

УЧАСТИЕ МАЛОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОМ ПАРТНЕРСТВЕ В СИСТЕМЕ ОМС

PARTICIPATION OF SMALL BUSINESS IN PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN SYSTEM OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE

E. Ivanov

Annotation

In article the essence of the public-private partnership (PPP), feature of PPP in health sector, main objectives and the PPP forms is considered. The analysis of statistical data on participation of small business in PPP in system of compulsory health insurance is carried out, the main problems interfering inclusion of the private companies in this system are revealed, the ways of improvement of the organizational and economic mechanism of interaction of participants of PPP in system of compulsory health insurance based on application of design approach are offered.

Keywords: PPP, project approach, small business, organizational and economic mechanism.

Иванов Егор Владимирович

Аспирант, ФГАОУ ВО "Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого",
Институт "Торгово-экономический университет"

Аннотация

В статье рассмотрена сущность государственно-частного партнерства (ГЧП), особенности ГЧП в сфере здравоохранения, основные цели и формы ГЧП. Проведен анализ статистических данных об участии малого предпринимательства в ГЧП в системе ОМС, выявлены основные проблемы, препятствующие включению частных компаний в эту систему, предложены пути совершенствования организационно-экономического механизма взаимодействия участников ГЧП в системе ОМС, основанные на применении проектного подхода.

Ключевые слова:

ГЧП, проектный подход, малое предпринимательство, организационно-экономический механизм.

Тема государственно-частного партнерства в российской экономике является чрезвычайно актуальной последние несколько лет. Необходимость создания конкуренции на рынке медицинских услуг, достижения высокого уровня качества предоставляемых услуг, а также проблемы отсутствия эффективных механизмов финансирования и организационно-экономического взаимодействия субъектов экономики влечет за собой развитие государственно-частного партнерства в области медицины как основной формы создания устойчивой и высокоэффективной системы здравоохранения в России.

Термин "государственно-частное партнерство" (ГЧП) является переводом распространенного во всем мире термина "public – private partnership". В зарубежных странах часто термин "public – private partnership" (PPP) употребляется практически для любых форм сотрудничества государственной власти и частного бизнеса. Это может быть совместный проект, унитарное предприятие, государственные налоговые льготы и др. Целью такого партнерства оказывается более эффективное решение общественных задач развития[2].

Основными формами ГЧП являются концессия, про-

ектное ГЧП, частная финансовая инициатива (дуо), а также трио и кварто партнерство. Концессия предполагает форму договора о передаче в пользование комплекса исключительных прав, которые принадлежат правообладателю. Передача прав, как правило, происходит на возмездной основе на ограниченный или неограниченный срок. В рамках ГЧП такие проекты реализуются для передачи государственных предприятий в управление частным лицам, т.е. для создания унитарных предприятий.

Проектное ГЧП предполагает осуществление взаимодействия между государством и частным инвестором в рамках совместного финансирования отдельных проектов. Чаще всего проектное финансирование развивается в инновационной сфере, где при необходимости реализации дорогостоящих проектов велик риск потери денежных средств. ГЧП позволяет разделить инновационно-инвестиционные риски между государством и частным инвестором, что приводит к их снижению для обеих сторон.

Дуо, трио и кварто партнерство осуществляется в рамках совместного использования ресурсов государством и частным сектором. Дуо проекты предполагают соединение ресурсов государства и бизнеса, трио – со-

единение ресурсов государства, бизнеса и интеллектуальной составляющей, коей могут выступать университеты, НИИ, научное объединение. Кварто проекты – соединение государства, бизнеса, интеллектуальной составляющей, а также финансовой организации (банки, инвесторы, иностранный капитал).

Развитие государственно–частного партнерства во всем мире расценивается как основной инструмент воздействия государства на экономику, развития малого и среднего бизнеса, стимулирования инновационного развития страны, создания эффективных механизмов взаимодействия между экономическим субъектами.

В российской экономике "Программа 2020" предусматривает ГЧП как основную форму взаимодействия государства и бизнеса для реализации задач:

- ◆ предоставления на конкурсной основе предприятиям малого и среднего бизнеса грантов (субсидий) по приоритетным направлениям инновационного развития;
- ◆ совершенствование инструментов налогового стимулирования реализации инновационных проектов предприятиями малого и среднего бизнеса;
- ◆ обеспечение доступа предприятиям малого и среднего бизнеса к уникальному исследовательскому оборудованию, а также облегчение процессов сертификации принципиально новой продукции.

Сфера медицинских услуг является в некоторой степени уникальной и отличной от других областей развития экономики, т.к. необходимо найти баланс между социальными целями и экономическими результатами реализации проектов в медицинской сфере. Частные предприятия на рынке медицинских услуг уже довольно давно, однако до недавнего времени в большей степени осуществляли платные услуги и услуги в рамках ДМС, в то время как система ОМС обеспечивалась только государственными бюджетными учреждениями. В настоящий момент ситуация изменилась и появился взаимный интерес в сотрудничестве у государства и у частных клиник в рамках ОМС.

Малое предпринимательство рассматривает участие в системе ОМС, как

- ◆ способ привлечения государственных инвестиций;
- ◆ повышение прибыльности компаний за счет выполнения гос. заказов, а также возможности предложить пациентам ряд платных услуг наряду с бесплатными, входящими в ОМС;
- ◆ осуществление совместных проектов в смежных областях (образование, отдых, т.е. послеоперационная реабилитация больных и т.п.)

Государство, в свою очередь, тоже заинтересовано в привлечении малого предпринимательства в систему ОМС за счет:

- ◆ поддержание уровня конкуренции между государственными и частными клиниками, что способствует снижению цен в частных клиниках и повышению качества предоставляемых услуг в гос. учреждениях;
- ◆ обеспечения доступа государственных бюджетных учреждений к высокотехнологичному оборудованию и уникальным лабораториям частного сектора при оказании медицинских услуг по МРТ и КТ, офтальмологии, а также в области репродуктивной медицины (ЭКО);
- ◆ обеспечения доступности медицинских услуг для населения, например, в рамках осуществления программы "Доктор – рядом";
- ◆ решение проблемы нехватки высококвалифицированных кадров.

Характеристика создавшейся ситуации на рынке медицинских услуг в области реализации проектов ГЧП с участием малого предпринимательства в сфере ОМС требует анализа статистики и выделения основных проблем взаимодействия государства и малого бизнеса.

В рамках государственной программы Ленинградской области "Развитие здравоохранения в Ленинградской области" были достигнуты следующие результаты. В 2014 году в территориальной программе обязательного медицинского страхования Ленинградской области (далее территориальная программа ОМС) участвуют 17 организаций частной формы собственности. Что составляет 27 % от общего числа участников. Данным организациям решением комиссии по разработке территориальной программе ОМС были выделены объемы и финансовые средства по следующим видам медицинской помощи: первичная медико санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная. Объем финансирования составил 204 595 685,43 руб. В 2013 году в территориальной программе ОМС участвовало 12 частных организации. Что составляло 21 % от общего числа участников. Плановый объем финансирования составлял 172 210 776,3 руб. За 12 месяцев 2013 года освоено 100% годового плана. В 2015 году планируется увеличить число организаций – участников территориальной программы ОМС частной формы собственности по профилям медицинской помощи, которые являются дефицитными в государственных учреждениях здравоохранения Ленинградской области [4] (рис 1). Кроме того, по словам А. Кружеля, директора территориального фонда ОМС, по России из 361 организации, оказывающей помощь по ОМС, в этом году 135 частных. В деньгах это всего 2,4% – ну, так сложилось: частные организации пришли на рынок, когда он был уже практически занят. Но если в прошлом году ими было освоено 902 млн средств фонда, то в этом – уже 1,2 млрд рублей, то есть рост – 34%.



Рисунок 1. Объем финансирования частных клиник по проектам ГЧП в системе ОМС по Ленинградской области.

Анализ статистических данных позволяет сделать выводы о том, что в системе ОМС наблюдаются рост участия малого бизнеса, а также объемов финансирования совместных проектов малых частных компаний с государством. Однако, несмотря на то, что наблюдается рост участия малого бизнеса в системе ОМС по статистическим данным по Ленинградской области, в натуральном выражении рост составил 5 новых клиник за 2014 год. Этого далеко недостаточно, и проблема формирования эффективных механизмов сотрудничества малого предпринимательства и государства в ОМС остается актуальной.

Рассмотрим основные проблемы, возникающие в проектах ГЧП при привлечении малого бизнеса в систему ОМС. Важнейшим аспектом неудовлетворенности частных клиник интеграцией в систему ОМС и их нежелание участвовать в ней основано на заниженных государственных тарифах оплаты медицинских услуг, рассчитанных на государственные учреждения.

Себестоимость оказания услуг у государственными бюджетными организациями существенно отличается от себестоимости частных клиник. Так, например, в тарифе частных клиник должны быть учтены расходы на аренду помещения, в котором находится медицинская организация, амортизацию зданий, сооружений, оборудования, которое числится на балансе клиники, повышенную заработную плату персонала, обоснованную высоким уровнем квалификации кадров и т.п. Государственные бюджетные учреждения пользуются государственным имуществом и многие статьи расходов, характерные для частного бизнеса в этом случае отсутствуют. При привлечении в ОМС частных компаний государство не учитывает этой разницы и компенсирует расходы по заниженным тарифам.

Другой немаловажной проблемой является необходимость работы частных клиник по высоким государственным стандартам и в связи с этим необходимость постоянного контроля оказываемых услуг. Организационно-экономический механизм взаимодействия государства и частных клиник включает страховые организации, которые осуществляют контролируемую функцию, т.е. проверяют соответствие уровня оказываемых услуг государственным стандартам и контролируют, чтобы эти услуги были полностью бесплатны для пациентов в рамках ОМС. Информация о проверке и заключение о соответствии принятым стандартам передается страховой компанией в ТФОМС. Информация об оказанных услугах содержится в единой информационной системе. Согласно этим данным деньги за оказанные услуги по ОМС поступают в частные клиники от ТФОМС через страховые организации. Т.к. происходят постоянные задержки с проведением аудита и поступлением документов о соответствии частной клиники государственным стандартам, то деньги за оказанные услуги частные компании получают также с большим опозданием, что вызывает возникновение кассовых разрывов и временные финансовые трудности организаций. Совершенствование организационно-экономического механизма взаимодействия государства и частного бизнеса в системе ОМС поможет решить проблемы регулярности и своевременности финансирования, а также ликвидировать лишние звенья и оптимизировать процесс сотрудничества.

Часто в качестве смежной проблемы выделяют неравномерность распределения бюджетных средств в рамках различных форм ГЧП в системе ОМС. Так, например, очень мало используется уникальное оборудование частных компаний для диагностических целей с государственной оплатой в рамках ОМС. Многообразие возмож-

ных форм сотрудничества бюджетных и частных клиник позволяет расширить формы проектов ГЧП и равномерно распределять бюджетные средства. Следует отметить, что основной причиной неравномерности является ограниченность средств, выделяемых на медицинское страхование. Всемирная организация здравоохранения рекомендует выделять на медицинское страхование не менее 5% валового национального продукта. Европейские страны выделяют в среднем 7–9%, США – 14%, Россия – 3%. Несмотря на то, что общие объемы финансирования возрастают каждый год, этой суммы недостаточно, чтобы покрыть все необходимые расходы.

Кроме того, инновационное развитие в медицинской области является основным показателем успешности и надежности системы здравоохранения страны. Венчурные проекты на исследование новых препаратов для лечения неизлечимых болезней очень дорогостоящи и рискованны. Частные компании не могут взять на себя такую высокую долю риска, следовательно участие государства в инновационном процессе развития медицины необходимо.

И еще один момент, которые необходимо упомянуть в обсуждении системы ОМС, это список услуг, которые включены в эту систему. Он достаточно узок и ограничен. Услуги, включенные в ОМС, оплачиваются по недорогому тарифу, в то время, как частные компании интересуют дорогостоящие услуги, т.к. норма прибыли при оказании таких услуг возрастает. Таким образом, встает проблема необходимости расширения списка услуг, входящих в ОМС и развития ДМС

Исходя из сформулированных выше проблем, препятствующих вступлению частных компаний в сотрудничество с государством в сфере ОМС необходимо:

- ◆ разработать эффективный организационно-экономический механизм взаимодействия государства и малого предпринимательства;
- ◆ оптимизировать систему финансирования проектов ГЧП, обеспечив равномерность распределения бюджетных средств, а также своевременность их поступления к субъектам малого предпринимательства;
- ◆ расширять список услуг, включенных в ОМС, а также заниматься развитием системы добровольного медицинского страхования;
- ◆ более гибкая ценовая политика государства, обеспечивающая возмещение обоснованных затрат малому предпринимательству при участии в системе ОМС [3].

Для формирования структур ГЧП в сфере ОМС необходимо использовать различные формы сотрудничества. Это может быть передача на аутсорсинг бюджетными организациями некоторых функций частным компаниям, которые обладают для этого специальными навыками,

знаниями и уникальным оборудованием. Это позволит сократить издержки бюджетных больниц и повысить качество оказываемых услуг. Их стоимость при этом возмещается из ФОМС. Структура ГЧП может быть создана и в сфере, смежной с медицинской. Например, передача частной компании функций управления бюджетной организацией или управления отдельными видами деятельности государственной компании (маркетинг, инновационная деятельность, бухгалтерия и финансовая отчетность и т.п.). Обратимся к трио и кварто партнёрству в ГЧП, при котором объединяются не только государственные ресурсы и ресурсы бизнеса, но и интеллектуальные ресурсы НИИ или университета и финансовые организации. При таком партнерстве образуется самодостаточная система, в которой все участники имеют общие цели (экономические и социальные), стратегию их достижения, набор проектов к реализации, а также бюджетные и коммерческие ресурсы для их финансирования. При такой организации деятельности формируется мини-кластеры, высокая эффективность деятельности которых подтверждается во всем мире. Наряду с социальными целями, такие структуры являются, как правило, достаточно прибыльными за счет достижения синергетического эффекта, инновационными, т.к. жесткая конкуренция заставляет совершенствовать качество товаров и услуг и искать нишу, в которой конкурентов меньше, и эффективными за счет высокого уровня управляемости.

Для оптимизации механизма сотрудничества и финансирования проектов ГЧП в сфере ОМС необходимо использовать проектное управление. Проектный подход заключается в рассмотрении всей структуры ГЧП как совокупности проектов. Выстраивание проектов соответственно целям участников, отбор наиболее значимых из них, анализ инвестиционной привлекательности и срочности проектов является основой деятельности ГЧП. Осуществление стратегии базируется на реализации ряда стратегических инициатив и контроле их результата.

Т.к. средства ОМС могут быть использованы на финансирование различных форм ГЧП, то необходимо разделить эти средства согласно поставленным целям. Например, на обеспечение доступности медицинских услуг населению, на повышение качества предоставляемых услуг, на дополнительные, включенные в ОМС услуги (экстракорпоральное оплодотворение, высокотехнологичные услуги, гемодиализ и т.п.), на инновационное развитие медицинских компаний и поиск новых лекарств и методов лечения. Согласно выделенным целям необходимо распределить бюджет по степени важности их достижения. Например, самой важной является первая цель, следовательно, на нее необходимо выделить 40% бюджета ФОМС, на достижение второй цели – 20% бюджета и т.д. Отбор проектов необходимо осуществлять, исходя из эффективности в социальной сфере, т.е. степень достижения социальных целей, и вес этого критерия

составляет примерно 70%, а также экономической эффективности, т.к. бюджетные средства не способны полностью покрыть затраты на предоставление услуг.

Критериями эффективности в экономической сфере выступают научно-технические показатели, включающие технико-экономическое обоснование проекта, оценку перспективности научно-технических решений, оценку эффективности внедрения проекта в производство и т.п. Коммерческие показатели характеризуют данные о размерах инвестиционных вложений, норме прибыли, чистый дисконтированный доход, внутреннюю норму доходности, срок окупаемости, налоговые льготы, а также различные виды риска, влияющие на принятие решения об инвестировании. Производственные критерии характеризуют доступность сырья, материалов, высококвалифицированных рабочих для работы над проектом на различных стадиях его жизненного цикла. Рыночные критерии предполагают исследование востребованности продукта, производимого в результате инвестиционного проекта, на рынке. Такое исследование помогает оценить потенциальный уровень спроса на услугу, примерную долю рынка, которую может занять компания, используя эту маркетинговую нишу.

Критерии социальной эффективности определяют значимость проекта с точки зрения скорости достижения поставленных целей, полноты их достижения. Социальная значимость может быть велика для проектов, которые являются совершенно экономически невыгодными, но их реализация все же необходима. Выбирать необходимо те инициативы, при которых цели ГЧП будут достигнуты максимально быстро, полно и эффективно. Например, не строить в районной больнице диагностическую лабораторию, а отдать эту услугу на аутсорсинг в сеть частных клиник, у которых уже есть все необходимое оборудование и обученный персонал.

Из-за невозможности проводить глубокую оценку каждого проекта перед рассмотрением возможности его реализации в кластере, целесообразно разделить его оценку на две стадии: предварительную оценку, которая не вызывает спорных моментов между участниками кластера, и общую оценку приоритетности выбора проектов, которая и является предметом спора. В предварительную оценку необходимо включить анализ научно-технических показателей проекта, рыночных факторов, производственных факторов, а второй этап вынести экономическую, социальную и инновационную оценку проекта [5].

Необходимо сформировать функцию оптимизации, при которой набор проектов к реализации позволяет максимально достичь поставленных целей при некоторых ограничениях. Ограничениями в данном случае выступают бюджетные средства, выделенные для достижения каждой цели.

Кроме того, в проектном подходе высокую значимость имеет принятый организационно-экономический механизм взаимодействия экономических субъектов. Руководство системой ГЧП предполагает мониторинг стратегических целей всех участников системы, рассмотрение и отбор проектов, которые позволяют наиболее полно, своевременно и эффективно достичь поставленных целей, а также распределить бюджетные средства ТФОМС между участниками ГЧП согласно вкладу в реализацию отобранных проектов. Для оптимизации работы механизма необходимо исключить финансовое посредничество страховых компаний и закрепить за ними только контрольную функцию (медицинский аудит). Возможность их исключения обоснована существованием единой информационной системы, содержащей информацию о выполненных услугах, подлежащих возмещению из ТФОМС согласно принятым тарифам [1]. Ликвидация финансового посредничества сократит длительность перевода денег из ТФОМС на расчетный счет частной медицинской организации, что позволит избежать финансовых задержек и возникновения кассовых разрывов в копаниях.

Для анализа предлагаемых проектов и оценки их экономической и социальной эффективности необходимо введение проектной компании, проводящей расчет технико-экономических показателей того или иного проекта, и управляющей компании, которая будет принимать решение о принятии к реализации того или иного проекта или его отклонения.

При этом управляющая компания осуществляет контроль за достижением целей участников ГЧП. Она становится стратегическим и финансовым посредником между ТФОМС и медицинскими организациями. Однако, правильно сформированный портфель проектов к реализации позволит обеспечить не только высокую эффективность работы ГЧП, но и своевременность финансирования медицинских организаций. Предложенный механизм представлен на **рис. 2**.

Предложенный механизм позволяет исключить финансовое посредничество страховых медицинских организаций, закрепив за ним только функцию медицинского аудита. Проекты медицинских организаций, как частных, так и государственных, предлагаемых к реализации в рамках ГЧП направляются в проектную компанию, которая проводит оценку их экономической рентабельности и социальной значимости согласно принятым критериям эффективности.

Расчетные данные эффективности по каждому проекту направляются в управляющую компанию, которая согласно поставленным целям формирует оптимальный портфель из отобранных проектов, имеющих высокую социальную и экономическую значимость.



Рисунок 2. Организационно-экономический механизм сотрудничества участников ГЧП в сфере ОМС.

По факту оказанных услуг в рамках того или иного проекта ТФОМС производит финансирование медицин-

ских организаций по оказанию услуг населению в системе ОМС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галстян Г.С. О перспективной модели государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения с привлечением управляющих компаний. / Проблемы современной экономики. – № 3 (54), 2014 г.
2. Государственно-частное партнерство: теоретические основы, базовые принципы и практика реализации: труды коллективной монографии / под ред. док. эк. наук, проф. Глухова В.В. – СПб, Изд-во Политехн. ун-та., 2014. 568 с.
3. Ершов Д.Л. Разработка проектов стратегического партнерства государства и бизнеса в здравоохранении // Российское предпринимательство. – 2013 №22 (244), с. 205–214.
4. Информация о результатах реализации программных и концептуальных документов, утвержденных органами государственной власти субъектов Российской Федерации, по вопросам развития государственно-частного взаимодействия (государственно-частного партнерства) в здравоохранении за период с даты утверждения документа по сентябрь 2014 года (на основании сведений, представленных субъектами Российской Федерации).
5. Несмачных О.В. Организационно-экономический механизм функционирования кластера на основе проектного подхода. / Ученые записки КнаГТУ – № IV – 3(12) – 2013, стр. 82–89.