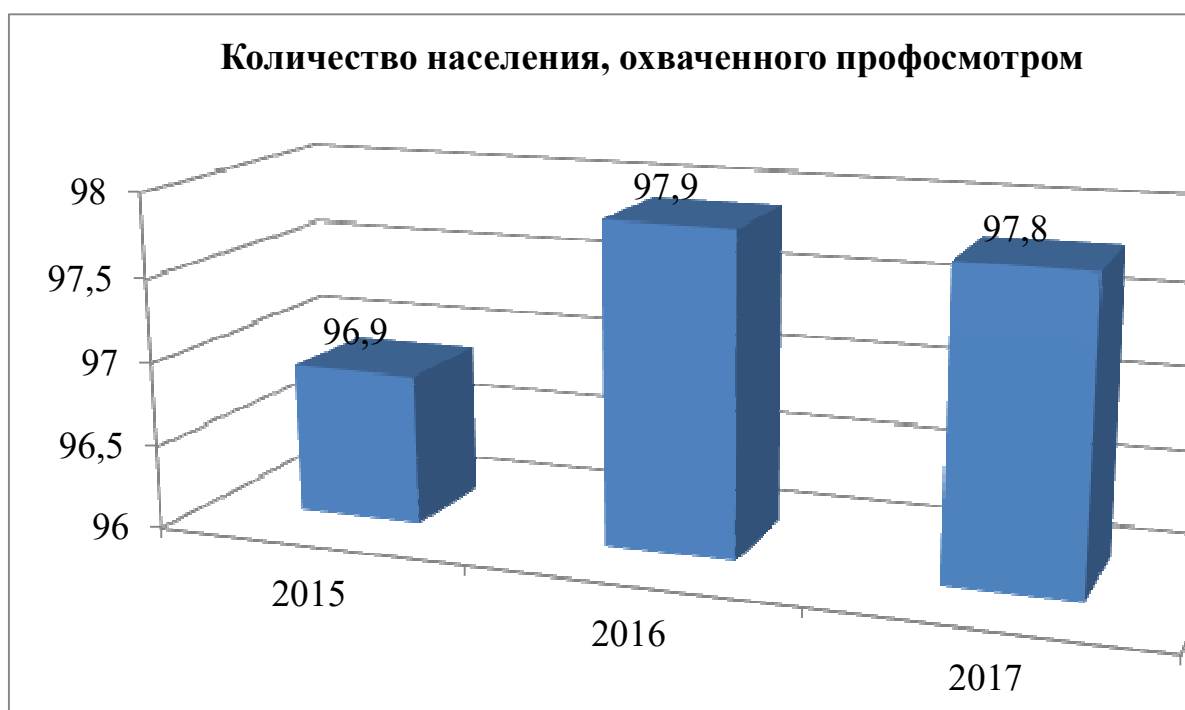


Рисунок 2 - Количество населения, охваченного профилактическим осмотром в Красноярском крае

В межрайонных центрах и центральных районных больницах края организовано 9 травматологических центров второго уровня и 3 травматологических центра первого уровня в г.Красноярске для оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Изменилась схема доставки: пострадавшие, минуя маломощные районные больницы, доставляются в травмоцентр второго уровня. Затем, в зависимости от тяжести состояния, больной получает лечение в травмоцентре второго уровня или транспортируется санитарной авиацией в травмоцентр первого уровня.

В 2012 году в рамках Территориальной программы медицинскую помощь населению оказывали 220 медицинских организаций: 41 краевая медицинская организация; 151 муниципальная медицинская организация; 8 федеральных медицинских организаций; 20 медицинских организаций частной системы здравоохранения. Наибольший удельный вес (50,0 % от общего числа медицинских организаций) составляют больничные учреждения. Муниципальные медицинские организации составляют 68,6 % от общего числа медицинских организаций [62].

По состоянию на 01.01.2018 в медицинских организациях, непосредственно оказывающих лечебно-диагностическую профилактическую помощь и подчиняющихся органам управления здравоохранением (краевые и муниципальные медицинские организации) в Красноярском крае, заняты 9 824 врача и 27 260 средних медицинских работников.

Обеспеченность врачебными кадрами в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь «прикрепленному» населению (поликлиники, муниципальные больницы), составляет 26,41 на 10 000 человек, обеспеченность средними медицинскими работниками – 76,65 на 10000 человек.

Укомплектованность врачебных должностей в учреждениях здравоохранения системы здравоохранения Красноярского края составляет 54,36 % в 2017 году (в 2015 г. – 55,27 %; в 2010 г. – 55,05 %), средних медицинских работников – 70,5 % в 2017 году (в 2015 г. – 71,93 %; в 2010 г. – 75,31 %). Занятость врачебных должностей в 2017 году составляет 95,1 %, должностей средних медицинских работников – 97,34 % [62].

Укомплектованность штатных должностей: участковыми врачами-терапевтами составляет 78,1 % в 2017 году (в 2015 г. – 79,89 %; в 2010 г. – 85,1 %), участковыми врачами-педиатрами – 88,0 % в 2017 году (в 2011 г. – 90,3 %; в 2010 г. – 92,7 %), врачами общей (семейной) практики – 81,2 % в 2017 году (в 2011 г. – 82,44 %; в 2010 г. – 81,8 %) [62].

Укомплектованность врачебных участков средними медицинскими работниками: терапевтических участков составляет 78,1 % в 2017 году (в 2015 г. – 89,1 %; в 2010 г. – 93,1 %), педиатрических участков – 88,0 % в 2017 году (в 2015 г. – 95,7 %; в 2010 г. – 96,4 %), участков общих врачебных участков – 81,2 % в 2017 году (в 2015 г. – 94,5 %; в 2010 г. – 90,9 %); врачами скорой медицинской помощи – 55,5 % в 2017 году (в 2015 г. – 56,6 %; в 2010 г. – 57,5 %), фельдшерами – 84,1 % в 2017 году (в 2015 г. – 81,0 %; в 2010 г. – 89,1 %), медицинскими сестрами – 83,1 % в 2017 году (в 2015 г. – 82,5 %; в 2010 г. – 89,1 %); средними медицинскими работниками в фельдшерско-акушерских пунктах – 89,4 % в 2017 году (в 2015 г. – 90,7 %; в 2010 г. – 89,5 %) [62].

Число врачей-кардиологов, оказывающих амбулаторную помощь, уменьшилось с 41 в 2010 году до 35 в 2017 году (укомплектованность по занятым должностям с учетом совместительства составляет 91,2 % в 2017 году), врачей-неврологов увеличилось со 191 в 2010 году до 195 в 2017 году (укомплектованность по занятым должностям с учетом совместительства составляет 97,1 % в 2012 году), врачей-онкологов увеличилось с 28 в 2010 году до 33 в 2017 году (укомплектованность по занятым должностям с учетом совместительства составляет 91,7 % в 2017 году) [62].

Обеспеченность на 10000 человек составляет: врачами 34,73 в 2017 году (в 2015 г. – 34,9; в 2010 г. – 35,5), средними медицинскими работниками – 96,36 в 2017 году (в 2015 г. – 97,3; в 2010 г. – 96,1) [62].

Дефицит врачей от потребности, рассчитанной в соответствии с методическими рекомендациями, составляет 9772 человека, (в т. ч. в амбулаторно-поликлинических подразделениях – 5626, в стационарах – 3928); среднего медицинского персонала – 23254 человека (в т.ч. в амбулаторно-поликлинических подразделениях – 13288, в стационарах – 9966) [62].

Пополнение врачей «молодыми специалистами» произошло на 250 человек в 2017 году (в 2015 г. – на 196, в 2010 г. – на 198), средними медицинскими работниками – на 642 человека в 2017 году (в 2015 г. – на 597, в

2010 г. – на 598), что только на 4 % восполняет потребность в специалистах с высшим и средним медицинским образованием.

В период 2012-2017 годов прошли обучение на курсах дополнительного профессионального образования 6614 врачей и 18646 средних медицинских работников [62].

В рамках реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» произведены единовременные компенсационные выплаты 95 врачам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2012-2017 годы в сельские населенные пункты.

В Красноярском крае внедрена «Региональная телемедицинская система» (далее – РТС), позволяющая проводить удаленные отложенные телемедицинские консультации. К системе РТС подключены все удаленные муниципальные учреждения здравоохранения Красноярского края, организовано 77 рабочих мест в 64 учреждениях. Консультации осуществляют специалисты 7 краевых специализированных медицинских организаций. Всего в системе РТС проведено более 14 515 отложенных консультаций [62].

В 2011 году на территории Красноярского края введена в эксплуатацию информационная система «Перинатальный мониторинг». Система «Перинатальный мониторинг» представляет собой автоматизированный телемедицинский комплекс, предназначенный для ведения мониторинга беременности женщин с занесением всех материалов наблюдения, включая заключение врача, в централизованную региональную базу данных. Основная задача комплекса – фиксация и систематизация информации в процессе наблюдения за пациентом.

Дальнейшее развитие единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения требует решения вопросов методического, финансового и организационного обеспечений. Созданную в медицинских организациях информационно-коммуникационную инфраструктуру необходимо обслуживать, проводить работы по внедрению программного обеспечения и обучению персонала. В настоящее время не определены

нормативы времени на работы по сервисному обслуживанию персональных электронно-вычислительных машин и организационной техники и сопровождению программных средств.

В части развития телемедицины требуется разработка стандартов оказания медицинской помощи (медицинских услуг), включающих телемедицинскую консультацию.

Внедрение во всех медицинских организациях информационных систем с функциями ведения электронной истории болезни, включающей результаты диагностических исследований, дневниковые записи врачей, требует существенных финансовых и временных затрат. Эти работы должны проводиться поэтапно, в течение длительного периода с увеличением числа медицинских организаций, включенных в проект. Соответственно, должны быть определены источники и объемы финансирования на каждом этапе.

Создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения является крупномасштабным и долгосрочным проектом.

Для успешной реализации проекта необходима постоянно действующая организационная структура федерального уровня, обеспечивающая управление проектом, решение методических вопросов, единство технических подходов, консультационную помощь регионам и другие вопросы.

2.3 Анализ программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы»

Программа «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013–2020 годы» (далее – программа) разработана с учетом государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р.

Программа определяет цели, задачи, основные направления и основные мероприятия развития здравоохранения в Красноярском крае, финансовое обеспечение и механизмы реализации предусматриваемых мероприятий, показатели их результативности с учетом региональной специфики размещения

учреждений здравоохранения, населения, а также статистических показателей заболеваемости и смертности на территории Красноярского края.

Программа включает в себя десять подпрограмм: Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»; Подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства»; Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»; Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»; Подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»; Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»; Подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»; Подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования здравоохранения Красноярского края» [62].

Ответственным исполнителем программы является министерство здравоохранения Красноярского края.

Участниками программы являются - министерство здравоохранения Красноярского края; территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края; министерство строительства и архитектуры Красноярского края.

Целью региональной программы развития здравоохранения является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачи программы:

- 1) обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
- 2) повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- 3) повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- 4) развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
- 5) обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
- 6) обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
- 7) обеспечение системности организации охраны здоровья граждан;
- 8) внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

Программа включает в себя 10 основных подпрограмм, среди которых подпрограмма профилактики заболеваний, подпрограмма совершенствования системы территориального планирования здравоохранения, подпрограмма развития государственно - частного партнерства.

Всего на реализацию программы предусмотрено 516 633 956,2 тыс рублей, из них:

- средства федерального бюджета по предварительной оценке: 61 663 579,5 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);
- средства консолидированного бюджета Красноярского края по предварительной оценке: 102 217 805,0 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);
- средства территориального фонда обязательного медицинского страхования по предварительной оценке: 349 032 571,8 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);
- средства из иных источников по предварительной оценке: 3 720 000,0 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.), в том числе:

подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», всего: 149 003 603,4 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.) [62].

- подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»:

всего: 232 206 930,6 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Развитие государственно-частного партнерства»:

всего 3 720 000,0 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»:

всего 3 020 674,6 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»:

всего 3 094 253,0 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»:

всего 1 117 904,0 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»:

всего 47 555 195,1 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»:

всего 35 390 427,8 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Развитие информатизации в здравоохранении»:

всего 1 891 726,3 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.);

- подпрограмма «Совершенствование системы территориального планирования Красноярского края»:

всего 39 633 241,5 тыс рублей (с 2013 по 2020 гг.)

Красноярскому краю в условиях нехватки инвестиционных ресурсов применение такой достаточно привлекательной для инвестора формы вложения средств могло бы обеспечить приток долгосрочных инвестиций в региональную экономику [62].

