УДК334.784

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА НА ПРИМЕРЕ МИНСКОГО РАЙОНА МИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.С.Попов

Белорусская государственная академия авиации,
ул. Уборевича, 77, 220076, г.Минск, Республика Беларусь

В расширении объемов финансирования системы здравоохранения государственно-частное партнерство занимает одно из ключевых мест. Этот механизм позволяет внедрять новые модели и методы управления финансами, повышать эффективность их использования. Скорая медицинская помощь остается одной из структур системы здравоохранения, наиболее нуждающихся во внедрении новых механизмов менеджмента, реконструкции. Приведенный проект реконструкции скорой медицинской помощи на примере Минского района Минской области может быть рассмотрен в качестве пилотного проекта модернизации системы оказания скорой медицинской помощи в Республике Беларусь.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство; здравоохранение; скорая медицинская помощь.

Здравоохранение в настоящее время становится все более затратной отраслью экономики, а расходы на финансирование системы охраны здоровья населения из государственного бюджета (целевых фондов) ограничены многими факторами. Для сохранения высоких темпов модернизации и функционирования отрасли актуальным остается поиск новых источников и путей ее финансирования. Среди прочих, одним из перспективных вариантов является внедрение механизмов, в основе которых положено государственно-частное партнерство.

Государственно-частное-партнерство является действенным методом мобилизации частного капитала в интересах государства. Создание и реализация соответствующих проектов позволяет не только улучшать качество услуг, но и внедрять новые, инновационные способы производства и, что самое главное, управления ресурсами (человеческим и материальным). В настоящее время государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) в Республике Беларусь можно рассматривать как наиболее перспективное направление перевода в частные руки инфраструктурных и иных объектов, минуя приватизацию и потерю прав собственности со стороны государства.

Опираясь на опыт развитых стран, где порядка 60% проектов здравоохранения реализуется по этому механизму, можно сделать вывод о значительных перспективах его развития, в том числе, и в Республике Беларусь.

Государственно-частное партнерство не является новым экономическим механизмом. Примеры осуществления взаимодействия «бизнеса» и государства в целях достижения взаимовыгодного результата имели место с древних времен. В Древнем Риме можно найти своеобразные прототипы (прообразы) схем ведения бизнеса, которые по современным представлениям следовало бы считать концессиями. Похожие примеры имели место, в том числе, в Древней Греции и в средние века. Так, в Греции еще в VI – IVвв. до н.э. государство передало функцию взимания платы (налоговых платежей), так называемых откупов, частным лицам. Кроме того, здесь практиковалось такая форма аренды, при которой земля была передана в частное пользование для разработки месторождений ископаемых за плату с изъятием части прибыли от самой деятельности от добычи в пользу бюджета.

В 1554г. Адам де Крапон по разрешению и с волеизъявления короля Генриха II, будучи по профессии инженером, реализовал проект строительства канала (в настоящее время носит его имя). Это строительство сегодня по праву приводят как пример первого опыта государственно-частного партнерства, имевшего полное завершение и успех, что послужило толчком для перенимания этого опыта в последующем [1].

В Англии правительство делегировало полномочия на строительство объектов инфраструкту-

ры практически без ограничений, за исключением депонирования за собой прав на выдачу заинтересовавшимся в строительстве лицам разрешений. Таким образом, инвестор сам решал, что и где ему строить, при условии наличия положительного решения органов управления со стороны публичной власти. 1654 год отмечен, кроме всего прочего, тем, что в Великобритании состоялся ввод в эксплуатацию дороги, на которой функционировали пункты сбора оплаты за проезд по этим транспортным объектам [2].

