



**КонсультантПлюс**  
надежная правовая поддержка

Распоряжение Правительства Орловской  
области от 01.04.2013 N 137-р  
<О Концепции развития  
государственно-частного партнерства в сфере  
здравоохранения Орловской области на 2013 -  
2020 годы>

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 28.10.2014

## ПРАВИТЕЛЬСТВО ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### РАСПОРЯЖЕНИЕ от 1 апреля 2013 г. N 137-р

В соответствии с [указом](#) Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики", распоряжением Правительства Орловской области от 26 февраля 2013 года N 67-р, а также в целях повышения качества услуг, предоставляемых в сфере здравоохранения:

1. Утвердить прилагаемую [Концепцию](#) развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы.
2. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя Председателя Правительства Орловской области, руководителя блока социального развития О.Н. Ревякина.

Председатель Правительства  
Орловской области  
А.П.КОЗЛОВ

Приложение  
к распоряжению  
Правительства Орловской области  
от 1 апреля 2013 г. N 137-р

### КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2013 - 2020 ГОДЫ

#### I. Общие положения

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи должно являться одним из приоритетов государственной политики.

Эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами:

совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);

развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом.

Концепция развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы (далее также - Концепция) содержит анализ состояния здравоохранения области и обоснование необходимости решения проблем отрасли посредством развития

государственно-частного партнерства, а также основные цели, задачи и способы совершенствования системы здравоохранения на основе применения системного подхода.

Концепция разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законодательством Орловской области, общепризнанными принципами и нормами международного права в области здравоохранения и с учетом отечественного зарубежного опыта.

## II. Анализ состояния здравоохранения области и обоснование необходимости решения проблем отрасли посредством развития государственно-частного партнерства

Актуальность разработки Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы обусловлена наличием отрицательной динамики некоторых показателей общественного здоровья: высокой заболеваемостью социально значимыми заболеваниями, заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхолегочной системы, необходимостью реструктуризации учреждений первичной медико-санитарной помощи, модернизации специализированных видов медицинской помощи, обновления основных фондов и расширения сети учреждений здравоохранения.

Несмотря на то, что за последние три года наметилась тенденция к росту рождаемости, в Орловской области сохраняется напряженная демографическая ситуация, так как уровень смертности по-прежнему превышает уровень рождаемости. Показатель общей смертности в расчете на 1000 населения в 2012 году уменьшился и составил 16,2 (2011 год - 16,3; 2010 год - 17,4; Российская Федерация - 14,2). Показатель рождаемости в 2012 году увеличился до 11,1 (2011 год - 10,5; 2010 год - 11,0; Российская Федерация в 2009 году - 12,4). Показатель естественного прироста населения в 2012 году составил (- 5,1); в 2011 году - (- 5,8); в 2010 году - (- 6,4).

Преобладают умершие от болезней системы кровообращения - 101,7 (2011 году - 103,0; 2010 год - 110,6), что составляет 63,1% в структуре общей смертности. В данном классе основными причинами смерти стали:

цереброваскулярные болезни - 19,1 (2011 год - 19,6; 2010 год - 21,0), что составляет 11,9%;  
острый и повторный инфаркт миокарда - 4,1 (2011 год - 4,6; 2010 год - 4,9), что составляет 2,5%;  
гипертоническая болезнь - 2,3 (2011 год - 2,3; 2010 год - 1,9), что составляет 1,4%.

В общей структуре смертности второе место занимают злокачественные новообразования - 24,5 (в 2011 году - 23,5; 2010 год - 24,3), что составляет 15,2% в структуре общей смертности.

На третьем месте находится смертность от несчастных случаев, отравлений и травм - 14,3 (2011 год - 15,2; 2010 год - 16,4), что составляет 8,9% от общей смертности. В 2012 году несколько уменьшилась смертность в результате отравления алкоголем и составила 2,2 (2011 год - 2,5; 2010 год - 2,7).

Четвертое место занимает смертность от болезней органов пищеварения - 7,2 (2011 год - 7,6; 2010 год - 7,4), что составляет 4,4% от общей смертности.