В качестве ожидаемых результатов от реализации программы декларируются:

«1. Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи:

- доля расходов на оказание скорой медицинской помощи вне медицинских организаций от всех расходов на Территориальную программу: к 2020 г. – 5,1 %;

- доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на Территориальную программу: к 2020 г. – 32,0 %;

- доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на Территориальную программу: к 2020 г. – 3,9 %;

- доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на Территориальную программу: к 2020 г. – 9,0 %;

- доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на Территориальную программу: к 2020г. – 50,0 %;

- доля медицинских и фармацевтических работников, обучавшихся в рамках целевой подготовки для нужд Красноярского края, трудоустроившихся после завершения обучения в медицинские или фармацевтические организации государственной и муниципальной систем здравоохранения Красноярского края: к 2020 г. – 100,0 %;

- доля аккредитованных специалистов: к 2020 г. – 80,0 %; обеспеченность населения врачами: к 2020 г. – 41,0 на 10 тыс человек;

- соотношение количества врачей к количеству средних медицинских работников: к 2020 г. – 1:3,0;

- соотношение средней заработной платы врачей и иных работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг), и

средней заработной платы в Красноярском крае в 2012–2018 годах (агрегированные значения): к 2020 г. – 200,0 %;

- соотношение средней заработной платы среднего медицинского (фармацевтического) персонала, персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг и средней заработной платы в Красноярском крае в 2012-2018 годах (агрегированные значения): к 2020 г. – 100,0 %;

- соотношение средней заработной платы младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего предоставление медицинских услуг) и средней заработной платы в Красноярском крае в 2012-2018 годах (агрегированные значения): к 2020 г. – 100,0 %;

- число дней работы койки в году: к 2020 г. – 331,8 дня; средняя длительность лечения больного к 2020 г. – 11,2 дня;

- доля врачей первичного звена от общего числа врачей к 2020 г. – 64,0%;

- доля пациентов, доставленных по экстренным показаниям, от общего числа пациентов, пролеченных в стационарных условиях: к 2020 г. – 45,0% [62].

2. Основные показатели здоровья населения:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2013 г. – 69,4 года, к 2020 г. – 74,0 года;

- смертность от всех причин в 2013 г. – 12,7 случая на 1000 человек, к 2020 г. – 11,8 случая на 1000 человек;

- материнская смертность в 2013 г. – 16,1 случая на 100 тыс родившихся живыми, к 2020 г. – 13,2 случая на 100 тыс родившихся живыми;

- младенческая смертность в 2013 г. – 9,1 случая на 1000 родившихся живыми, к 2020 г. – 6,4 случая на 1000 родившихся живыми;

- смертность детей в возрасте 0-17 лет в 2013 г. – 10,5 случая на 10 тыс человек соответствующего возраста, к 2020 г. – 7,7 случая на 10 тыс человек соответствующего возраста;

- смертность от болезней системы кровообращения в 2013 г. – 609,2 случая на 100 тыс человек, к 2020 г. – 609,0 случая на 100 тыс человек;

- смертность от дорожно-транспортных происшествий в 2013 г. – 15,5 случая на 100 тыс человек, к 2020 г. – 10,2 случая на 100 тыс человек;

- смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) в 2013 г. – 221,8 случая на 100 тыс человек, к 2020 г. – 192,8 случая на 100 тыс человек;

- смертность от туберкулеза в 2013 г. – 18,0 случая на 100 тыс человек, к 2020 г. – 11,2 случая на 100 тыс человек;

- заболеваемость туберкулезом в 2013 г. – 94,0 случая на 100 тыс человек, к 2020 г. – 49,0 случая на 100 тыс человек;

- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут в 2013 г. – 92,2 %, к 2020 г. – 96,0%» [62].

После описания целевых показателей программы, следует обратить внимание на причины, которые сдерживают реализацию программы.

К причинам, сдерживающим развитие отрасли здравоохранения в Красноярском крае, следует отнести:

1) несбалансированность кадрового и материально-технического обеспечения и коечного фонда различных уровней трехуровневой системы оказания медицинской помощи для отдельных нозологий;

2) несоответствие доступности и качества медицинской помощи сельским жителям труднодоступных населенных пунктов среднекраевому уровню;

3) неполное соответствие региональной системы подготовки кадров потребностям трехуровневой организации медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, профилактической и первичной медико-санитарной;

4) неразвитость и необеспеченность системы диспансеризации, а также медицинской реабилитации, особенно существенной на уровне первичного звена здравоохранения;

5) низкая обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам;

б) низкая социальная привлекательность работы в медицинских организациях здравоохранения первичного звена.

Перечисленные причины, сдерживающие повышение человеческого потенциала здоровья в Красноярском крае, находятся в сфере компетенции системы здравоохранения Российской Федерации и могут быть устранены полностью или частично в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и настоящей программы при наличии соответствующего финансирования.

Несмотря на произошедшие позитивные изменения в здравоохранении Красноярского края, на сегодняшний день нерешенным остается ряд проблем:

- преимущественная ориентация на лечение заболеваний, а не на их предотвращение, низкая мотивация населения к здоровому образу жизни, высокая распространенность поведенческих факторов риска заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);

- неполное соответствие системы подготовки кадров потребностям современной трехуровневой системы оказания медицинской помощи (высокотехнологичной, профилактической и первичной медико-санитарной) как по численности, так и по качеству подготовки специалистов, приводящее к недостаточному профессиональному уровню врачей и руководителей медицинских учреждений и способствующее сохранению проблемы абсолютного и структурного дефицита кадров;

- низкая эффективность использования медицинского оборудования, в том числе в результате недостатка подготовленных кадров;

- отсутствия доверия в отношении пациента к врачу;

- консервация устаревших и вызывающих нарекания населения процедур (регламентов) организации обслуживания пациентов в лечебных учреждениях;

- структурные проблемы системы организации медицинской помощи: чрезмерная нагрузка на стационарную помощь при относительно слабом

развитии первичной, реабилитационной, медико-социальной помощи и недостаточная координация деятельности медицинских учреждений и врачей на разных этапах оказания медицинской помощи;

- сложность и затратность обеспечения в полном объеме необходимой медицинской помощью части населения края из-за редкоочаговой системы расселения и сложной транспортной доступности отдельных населенных пунктов;

- отсутствие прозрачной и понятной населению связи между объемом и качеством медицинской помощи, оказанной по программе обязательного медицинского страхования, и объемом финансирования медицинского учреждения, предоставившего услугу;

- отсутствие публичных правил конкуренции за предоставление медицинских услуг в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- неразвитость механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении.

В результате анализа государственного управления здравоохранением в Красноярском крае представляется возможным сделать ряд важных выводов. Эффективность государственной политики в области здравоохранения во многом зависит от правильности выбранных приоритетов, которые в свою очередь определяют цели, механизмы решения поставленных задач и основные инструменты для их реализации. Современные социально-экономические и медико-демографические процессы в Красноярском крае оказывают многоплановое, противоречивое воздействие на качество жизни и здоровье населения.

С одной стороны, расширяются технологические возможности медицины, которые позволяют вылечить большее число пациентов, с другой, увеличение продолжительности жизни, старение населения, изменение структуры заболеваемости и смертности приводят к возрастанию спроса на медицинские услуги, к дополнительной нагрузке на бюджет.

Кроме того, усложнение характера взаимодействия между всеми элементами системы охраны здоровья требует применения таких принципов управления медико-демографическими процессами, которые основаны на учете множества сценариев развития.

Все это требует использования новых подходов к формированию основных направлений государственного управления здравоохранением, основанных на анализе как текущей ситуации, так и учете возможных сценариев предполагаемого будущего.

3 Разработка мероприятий по совершенствованию государственного управления здравоохранением

3.1 Перспективные направления развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в Красноярском крае

Последние пять лет состояние экономики Красноярского края характеризуется инвестиционным кризисом. Причин тому множество, но в процессе их решения необходимо исходить из следующих важнейших предпосылок:

– в ближайшем будущем без притока прямых инвестиций невозможно обеспечить устойчивое экономическое развитие и повысить уровень жизни населения края;

– ввиду дефицитного бюджета и низкой эффективности государственных инвестиций бюджетные средства должны использоваться для привлечения частного капитала в проекты государственно-частного партнерства при условии обеспечения гарантий частному капиталу.

В настоящее время, когда стали очевидными отрицательные последствия массовой приватизации, необходим пересмотр используемых форм и методов управления общественной собственностью и широкое внедрение признанных во всем мире договорных форм управления. Приватизация не решила в крае ни одной из продекларированных экономических задач: не создала широкого круга частных собственников, эффективно использующих приватизированную собственность, не привлекла финансовые ресурсы для акционированных предприятий, соответственно отсутствует и приток частных иностранных и отечественных инвестиций. Тем не менее процесс приватизации продолжается.

По нашему мнению, необходимо использовать альтернативные формы передачи объектов общественной собственности в частные руки. Кроме того, не все объекты общественной собственности по социально-экономическим соображениям могут быть приватизированы. Однако сохранение в

общественной собственности имущественных комплексов требует эффективного управления.

Многообразие существующих моделей, форм, видов, типов государственно-частного партнерства предопределяет решительность их систематизации в целях выбора формы, адекватной заинтересованности государства и муниципального образования для осуществления партнерства с бизнесом на уровне Красноярского края в условиях глобализации мировой экономики. Выбор наиболее результативной формы государственно-частного партнерства с целью повышения стратегического потенциала внешнеэкономического комплекса Красноярского края в условиях глобализации экономики в восстановительный период останавливается на концессии.

Красноярскому краю в условиях нехватки инвестиционных ресурсов применение такой привлекательной для инвестора формы вложения средств могло бы обеспечить приток долгосрочных инвестиций в региональную экономику.

Основная трудность при реализации концессии в здравоохранении Красноярского края связана с низкой величиной тарифов в системе обязательного медицинского страхования при оказании медицинских услуг. В большинстве случаев тарифы не обеспечивают покрытие капитальных затрат инвестора на строительство или реконструкцию помещений и приобретение оборудования, что приводит к снижению заинтересованности представителей частного бизнеса в участии в данных проектах. Кроме того, за счет средств обязательного медицинского страхования не предусматривается приобретение оборудования, стоимость которого превышает 100 тыс руб за единицу, что особенно затрудняет оказание высокотехнологичной помощи, для которой требуется использование современного и дорогостоящего оборудования.

Изменения структуры тарифов оплаты медицинской помощи по программе ОМС станут решением этой проблемы. В структуру тарифа необходимо включить инвестиционную составляющую для проектов,

реализуемых на условиях концессионных соглашений или других соглашений о государственно-частного партнерства. Также следует предусмотреть возможность приобретения за счет средств ОМС медицинского оборудования стоимостью свыше 100 тыс руб за единицу.

Для покрытия значительной части капитальных затрат по реализации проекта государственно-частного партнерства частный партнер обычно нуждается в привлечении кредита коммерческого банка, который не может быть предоставлен без обеспечения ликвидным залогом или государственной гарантией. Однако возможность получения государственной гарантии обусловлена тем, что согласно ст.115.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации принципал государственной гарантии должен предоставить обеспечение с залоговой стоимостью, превышающей объем предоставляемой гарантии.

Применительно к проектам государственно-частного партнерства это жесткое требование к залоговому обеспечению государственных гарантий должно быть снято, и публичный партнер должен получить возможность предоставлять государственные гарантии частному партнеру без обеспечения.

Кроме того, в Федеральном законе от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» необходимо расширить состав форм обеспечения концессионером своих обязательств перед концедентом. В настоящий момент способов обеспечения в соответствии с Законом № 115-ФЗ три: банковская гарантия, залог и страхование. В качестве рекомендации автора можно предложить расширить понятие «банковская гарантия», заменив его на «независимую гарантию», которая закреплена в новой редакции ст.368 Гражданского кодекса Российской Федерации и включает, помимо банковской гарантии, независимые гарантии, выдаваемые любыми коммерческими юридическими лицами. При этом размер и содержание обеспечения должны удовлетворять концедента.

Поскольку в настоящее время тарифы ОМС не покрывают капитальных затрат инвесторов по капитальному строительству и реконструкции объектов

инфраструктуры здравоохранения, а также приобретению медицинского оборудования, инвесторы нуждаются в дополнительных источниках доходов от реализации проекта. В Красноярском крае дефицитный бюджет, обуславливающий средний уровень социально-экономического развития и низкую платежеспособность населения, остро нуждающихся как в специализированных высокотехнологичных медицинских центрах, так и в инфраструктуре оказания первичной медицинской помощи, возможность получения таких доходов от реализации проекта существенно ограничена по вполне объективным причинам.

Поэтому реализация концессионных соглашений по созданию современных объектов инфраструктуры здравоохранения в Красноярском крае требует дополнительной поддержки со стороны государства в форме компенсации части капитальных и операционных затрат или предоставления гарантий минимальной доходности инвестиций. Перспективной в этих условиях представляется смешанная модель возмещения затрат концессионера на создание или реконструкцию объекта концессионного соглашения, допускающая возможность сочетания поступлений от оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС, доходов от оказания платных медицинских услуг и платы концедента за доступность объекта инфраструктуры здравоохранения.

В крае к ухудшению и усугублению многих заболеваний и к снижению среднего возраста их распространения среди населения ведет средний уровень социально-экономического развития, отсутствие нормальной инфраструктуры здравоохранения, рост населения, неблагоприятная экологическая обстановка. В системе здравоохранения Красноярского края растет неудовлетворенная потребность населения в своевременной медицинской помощи, профилактических мероприятиях, периодических профилактических осмотрах представителей отдельных профессий.