По мере развития института общественных отношений частного и государственного секторов финансирования и расширения границ и сфер его реализации происходило формирование понятийного аппарата. Возникновение термина «государственно-частное партнерство» относят к началу 80-х годов прошлого столетия. Именно в это время в зарубежных литературных источниках, как указывает В.Г.Варнавский, отмечаются новые отношения экономического регулирования. Автор использует термин «Public-Private Partnership» (сокращенное наименование PPP). Сразу выделились сферы, в которых эти новые отношения находили наибольшее применение. Это были сферы, прежде всего, инфраструктуры обеспечения социальной жизни общества, такие как: автомагистрали (автобаны) и просто дороги различного назначения, путевое хозяйство стальных магистралей, включая инфраструктурные комплексы по обслуживанию пассажиров и грузопотоков и т.д., учебные заведения, лечебно-профилактические учреждения стационарного и амбулаторного типа [3].

На территории Республики Беларусь примеры взаимоотношений предпринимателей и государства можно увидеть уже в период вхождения нашего государства в состав Российской империи после распада Речи Посполитой. К моменту завершения третьего раздела Речи Посполитой концессии нашли свое закрепление в праве Российской империи в Берг-привилегии (1719г.) и Манифесте (1720г.), который носил название «О допущении иностранцев к строению и размножению рудокопных заводов», возникших в период правления Петра I. Начав свое применение в добывающей промышленности, к середине XIX века государственно-частное взаимодействие распространилось на сферу транспорта. Так, например, кроме объектов инфраструктуры транспорта, был создан «Витебский трамвай» (1896г.) [4].

После приобретения Республикой Беларусь независимости начался новый этап экономического развития. Основная его особенность заключалась в создании новых экономических институтов в рыночной экономике, развитии частной собственности, разгосударствлении предприятий. Эти первые шаги сотрудничества между государством и бизнесом обнаруживаются уже в первые годы независимости и сопряжены с началом попыток правового регулирования, в частности, принятием законов Республики Беларусь «Об инвестиционной деятельности в Республике Беларусь» и «Об иностранных инвестициях на территории Республики Беларусь».

В настоящее время термин «государственно-частное партнерство» закреплен в соответствующем Законе Республики Беларусь «О государственно-частном партнерстве» и представлен дефиницией следующего содержания: «Государственно-частное партнерство – юридически оформленное на определенный срок взаимовыгодное сотрудничество государственного и частного партнеров в целях объединения ресурсов и распределения рисков, отвечающее целям, задачам и принципам, осуществляемое в форме соглашения о государственно-частном партнерстве» [5].

Программа деятельности Правительства Республики Беларусь на 2011–2015 годы, определила формирование ГЧП в качестве одного из ключевых направлений деятельности Правительства Республики Беларусь на соответствующие 5 лет, позволила, по мере своего воплощения в жизнь, произвести ряд структурных преобразований, важнейшие из которых следующие:

отменен Инвестиционный кодекс. Для урегулирования круга соответствующих общественных отношений были приняты Закон Республики Беларусь «Об инвестициях» и Закон Республики Беларусь «О концессиях»;

разработан и принят Закон Республики Беларусь «О государственно-частном партнерстве». Именно этот нормативный правовой документ является ключевым актом законодательства, установившим условия реализации проектов в соответствии с соглашением о ГЧП до настоящего времени;

был создан Межведомственный инфраструктурный координационный совет (далее – МИКС) (2014г.);

создан Национальный инфраструктурный план на 2016–2030гг. (в 2015г.), который был утвержден решением МИКС и отражает потребность страны в инфраструктурных объектах и разрыв бюджетного и внебюджетного финансирования этих потребностей в долгосрочной перспективе.

Всемирная организация здравоохранения рассматривает ГЧП в качестве основы, позволяющей формировать меры действенного характера в деле

достижения здоровья для всех групп населения. Кроме того, частный партнер привносит в сектор здравоохранения значительный инновационный компонент, увеличивает стоимость активов за счет интеллектуальной составляющей. Это позволяет произвести активизацию и углубление научных разработок и исследований.