На пятом месте находится смертность от болезней органов дыхания - 5,3 (2011 год - 5,9; 2010 год - 6,2), что составляет 3,3% от общей смертности.

На протяжении последних пяти лет отмечается устойчивая тенденция снижения числа умерших в трудоспособном возрасте. В 2012 году данный показатель составил 2817 человек (2011 год - 3041; 2010 год - 3262; 2009 год - 3408; 2008 год - 3752), доля умерших в трудоспособном возрасте среди всех умерших уменьшилась до 22,3% (2011 год - 23,8%; 2010 год - 23,8%).

В структуре причин смерти лиц трудоспособного возраста преобладают:

1) болезни системы кровообращения - 33,4% (941 человек); 2011 год - 34,8% (1057 человек); 2010 год - 34,5% (1127 человек);

2) несчастные случаи, отравления и травмы - 27,5% (774 человек); 2011 год - 27,9% (850 человек); 2010 год - 28,5% (929 человек);

3) новообразования - 17,9% (505 человек); 2011 год - 16,9% (514 человек); 2010 год - 15,6% (508 человек);

4) болезни органов дыхания, пищеварения - 9,1% (255 человек); 2011 год - 8,6% (263 человека); 2010 год - 8,4% (273 человека).

Показатель смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на 10000 трудоспособного населения) снизился и составляет 61,1 (в 2011 году - 64,7; 2010 году - 67,1), в том числе вследствие:

болезней системы кровообращения - 20,4 (2011 год - 22,5; 2010 год - 23,2);  
несчастных случаев, травм, отравлений - 16,8 (2011 год - 18,1; 2010 год - 19,1);  
новообразований - 11,0 (2011 год - 10,9; 2010 год - 10,4);  
болезней органов пищеварения - 5,5 (2011 год - 5,6; 2010 год - 5,6);  
болезней органов дыхания - 3,1 (2011 год - 3,3; 2010 год - 3,4).

Количество родов в области увеличилось до 8859; (2011 год - 8308; 2010 год - 8687), и продолжает сокращаться общее количество аборт - 6074 (2011 год - 6760; 2010 год - 6833; 2009 год - 7590; 2008 год - 8609), что в расчете на 1000 женщин фертильного возраста составляет 31,7; (2011 год - 32,6; 2010 год - 33,0; 2009 год - 35,9; 2008 год - 40,0).

Показатель младенческой смертности по области (на 1000 родившихся) в 2012 году составил 10,3 (2011 год - 7,8; 2010 год - 7,2). Увеличение данного показателя произошло в связи с переходом на новые критерии регистрации смертности (в расчет вошли дети с массой тела от 500 до 999 грамм). При анализе структуры младенческой смертности выявлено абсолютное преобладание заболеваний перинатального периода (77,3%), на втором месте - врожденные аномалии (22,7%).

Показатель материнской смертности в 2012 году составил 11,6 (1 случай); 2011 год - 24,4 (2 случая, в том числе один из другой области); 2010 год - 23,0 (2 случая).

Уровень общей заболеваемости (на 1000 соответствующего населения), по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения, среди взрослого населения продолжал увеличиваться и составил 1656,6 (2011 год - 1626,7; 2010 год - 1625,1). В Российской Федерации в 2011 году данный показатель составил 1434,3.

Среди взрослого населения отмечается рост таких групп зарегистрированных заболеваний, как:

болезни органов дыхания - 228,4 (2011 год - 213,4; 2010 год - 216,7);  
болезни костно-мышечной системы - 166,9 (2011 год - 160,9; 2010 год - 161,9);  
болезни эндокринной системы - 82,2 (2011 год - 75,6; 2010 год - 76,8).

Болезни системы кровообращения занимают одно из ведущих мест в структуре обращаемости населения за медицинской помощью и составляют 20% (2011 год - 19,2%; 2010 год - 19%).

Ведущая роль (1-е место) принадлежит следующим болезням:

1) обусловленным повышенным кровяным давлением - 40% (2011 год - 38,3%; 2010 год - 37,3%);  
2) ишемическая болезнь сердца - 25,8% (2011 год - 26%; 2010 год - 25,0%);  
3) цереброваскулярные болезни - 19,7% (2011 год - 20,2%; 2010 год - 20,2%).

Второе место занимают болезни органов дыхания - 13,8% (2011 год - 13,1%; 2010 год - 13,3%).

На третьем месте находятся болезни мочеполовой системы - 11% (2011 год - 11,3%; 2010 год - 10,3%).

На четвертом и пятом местах находятся болезни костно-мышечной системы - 10,1% (2011 год - 9,8%; 2010 год - 10%) и болезни глаза и его придаточного аппарата - 8,9% (2011 год - 9,7%; 2010 год - 9,5%) соответственно.

Среди подростков отмечается тенденция к росту следующих заболеваний:

болезни глаза и его придаточного аппарата - 222,5 (2011 год - 210,8; 2010 год - 205,2);  
костно-мышечной системы - 186,5 (2011 год - 152,8; 2010 год - 158,7);  
мочеполовой системы - 173,3 (2011 год - 170,6; 2010 год - 179,0).

По распространенности заболеваний среди подростков занимают:

первое место - болезни органов дыхания - 35,5% (2011 год - 35,2; 2010 год - 34,5%);  
второе место - болезни глаза и его придаточного аппарата - 9,4% (2011 год - 9,6%; 2010 год - 9,1%);  
третье место - травмы и отравления - 8,1% (2011 год - 8,1%; 2010 год - 8,4%);  
четвертое место - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 7,9% (2011 год - 6,9%;

2010 год - 7,0);

пятое место - болезни мочеполовой системы - 7,3% (2011 год - 7,7%; 2010 год - 7,9%).

Среди подростков отмечается тенденция к снижению заболеваемости:

органов пищеварения - 134,9 (2011 год - 145,7; 2010 год - 141,8);  
болезней эндокринной системы - 97,7 (2011 год - 98,5).

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет (на 1000 человек детского населения), по данным обращаемости, увеличилась и составила 2601,8 (2011 год - 2558,0; 2010 год - 2465,6). Количество детей, имеющих различные хронические заболевания и состоящих на диспансерном учете у педиатров и других специалистов, уменьшилось по сравнению с данными 2011 года на 267 человек и составило 26014 человек. Показатель диспансеризации (на 1000 детского населения) - 238,7 (2011 год - 243,3; 2010 год -

251,2).

В структуре заболеваемости детского населения, по данным обращаемости, преобладают: болезни органов дыхания - 55,6% (2011 год - 55,3%; 2010 год - 54,8%); болезни глаза и его придаточного аппарата - 5,9% (2011 год - 6,0%; 2010 год - 5,9%); травмы, отравления и другие последствия внешних причин - 5,8% (2011 год - 5,6%; 2010 год - 5,2%); болезни органов пищеварения - 3,9% (2011 год - 4,0%; 2010 год - 4,8%); болезни кожи и подкожной клетчатки - 3,9% (2011 год - 3,9%; 2010 год - 4,2%).

Болезненность детей по классу болезней органов дыхания (на 1000 детского населения) составляет 1447,0 (2011 год - 1415,2; 2010 год - 1352,0); болезни глаза и его придаточного аппарата - 153,6 (2011 год - 153,5; 2010 год - 145,2); травмы, отравления и другие последствия внешних причин - 151,6 (2011 год - 142,7; 2010 год - 127,5), болезни органов пищеварения - 102,4 (2011 год - 103,6; 2010 год - 118,0), заболевания кожи и подкожной клетчатки - 101,8 (2011 год - 99,9; 2010 год - 104,1).

Общая численность детей-инвалидов до 18 лет уменьшилась по сравнению с 2011 годом на 27 человек и составила 2859 детей (2011 год - 2886; 2010 год - 2854), из которых 58% - мальчики и 41% - девочки (2011 год - 58,5% и 41,5%; 2010 год - 58,8% и 41,2% соответственно).

Наибольшее число детей-инвалидов фиксируется в возрастной группе 10 - 14 лет - 32% (2011 год - 31,9%; 2010 год - 32,0% всех детей, имеющих инвалидность). Второй по численности является возрастная группа 5 - 9 лет - 28% (2011 год - 26,7%; 2010 год - 26,6%), третьей - подростки 15 - 17 лет - 22,9% (2011 год - 25,1%; 2010 год - 25,4%).

Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, преобладают: психические расстройства и расстройства поведения - 29,2% (2011 год - 30,6%; 2010 год - 30,7%); болезни нервной системы - 19,3% (2011 год - 18,2%; 2010 год - 17,7%); врожденные аномалии - 18,5% (2011 год - 17,7%; 2010 год - 18,3%).

Показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 100 работающих в 2012 году составил в днях 783 (2011 год - 795; 2010 год - 803,1); в случаях - 54,2 (2011 год - 56,6; 2010 год - 55,0).

Средний срок пребывания на больничном листе составил 14,5 дней (2011 год - 14,1; 2010 год - 14,6).

В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности на протяжении ряда лет первое место занимают болезни органов дыхания, что составляет 37,3% (2011 год - 39,8%; 2010 год - 21,0%). На второе место выходят болезни костно-мышечной системы - 14,7% (2011 год - 13,9%; 2010 год - 16,1%). На третьем месте находятся болезни органов кровообращения - 10,5% (2011 год - 10,4%; 2010 год - 12,3%). На четвертом и пятом местах находятся травмы и отравления, что составляет 10,5% (2011 год - 9,4%; 2010 год - 15,8%), и болезни мочеполовой системы, что составляет 5,8% (2011 год - 6,2%; 2010 год - 5,1%) соответственно.

Число впервые признанных инвалидами (на 10000 взрослого населения) составило 69,6% (2011 год - 69,3%; 2010 год - 76%). В трудоспособном возрасте - 46,8% (2011 год - 44,8%; 2010 год - 48,7%).

По структуре первичного выхода на инвалидность среди всего взрослого населения области заболевания распределились следующим образом:

- 1) болезни системы кровообращения - 38,8% (2011 год - 37,7%; 2010 год - 40,4%);
- 2) злокачественные новообразования - 23,0% (2011 год - 23,1%; 2010 год - 20,4%);
- 3) болезни костно-мышечной системы - 13,0% (2011 год - 13,4%; 2010 год - 13,5%);
- 4) болезни глаза и его придаточного аппарата - 5,0% (2011 год - 5,2%; 2010 год - 5,5%);
- 5) последствия травм - 4,5% (2011 год - 4,8%; 2010 год - 5,2%).

По структуре первичного выхода на инвалидность среди трудоспособного населения области места распределились следующим образом:

- 1) болезни системы кровообращения - 31,1% (2011 год - 27,4%; 2010 год - 31,9%);
- 2) злокачественные новообразования - 22,8% (2011 год - 23,8%; 2010 год - 19,5%);
- 3) болезни костно-мышечной системы - 14,7% (2011 год - 13,9%; 2010 год - 16,5%);
- 4) последствия травм - 6,5% (2011 год - 7,4%; 2010 год - 8,0%);
- 5) болезни нервной системы - 5,1% (2011 год - 5,7%; 2010 год - 5,3%).

В рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье", областной программы "Модернизация здравоохранения Орловской области на 2011 - 2013 годы" были частично оснащены диагностическим оборудованием бюджетные учреждения здравоохранения области, но сохраняется ряд медицинских учреждений, которые по оснащению не соответствуют рекомендуемым порядкам и стандартам.

Проблемы здравоохранения Орловской области длительное время были связаны с высоким уровнем

---

дотационности бюджета, несформированностью инфраструктуры рынка медицинских услуг.

Материально-техническая база медицинских учреждений, информатизация системы оказания медицинской помощи требует дополнительных финансовых вливаний с целью формирования единого подхода к реализации программы государственных гарантий и обеспечения выполнения федеральных отраслевых стандартов диагностики и лечения на территории всей страны.

Внедрение диагностических и лечебных технологий в систему практического здравоохранения требует инвестиций, которые должны быть направлены на ключевые, приоритетные направления медицинской отрасли. Это позволит получить максимальный эффект в области улучшения состояния здоровья граждан. Одной из форм решения имеющихся проблем может стать развитие на территории Орловской области государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

Государственно-частное партнерство (далее также - ГЧП) - долгосрочное взаимовыгодное сотрудничество публичного и частного партнеров, направленное на реализацию проектов государственно-частного партнерства, в целях достижения задач социально-экономического развития публично-правовых образований, повышения уровня доступности и качества публичных услуг, достигаемое посредством разделения рисков и привлечения частных ресурсов.

Предпосылкой развития ГЧП явилась острая потребность в развитии инфраструктурных объектов отрасли.

Преимущество использования ГЧП:

- 1) возможность повышения качества социальных услуг;
  - 2) участие бизнеса в развитии объектов государственной собственности;
  - 3) использование профессионализма и опыта частного сектора в развитии современных форм проектного финансирования;
  - 4) организации управления собственностью и хозяйственной деятельностью объектов;
  - 5) помощь в развитии инфраструктуры, которая не была бы реализована в иных условиях.
- Правовые основы к созданию ГЧП:

---

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Федеральный закон N 115-ФЗ издан 21.07.2005, а не 01.07.2005.

---

1) Федеральный закон от 1 июля 2005 года N 115-ФЗ "О концессионных соглашениях", где в числе прочих определены объекты, используемые для осуществления лечебно-профилактической, медицинской деятельности, организации отдыха граждан и туризма;

2) Федеральный закон от 1 декабря 2007 года N 315-ФЗ "О саморегулируемых организациях";

3) Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";

4) постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2009 года N 138 "Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении объектов здравоохранения, в том числе объектов, предназначенных для санаторно-курортного лечения";

5) Закон Орловской области от 12 октября 2011 года N 1277-ОЗ "Об участии Орловской области в государственно-частных партнерствах".

На данный момент государственно-частное партнерство на территории Орловской области представлено как участие частных медицинских организаций в реализации территориальной программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению Орловской области (далее также - ТППГ).

Медицинскую помощь жителям области в рамках ТППГ оказывают 60 лечебно-профилактических учреждений, в том числе 45 - стационарную.

Доврачебную помощь оказывают сельскому населению в 451 фельдшерско-акушерском пункте (далее также - ФАП).

На сегодня в программе ОМС работает 424 ФАП. В области наряду с 24 центральными районными больницами функционируют 2 номерные и 2 участковые больницы, а также 5 врачебных амбулаторий, 25 офисов врачей общей практики. В системе ОМС работают 55 лечебно-профилактических учреждений (2010 год - 55). Амбулаторная помощь оказывается в 7 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, являющихся юридическими лицами, на базе 24 центральных районных больниц, государственных учреждений здравоохранения Орловской области, многопрофильного БУЗ Орловской области "Городская больница им. С.П. Боткина", где функционируют поликлинические отделения.

Общее количество больничных коек в Орловской области на 1 января 2012 года составляет 6929 (2010 год - 6895; 2009 год - 6968 (без учреждения федерального подчинения); мест дневного пребывания в стационарах - 631 (2010 год - 608; 2009 год - 539).

Обеспеченность койками в Орловской области на 10 тыс. населения составила 99,1 койки (2010 год - 87,7; 2009 год - 85,8). Уровень госпитализации (на 100 жителей) - 23,5 (2010 год - 23,8; 2009 год - 22,9).

Коечный фонд сельского здравоохранения насчитывает 34,3% от числа всех коек в области. Обеспеченность койками в районах области составляет 56,6 на 10 тысяч населения, по области - 106,9.

Сельские жители составляют 43,8% от всех госпитализированных в стационары (2010 год - 43,6%, 2009 год - 43,3%). По центральным районным больницам этот показатель составляет 50,3% (2010 год - 51%; 2009 год - 50,6%); по областным учреждениям - 40,0% (2010 год - 38,7%; 2009 год - 57,0%), в том числе по БУЗ Орловской области "Орловская областная клиническая больница" - 60,2% (2010 год - 62,2%; 2009 год - 62,2%); по БУЗ Орловской области "Детская областная клиническая больница" - 51,9% (2010 год - 54,4%; 2009 год - 53,9%).

Специализированные виды помощи оказываются сельским жителям в учреждениях областного уровня - это, в первую очередь, БУЗ Орловской области "Орловская областная клиническая больница", БУЗ Орловской области "Детская областная клиническая больница", профильные диспансеры, городские лечебно-профилактические учреждения. Сельские жители в структуре больных, пролеченных в областных стационарах, составляют 44,3%, а по БУЗ Орловской области "Орловская областная клиническая больница" - 61,4%.

Кроме учреждений государственной системы здравоохранения на территории Орловской области функционирует 206 организаций, относящихся к негосударственной системе здравоохранения, среди которых подавляющее большинство предоставляют стоматологические услуги; 24 организации негосударственной системы здравоохранения являются многопрофильными, оказывающими амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь.

Объемы медицинской помощи ежегодно определяются ТППГ, утверждаемой постановлением Правительства Орловской области. В 2013 году в рамках ТППГ работает 3 частные медицинские организации (в 2012 году - 5).

В целях обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, в Орловской области к 2020 году целесообразно увеличить количество медицинских организаций, участвующих в реализации ТППГ, за счет частных медицинских организаций.

Доля частных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению Орловской области, к 2020 году должна составить не менее 20%.

Дальнейшее развитие государственно-частного партнерства позволит решить проблемы:

1) обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения;

2) повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

3) формирования мотивации на ведение здорового образа жизни у населения Орловской области;

4) развития системы комплексной профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при различных заболеваниях, включая социально значимые, за счет привлечения представителей частных структур.

### III. Цели, задачи и основные направления Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы

Целями реализации Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы являются обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, за счет привлечения к оказанию

---

медицинской помощи в государственной системе здравоохранения представителей бизнеса.

Для достижения указанных целей необходимо решить следующие задачи:

1) повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

2) формирование мотивации на ведение здорового образа жизни у населения Орловской области;

3) развитие системы комплексной профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при различных заболеваниях, включая социально значимые.

Выполнение данных задач в рамках развития государственно-частного партнерства на период 2013 - 2020 годов способствует реализации целей, поставленных в рамках государственной [программы](#) Орловской области "Развитие отрасли здравоохранения в Орловской области на 2013 - 2016 годы", продление которой планируется до 2020 года.

Ожидаемым результатом является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребности населения, что приведет к снижению смертности населения до 15,7 на 1000 человек, в том числе от болезней системы кровообращения - до 760,0 на 100000 человек, а также к снижению младенческой смертности до 8,2 на 1000 родившихся.

Основными направлениями реализации Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Орловской области на 2013 - 2020 годы являются:

1) финансовое обеспечение за счет участия представителей частной системы здравоохранения в реализации ТППГ в утвержденных объемах финансирования по полному тарифу оплаты медицинской услуги (обязательное медицинское страхование). При этом варианте реализация наиболее эффективна в связи с тем, что при наличии риска, связанного с уровнем заинтересованности представителей государственной системы здравоохранения в участии реализации ТППГ в рамках обязательного медицинского страхования (тариф на оказание конкретной медицинской услуги), возможно оперативное перераспределение государственного заказа между другими участниками ТППГ.

Возможность участия частной медицинской организации в территориальной программе обязательного медицинского страхования определена Федеральным [законом](#) от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и носит ежегодный заявительный характер. Поэтому возникают риски участия частной медицинской организации на короткий срок (один год).

Преодоление таких рисков может быть осуществлено путем реализации эффективной тарифной политики;

2) заключение соглашений с представителями бизнеса по передаче им отдельных функций при осуществлении работ и услуг в сфере здравоохранения (аутсорсинг). При этом варианте реализация сопряжена с рисками, связанными с уровнем добросовестности представителей частных структур по исполнению ими заключенных контрактов (монополизм, несоответствие оказываемых услуг стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, рост цены услуги). Этот риск подтверждается имеющимся опытом регионов (оказание скорой медицинской помощи, организация питания пациентов и др.);

3) заключение договоров (соглашений) с представителями бизнеса на оказание ими отдельных видов медицинской помощи силами и средствами, имеющимися в их распоряжении (лабораторно-диагностические исследования, в том числе высокотехнологичные), в соответствии с требованиями Федерального [закона](#) от 21 июля 2005 года N 94-ФЗ "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд".

---