В связи с этим заключение концессионных соглашений с целью создания или реконструкции специализированных медицинских центров в подобных

регионах чрезвычайно важно для повышения общего уровня жизни и увеличения ее средней продолжительности, сокращения числа «потенциальных» пациентов с помощью проведения своевременных профилактик.

Красноярский край, как регион со средним уровнем социально-экономического развития, нуждается в формировании и реализации смешанной модели возмещения затрат концессионера на создание или реконструкцию объекта концессионного соглашения. Данная модель сочетает, во-первых, плату концедента за доступность объекта инфраструктуры здравоохранения (это означает, что концедент берет на себя часть расходов, связанных с созданием, реконструкцией и эксплуатацией объекта инфраструктуры здравоохранения), во-вторых, поступления от оказания медицинской помощи в рамках полисов ОМС, в-третьих, доходы от оказания платных медицинских услуг р (рисунок 3).



Рисунок 3 - Смешанная модель возмещения затрат концессионера на создание или реконструкцию объекта инфраструктуры здравоохранения

Такая модель вполне оправдывает себя, поскольку, во-первых, край не в полном объеме может обеспечить свои потребности в медицинском обслуживании ввиду дефицитного бюджета региона, а, во-вторых, такое активное участие концедента, в роли которого, как правило, выступает региональный орган государственной власти, дает возможность усиления государственного контроля над деятельностью созданного или реконструированного объекта инфраструктуры здравоохранения. Усиление государственного контроля позволяет снизить риски несанкционированного использования выделенных земельных участков и созданных на них объектов.

Поскольку в Российской Федерации запущено еще не очень много концессионных проектов в сфере здравоохранения, и этот механизм еще не отлажен, то смешанная модель возмещения затрат заслуживает внедрения в нескольких пилотных регионах.

Для создания условий для реализации смешанной модели возмещения затрат концессионера необходимо, во-первых, включить объекты инфраструктуры здравоохранения, в том числе объекты, предназначенные для санаторно-курортного лечения, в число объектов, в отношении которых может применяться механизм платы концедента за доступность объекта концессионного соглашения, наряду с объектами образования, культуры, спорта, объектами, используемыми для организации отдыха граждан и туризма, иными объектами социально-культурного назначения, что требует внесения поправок в пункты 13, 14 части 1 статьи 4 Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях». Во-вторых, требуется отмена ограничения, определяющего неправомочность взимания концессионером платы с других лиц при применении механизма «платы за доступность» объекта концессионного соглашения, установленного частью 13 статьи 3 Федерального закона № 115-ФЗ.

Значимым механизмом поддержки приоритетных проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, который может быть задействован региональными органами власти, является уменьшение

расходов частного партнера за счет применения льготных ставок аренды земельного участка, предоставления льгот по налогу на имущество организаций, субсидирования расходов по уплате процентов по кредитам.

Также необходимо налоговое стимулирование деятельности медицинских организаций негосударственной формы собственности, оказывающих медицинские услуги в ходе реализации проектов государственно-частного партнерства по программе ОМС, с использованием механизма налоговых льгот по налогу на имущество организаций и земельному налогу. На федеральном уровне необходимо внесение поправок в Налоговый кодекс Российской Федерации, позволяющих исключить концессионера из числа плательщиков налога на имущество, созданного в рамках концессионного соглашения или переданного концессионеру для последующей реконструкции и эксплуатации.

Для снижения стоимости финансирования, привлекаемого частными операторами для реализации проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении, требуется включение данных проектов в число приоритетных для региона и предоставление в связи с этим субсидий на покрытие части процентных расходов по привлекаемым банковским кредитам в рамках реализации соответствующих региональных программ. Кроме того, заслуживает внимания задача формирования пула пилотных проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении с последующим софинансированием расходов бюджетов депрессивных регионов с низким уровнем бюджетной обеспеченности на реализацию проектов государственно-частного партнерства со стороны федерального бюджета.

Возможность выкупа публичным партнером объектов инфраструктуры здравоохранения, созданных частным партнером в рамках реализации соглашения о государственно-частного партнерства, за счет бюджетных средств, по мнению автора, позволяет расширить спектр инструментов, позволяющих снижать риски частных инвесторов за счет предоставления им реального опциона на выход из проекта. Это требует внесения изменений в статью 69 Бюджетного кодекса Российской Федерации и Федеральный закон

№ 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», предусматривающих нераспространение установленных ими требований на соглашения о государственно-частного партнерства.

В целях привлечения большего числа медицинских организаций негосударственной формы собственности к работе в системе ОМС следует пересмотреть структуру тарифа оказания медицинской помощи частными медицинскими организациями. При наличии остатков на счетах следует предусмотреть возможность расходования средств ОМС на обслуживание и погашение долговых обязательств, а также возврат капитальных вложений инвестора.

Необходимо внедрение практики установления отдельных тарифов для диагностических услуг, оказание которых можно осуществлять за рамками законченного случая лечения, а именно лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических, рентгеновских и других популярных видов обследования, реализованной в г.Москве и некоторых других субъектах Российской Федерации, в Красноярском крае. При наличии значительного числа медицинских организаций негосударственной формы собственности, предоставляющих диагностические услуги, это позволит оказать серьезное воздействие на интеграцию представителей частного сектора в систему ОМС.

Реализация предложений по изменению подходов к формированию тарифов ОМС позволит существенно увеличить число медицинских организаций, оказывающих услуги по программе ОМС, и усилить конкуренцию между ними, что будет способствовать повышению качества медицинских услуг, оказываемых российским гражданам.

Параллельно включению частных медицинских организаций в систему оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи необходимо установить требования к контролю при осуществлении данными организациями деятельности,

предусматривающей первичную медико-санитарную помощь, в том числе вакцинацию, диспансеризацию, а также профилактические медицинские осмотры.

Для оптимизации хозяйственной деятельности государственных медицинских учреждений целесообразна передача на аутсорсинг транспортных услуг, услуг по охране территорий, содержанию коммуникаций, административных функций в виде оказания юридических услуг, бухгалтерского учета, делопроизводства.

Из профильных медицинских услуг наиболее экономически эффективной является передача на аутсорсинг лабораторных исследований [99].

Для покрытия значительной части капитальных затрат по реализации проекта государственно-частного партнерства частный партнер обычно нуждается в привлечении кредита коммерческого банка, который не может быть предоставлен без обеспечения ликвидным залогом или государственной гарантией. Однако возможность получения государственной гарантии обусловлена тем, что согласно ст.115.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации принципал государственной гарантии должен предоставить обеспечение с залоговой стоимостью, превышающей объем предоставляемой гарантии.

Применительно к проектам государственно-частного партнерства это жесткое требование к залоговому обеспечению государственных гарантий должно быть снято, и публичный партнер должен получить возможность предоставлять государственные гарантии частному партнеру без обеспечения.

Кроме того, в Федеральном законе от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» необходимо расширить состав форм обеспечения концессионером своих обязательств перед концедентом. В настоящий момент способов обеспечения в соответствии с Законом № 115-ФЗ три: банковская гарантия, залог и страхование. В качестве рекомендации автора можно предложить расширить понятие «банковская гарантия», заменив его на «независимую гарантию», которая закреплена в новой редакции ст.368

Гражданского кодекса Российской Федерации и включает, помимо банковской гарантии, независимые гарантии, выдаваемые любыми коммерческими юридическими лицами. При этом размер и содержание обеспечения должны удовлетворять концедента.

Поскольку в настоящее время тарифы ОМС не покрывают капитальных затрат инвесторов по капитальному строительству и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения, а также приобретению медицинского оборудования, инвесторы нуждаются в дополнительных источниках доходов от реализации проекта. В Красноярском крае дефицитный бюджет, обуславливающий средний уровень социально-экономического развития и низкую платежеспособность населения, остро нуждающихся как в специализированных высокотехнологичных медицинских центрах, так и в инфраструктуре оказания первичной медицинской помощи, возможность получения таких доходов от реализации проекта существенно ограничена по вполне объективным причинам.

Поэтому реализация концессионных соглашений по созданию современных объектов инфраструктуры здравоохранения в Красноярске требует дополнительной поддержки со стороны государства в форме компенсации части капитальных и операционных затрат или предоставления гарантий минимальной доходности инвестиций.

Концессионная модель предусматривает справедливое распределение рисков между частным и публичным партнерами, во-вторых, она в наибольшей степени способствует расширению доступности медицинских услуг для населения, а в-третьих, - контроль над объектом в течение всего его жизненного цикла остается за публичным партнером, что дает определенные гарантии целевого использования объекта инвестиций. Такая модель реализации инфраструктурных проектов дает повышенные гарантии частному инвестору, поскольку при реализации интегрированной и специализированной моделей государственно-частного партнерства в здравоохранении он вынужден ориентироваться на экспертные и прогнозные оценки спроса на медицинские

услуги и принимать на себя риски, связанные с его снижением. В случае использования обеспечивающей модели государственно-частного партнерства частный инвестор принимает на себя только риски, связанные со стоимостью создания и эксплуатации объекта инфраструктуры здравоохранения. В свою очередь, публичный партнер получает возможность фиксации полной стоимости владения объектом инфраструктуры здравоохранения, что невозможно при использовании традиционного механизма государственных закупок.

Однако в России эта модель пока не получила должного распространения. В связи с тем, что распределение рисков в данной модели сбалансировано, и в рамках ее реализации представляется возможным привлекать частные инвестиции, целесообразным является создание всех необходимых предпосылок для реализации этой модели на российском рынке инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения.

В Красноярском крае идеи государственно-частного партнерства в здравоохранении достаточно активно разрабатываются, особенно в последние годы, но практических успехов пока достичь не удалось. Привлекательные проекты в крае имеются, но концессионная деятельность не развивается из-за отсутствия кадров, несовершенства системы управления и нормативно-правовой базы.

Для эффективного взаимодействия государства и частных организаций важно учитывать выгоды обеих сторон. С точки зрения государственно-частного партнерства в здравоохранении Красноярского края можно выделить следующие приоритетные направления сотрудничества.

1. Оказание стоматологических услуг. Только в краевом центре работает около 300 частных стоматологий. В то же время муниципальных стоматологических поликлиник в крае всего 14. Несмотря на негативные ассоциации, многие люди посещают с целью решения стоматологических проблем именно бесплатные стоматологии Красноярского края, так как не могут позволить себе обратиться в частную клинику. Отсюда огромные

очереди, во время летних отпусков врачей люди не могут по 2 месяца попасть на прием к специалисту. К тому же, как правило, имеющееся оборудование и техника в муниципальных стоматологиях не позволяют в полном объеме, с высоким качеством оказать услугу пациенту.

Рынок же частной стоматологии в Красноярске перенасыщен. Клиникам приходится бороться за клиентов, тратить средства на рекламу и продвижение. В то же время оснащение частных клиник намного превосходит государственные стоматологии. Мощности попросту простаивают.

Поэтому в первую очередь необходимо развивать государственно-частное партнерство в части оказания стоматологических услуг населению посредством передачи части средств ОМС частным организациям. Соглашение о государственно-частном партнерстве будет выгодно и публичному партнеру - выполняется социальная функция по обеспечению населения медицинскими услугами, не нужно строить новые объекты и частному партнеру - определенная часть населения будет обращаться за услугами именно к нему.

2. Оказание узкопрофильных медицинских услуг. К примеру, оториноларингологических, офтальмологических, гинекологических, урологических.

Клиники, оказывающие услуги узкого спектра, составляют около 80 % от общего числа городских частных медучреждений.

Оториноларингологические услуги в Красноярске оказываются на базе порядка 10 бюджетных медицинских учреждений. В основном это ЛОР-отделения. В других населенных пунктах края есть только ЛОР-кабинеты в составе поликлиник. В то же время рынок частной оториноларингологической помощи масштабнее - более 20 ЛОР-клиник и центров. Потребность в таких узкопрофильных медицинских услугах в регионе достаточно велика, ведь край расположен в зоне резко-континентального климата, здесь суровые зимы.

Бесплатные офтальмологические услуги в Красноярске оказывают в поликлиниках, кроме того, имеются 3 специализированных глазных центра. Кроме того, в городе есть еще 6 крупных частных глазных центров.

Тенденция к ухудшению зрения в последние годы связана с резким увеличением зрительной нагрузки. Причина заключается в масштабном развитии современных технологий и повсеместном использовании электронных девайсов - планшетов, смартфонов, компьютерных мониторов. Близорукостью в Красноярском крае страдает порядка 10 % населения. Каждый год в частных глазных центрах оперируют 3,5 тысячи пациентов с катарактой. Поэтому спрос на оказание офтальмологических услуг достаточно большой и имеет тенденцию к увеличению.

Бесплатные гинекологические услуги в Красноярске можно получить в поликлиниках и женских консультациях. Таких консультаций в городе 18.

Специализированных государственных/муниципальных центров для оказания урологических услуг в городе нет. Именно поэтому в Красноярске так развит рынок частных гинеколога-урологических медицинских услуг. Такие узкопрофильные направления занимают более 20 % от общего количества частных медицинских организаций.