В настоящее время можно найти достаточное количество примеров реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения зарубежных стран. Например, в Австрии это клиника Waldviertel, которая создана (была построена) и потом взята на обслуживание на основании соглашения ГЧП, в основе которого лежала концессия. Hospital de la Ribera в Испании и Vaneru в Австралии были модернизированы и обновлены с использованием ГЧП проектов. BerlinBunch в Германии построен в результате заключения контракта на строительство по механизму ГЧП. Отчет Harvard Kennedy School Review насчитывает 48 крупных инфраструктурных транзакций ГЧП в США в период 2007–2016гг. на сумму 61млрд долл. США. Частному партнеру в соглашениях отводится роль проектирования, строительства и, в ряде случаев, технического обслуживания объектов инфраструктуры.

Можно предложить предметные направления ГЧП в системе здравоохранения:

передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений на условиях строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах;

реконструкция зданий для перемещения медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов;

строительство новых частных медицинских центров при содействии государства с точки зрения инфраструктуры;

реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества с возможным последующим созданием с участием частного инвестора совместного государственно-частного предприятия.

Применение механизмов ГЧП в системе здравоохранения позволит государству:

сохранить объект в государственной собственности при осуществлении его передачи частному сектору во владение и пользование на возвратной основе;

переложить функции строительства, эксплуатации, содержания объектов медучреждений на частного партнера;

в случае нарушения частным инвестором условий ГЧП-проекта прервать действие контракта с требованием вернуть объект в государственное управление;

на партнерском взаимодействии государства и частного сектора проводить реформирование здравоохранения;

проводить эффективное управление в области долгосрочного планирования, осуществлять надзор, контроль и мониторинг исполнения ГЧП-проекта.

В настоящее время здравоохранение Республики Беларусь – это, прежде всего, государственная прерогатива, что, с одной стороны, позволяет проводить крупномасштабные и финансово обременительные структурные преобразования по развитию высокотехнологических видов медицинской помощи, а, с другой,– требует увеличения финансирования со стороны бюджета ввиду низкой эффективности менеджмента оказываемых услуг. Это свидетельствует о необходимости поиска дополнительных источников финансирования отрасли на фоне увеличения потребностей в объемах оказываемых услуг.

Согласно статье 16 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»:

«Пациентам в зависимости от состояния их здоровья, медицинских показаний и медицинских противопоказаний, а также в зависимости от лечебно-диагностических возможностей организаций здравоохранения медицинская помощь оказывается в следующих формах: скорая медицинская помощь и плановая медицинская помощь».

В Республике Беларусь создана и функционирует система оказания населению скорой медицинской помощи с развитой инфраструктурой. Она включает в себя порядка 860 бригад скорой медицинской помощи. Из них 100,82 общепрофильных врачебных бригад (12,7%), 163,75 специализированных (19,1%), 582,69 фельдшерских бригад (68,1%). В настоящее время служба скорой медицинской помощи Республики Беларусь представлена 25 станциями, 109 отделениями, 38 подстанциями, 92 постами скорой медицинской помощи [6].

Остается актуальной проблема эффективности функционирования системы оказания скорой медицинской помощи. По данным анализа, проведенного в 2009г., в Гомеле в 65,4±2,2% случаев вызовов скорая помощь выполняла несвойственные ей функции, заменяя работу амбулаторно-поликлинических служб. Подавляющее количество вызовов связано с оказанием неотложной (не экстренной) медицинской помощи, перевозками, обезболиванием онкологических пациентов [7].

Примеров успешных проектов ГЧП в системе скорой медицинской помощи можно привести немало. Например, аутсорсинг, проводимый компанией «Новоскор» в России. Суть проекта заключается в организации аутсорсинга автомобилей скорой помощи учреждениям городов Перми, Екатеринбурга, Кирова и ряда городов Московской области. Свое начало проект берет в 2008г. в Перми. Компания «Новоскор» предоставляет лечебно-профилактическим учреждениям собственные автомобили, позволяя экономить средства на их приобретении и содержании. Проект использования санитарной авиации в Челябинской области, организованной на основе проекта государственно-частного партнерства, внедрил использование новых вертолетов «Ансант 20006», оснащенных специализированными реанимационными модулями. На Копейской станции скорой помощи (Российская Федерация) внедрена аренда машин по механизму государственно-частного партнерства [8].

Скорая медицинская помощь относится к одним из затратных вариантов оказания внегоспитальной медицинской помощи пациентам. Так, в 2016г. стоимость вызова скорой медицинской помощи превысила стоимость амбулаторно-поликлинического посещения в Минском районе Минской области почти в 10 раз – 756,7тыс. руб. против 77,2тыс. рублей – и в 2 раза стоимость одного дня стационарного лечения в условиях районной больницы – 402,0тыс. рубля, соответственно. Среди вызовов скорой медицинской помощи особое место занимают вызовы к пациентам с хронической патологией. В структуре вызовов скорой медицинской помощи в нашем государстве такие вызовы составляют порядка 40%, в то время как в США их около 8% [9].

Динамика стоимости вызова скорой медицинской помощи в Минском районе Минской области с учетом их корректировки проведенной деноминацией приведена на рис.1. Также произведен расчет изменения стоимости вызова с учетом размеров инфляционного роста (индекса потребительских цен по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь).

Очевидно, что со временем происходит рост стоимости вызова скорой медицинской помощи как в абсолютных ценах, так и с учетом индекса цен по отношению к базисному году, которым в данном случае выбран 2012 год.

Сегодня наметилась программа перехода на новые механизмы финансирования здравоохранения на основе клинико-затратных групп, что, по мнению организаторов и руководителей здравоохранения, позволит обеспечить более эффективное распределение и использование выделяемых отрасли бюджетных финансовых средств, а также выведет на новый уровень контроль качества оказываемой населению медпомощи.

Первоочередная задача, которую требуется решить при разработке проекта скорой медицинской помощи с привлечением частного партнера – это размещение подразделений на таком удалении от населенных пунктов, чтобы обеспечить систему быстрого реагирования на поступающий вызов и возможности проложить наиболее короткий маршрут к месту нахождения пациента.

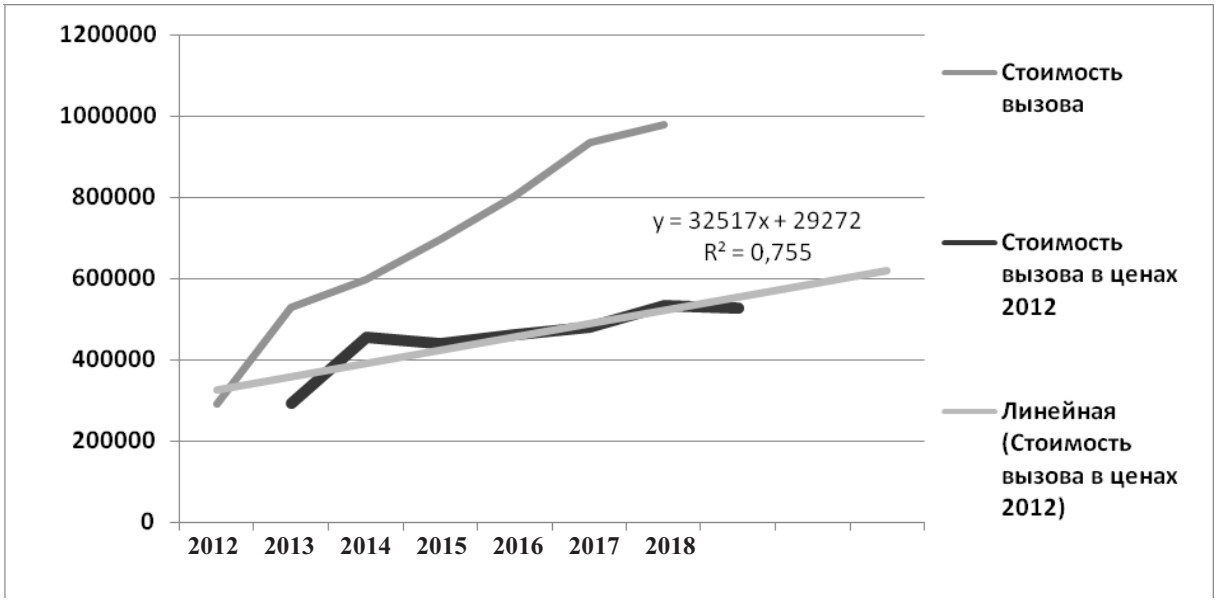

Рис. 1. Динамика стоимости вызова СМП в Минском районе Минской области в реальных ценах и с учетом инфляционного роста

Вариантом решения данной проблемы является кластеризация населенных пунктов по принципу географической близости на основании статистики вызовов. Перемещение машин скорой помощи в учреждения здравоохранения, ближайшие к центрам сформированных кластеров, позволит оптимизировать время обслуживания вызовов.

Было определено оптимальное число кластеров на основании статистки вызовов скорой медицинской помощи, выполненных в Минском районе Минской области в 2016г., на которые будут разделены населенные пункты Минского района. По сути, производятся две параллельные кластеризации – по населенным пунктам проживания и по населенным пунктам размещения организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, а задачей является определение наиболее удачного «совмещения» двух кластерных карт. Исходная ситуация по вызовам и расположению больничных организаций представлена на рис.2.

Производился расчет для 3-, 4-, 5-кластерной структуры распределения.Для оценки эффекта применения модели определим сокращение километража для различных типов вызовов – простых (далее под такими вызовами понимаются вызовы, не завершившиеся госпитализацией пациента), вызовов с госпитализацией и всех оставшихся.

Расчеты модели применяются только к вызовам и вызовам с госпитализацией. Их общая доля по численности от общего количества вызовов составляет чуть более 76%, а по суммарному автомобильному пробегу – более 86%.

Результаты кластеризации и расчетов параметров предлагаемой модели по пробегу автотранспорта представлены в табл.1.

Таким образом, даже при пессимистичном сценарии наблюдаем снижение общего пробега на 14,7–18,8%, а, соответственно, и заметное снижение среднего километража вызова.

Как следует из представленных данных, среднее время прибытия на вызов может быть сокращено почти вдвое – прогнозное значение на 46% ниже изначального. Практически то же наблюдаем для квантиля 90% – снижение значения на 45,3%. Также значительно возрастает доля вызовов, прибытие на которые укладывается в установленный норматив 30мин.: в исходных данных почти четверть всех вызовов (а точнее, 23,7%) оказывались «просроченными», в прогнозных цифрах эта доля составляет всего 3,3%, то есть, наблюдаем снижение доли «просроченных» вызовов в 7,2 раза.

Таблица 1

Сравнение полученных прогнозов с исходными данными

Тип вызовов	Общий километраж, км			
	Фактический	Прогноз для количества кластеров		
		3	4	5
Простые вызовы	1558299	1034669,6	1194670,6	991543,3
Вызовы с госпитализацией	3881823	3364628	3318770	3263168,4
Итого:	*5440122*	*4399297,6*	*4513440,6*	*4254711,7*
Сокращение суммарного пробега, %		19,13%	17,03%	21,79%
Средний километраж вызова, км		41,72	42,81	40,35

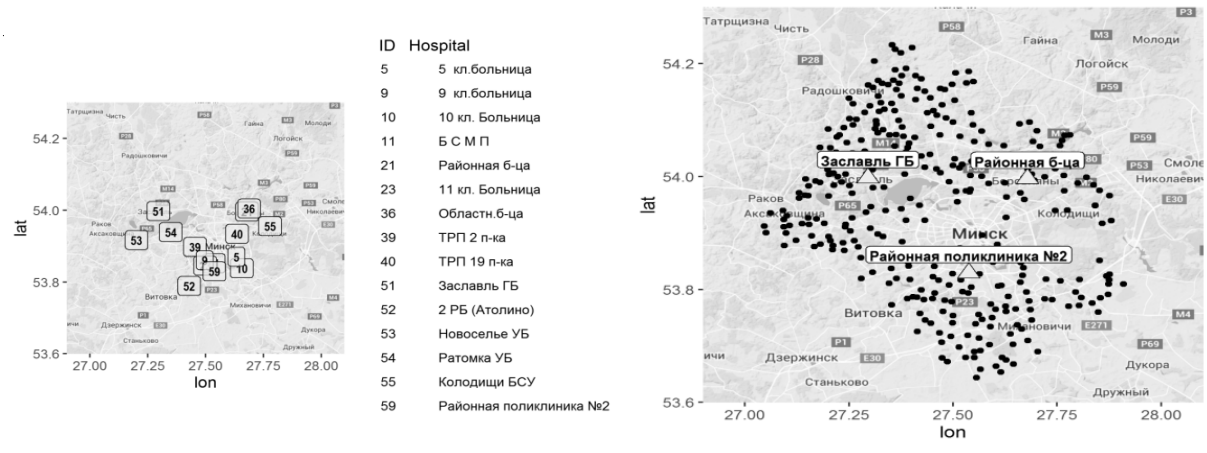

Рис. 2. Исходные данные для кластеризации: больницы и населенные пункты

Расчетные данные временных параметров деятельности бригад представлены в табл.2.

В настоящее время модель с разделением Минского района Минской области на 5 кластеров по обслуживанию населения является наиболее оптимальным вариантом решения задачи предоставления населению доступной скорой медицинской помощи. Однако, это требует строительства новых подстанций (филиалов) скорой медицинской помощи. Реализация данной задачи может быть осуществлена с привлечением механизма ГЧП (рис. 3).

При расчете экономических параметров предлагаемого проекта за расчетные параметры принимаются следующие данные.

Стоимость строительства типового здания подстанции скорой медицинской помощи в г.Минске обходится бюджету порядка 4,5млн руб. (на примере строительства 10-й и 11-й подстанций г.Минска).Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в настоящее время определяется около 1000бел.руб. Ежегодная потребность в услугах скорой медицинской помощи населения Минского района Минской области возраста-

Таблица 2

Сопоставление времени прибытия на вызов до (факт) и после (прогноз) оптимизации

Параметр сравнения	Наблюдаемое значение	Оптимизированное значение
Среднее значение	21,1мин.	11,4мин.
Медианное время	19мин.	11мин.
Квантиль 90%	41,5мин.	22,7мин.
Норматив 30 мин.	76,3%	96,7%

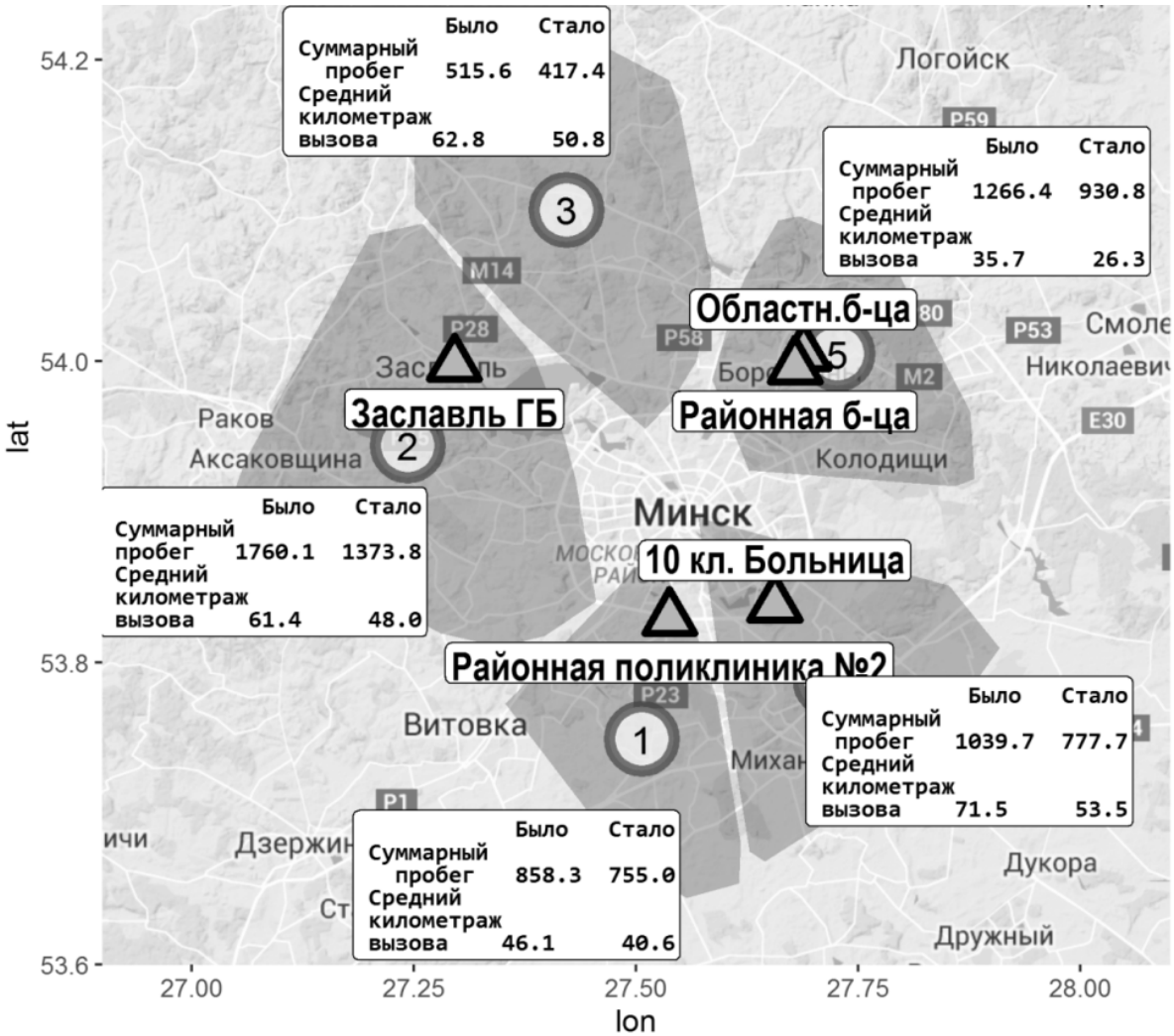

Рис. 3. Результат выбора локализации подстанций для 5 кластеров

ет и прогностически равна в среднем 150000 обращений ежегодно.

Расчетные параметры представленного проекта отражены в табл.3.

Эффективность проекта – это оценочная категория, отражающая соответствие проекта целям и интересам его участников. Поступлениями и затратами этих участников определяются различные виды эффективности инвестиционного проекта. Как правило, оценку эффективности рекомендуется проводить, опираясь на определенные показатели, среди которых основными являются [10]:

чистый доход (ЧД);

чистый дисконтированный доход (ЧДД) или так называемая чистая приведенная (или текущая) стоимость, net present value (NPV);

индекс доходности (или индекс прибыльности), profitability (PI);

срок окупаемости (срок возврата единовременных затрат (PB));

внутренняя норма дохода (или внутренняя норма прибыли, рентабельности, intemal rate of return (IRR)).

Расчет указанных показателей эффективности предлагаемого проекта произведен с использованием учебной финансовой модели (разработчик: ©ООО«ТРАНСПРОЕКТ Групп»). Данные расчетов значений чистой приведенной стоимости, выполненные различными подходами, приведены в табл. 4, 5, а также на рис.4 [11].

Срок окупаемости служит для определения степени рисков реализации проекта и ликвидности инвестиций и рассчитывается с момента первоначального вложения инвестиций по проекту.

Если горизонт расчета проекта превышает динамический срок окупаемости на три года и более, то для целей оценки эффективности проекта расчет ЧДД, ИР и ВНД осуществляется за период, равный динамическому сроку окупаемости проекта плюс один год. В таком случае за горизонт расчета Т, используемый в формулах расчета ЧДД, ИР, ВНД, принимается этот период.

Как следует из приведенных данных (табл.5), проект финансово выгоден для реализации и представляет интерес для частного партнера. Коэффициент сравнительного преимущества равен 2,57.

Таблица 3

Показатели стоимости основных элементов проекта

ПРОГНОЗИРУМЫЕ ДАННЫЕ (БЕЗ УЧЕТА НДС)		
Стоимость проектирования	млн долл. США	5
Стоимость строительства	млн долл. США	5
Объем производства, в год	млн ед.	0,15
Цена за единицу продукции	долл. США	300
Затраты сырья и материалов на един.	долл. США	200
Расходы на ТЭР на ед. продукции	долл. США	10
Среднесписочная численность персонала	чел.	300
Средняя заработная плата (нетто)	долл. США в мес.	1000

Рис. 4. Денежные потоки при реализации проекта

Таблица 4

Показатели расчета чистой приведенной стоимости проекта

ЧИСТАЯ ПРИВЕДЕННАЯ СТОИМОСТЬ (NPV)		
NPVпр (инструкция)	млн долл. США	38
NPVпр (традиционный подход)	млн долл. США	40
NPV собственного капитала	млн долл. США	36

Таблица 5

Финансовая структура и сравнительное преимущество проекта

ФИНАНСОВАЯ СТРУКТУРА			
Источник финансирования:	Единица измерения	ГЧП	Бюджет
средства республиканского бюджета	%	51,0%	9,0%
средства местного бюджета	%	34,0%	1,0%
привлекаемые заемные средства	%	15,0%	90,0%
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО			
Ставка дисконтирования, r	%	3,9%	4,2%
Чистые дисконтированные расходы бюджета, PBV	млн долл. США	-33	-67
Суммарный объем обязательств гос. партнера, PRV	млн долл. США	5	85
PBV + PRV	млн долл. США	-28	18
Коэффициент сравнительного преимущества	–	2,57	1
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ			
Социальный эффект от повышения уровня занятости	млн долл. США	0,09	

По итогам проведенного анализа определяются методы снижения уровня конкретных рисков, разрабатываются соответствующие мероприятия, оцениваются затраты на их реализацию. С целью выявления и снижения риска проводится анализ устойчивости (чувствительности) проекта в отношении его параметров и внешних факторов. При этом, проводится многофакторный анализ чувствительности проекта к изменениям входных показателей (цены, объема производства, элементов затрат, капитальных вложений, условий финансирования и иных факторов). Исходя из специфики проекта, выбираются наиболее подверженные изменениям параметры.

Таким образом, в настоящее время сохраняется высокая потребность населения в услугах скорой медицинской помощи. Имеется четкая тенденция к росту обращаемости населения по поводу неотложных состояний. Все это свидетельствует о необходимости принятия мер по созданию условий для удовлетворения растущей потребности, что может быть реализовано, в том числе, с использованием механизмов ГЧП.

Проект оказания услуг скорой медицинской помощи в Минском районе Минской области разработан с учетом модернизации существующей системы и строительства новых современных подстанций. Это подразумевает вложения в основной капитал в виде строительства зданий и сооружений взамен существующих морально и технически устаревших. Основное преимущество разработанного проекта – улучшение временных параметров оказания скорой медицинской помощи. Сокращение времени прибытия на вызов имеет не только положительный экономический эффект за счет возрастания оборота одной бригады, но и положительный медицинский эффект за счет соблюдения правила «золотого часа и платинового получаса». