

©Геворкян А.Р., 2017
УДК 618.344-003.215 (470.61)
DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-88-92

Муниципально-частное партнерство — эффективный путь развития амбулаторной урологической помощи

А.Р. Геворкян

Городская Поликлиника №195, Москва, Россия

Приоритетным направлением совершенствования организации работы муниципальной амбулаторно-поликлинической урологической службы в новых экономических условиях является формирование в амбулаторных учреждениях, предоставляющих урологическую помощь, эффективного хозяйственного механизма на принципах муниципально-частного партнерства (МЧП). Примером МЧП служит представленная в статье разработка функционально-организационной структуры модели окружного амбулаторного центра урологии (АЦУ) на принципах МЧП.

Ключевые слова: муниципальная амбулаторная урологическая служба, модель окружного амбулаторного урологического центра на принципах муниципально-частного партнерства.

Для цитирования: Геворкян А.Р. Муниципально-частное партнерство — эффективный путь развития амбулаторной урологической помощи. Медицинский вестник Юга России. 2017;8(4):88-92. DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-88-92.

Контакты: Геворкян Ашот Рафаэлович, Ashot_Gevorkyan@mail.ru.

Municipal-private partnership — effective way of development of ambulatory urological assistance

A.R. Gevorkyan

City Polyclinic No. 195, Moscow, Russia

Priority directions of improving the organization of work of the municipal outpatient urological service in the new economic conditions is the formation of an effective economic mechanism on the basis of the MPP principles in outpatient institutions providing urological assistance, an example of which is the development of the functional and organizational structure of the regional ACC model on the principles of the MPP.

Key words: municipal outpatient urological service, model of the outpatient urological center on the principles of municipal — private partnership.

For citation: Gevorkyan A.R. Municipal-private partnership — effective way of development of ambulatory urological assistance. Medical Herald of the South of Russia. 2017;8(4):88-92. (In Russ.) DOI 10.21886/2219-8075-2017-8-4-88-92.

Введение

Актуальность исследования обусловлена тем, что, по данным ВОЗ, урологические заболевания представляют серьезную мировую проблему. Почти 500 млн мужчин во всем мире страдает раком предстательной железы [1]. В Соединенных Штатах Америки и в странах Европейского Союза эта нозология занимает первое место среди всех онкологических заболеваний у мужчин [2].

Урология — одна из самых динамично развивающихся отраслей медицины. Сегодня каждый 10-й больной на приеме в поликлинике — урологический. С урологией

тесно связаны проблемы репродукции человека, его семейного благополучия. Востребованность амбулаторной урологической помощи обусловлена стойкой тенденцией к росту числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы как во всем мире, так и в России [3-7].

В таких условиях возрастает роль совершенствования амбулаторной урологии в направлении повышения качества, доступности, адекватности урологической помощи, а также в разработке новых подходов к оптимизации ее структуры.

Появившиеся в нашей стране рыночные условия хозяйствования выдвинули перед системой здравоохранения проблемы выбора и оценки базовых организацион-

ных решений. В связи с этим интересен опыт развитых стран Европы, где одним из наиболее эффективных направлений развития системы здравоохранения является государственно-частное партнерство, как основной механизм привлечения частного инвестиционного капитала к общественному сектору здравоохранения [8,9].

Исследование проводилось по методологии, основу которой составляли системный подход и диалектические принципы анализа, что позволило выявить основные особенности организации и развития системы муниципальной амбулаторной урологической службы Москвы, определить тенденции перехода системы на принципы МЧП, научно обосновать основные направления совершенствования управления системой в современных экономических условиях. Методология в исследовании понимается как совокупность систематизированных приёмов и способов организации деятельности по переходу муниципальной амбулаторной урологической службы на принципы МЧП.

Результаты

В настоящее время муниципальные органы власти обеспечивают предоставление медицинских урологических услуг (в рамках государственных гарантий) в муниципальных амбулаторных медицинских учреждениях, оказывающих урологические услуги, в интересах граждан. Заказчик, орган власти на местах, финансирует услуги и контролирует их, а население получает услуги. А вот исполнитель, муниципальное медицинское учреждение, оказывающее урологические услуги, фактически отсутствует в виде субъекта рынка, так как государственные структуры, являясь заказчиком, одновременно являются и собственником лечебных учреждений, следовательно, исполнителем услуг. На лицо деформация схемы рынка государственных гарантий, функции и эффективности оказания услуг. Представляется необходимым сформулировать следующие вопросы, характеризующие возможность предоставления качественной урологической услуги населению в рамках государственных гарантий государственными и муниципальными структурами:

1. Может ли заказчик и исполнитель в одном лице осуществить качественную услугу в интересах третьего лица?
2. Может ли заказчик критически оценить качество своей работы как исполнителя?
3. Может ли заказчик не экономить на услуге, если эта услуга является льготой?
4. На все эти вопросы можно ответить однозначно — нет!

Кроме того, бюджетная урология с двумя источниками финансирования (если угодно, перестроенная в одноканальную) все больше соответствует предприятию, а не учреждению, так как, вынужденная подрабатывать платными услугами, она все больше занимается предпринимательской и иной приносящей доход деятельностью. В то время как политика в области предоставления медицинской помощи должна быть ориентирована, в первую очередь, на сокращение затрат.

С другой стороны, органы государственного управления, в лице своих представителей диктуют формы и

методы организации лечебного процесса, определяют ценовую политику, направления инвестиций из государственных источников. И все это рассматривается через призму целевого или нецелевого использования доходов лечебного учреждения. Любое отклонение от сметных расходов трактуется как нарушение.

На уровне муниципалитетов принимаются решения об уровне тарифов на услугу, инвестировании в амбулаторную урологию, разрешении или запрещении платных урологических услуг, утверждаются тарифы на платные услуги.

Как производители урологических услуг могут реагировать на меняющиеся ассортимент расходных материалов, инструментария, оборудования и их цены? Как проводить инновационную политику в подготовке кадров и информатике? Как посчитать, что дает предприятию каждый сегмент рынка, отдельный клиент, товар, канал сбыта, чтобы сосредоточить усилия на наиболее выгодных и социально значимых направлениях, то есть на эффективности? Классическое значение слова «эффективность» — это отношение результата к затратам. В современных условиях ключевое понятие эффективность полностью размыто.

Пока существовала единственная сфера рынка медицинских услуг — государственная, — условия почти не менялись, врачи работали, руководители думали. Сейчас рынок этих услуг стал сегментарным, правила изменились. Нужны идеи, качество услуг, эффективность.

За последнее пятнадцать лет в стране вырос и сформировался сегмент платных урологических услуг для пациентов, которые осуществляются в системе частных урологических структур и как дополнительные виды лечения в муниципальном и государственном секторе амбулаторной урологии.

Как показал опрос москвичей, пользовавшихся в 2016 г. услугами частных и муниципальных медицинских учреждений, были удовлетворены организацией урологической помощи в муниципальных АПУ чуть больше половины ($55,0 \pm 2,5\%$) пациентов, в то время как в частных АПУ — $93,5 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$) [10].

Что же необходимо предпринять в сложившихся условиях?

Прежде всего, перевести структуру муниципальной амбулаторной урологической службы (государственную, муниципальную и частную) в одну плоскость взаимоотношений с государством.

К организации и участникам рынка урологических услуг необходимо выдвигать следующие требования:

1. Изменение структуры хозяйственного механизма управления амбулаторно-поликлинической урологической помощью с учетом рыночной экономики.

2. Внедрение менеджмента — современного управления как процесса планирования, организации, приведения в действие и контроля за выполнением задач, необходимых для эффективности производства, с возможностью выбора в зависимости от производственной ситуации, конкретных и реальных путей и методов руководства.

3. Высокий профессионализм, основанный на интеллекте всех участников лечебного процесса.

4. Финансовая устойчивость, самокупаемость предприятия.

5. Обязательность инноваций в короткие отрезки времени.

6. Создание информационного пространства.

7. Прибыль должна стать не целью, а лишь одним из условий существования фирмы.

8. Мотивация труда сотрудников — одно из главных условий эффективности фирмы.

Поскольку более 2/3 физической мощности урологической амбулаторной службы состоит из государственных и муниципальных структур, то необходима их модернизация. Назрела необходимость функционально-организационной реструктуризации муниципальных амбулаторных учреждений, оказывающих урологическую помощь, формирование новой модели окружного амбулаторного центра урологии на принципах муниципально-частного партнерства (МЧП) — юридически и хозяйственно самостоятельного учреждения с частным капиталом, который объединит государственного и частного инвесторов и обеспечит переход урологических муниципальных учреждений с непроизводственной сферы в производственную. Модель будет работать на условиях бизнеса и определяться не только уставом, но и менеджментом основывающемся на объективных данных и желании удовлетворить потребителя услуг.

Разработаны методология реструктуризации системы муниципальной амбулаторной урологической помощи и современная модель окружного урологического амбулаторного центра урологии на принципах МЧП. Модель работает на принципах муниципально-частного партнерства, создается на материальной базе муниципальных учреждений, оказывающих урологическую помощь, входит как самостоятельный субъект права в договорные (партнерские отношения) с собственником материальной базы (муниципалитетом).

В модели на принципах МЧП обеспечиваются социально-экономический эффект и эффективность, объединение ресурсов под достижение конкретного результата, распределение ответственности и рисков между муниципалитетом и частным партнером, обеспечение муниципалитетом контроля и мониторинга над реализацией проекта муниципально-частного взаимодействия, сохранение профиля объекта здравоохранения, объемов, видов и условий оказываемой населению медицинской помощи, а также доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Функциями муниципалитета при этом остаются стратегическое управление и оплата предоставляемых АЦУ урологических услуг населению на основе договоров-заказов. Инструменты финансирования — бюджетное финансирование, ОМС, частные инвестиции, государственные гарантии. Технология — совокупность методов, процессов, используемых в производственной деятельности с применением современных способов техники производства услуг, согласующихся с последними достижениями науки. Институты — государственные целевые программы, региональные, муниципальные программы. Выгоды от внедрения модели для населения

— повышение качества, объема, доступности урологических услуг, для муниципалитетов — сокращение бюджетных расходов, финансирование проектов без увеличения дефицита бюджета и муниципального долга, повышение эффективности и снижение стоимости реализации, использование более эффективных технологий, в т.ч. в сфере управления, для частного инвестора — расширение деятельности (что особенно актуально в условиях насыщенных рынков сбыта), гарантированное получение прибыли в среднесрочной перспективе, что служит гарантией стабильности бизнеса, возможность привлекать заемные средства на более выгодных условиях под гарантии государства.

Также важной особенностью модели АЦУ является финансовое планирование деятельности, исходя из принципа согласования объемов и структуры урологической помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами. Этот принцип существенно отличается от доминировавшего планирования сети стоматологических учреждений на основе нормативов или сетевого планирования.

Далее представлена примерная функционально-организационная структура модели окружного АЦУ, оказывающего урологическую помощь на принципах МЧП.

Первое отделение модели АЦУ — социальное — предоставляет урологическую помощь прикрепленному населению в соответствии со ст. 41 Конституции РФ и ст. 4 (разд. 1) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011), а также ФЗ от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 19.12.2016) «О государственной социальной помощи» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 01.01.2017), устанавливающего правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам и иным категориям граждан, предусмотренные настоящим Федеральным законом, Законом РФ от 15 мая 1991 г. N 1244-I «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» и других документов, устанавливающих право на бесплатное оказание медицинской помощи в полном объеме. Отделение финансируется муниципалитетом, фондами обязательного медицинского страхования (ОМС).

Второе отделение — коммерческое — функционирует на основе хозрасчета как коммерческий механизм (для состоятельных слоев населения) и обеспечивает предоставление высоко квалифицированных услуг с высоким сервисом обслуживания, информированностью, современными дорогостоящими технологиями. Финансируется частным инвестором.

Деятельность коммерческого отделения является неотъемлемым компонентом модели, имеет свою нишу и возможности удовлетворения спроса определенной части населения, обеспечивает привлечение дополнительных средств в бюджет АЦУ. Оно вносит элемент рыночных отношений в сферу деятельности модели, обеспечивает принцип выбора пациентом медицинских услуг, активно влияет на качество услуг и профессионализм работников. К тому же сектор платной урологии в составе структуры АЦУ является важным стимулом для граждан к сохранению своего здоровья, повышению внимания к

доступным видам профилактического обслуживания.

С другой стороны, коммерческое отделение модели АЦУ выполняет не менее важную функцию новаторства в применении научно-технологических достижений и передового опыта в урологической помощи населению.

Кроме того, в состав структуры лечебно-диагностического блока модели АЦУ входят консультативное, диагностическое, лабораторное отделения, а также отделения профилактики и вспомогательного лечения. Они имеют смешанное финансирование. Большое значение имеет отделение профилактики. Профилактическое отделение обеспечивает проведение профилактических медицинских осмотров с целью предупреждения заболеваний мочеполовых органов, используя при этом современные методы обследования.

Конкретная структура АЦУ устанавливается территориальным органом здравоохранения. В дополнении к представленной структуре в приватном отделении могут выделяться кабинеты для узкоспециализированного приема. Обоснована также методика оптимизации управления моделью, которая включает стратегические направления оптимизации управления, комплекс экономических задач, которые решаются менеджерами в АЦУ, порядок финансового планирования и управления использованием ресурсов, механизмы реализации стратегии оптимизации управления по различным направлениям (организационно-правовым, экономическим, структурно-технологическим и ресурсным, мотивационным и связанным с управлением научно-технической информацией).

Следует уточнить, что в структуре модели АЦУ создается интегрированная система финансирования и оказания урологической помощи, действующая как комплекс взаимосвязанных управляемых операций. Она обладает следующими объектами управления:

- объемами медицинской помощи в каждом отделении АЦУ;
- структурой оказываемой урологической помощи;
- затратами на законченный случай лечения (включая все этапы оказания стоматологической помощи);
- обоснованностью оказываемой помощи, консультациями специалистов, профилактической терапией;
- конечными результатами работы в виде показателей здоровья населения.

Управление процессом оказания урологической помощи важно осуществлять в комплексе взаимоувязанных правил, общих для всех отделений АЦУ. Поэтому основным направлением деятельности является создание общих для всех отделений экономических стимулов и обеспечение их функционирования по согласованным правилам.

В комплекс экономических задач, решаемых в модели АЦУ, входят:

1. Обеспечение оптимального соотношения между службой урологической помощи платного и социального отделений, врачами специалистами урологами и вспомогательными службами.
2. Создание системы экономических интересов, общей для всех отделений оказания урологической

помощи.

3. Обеспечение координации и преемственности работы отделений АЦУ.
4. Выбор экономически наиболее рационального варианта лечения конкретного случая без ущерба для качества помощи.
5. Мотивирование врачей на поиск ресурсосберегающих технологий.
6. Стимулирование у населения интереса к здоровому образу жизни.

Для АЦУ в рыночных условиях важным условием развития является планирование исходя из принципа согласования объемов и структуры урологической помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами. Этот принцип существенно отличается от доминировавшего до недавнего времени в отечественном здравоохранении планирования сети лечебно-профилактических учреждений на основе нормативов или сетевого планирования.

Схематично порядок финансового планирования в модели АЦУ заключается в расчете ожидаемых финансовых ресурсов из всех источников поступления, в анализе объемов и структуры оказания урологической помощи, в выявлении зон неэффективности, в согласовании объемов помощи с муниципальной структурой, в формировании заказов урологической помощи,

В разработке рекомендаций по объемам урологической помощи, в ведении переговоров и заключение договоров между покупателями урологической помощи и АЦУ, в мониторинге и оценке выполнения договоров, а также в разработке сценариев проведения финансового моделирования, планов переобучения и стимулирования кадров, натуральных и финансовых нормативов, то есть средних затрат в расчете на выбранную единицу объемов по отдельным статьям.

Особенно важно то, что в ходе планирования накапливается объективная экономическая информация, которая служит основой для принятия решений о рациональном размещении заказа на оказание урологической помощи, в частности, для формирования требований к заказчику урологических услуг и оценки заявок на получение заказа. Кроме того, финансовое планирование формирует навыки экономического мышления у заказчиков и исполнителей, что является условием рыночных преобразований.

В системе АЦУ важным моментом экономического управления является методика управления использованием ресурсов. Она представляет собой комплекс мероприятий, включающий разработку клинических стандартов и критериев оказания урологической помощи, анализ текущей деятельности АЦУ, отделений и отдельных врачей, планирование оказания урологической помощи с акцентом на поиск вариантов с наибольшей эффективностью, контроль за обоснованностью урологической помощи.

Особо важное значение имеет обязательный комплекс мероприятий по обеспечению наибольшей эффективности затрат при применении наиболее сложных и высокзатратных урологических технологий. В этих случаях используется общий набор методов управления. Специфика состоит лишь в интенсивности использования некоторых из них.

Выводы

1. Действующая система муниципальной амбулаторной урологической помощи является малоэффективной.
2. Определены методические принципы моделирования модели АЦУ, цели, совокупность и последовательность задач организации модели. Даны основные параметры организации деятельности модели на принципах МЧП. Перечислены социальные задачи, решаемые АЦУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. - ВОЗ, 2010.
2. Hussein A., Welty C.J., Broering J., Cooperberg M., Carroll P.R. National Prostate Cancer Registries: Contemporary Trends of Prostate Cancer in the United States. // *Urology Practice*. - 2014. - Vol. 1, Issue 4. - P.198 - 204.
3. Аляев Ю.Г. *Болезни предстательной железы*. - Москва, 2009.
4. Марков А.А. *Заболеваемость урологическими заболеваниями в городе Москве*. М.; 2007.
5. Марков А.А., Халыстов И.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у мужчин в городе Москве. // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. - 2008. - С. 31-33.
6. Freedland S.J., Csathy G.S., Dorey F., Aronson W.J. Percent prostate needle biopsy tissue with cancer is more predictive of biochemical failure or adverse pathology after radical prostatectomy than prostate specific antigen or Gleason score. // *J Urol*. - 2002. - Vol. 167. № 2. - P. 516-520.
7. Wong M.C., Goggins W.B., Wang H.H., Fung F.D., Leung C., Wong S.Y., et al. Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries. // *European urology*. - 2016. - Issue 5, Volume 70. - P. 862 - 874. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.043
8. Панова Т.В. Опыт развитых европейских стран в использовании форм и моделей ГЧПВ здравоохранении. // *Вопросы экономики и права*. - 2015. - №89. - С. 99-102
9. Саванкова Н.Е. Развитие государственно-частного партнерства в новых членах Европейского союза - странах Восточной и Центральной Европы. // *Экономические науки*. - 2008. - №8(45). - С. 419-422.
10. Геворкян А.Р. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях (по данным социологического опроса). // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. - 2017. - № 3-4. - С.26-33

Информация об авторе

Геворкян Ашот Рафаэлович, к.м.н., заведующий урологическим отделением Городской поликлиники № 195, Москва, Россия. E-mail: Ashot_Gevorkyan@mail.ru

Получено/Received: 23.05.2017

Принято к печати / Accepted: 19.06.2017

3. Разработана функционально-организационная структура модели окружного АЦУ, особенности ее организации.

4. Сформирована управленческая система модели АЦУ.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

REFERENCES

1. *The European health report 2009: health and health systems*. WHO, 2010. (in Russ.)
2. Hussein A, Welty CJ, Broering J, Cooperberg M, Carroll PR. National Prostate Cancer Registries: Contemporary Trends of Prostate Cancer in the United States. *Urology Practice*. 2014;1(4):198 - 204.
3. Aljaev JuG. *Diseases of the prostate. [Bolezni predstatel'noj zhelezy]*. Moscow; 2009. (in Russ.)
4. Markov AA. *The incidence of urological diseases in the city of Moscow*. Moscow; 2007. (in Russ.)
5. Markov AA, Halyastov IN. Morbidity of malignant neoplasms in men in the city of Moscow. *Vestnik Vserossijskogo obshchestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj indusirii*. 2008;31-33. (in Russ.)
6. Freedland SJ, Csathy GS, Dorey F, Aronson WJ. Percent prostate needle biopsy tissue with cancer is more predictive of biochemical failure or adverse pathology after radical prostatectomy than prostate specific antigen or Gleason score. *J Urol*. 2002;167(2):516-520.
7. Wong MC, Goggins WB, Wang HH, Fung FD, Leung C, Wong SY, et al. Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries. *European urology*. 2016;70(5):862-874. doi: 10.1016/j.eururo.2016.05.043
8. Panova TV. The experience of developed European countries in the use of forms and modelsof PPP in health care. *Voprosy ekonomiki i prava*. 2015;(89):99-102. (in Russ.)
9. Savankova NE. Implementation of public-private partnership projects: foreign experience and Russian practice. *Voprosy ekonomiki i prava*. 2008;45(8):419-422. (in Russ.)
10. Gevorkyan AR. Evaluation of satisfaction with medical care of patients in outpatient clinics (according to sociological survey). *Problemy standartizacii v zdravoochranenii*. 2017;3-4:26-33. (in Russ.)

Information about the author

Ashot R. Gevorkyan, PhD, Head of the urology department, City Polyclinic No. 195, Moscow, Russia. E-mail: Ashot_Gevorkyan@mail.ru