Диагностические услуги. Современная медицина невозможна без качественной диагностики, именно поэтому диагностика в настоящее время приобретает все большее значение в постановке конечного диагноза пациенту. В Красноярске насчитывается порядка 7 отдельных государственных диагностических центров, рынок же частных медицинских услуг располагает 27 такими центрами. Отсюда можно сделать вывод, что населению не хватает объема, оказываемого государственными/муниципальными медицинскими учреждениями, поэтому эту нишу заняли частные организации.

Сотрудничество в этих направлениях в части передачи части средств ОМС частным клиникам позволит населению оперативнее получать необходимую помощь, а бизнесу - извлекать прибыль. В настоящее время только 20 % частных медицинских организаций Красноярска работают в системе ОМС.

Поликлиники. На сегодняшний день город быстро расстраивается, появляются новые микрорайоны, на обслуживание которых мощности

ближайших поликлиник не рассчитаны. Если в крае будет применяться схема концессионного соглашения, указанная в предыдущем пункте, то интерес инвесторов к таким проектам возрастет. Более того, возникнет вероятность частной инициативы заключения концессионного соглашения в рамках государственно-частного партнерства.

Для того, чтобы оценить эффект от развития государственно-частного партнерства в указанных направлениях, необходимо посчитать, сколько бы государству стоило создать уже имеющиеся частные объекты здравоохранения. Расчеты представлены на таблице 1.

Таблица 1 – Расчет эффективности от реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения

Объект государственно-частного партнерства	Количество государственных объектов, ед	Количество частных объектов, ед	Затраты на создание 1 объекта	Бюджетный эффект от государственно-частного партнерства
Стоматологии	7	Не менее 300	Не менее 1,5 млн рублей	$300 * 1,5 = 450$ млн рублей
ЛОР - клиники	10	20	Не менее 2 млн рублей	$2 * 20 = 40$ млн рублей
Поликлиники	100	65	Не менее 50 млн.рублей	$65 * 50 = 3\ 250$ млн рублей
Глазные центры	3	6	Не менее 1 млрд.рублей	$6 * 1\ 000 = 6\ 000$ млн рублей
Гинеколо-урологические центры	18	10	Не менее 2 млн. рублей	$10 * 2 = 20$ млн рублей
Диагностические центры	7	27	Не менее 200 млн. рублей	$27 * 200 = 5\ 400$ млн рублей
ИТОГО - бюджетный эффект от государственно-частного партнерства в части экономии на капитальных затратах				15 160 млн рублей

Таким образом, развивая механизмы государственно-частного партнерства только в указанных направлениях, бюджетам разных уровней удастся сэкономить порядка 15 миллиардов только на капитальных расходах.

Современный рынок частных медицинских услуг характеризуется высокой конкуренцией и между государственными/муниципальными

медицинскими учреждениями, и между частными медицинскими организациями друг с другом. Все медицинские учреждения должны иметь возможность эффективно работать и развиваться в условиях реального партнерства. Поэтому необходимо заключать соглашения о государственно-частном партнерстве среди лучших медицинских организаций. Это спровоцирует развитие качества оказания медицинской помощи, что положительно скажется на населении.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15.10.2016 № 1050 «Об организации проектной деятельности в Российской Федерации», статьей 90 Устава Красноярского края с целью внедрения проектной деятельности в органах исполнительной власти Красноярского края Губернатор поручил Правительству Красноярского края создать Управление проектной деятельности Правительства Красноярского края в качестве регионального проектного офиса, поручив ему организацию межведомственного взаимодействия, методическое обеспечение и координацию деятельности по внедрению и развитию проектного управления в органах исполнительной власти Красноярского края.

Так как на сегодняшний день распределение расходов бюджета Красноярского края осуществляется по программам, то роль управления проектной деятельности велика. От качества работы Правительства Красноярского края зависит эффективность расходования бюджетных средств.

Кроме того, Управление проектной деятельности в основном занимается формированием проектных комитетов и команд проектов (программ), разработкой паспортов проектов (программ), контролирует реализацию проектов (программ).

Автор исследования считает необходимым создать при Управлении проектной деятельностью Красноярского края отдельную рабочую группу, которая будет заниматься корректировкой, актуализацией, дополнением уже разработанных и созданием новых программ (проектов) по вопросам государственно-частного партнерства в рамках полномочий Управления. Это

позволит сосредоточить силы и средства на развитие государственно - частного партнерства в Красноярском крае.

Неосмотрительное привлечение частных инвесторов в инфраструктуру может вызывать очень негативный общественный резонанс, а цена ошибок (банкротства проектов) гораздо выше, чем при обычных бюджетных закупках. Поэтому от плохо продуманных и структурированных государственно-частного партнерства проектов нужно избавляться.

Мы предлагаем следующие условия отказа от проекта:

- проект не находит инвестора слишком долгое время. Это приводит к тому, что проектно - сметная документация и материально - техническое задание, разработанные органами власти, устаревают, органам власти нужно вновь тратить бюджетные средства и административные ресурсы на разработку такой документации. Предельный срок - 3 года с момента разработки соответствующей документации.

- реализация другого проекта государственно-частного партнерства на закрепленном за этим проектом земельном участке, объекте, имущественном комплексе даст больший социальный эффект. К примеру, ситуация: на определенном земельном участке в жилом микрорайоне решено заключить соглашение о государственно-частного партнерства о строительстве новой дороги. Однако спустя некоторое время обнаружилось, что срок эксплуатации здания поликлиники, которая обслуживала население жилого микрорайона, подходит к концу. И земельный участок, предназначенный для строительства дороги, максимально удобен для строительства на нем поликлиники. Поэтому, при отсутствии другого земельного участка, эффективнее на этом месте построить поликлинику и отказаться от проекта государственно-частного партнерства о строительстве дороги.

Указанные условия отказа от проекта государственно-частного партнерства необходимо включить в методические рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства для Управления проектной деятельностью Красноярского края.

Важной и актуальной тенденцией современного мирового экономического развития стали процессы региональной интеграции, направленные на усиление конкурентоспособности региональных экономик с дальнейшим развитием межрегионального сотрудничества. По мнению автора, сотрудничество регионов по вопросам проектного управления положительно повлияет на качество деятельности органов региональной власти. Поэтому верным будет заключить соглашение о сотрудничестве с проектными офисами других регионов, к примеру, с Новосибирской областью. В соглашении должны быть прописаны механизмы сотрудничества по вопросам обмена базами подобных проектов для возможного тиражирования лучших практик реализации проектов государственно-частного партнерства.

Таким образом, делая выводы по всему вышесказанному, автор считает, что Управлению проектной деятельности Красноярского края необходимо разработать четкие методические рекомендации по развитию государственно-частного партнерства в Красноярском крае. Указанные инструкции должны содержать:

- 1) обоснование необходимости создания, организации работы рабочей группы по вопросам государственно-частного партнерства. Указать количество госслужащих в рабочей группе и четкое разделение их обязанностей. Это позволит увеличить понимание ответственности за результат деятельности госслужащими;

- 2) условия отказа от проекта государственно-частного партнерства. Указанные условия необходимо включить в региональный закон о государственно-частном партнерстве. Управление проектной деятельностью должно проявить законодательную инициативу в данном случае;

- 3) условия инициации заключения соглашения о региональном сотрудничестве с проектными офисами других регионов. Определить основные условия соглашения. Определение ответственного за проведение переговоров с другой стороной по условиям соглашения.

3.2 Разработка механизмов и инструментов использования государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Красноярского края

Красноярский край является одним из лидеров по привлечению инвестиций в региональные проекты среди субъектов Сибирского федерального округа. В настоящее время тенденции, прослеживающиеся в экономической политике Красноярского края, отражают рост удельного веса добывающих и обрабатывающих производств в регионе за счет осуществления крупных инвестиционных проектов по развитию добычи топливно-энергетических ресурсов, развитие транспортной инфраструктуры, связанное с реализацией программ комплексного развития территории, стабилизацию объемов производства добычи полезных ископаемых, увеличение степени концентрации производства цветной и черной металлургии, а также усиление позиций региона на рынке культурных услуг, спортивных мероприятий и туристического бизнеса [90].

За период с 2006 по 2017 годы в 71 субъекте РФ и во всех регионах Сибирского федерального округа были приняты законы о государственно-частном партнерстве, однако большая их часть является декларативными документами. В Красноярском крае государственно-частное партнерство регламентируют следующие нормативно-правовые акты: Стратегии социально-экономического развития Красноярского края до 2030 года; Закон Красноярского края № 13-6633 «Об участии Красноярского края в государственно-частном партнерстве».

Закон Красноярского края № 13-6633 на законодательном уровне закрепляет основные понятия, цели и принципы государственно-частного партнерства, объекты соглашений по проектам государственно-частного партнерства, формы реализации проектов государственно-частного партнерства. Закон так же определяет порядок принятия решений о проведении конкурса на право заключения соглашений по проектам государственно-

частного партнерства, общие положения по конкурсной процедуре, порядок заключения соглашений. Объектами соглашений по проектам государственно-частного партнерства могут быть объекты транспортной инфраструктуры и транспорта, инфраструктуры коммунального хозяйства, энергоснабжения, связи и телекоммуникаций, социальной инфраструктуры.

Законом определены следующие формы участия публичного партнера в проектах государственно-частного партнерства:

- заключения концессионных соглашений в порядке, предусмотренном федеральным законодательством;
- предоставления бюджетных инвестиций;
- предоставления мер государственной поддержки в порядке, предусмотренном действующим законодательством;
- предоставления частному партнеру в аренду или на ином законном основании земельных участков, находящихся в государственной собственности края, на которых располагаются или должны располагаться объекты соглашения и (или) которые необходимы для осуществления частным партнером деятельности, предусмотренной соглашением;
- передачи частному партнеру в доверительное управление или пользование иного недвижимого и (или) движимого имущества, находящегося в государственной собственности края, в целях создания или реконструкции частным партнером объекта соглашения, его последующей эксплуатации.

В 2012 году Правительством Красноярского края приступило к созданию в Красноярском крае инвестиционного фонда Красноярского края в соответствии с Федеральным законом от 3 декабря 2012 года № 244-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации», в том числе о разработке необходимых нормативных правовых актов Красноярского края.

Принято Распоряжение Губернатора Красноярского края от 01.04.2015 № 147-рг «О мерах, направленных на развитие государственно-частного партнерства в Красноярском крае», согласно которому необходимо считать в

году приоритетной задачей для органов исполнительной власти Красноярского края развитие государственно-частного партнерства в Красноярском крае [75].

В январе 2016 года Правительством Красноярского края принято Постановление № 30-п «Об определении уполномоченного органа в сфере государственно-частного партнерства в Красноярском крае» в связи с определением министерства экономического развития, инвестиционной политики и внешних связей Красноярского края уполномоченным органом, осуществляющим регламентирование порядка формирования и предоставления бюджетных ассигнований Красноярского края для реализации проектов государственно-частного партнерства, определение порядка отбора проектов, основных требования к проектам и их участникам [76].

В конце I квартала 2016 года принято Постановление Законодательного Собрания Красноярского края «О предложениях Правительству Красноярского края по итогам отчета заместителя председателя Правительства Красноярского края - министра экономического развития, инвестиционной политики и внешних связей Красноярского края» одной из целей которого является разработка нормативно-правовой базы края в области государственно-частного партнерства в связи со вступлением в силу Федерального закона от 13 июля года № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» в срок до 1 июля года министерством экономического развития, инвестиционной политики и внешних связей Красноярского края.

На основании рейтинга регионов России по развитию государственно-частного партнерства Центра развития государственно-частного партнерства Красноярский край занимал 14 место, этот результат был лучшим из всего периода существования рейтинга. Наихудший показатель края зафиксирован в период с сентября 2014 г. по март 2016 г. (56 место в РФ). В 2016 - 2017 гг. край укрепил свои позиции до 29 места [85]. Это связано с тем, что принят Федеральный закон о государственно-частном партнерстве № 224-ФЗП,

который позволил проводить работу по приведению регионального законодательства в сфере государственно-частного партнерства в соответствие с федеральным.

С 1 июля 2016 года закон о государственно-частном партнерстве Красноярского края применялся в части, не противоречащей положениям 224-ФЗ, что в дальнейшем помогло «разморозить» реализацию государственно-частного партнерства проектов в крае.

Несмотря на то, что на уровне управления территорией принципы государственно-частного партнерства в Красноярском крае почти не реализуются, инвестиционные проекты, осуществляемые на территории края, являются классическим примером государственно-частного партнерства.

Всего, по информации предоставленной региональными органами власти, в Красноярском крае в настоящее время реализуются 23 инфраструктурных проекта, осуществление 13 из которых основано на применении механизмов государственно-частного партнерства.

Целью развития здравоохранения Красноярского края является увеличение продолжительности жизни населения за счет обеспечения доступной и качественной медицинской помощи, которая будет способствовать сохранению и укреплению здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержанию активной долголетней жизни всех членов общества.

В соответствии с бюджетной политикой Российской Федерации ежегодно сокращаются бюджетные ассигнования федерального бюджета на медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях, подведомственных федеральным органам власти, при этом основным инструментом возмещения финансовых средств для федеральных государственных учреждений является участие в реализации территориальных программ ОМС. Ряд показателей в 2015 году в регионе изначально формировался ниже нормативов стоимости медицинской помощи, установленных Федерацией.

В связи с недостаточностью финансовых средств, с целью сохранения сети краевых государственных учреждений здравоохранения Красноярского

края Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Красноярскому краю вынужден снижать финансирование федеральных учреждений здравоохранения и медицинских организаций частной формы собственности на реализацию подпрограммы развития государственно-частного партнерства выделено 3 720 000,0 тыс рублей.

Целью подпрограммы развития государственно-частного партнерства является создание условий для привлечения инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения.

Для реализации поставленных подпрограммой задач предусматривается проведение следующих мероприятий:

- оказание медицинской помощи передвижным консультативно-диагностическим центром «Доктор Войно-Ясенецкий (Св. Лука)» МУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»;
- оказание медицинской помощи частными медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования;
- проведение гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью по медицинским показаниям заместительной почечной терапии методом гемодиализа.

Для реализации задачи обеспечения эффективного использования имущества, находящегося в государственной собственности, необходимо провести мероприятия по реализации государственных инвестиций в инфраструктуру вновь создаваемых или существующих больниц и поликлиник, с последующей передачей их на конкурсной основе в управление или пользование частным медицинским организациям, при гарантиях обеспечения государственного задания в амбулаторных условиях.

Ожидаемые результаты реализации подпрограммы предусматривают сократить сроки ожидания для консультации к врачам узким специалистам до 5 дней к 2020 году, сроки ожидания на дорогостоящие диагностические исследования до 15 дней в 2020 году.

Таким образом, подпрограмма развития государственно-частного партнерства не предусматривает строительство, реконструкцию каких-то конкретных учреждений здравоохранения, план развития государственно-частного партнерства представлен достаточно абстрактно. Бизнесу же нужно четко понимать, в каких именно объектах, услугах нуждается государство, и с помощью каких конкретных механизмов государство планирует выстраивать отношения в рамках государственно-частного партнерства.

Многообразие существующих моделей, форм, видов, типов государственно-частного партнерства предопределяет решительность их систематизации в целях выбора формы, адекватной заинтересованности государства и муниципального образования для осуществления партнерства с бизнесом на уровне Красноярского края в условиях глобализации мировой экономики. Выбор наиболее результативной формы государственно-частного партнерства с целью повышения стратегического потенциала Красноярского края останавливается на концессии. В условиях нехватки инвестиционных ресурсов применение такой достаточно привлекательной для инвестора формы вложения средств могло бы обеспечить приток долгосрочных инвестиций в региональную экономику.

Подпрограмма развития государственно-частного партнерства не включает перечень запланированных объектов под концессию и не предусматривает осуществление капитальных расходов на такие объекты.

Однако подпрограмма совершенствования системы территориального планирования Красноярского края, целью которой является создание условий для формирования системы здравоохранения, обеспечивающей широкую доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, содержит достаточно подробный перечень медицинских объектов, подлежащих строительству/реконструкции. Всего указанный перечень содержит 50 наименований объектов, которые подлежат строительству/реконструкции в течение срока действия программы. Финансирование подпрограммы составляет 39 633 241,5 тыс рублей.

К 2018 году в результате строительства/реконструкции в эксплуатацию были введены следующие мощности: КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», инвазивные кабинеты (отделения) рентгенохирургических методов лечения и диагностики в КГБУЗ «Ачинская межрайонная больница», в КГБУЗ «Канская межрайонная больница», здание Ачинского перинатального центра, здание поликлиник в КГБУЗ «Курагинская районная больница», КГБУЗ «Сосновоборская городская больница», с целью снижения младенческой смертности расширяется отделение реанимации в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», в декабре 2017 года введен в эксплуатацию перинатальный центр в Норильске.

Отсюда можно сделать вывод, что регион не справляется с объемом работы, указанным в программе. Поэтому считаю необходимым объекты, подлежащие строительству (21 шт.), закрепить за подпрограммой развития государственно-частного партнерства в виде планируемых концессий; часть средств, выделенных на подпрограмму совершенствования системы территориального планирования, удержать в пользу подпрограммы развития государственно-частного партнерства в размере, соответствующему объему капитальных расходов на осуществление концессий.

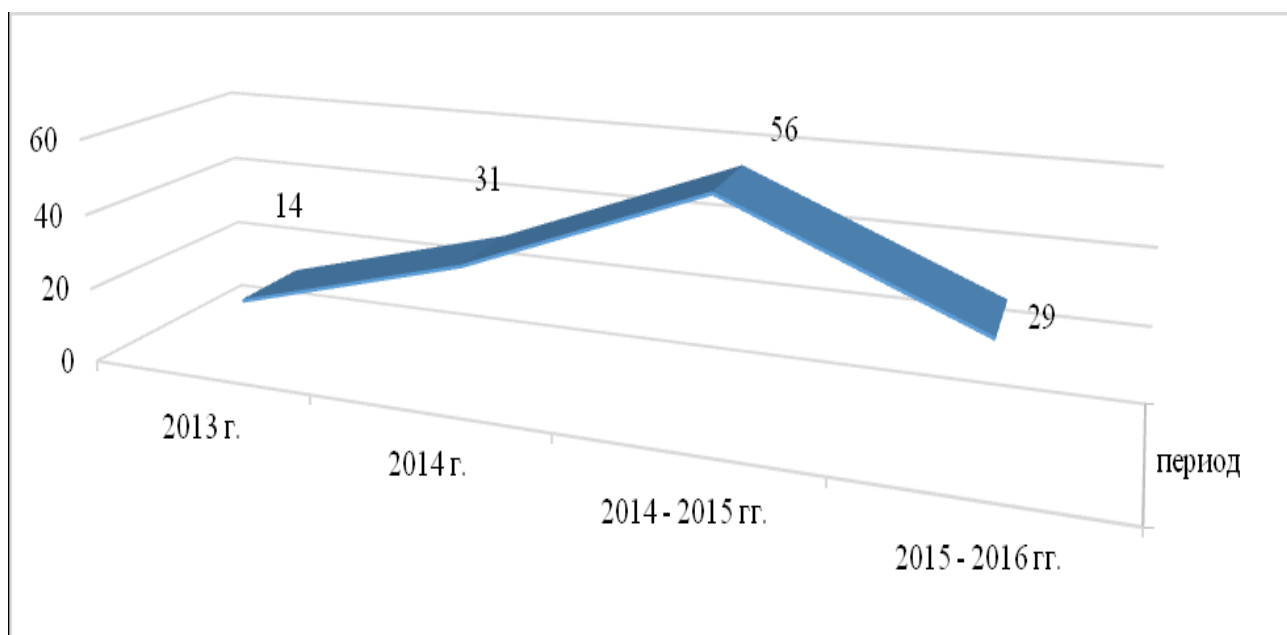


Рисунок 4 – Рейтинг Красноярского края по развитию государственно-частного партнерства

В 2016 году фактические расходы на здравоохранения были меньше, чем в 2015 году на 572,8 млн руб. Недостаток финансовых средств в медицине, связанный с уменьшением подушевого норматива финансирования для расчета размера субвенции на финансовое обеспечение организации, приведет к ухудшению качества и снижению доступности медицинской помощи жителям региона, что в свою очередь негативно скажется на демографических показателях Красноярского края, но при этом 2017 году расходы увеличились в сравнении с 2015 годом на 3578,5 млн руб.

В 2017 году по категория сокращены расходы в пользу категории «другие вопросы в области здравоохранения», это связано с переводом социально-значимых служб на межбюджетные трансферты и реализацией мероприятий территориальной программы государственных гарантий через бюджет ТФОМС Красноярского края. Это необходимо для выравнивания бюджетной обеспеченности Красноярского края.

В соответствии с бюджетной политикой Российской Федерации ежегодно сокращаются бюджетные ассигнования федерального бюджета на медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях, подведомственных

федеральным органам власти, при этом основным инструментом возмещения финансовых средств для федеральных государственных учреждений является участие в реализации территориальных программ ОМС. Ряд показателей в 2017 году в регионе изначально формировался ниже нормативов стоимости медицинской помощи, установленных Федерацией (таблица 2) [11].

В связи с недостаточностью финансовых средств, с целью сохранения сети краевых государственных учреждений здравоохранения Красноярского края Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Красноярскому краю вынужден снижать финансирование федеральных учреждений здравоохранения и медицинских организаций частной формы собственности.

Таблица 2 – Расходы на здравоохранение, млн рублей

Расходы, млн рублей	2014	2015	2016	2017
Здравоохранение	26 441,4	28 327,9	27 755,1	30 019,9
Стационарная медицинская помощь	4 019,4	5 332,9	2 563,1	2 837,8
Амбулаторная помощь	678,1	96,5	160,6	166,6
Скорая медицинская помощь	623,1	496,7	24,5	15,8
Санаторно-оздоровительная помощь	195,0	277,7	294,2	180,1
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	401,3	559,8	758,0	687,7
Другие вопросы в области здравоохранения	20 524,5	21 564,3	23 954,9	26 132,0

На основании данных министерства финансов Красноярского края за 2017 год можно проанализировать долю расходов здравоохранения по статьям.

За 2015- 2017 гг. информация о расходах по статьям в полном объеме для здравоохранения официально не опубликована (рисунок 5) [11].

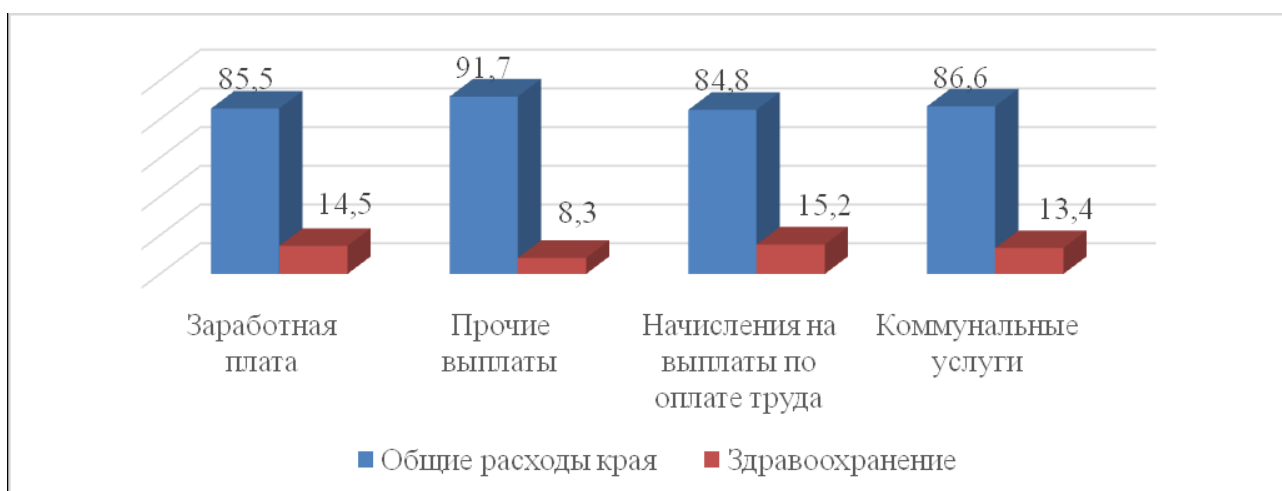


Рисунок 5 – Структура расходов в сфере здравоохранения Красноярского края за 2017 год, %

По заработной плате в 2017 году расходы в здравоохранении в стоимостном выражении составили 1061,3 млн рублей, что составляют 14,5 % от общих расходов. Прочие выплаты – 5,1 млн рублей, или 8,3 % от расходов края. Начисления на оплату труда составили 15,2 %, то есть 321,3 млн рублей. Коммунальные расходы 58,2 млн рублей – 13,4 %.

Исходя из анализа рассмотренной информации, можно сделать такой вывод, что финансирование отрасли здравоохранения Красноярского края является достаточно напряженным в силу того, что перед краем стоит много задач по реализации различных медицинских программ.

Краевой медицине не хватает денег для выполнения программы госгарантий по системе обязательного страхования. Дефицит выделенных средств на реализацию госпрограммы ставит большой вопрос о доступности бесплатной медицинской помощи населению края. Дефицит отрасли здравоохранения составляет несколько миллиардов рублей. Это в разы больше, чем в Новосибирской области, в Республике Алтай. А в Омской области в сфере здравоохранения в 2017 году даже был профицит бюджета - более

миллиарда рублей. Общее финансовое обеспечение здравоохранения по сравнению с предыдущим годом в 2017 уменьшено более чем на два миллиарда рублей. Кредиторская задолженность в медучреждениях растет. Не предусмотрены средства на капитальный ремонт зданий, ремонт оборудования, на мероприятия по устранению требований надзорных органов, что требует около 600 млн рублей. Недостаточно выделено средств для оказания специализированной медицинской помощи (наркология, психиатрия, туберкулез). Не предусмотрены и средства на развитие высокотехнологичной помощи. Здесь недофинансирование составляет 290 млн рублей. Под угрозу поставлены планы не только тиражирования и развития, но и хотя бы сохранения на прежних уровнях высокоэффективной помощи больным. А это сердечно-сосудистые заболевания, сосудистая хирургия, нейрохирургическая патология, заболевания опорно-двигательного аппарата. Современные технологии лечения, введенные в край нашими специалистами-медиками в рамках программы модернизации краевого здравоохранения, могут быть безвозвратно утеряны. Ежегодно необходимо около миллиарда рублей на капитальный ремонт медицинских учреждений. В бюджете ФОМСа предусмотрены средства лишь на текущий ремонт – 100 млн рублей, а нужно 250 млн рублей. Но высокотехнологичное оборудование требует постоянного сервисного обслуживания. На оборудование были затрачены миллиарды бюджетных денег. Отсутствие расходных материалов влечет за собой простаивание техники.

В крае необходимо укреплять здоровье населения, сохранять социальную стабильность в обществе, повышать качество медицинского обслуживания до уровня развитых стран, оптимизировать краевые расходы и расходы обязательного медицинского страхования, уменьшать структурные диспропорции. Именно поэтому государственно-частное партнерство может стать действенным инструментом при реформировании краевого здравоохранения, и одной из форм вывода здравоохранения из кризиса.

Очевидно, что в дальнейшем будет происходить только рост затрат на здравоохранение Красноярского края, так как появляются новые медицинские технологии, новые лекарства. Государственно-частное партнерство позволяет увеличить эффективность вложения средств, использования ресурсов и управления. Также существуют серьезные административные барьеры для участия частного сектора здравоохранения в исполнении государственного заказа края. В результате растет недовольство населения - более 60 % населения края не удовлетворены качеством медицинского обслуживания.

При небольшом развитии частной системы здравоохранения около 40 % городских жителей, в том числе с низкими доходами, пользовались услугами частных клиник. С увеличением уровня доходов вовлеченность в частную медицину растет. По статистическим данным количество лицензируемых организаций здравоохранения в негосударственном секторе растет, в то время как в государственном — падает. Соответственно увеличиваются относительные затраты на частную систему здравоохранения.

Основными формами государственно-частного партнерства в российском здравоохранении на современном этапе являются следующие: создание новых частных медицинских центров при содействии государства; передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений с условием строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах; реконструкция зданий для перемещения в них медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов; реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества с государственным капиталом и возможным последующим созданием совместного государственно-частного предприятия с участием частного инвестора [5]. Кроме того, бизнес может создавать системы банков крови, центры диализа, службы скорой медицинской помощи вблизи дорог для оказания экстренной специализированной помощи при дорожном травматизме и многое другое. Взаимодействие государства и частного бизнеса в здравоохранении может проявляться в непосредственном участии частных

медицинских организаций в оказании бесплатной для населения медицинской помощи, например, подключение частных медицинских организаций к реализации территориальной программы ОМС; оказание бесплатной для населения помощи в рамках государственного заказа.

Обобщив вышесказанное, можно сделать вывод, что при существующих нормативно-правовых актах Красноярского края на территории региона почти не реализуются проекты государственно-частного партнерства. В медицине государственно-частное партнерство заменяют инвестиционные проекты.

В Красноярском крае тенденция недофинансирования отрасли здравоохранения привело к дефициту. При этом набирает популярность частный сектор здравоохранения. Все это не способствует преодолению таких факторов, как низкая экономическая эффективность бюджетной сферы здравоохранения, ограниченность общественных ресурсов, что предполагает поиск путей привлечения в отрасль частных инвестиций, возможных форм взаимоотношений бюджетных медицинских учреждений и частных организаций, а также использование опыта работы коммерческих структур для улучшения деятельности бюджетных организаций. Чем больше развивается негосударственный сектор здравоохранения и увеличивается объем инвестиций в частное здравоохранение, тем более актуальной становится проблема взаимодействия государства и частных медицинских организаций.

Государственно-частное партнерство в здравоохранении создаст возможность повышать уровень здоровья, сохранять социальную стабильность в обществе, повышать качество медобслуживания до уровня мировых стандартов, оптимизировать государственные расходы и минимизировать структурные диспропорции, тем самым выступая действенным инструментом при обеспечении доступного медицинского обслуживания населения.

3.3 Разработка алгоритма оценки целесообразности проекта государственно-частного партнерства

При всем многообразии форм государственно-частного партнерства в своей основе они призваны обеспечить определенную выгоду для каждого из участников. При этом ожидаемый эффект может лежать в разных областях для каждого из заинтересованных субъектов, иметь разные критерии, не относящиеся к области финансовых показателей.

Разработка алгоритма оценки целесообразности проектов государственно-частного партнерства предполагает исследование данного явления и анализ основных компонентов управления: эффективности проекта и оценки самого партнерства, его ценности и целесообразности.

На сегодняшний день в Красноярском крае обязательной является лишь оценка эффективности механизма финансирования государственно-частного партнерства, проводимая министерством финансов края. Не проводится оценка самой целесообразности проекта, поэтому одной из основных задач работы РЦ государственно-частного партнерства должна стать работа с потенциальными инвесторами и разработка экономически и социально целесообразных государственно-частного партнерства проектов.

Исходя из этого представляется возможным предложить алгоритм, по которому РЦ государственно-частного партнерства сможет определить целесообразность проекта государственно-частного партнерства, и который будет применим как для государственного, так и для частного партнера.

Предлагается оценивать целесообразность реализации Проекта (R) расчётом по следующей формуле 1:

$$R = \sum_{i=1}^I (k_i \times q_i) \quad (1)$$

где k_i – весовой коэффициент i -го критерия целесообразности;

– балл оценки i -го критерия целесообразности;

I – количество критериев целесообразности.

Исходя из формулы предлагаю ввести следующие критерии и оценивать их от 0 до 1.

1. Наличие чётко сформулированной цели Проекта с определением количественных показателей результатов его реализации. Баллы:

1 – наличие чётко сформулированной цели Проекта с указанием прямых и конечных социально-экономических результатов реализации Проекта и характеризующих их количественных показателей;

0,5 – наличии чётко сформулированной цели Проекта с указанием прямых результатов реализации Проекта и характеризующих их количественных показателей;

0 – наличие сформулированной цели Проекта без указания количественных показателей, характеризующих прямые и конечные социально-экономические результаты его реализации.

2. Соответствие цели Проекта приоритетам и целям, определённым в программно-плановых документах социально-экономического развития области. Баллы:

1 – цель Проекта соответствует приоритетам и (или) целям, определённым: стратегией или концепцией социально-экономического развития края; стратегией или концепцией развития отдельной сферы в крае; Программой Правительства края на среднесрочный период (в части показателей, характеризующих приоритетные направления развития);

0,75 – цель Проекта соответствует приоритетам и (или) целям, определённым большинством перечисленных выше документов;

0,5 – цель Проекта соответствует приоритетам и (или) целям, определённым хотя бы одним из перечисленных выше документов;

0 – цель Проекта не соответствует ни одному из приоритетов и (или) целей, определённых в перечисленных выше документах, либо сведения о приоритетах не представлены.

3. Комплексный подход к решению конкретной проблемы в рамках реализации Проекта во взаимосвязи с программными мероприятиями, реализуемыми в рамках государственных, областных целевых или региональных программ. Баллы:

1 – реализация Проекта направлена на достижение целей и решение задач действующей государственной либо краевой целевой или региональной программы;

0,5 – реализация Проекта направлена на достижение целей и решение задач разрабатываемой государственной либо краевой целевой или региональной программы;

0 – подтверждающие сведения не представлены.

4. Необходимость реализации Проекта в связи с осуществлением соответствующими государственными и (или) муниципальными органами полномочий, отнесённых к предмету их ведения. Баллы:

1 – реализация Проекта предназначена для осуществления государственными и (или) муниципальными органами полномочий, отнесённых к предмету их ведения;

0 – реализация Проекта не предназначена для осуществления государственными и (или) муниципальными органами полномочий, отнесённых к предмету их ведения, либо подтверждающие сведения не представлены.

5. Актуальность решения проблем в сфере внедрения Проекта на территории края. Баллы:

1 – средний по области уровень показателя, наиболее полно характеризующего цель (конечный результат) либо состояние сферы внедрения Проекта, более чем на 25 процентов отклоняется в худшую сторону от среднего по Сибирскому федеральному округу (при отсутствии данных – по Российской Федерации или от существующего норматива);

0,75 – отклонение в худшую сторону составляет от 10 до 25 процентов;

0,5 – присваивается, если отклонение в худшую сторону составляет от 0 до 10 процентов;

0 – сравнение не производится или не приведены соответствующие источники информации либо средний по области уровень показателя лучше, чем средний по Сибирскому федеральному округу (при отсутствии данных – по Российской Федерации или существующего норматива).

6. Актуальность решения проблем в сфере внедрения Проекта на территории муниципального образования края. Баллы:

1 – средний по муниципальному образованию (муниципальному району, городскому округу) края уровень показателя, наиболее полно характеризующего цель (конечный результат) либо состояние сферы внедрения Проекта, отклоняется в худшую сторону более чем на 25 процентов от среднего по краю;

0,75 – отклонение в худшую сторону составляет от 10 до 25 процентов;

0,5 – отклонение в худшую сторону составляет от 0 до 10 процентов либо решение проблемы будет осуществляться на территории нескольких муниципальных образований области;

0 – сравнение не производится или не приведены соответствующие источники информации либо средний по муниципальному образованию (муниципальному району, городскому округу) области уровень показателя лучше среднего уровня показателя по краю.

7. Наличие потребности в продукции (работах, услугах), создаваемой в результате реализации Проекта, с учётом производства аналогичной и замещающей продукции (работ, услуг). Баллы:

1 – потребность в продукции (работах, услугах) создаваемой в результате реализации Проекта существует, а производство аналогичной и (или) замещающей продукции (работ, услуг) отсутствует;

0,5 – в результате реализации Проекта предусматривается производство продукции (работ, услуг), потребность в которой с учётом производства

аналогичной и замещающей продукции (работ, услуг) удовлетворяется не в полном объёме или не в достаточном качестве;

0 – потребность в продукции (работах, услугах), создаваемой в результате реализации Проекта, с учётом производства аналогичной и замещающей продукции (работ, услуг) отсутствует либо подтверждающие сведения не представлены;

8. Обоснование планируемой мощности объекта Проекта. Баллы:

1 – представлено развёрнутое обоснование планируемой мощности и уровня загрузки объекта Проекта, с подтверждающими технико-экономическими расчётами;

0,5 – в обосновании планируемой мощности и уровня объекта Проекта представлены общие сведения без подтверждающих технико-экономических расчётов;

0 – присваивается, если какие-либо сведения, обосновывающие планируемую мощность объекта Проекта, не представлены.

9. Наличие документации, обосновывающей стоимость Проекта. Баллы:

1 – наличие технико-экономического обоснования или бизнес-плана Проекта, утвержденного инициатором Проекта;

0,75 – наличие финансовой модели Проекта, утвержденной инициатором Проекта;

0,5 – наличие аналитического отчёта о предполагаемой стоимости Проекта, основанного на сведениях по проектам-аналогам;

0 – ни один из указанных документов не представлен.

10. Соответствие проектной мощности объекта Проекта имеющейся потребности. Потребность в продукции (работах, услугах) определяется на момент ввода в эксплуатацию объекта Проекта с учётом уже созданных и создаваемых мощностей в данной сфере деятельности. Баллы:

1 – проектная мощность (намечаемый объём производства продукции, выполнения работ, оказания услуг) объекта Проекта соответствует или менее потребности в данной продукции (работах, услугах);

0,75 – потребность в данной продукции (работах, услугах) обеспечивается уровнем использования проектной мощности объекта Проекта в размере менее 100 процентов, но не ниже 85 процентов;

0,5 – потребность в данной продукции (работах, услугах) обеспечивается уровнем использования проектной мощности объекта Проекта в размере менее 85 процентов, но не ниже 70 процентов;

0 – потребность в данной продукции (работах, услугах) обеспечивается уровнем использования проектной мощности объекта Проекта в размере менее 70 процентов либо сведения об объёме потребности в продукции (работах, услугах) не представлены.

11. Уровень софинансирования Проекта частным партнером. Баллы:

1 – объём частных инвестиций составляет не менее 70 процентов стоимости Проекта;

0,75 – объём частных инвестиций составляет от 40 до 70 процентов стоимости Проекта;

0,5 – объём частных инвестиций составляет от 10 до 40 процентов стоимости Проекта;

0 – объём частных инвестиций составляет менее 10 процентов стоимости Проекта.

12. Предполагаемый срок выхода на проектную мощность объекта Проекта. Баллы:

1 – Проект со сроком выхода на проектную мощность через 1-2 года с момента официального представления обращения и концепции Проекта;

0,75 – Проект со сроком выхода на проектную мощность через 2-3 года с момента официального представления обращения и концепции Проекта;

0,5 – Проект со сроком выхода на проектную мощность через 3-5 лет с момента официального представления обращения и концепции Проекта;

0 – Проект со сроком выхода на проектную мощность через 5 лет с момента официального представления обращения и концепции Проекта.

Минимально допустимое значение оценки целесообразности реализации Проекта предлагаю установить равным 0,700. Это будет означать, что проект целесообразен для реализации, проект будет способствовать развитию края, оптимален по финансированию и будет иметь максимально быструю отдачу. Таким образом, проведя оценку целесообразности проекта государственно-частного партнерства можно говорить об его общественной и экономической эффективности, а также о том, что проект будет востребован и принесет прибыль инвестору. Данная оценка также поможет увидеть слабые стороны проекта, которые необходимо доработать или уточнить.

В результате всех проведенных мероприятий по развитию институциональной среды в сфере государственно-частного партнерства в Красноярском крае, показатель уровня развития будет выглядеть следующим образом, представленным в таблице 3.

Таблица 3 – Оценка уровня развития институциональной среды государственно-частного партнерства в Красноярском крае

1	Наличие института развития государственно-частного партнерства в Красноярском крае
1	Наличие перечня объектов, в отношении которых планируется заключение соглашений государственно-частного партнерства
1	Наличие уполномоченного органа в сфере государственно-частного партнерства
1	Наличие структуры, ответственной за сопровождение проектов
1	Наличие органа, ответственного за подготовку и проведение конкурсного отбора частного партнера
1	Информационная поддержка сферы государственно-частного партнерства, реестр проектов
1	Наличие единой методики оценки проектов государственно-частного партнерства
1	Наличие органа, ответственного за рассмотрение инициируемых проектов и выработку политики в сфере государственно-частного партнерства
1	Должностные лица, имеющие специальную квалификацию в сфере управления проектами государственно-частного партнерства
9	Итого

Таким образом, по всем критериям оценки институциональной среды будут проведены мероприятия, что будет способствовать эффективному развитию государственно-частного партнерства в Красноярском крае, заключению новых проектов, которые будут способствовать развитию края в целом.

В целом после проведения мероприятий в области нормативно-правовой базы и институциональной среды управление в сфере государственно-частного партнерства станет понятным и будет иметь конкретные цели и методы их достижения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование опыта реализации государственного управления здравоохранением позволили автору сделать следующие выводы и рекомендации:

1. Государственное управление здравоохранением – это целенаправленная, планомерная, непрерывная деятельность органов государственной власти, которая проявляется в исполнительно-распорядительном по форме и организующем по содержанию воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения) и преследует своей целью обеспечение граждан гарантированным государством правом на получение бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи.

На современном этапе необходимо усиление вертикали управления, координирующей роли Федерации, дальнейшее формирование системы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью за счет общественных источников.

2. В настоящее время основными направлениями реформирования отрасли являются совершенствование нормативно-правовой базы и финансово-экономического механизма, научная организация оказания медицинской помощи, включающая использование принципов доказательной медицины и математическое моделирование деятельности ЛПУ, формирование личностных установок людей в пользу здорового образа жизни и восприятия здоровья как важнейшей жизненной ценности.

Таким образом, системное реформирование здравоохранения должно включать в себя как минимум три обязательные составляющие:

- финансово-экономическую реформу, включая проведение реструктуризации отрасли;
- повышение качества управления здравоохранением на основе научно обоснованных технологиях современного менеджмента;

- развитие медицинской практики, основанной на принципах доказательной медицины и результатах клинико-экономического анализа.

3. При анализе государственного управления здравоохранением в Красноярском крае выявлено, что эффективность государственной политики в области здравоохранения во многом зависит от правильности выбранных приоритетов, которые в свою очередь определяют цели, механизмы решения поставленных задач и основные инструменты для их реализации, что требует использования новых подходов к формированию основных направлений государственного управления здравоохранением, основанных на анализе, как текущей ситуации, так и учете возможных сценариев предполагаемого будущего.

Несмотря на произошедшие позитивные изменения в работе системы здравоохранения Красноярского края, на сегодняшний день нерешенным остается ряд проблем, которые обозначены и проанализированы во второй главе исследования, в их числе неполное соответствие системы подготовки кадров потребностям современной трехуровневой системы оказания медицинской помощи (высокотехнологичной, профилактической и первичной медико-санитарной) как по численности, так и по качеству подготовки специалистов, приводящее к недостаточному профессиональному уровню врачей и руководителей медицинских учреждений и способствующее сохранению проблемы абсолютного и структурного дефицита кадров; отсутствие прозрачной и понятной населению связи между объемом и качеством медицинской помощи, оказанной по программе обязательного медицинского страхования, и объемом финансирования медицинского учреждения, предоставившего услугу; отсутствие публичных правил конкуренции за предоставление медицинских услуг в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, неразвитость механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении.

4. В целях совершенствования государственного управления здравоохранением в Красноярском крае предложены мероприятия перестройки государственного управления, эффективным механизмом которого является реализация проектов государственно-частного партнерства, в связи с чем необходимо принятие следующих мер:

1) развитие добровольного медицинского страхования - возможность частичной оплаты услуг здравоохранения по полису ОМС в частных медицинских учреждениях;

2) создание налоговых стимулов для участников государственно-частного партнерства и изменение налогообложения прибыли организаций, предоставляющих услуги здравоохранения, а также инвестиционных компаний, кредитных организаций, вкладывающих деньги в развитие здравоохранения;

3) корректировка существующей законодательной базы по медицинскому страхованию, гарантиям оказания услуг здравоохранения, предоставлению лекарственных средств льготным категориям граждан, вопросам приватизации;

4) изменение системы финансирования, направленного на повышение заинтересованности клиник в оказании высококачественных медицинских услуг;

5) создание экономических стимулов и поддержание инвестиционного климата для привлечения частного бизнеса в проекты государственно-частного партнерства: инвестиционные льготы, сниженные ставки по региональным и местным налогам, возврат НДС, субсидии, льготные кредиты;

6) эффективное взаимодействие сферы здравоохранения с другими отраслями экономики, должно быть основано на принципе единства в принятии решений и взаимной ответственности; важно также учитывать параметры и показатели, заложенные в планах и соглашениях, регулирующих сопутствующие сферы, а также избежать ведомственной разрозненности;

7) обеспечение сбалансированности между услугами здравоохранения в государственных и частных учреждениях, для того, чтобы каждое учреждение

здравоохранения заняло свою нишу по удовлетворению спроса на рынке услуг здравоохранения, задачей государства является сбалансировать цены на услуги здравоохранения в частных клиниках, сохранить необходимый уровень качества предоставляемых услуг.

2. Перспективными представляются такие направления по взаимодействию государства и частного бизнеса в сфере здравоохранения, как:

1) обучение, переподготовка и повышение квалификации медицинского персонала, использование опыта зарубежных специалистов, взаимодействие с зарубежными медицинскими учреждениями и высшими учебными заведениями, приглашения зарубежных специалистов в Россию с целью обмена опытом;

2) управленческий контракт - временная передача частным компаниям в управление государственных медицинских учреждений, требующих модернизации системы управления, повышения эффективности функционирования.

Результаты проведенного исследования развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения позволили сделать следующие выводы и предложения.

1. В исследовании рассмотрены основные понятия системы здравоохранения. Система здравоохранения является частью социальной сферы управления, целью которой является сохранение и укрепление здоровья населения посредством как проведения эффективной государственной политики, так и профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений. Полное удовлетворение потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи, а также создание условий для здоровой, активной жизни людей, свободного выбора гражданами медицинского учреждения наиболее важные задачи системы здравоохранения.

2. При реализации проектов государственно-частного партнерства используются различные механизмы сотрудничества государства и частного бизнеса. Они дифференцируются в зависимости от объема передаваемых

частному партнеру правомочий собственности, инвестиционных обязательств сторон, принципов разделения рисков между партнерами, ответственности за проведение различных видов работ. В мировой практике сложилось 4 основные формы реализации партнерских отношений между государством и бизнесом, наиболее популярной формой государственно-частного партнерства является концессия. Основные формы государственно-частного партнерства подразделяются на контракты, аренду, концессию, соглашение о разделе продукции.

3. В работе выявлено, что проекты государственно-частного партнерства разрабатываются и осуществляются в регионах, не испытывающих проблем с доходами бюджета и притоком инвестиций. В настоящее время развитие государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации оценивается на основе рейтинга, рассчитанного российским Центром развития государственно-частного партнерства. Реализация проектов государственно-частного партнерства в системе здравоохранения связана с большим количеством рисков, распределяемых между участниками партнерства.

4. Основной проблемой, затрудняющей реализацию проектов на принципах государственно-частного партнерства, является отсутствие крупномасштабных проектов в регионе и, как следствие, высокая доля затрат, связанных с подготовкой документации для реализации проекта. Другими словами, регион обладает широкими возможностями для реализации проектов государственно-частного партнерства при профессиональном подходе к позиционированию перспективных инфраструктурных и иных проектов для частного инвестора.

5. В Красноярском крае в системе здравоохранения практически не реализовались проекты государственно-частного партнерства. В случае нехватки инвестиционных ресурсов наиболее приемлемым для реализации государственно-частного партнерства в крае является концессия. Мною предложена такая схема соглашения, при которой концедент берет на себя все

капитальные расходы, а концессионер осуществляет деятельность на объекте, осуществляя платежи в бюджет в виде налогов, арендной и концессионной платы. При осуществлении подобной схемы необходимо внести ряд поправок в существующую программу развития здравоохранения Красноярского края.

6. Определены перспективные направления государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения в Красноярском крае: оказание стоматологических услуг, оказание узкопрофильных медицинских услуг, к примеру, оториноларингологических, офтальмологических, гинекологических, урологических, оказание диагностических услуг, строительство поликлиник.

7. Выявлены необходимые организационные мероприятия внедрения предложений и развития государственно-частного партнерства в здравоохранение Красноярского края. Предложено создать специальную рабочую группу по вопросам государственно-частного партнерства в управлении проектной деятельностью Красноярского края. Предложены условия отказа от проекта государственно-частного партнерства. Автор рекомендует заключать соглашения о сотрудничестве с региональными проектными офисами других субъектов.

Повышение уровня развития государственно-частного партнерства в крае будет способствовать притоку капитала, развитию различных сфер экономики края, повышению уровня предоставляемых услуг населению и общему качеству жизни. В настоящее время при дефиците бюджета Красноярскому краю необходим частные инвестиции для развития, а механизм государственно-частного партнерства и грамотное управление данным механизмом поможет эффективно использовать эти инвестиции и успешно развивать край.

Результаты исследования позволяют сделать общий вывод, что государственно-частное партнерство становится все более существенной составляющей функционирования государственного управления здравоохранением в российских регионах и в ближайшей перспективе может стать одним из основных механизмом реформирования отечественного здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- РФ – Российская Федерация;
- ОМС – Обязательное Медицинское Страхование;
- МВД – Министерство Внутренних Дел;
- ФСБ – Федеральная Служба Безопасности;
- ФФОМС – Федеральный Фонд Обязательного Медицинского Страхования;
- ЛПУ – Лечебно-Поликлиническое Учреждение;
- МУЗ – Муниципальное Управление здравоохранения;
- КГБУЗ – Краевое Государственное Бюджетное Учреждение здравоохранения;
- ФГБУ – Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение;
- Минздрав – Министерство здравоохранения;
- Минобороны – Министерство обороны;
- РТС – Региональная Телемедицинская Система;
- НДС – Налог на Добавленную Стоимость;
- ДТП – Дорожно-Транспортное Происшествие;
- РЦ – расчетный центр;
- ВВП – Валовой Внутренний Продукт;
- Тыс. – тысяч;
- Руб. – рублей;
- Млн. – миллионов;
- Ст. – статья;
- И тп. – и тому подобное;
- И тд. – и так далее;
- И пр. – и прочие.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации. – Москва: Юрайт, 2018. – 49 с.
2. О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля: Федеральный закон от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ (ред. от 09.03.2018) // СЗ РФ. – 2008. – № 52. – Ст. 6249; СЗ РФ. – 2016. – № 11. – Ст. 1495.
3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 26.04.2018) // Российская газета. – 2011. – 23 ноября; Российская газета. – 2016. – 27 апреля.
4. Об обращении лекарственных средств: Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ (ред. от 29.12.2017) // СЗ РФ. – 2010. – № 16. – Ст. 1815; СЗ РФ. – 2016. – № 1 (часть I). – Ст. 9.
5. О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ (ред. от 13.07.2018) // СЗ РФ. – 2011. – № 19. – Ст. 2716; СЗ РФ. – 2016. – № 1 (часть I). – Ст. 51.
6. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 28.11.2017) // СЗ РФ. – 1999. – № 14. – Ст. 1650; СЗ РФ. – 2015. – № 48 (часть I). – Ст. 6724.
7. О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации: Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ (ред. от 02.05.2018) // СЗ РФ. – 2001. – № 26. – Ст. 2581; СЗ РФ. – 2015. – № 18. – Ст. 2627.
8. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (ред. от 30.12.2017) // СЗ РФ. – 1995. – № 14. – Ст. 1212; СЗ РФ. – 2016. – № 1 (часть I). – Ст. 58.
9. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные

законодательные акты Российской Федерации: федер. Закон Российской Федерации от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ // Российская газета. - 2015. - 17 июля.

10. О концессионных соглашениях: федер. Закон Российской Федерации от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ // Российская газета. - 2005. - 26 июля.

11. Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитального вложения: федер. Закон Российской Федерации от 25 фев. 1999 г. № 39-ФЗ // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru. - 2013 - 30 дек.

12. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. Закон Российской Федерации от 29 окт. 2010 г. № 326-ФЗ // Российская газета. - 2010. - 3 дек.

13. О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд: федер. Закон Российской Федерации от 05 апр. 2013 г. № 44-ФЗ // Российская газета. - 2013. 12 апр.

14. О защите конкуренции: федер. Закон Российской Федерации от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ // Российская газета. - 2006. - 27 июля.

15. Концепция долгосрочного социально-экономического развития российской Федерации до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 нояб. 2008 г. № 1662-Р // Официальный интернет-портал Минэкономразвития России.

16. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. N 2511-р Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

17. Об участии Красноярского края в государственно-частном партнерстве: Закон Красноярского края от 01 дек. 2011 г. № 13-6633 // Официальный интернет-портал правовой информации Красноярский край.

18. О Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан: постановление Правительства РФ от 8 окт. 2012 г. № 1018 // Российская газета

19. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации: постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608 // Российская газета

20. О порядке проведения конкурсов или аукционов на право заключения договоров аренды, договоров безвозмездного пользования, договоров доверительного управления имуществом, иных договоров, предусматривающих переход прав в отношении государственного или муниципального имущества, и перечне видов имущества, в отношении которого заключение указанных договоров может осуществляться путем проведения торгов в форме конкурса: приказ федер. антимонопольной службы от 10 фев. 2010 г. № 67 // Российская газета. - 2010. - 24 фев.

21. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования: приказ министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 фев. 2011 г. № 158н // Российская газета. - 2011. - 05 марта.

22. О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества: Постановление Правительства Российской Федерации от 10 авг. 2007 г. № 505 // Российская газета. - 2007. - 21 авг.

23. Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения» на 2014-2016 годы: Постановление Правительства Красноярского края от 30 сент. 2013 г. № 516-п // Официальный интернет-портал правовой информации Красноярский край.

24. О мерах, направленных на развитие государственно-частного партнерства в Красноярском крае: Распоряжение Губернатора Красноярского края от 01 апр. 2015 г. № 147-рг // Официальный интернет-портал правовой информации Красноярский край.

25. Об определении уполномоченного органа в сфере государственно - частного партнерства в Красноярском крае: Постановление Правительства Красноярского края от 29 янв. 2016 г. № 30-п // Официальный интернет-портал правовой информации Красноярский край.
26. Александрова, О.Ю. Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико - санитарной помощи / О.Ю. Александрова // Здоровоохранение. - 2017. - № 5. - С. 80- 88.
27. Алмазов, А.А. ЕГИСЗ: новые возможности для главного врача / А.А. Алмазов // Здоровоохранение. - 2016. - № 9. - С.54-58.
28. Алпатов, А. А. Государственно-частное партнерство. Механизмы реализации / А.А. Алпатов. - М.: Альпина Паблицерз, 2010. - 200 с.
29. Борисов, Д.А., Дубонос, П.В., Лазарев С.В., Мисюлин, С.С. Практика саморегулирования в сфере оказания медицинских услуг / Д.А. Борисов, П.В. Дубонос, С.В. Лазарев, С.С. Мисюлин. - М., 2016. -154 с.
30. Борщевский, Г.А. Государственно-частное партнерство: учебник и практикум для бакалавров и магистратуры / Г. А. Борщевский. - М: Издательство Юрайт, 2016 -344 стр.
31. Бутарева, М.М. Стационарозамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации / М.М. Бутарева // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2016. - № 4. - С.23-29.
32. Варнавский, А. Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт / А.Г. Варнавский // Управление здравоохранением. - 2016. - № 1.- С. 33-37.
33. Власов, В. В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи / В.В. Власов // Здоровоохранение. - 2016. - № 4. - С. 70-76.

34. Габуева, Л.А. Управление расходами бюджетных и автономных учреждений здравоохранения / Л.А. Габуева // Здравоохранение. - 2017. - № 5. - С. 24-29.
35. Гаджиев, Р.С. Качество медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста в городских поликлиниках / Р.С.Гаджиев, Р.Ш.Рагимова // Пробл. Соц. гигиены и здравоохранения и истории медицины. - 2017. - № 2. - С. 36 -38.
36. Гехт, И.А. К вопросу об эффективности расходования средств в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт // Менеджер здравоохранения. - 2017. - № 5. - С. 26-29.
37. Государственное управление экономическими и социальными процессами: Учебное пособие / Б.А.Райзберг. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2018. – 522 с.
38. Дмитриев, М. Горькая пилюля лекарственного страхования / М. Дмитриев // Социальная война. - 2015. - № 1. – С. 56.
39. Добровольский, Т. Минздрав подготовил первый федеральный проект государственно-частного партнерства [Электронный ресурс] / Т. Добровольский // Деловой журнал об индустрии здравоохранения Vademecum. - 2015. - Режим доступа: http://vademec.ru/news/detail_81217.html. (Дата обращения 01.09.2018)
40. Дронова, Я.И. Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений / И.Я. Дронова // Менеджер здравоохранения. - 2012. - № 5. - С. 24-31.
41. Дуганов, М.Д. Аутсорсинг немедицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения / М.Д. Дуганов // Здравоохранение. - 2015. - № 10. - С. 18-22.
42. Дуганов, М.Д. Одноканальное финансирование здравоохранения: сущность, проблемы, перспективы / М.Д. Дуганов // Здравоохранение. - 2016. - № 7. - С. 32-40.

43. Дьяченко, В. Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В.Г.Дьяченко, Л.В.Солохина, С.В.Дьяченко. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2017. – 229 с.
44. Ерохина, Т. В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации / Т. В. Ерохина. - Саратов : Ай Пи Эр Медиа, 2014. – 137 с.
45. Ершов, Д. Л. Опыт реализации партнерства государства и бизнеса в здравоохранении / Д. Л. Ершов // Молодой ученый. - 2017. - № 11. - С. 331334.
46. Иванов, А.В. Обеспечение прав пациентов на качественную медицинскую помощь в системе ОМС / А.В. Иванов // Здравоохранение. - 2017. - № 2. - С. 72-79.
47. Шевский, В.И. Шейман, И.М. Ахметзянов, А.Р. Зарочинцева И.В. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / В.И.Шевский, И.М.Шейман, А.Р.Ахметзянов, И.В.Зарочинцева // Здравоохранение. - 2017. № 7. - С. 20-31.
48. Исследование «Государственно-частное партнерство в России 2016-2017: текущее состояние и тренды, рейтинг регионов» / Ассоциация «Центр развития государственно-частного партнерства ». - М.: Ассоциация «Центр развития государственно-частного партнерства », 2018. - 32 с.
49. Кадыров, Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 2. - С. 66-77.
50. Киреев, А.В. Государственно-частное партнерство как инструмент поддержки инноваций / А.В. Киреева, Т.В. Тищенко, Е.В. Худько; под ред. И.А. Соколова.- М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012. -516с.
51. Киямова, Э. Р. государственно-частного партнерства в здравоохранении: бизнесу - управление, государству - контроль / Э. Р. Киямова // Вестник Самарского государственного Университета. - 2016. - № 2 (113). - С. 6.
52. Козбаненко, В. А. Государственное управление: основы теории и организации / В.А. Кобзенко. - М.: Статут, 2017. - 740 с.

53. Комаров, Ю.М. Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении / Ю.М. Комаров // Главврач. - 2012. - № 10. - С. 61-65.
54. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением / В.А Решетников, Г.П. Сквирская, Л.Е. Сырцова и др.//Здравоохранение Российской Федерации. - 2013. - №6. - с.9-15.
55. Коротков, Ю.А. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях / Ю.А.Коротков, В.П.Чуднов. - М.: Панорама, 2016. – 324 с.
56. Куликов, А. Ю. Использование инструментов государственно-частного партнерства / А. Ю. Куликов // Вестник СамГУ серия ЭиУ. - 2017. -№ 10 (101). - С. 56-63.
57. Левкевич, М.М., Рудлицкая, Н.В. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности / М.М Левкевич, Н.В. Рудлицкая. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. – 227 с.
58. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с.
59. Лучкевич, В. С. Основы общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие / В.С. Лукевич. - СПб: СПбГМА, 2016.- 376 с.
60. Манухина, Е.В. Роль стандартов медицинской помощи в решении задач организации, планирования, финансирования здравоохранения и контроля качества медицинской помощи / Е.В. Мухина // Главврач. - 2015. - № 7. - С. 38-43.
61. Министерство здравоохранения Красноярского края [Электронный ресурс]: база данных. - Режим доступа: <http://www.kraszdav.ru> (Дата обращения 01.09.2018)
62. Министерство экономического развития Российской Федерации [Электронный ресурс]: база данных. - Режим доступа: <http://economy.gov.ru/minec/main> . (Дата обращения 01.09.2018)

63. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 324 с.
64. Оленева, И.В. Применение SWOT-анализа в управлении учреждением здравоохранения в условиях финансовой неустойчивости / И.В. Оленева // Главврач. - 2016. - №4.- С. 8-13.
65. Основы государственного и муниципального управления: Учебное пособие/О.Б.Угурчиев, Р.О.Угурчиева - М.: ИЦ РИОР, НИЦ ИНФРА-М, 2018. – 724 с.
66. Пирогов, М.В. Обеспечение качества медицинской помощи в соответствии с федеральными стандартами / М.В. Пирогов // Главврач. - 2015. - № 11. - С. 12-20.
67. Потапчик, Е.Г. Оценка социально-экономической эффективности новых медицинских технологий / Е.Г. Потапчик // Здравоохранение. - 2015. - № 9. -С.44-49.
68. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации [Электронный ресурс] : — Режим доступа: http://pppcenter.ru/assets/files/presentations/GChPRecommend_web.pdf(Дата обращения 01.09.2018)
69. Руци, Ю. О. Модернизация сферы здравоохранения и фармацевтической отрасли через управление инновациями / Ю.О. Руци // Евразийский международный научно-аналитический журнал. Проблемы современной экономики. - 2013. - № 2 (46).
70. Сизова, Е. С. Развитие инфраструктуры здравоохранения и качества услуг с использованием механизма государственно-частного партнерства: автореф. Дис. Канд. Эконом. Наук / Е.С. Сизова. - Москва, 2016. - 24 с.
71. Стародубов, В. И. Разграничение общих и частных отношений органов управления здравоохранением с учреждениями здравоохранения / В.И. Стародубов // Главврач. - 2012. - № 11. - 18-23 с.

72. Сюткин, М. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России / М.В. Сюткин // Евразийский международный научно-аналитический журнал. - 2014. - № 4 (40).- С. 22-29.
73. Таппасханова, Е. О. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е.О. Таппасханова // Российское предпринимательство. - 2016. - № 13 (211). - С. 112-118.
74. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю [Электронный ресурс]: база данных. - Режим доступа: <http://www.krasstat.gks.ru/>(Дата обращения 01.09.2018)
75. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края [Электронный ресурс]: база данных. - Режим доступа: <http://www.krasmed.ru.> (Дата обращения 01.09.2018)
76. Титова, А. И. Реализация проектов в сфере здравоохранения в России [Электронный ресурс] / А. И. Титова // НАУКА-RASTUDENT.RU - 2015. - Режим доступа: <http://naukarastudent.ru/16/2539/>(Дата обращения 01.09.2018).
77. Шевченко, Ю. Л. Врач и государство, здравоохранение и нравственность, медицина и право / Ю.Л. Шевченко // Экономика здравоохранения. - 2014. - № 11-12. - 13-17, 20-25 с.
78. Щепин, О.П. Здравоохранение как социально-экономическая система // Проблемы соц. гигиены и история медицины / О.П. Щепин. - 2017. - № 3. - С. 3-8.
79. Щепин, О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы соц. гигиены и история медицины. - 2013. - № 5. - С. 3-7.
80. Ямщиков, А. С. О необходимости совершенствования механизма реализации проектов государственно-частного партнерства на муниципальном уровне (на примере г. Красноярска) / А.С. Ямщиков // Экономика и предпринимательство. - 2015. - № 8-1 (61-1). - С.271-278 .

81. Ямщиков, А. С. Особенности применения механизма государственно - частного партнерства в практике управления государственными и муниципальными автономными учреждениями социальной сферы / А.С. Ямщиков // Вестник алтайской науки. - 2016. - №3,4. - С. 598-605.

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт экономики, управления и природопользования
Кафедра социально-экономического планирования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующая кафедрой


Е.В.Зандер

подпись инициалы, фамилия

«28» 06 2019 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

38.04.04 – «Государственное и муниципальное управление»

38.04.04.01 – «Управление общественным сектором»

Совершенствование государственного управления здравоохранением

Научный руководитель  д-р экон. наук, профессор Е.В.Зандер

Главный врач КГАУЗ

«Норильская государственная
стоматологическая поликлиника»,

Рецензент 

канд.мед.наук

С.В.Чумляков

Выпускник 

И.М.Баловсяк

Красноярск 2019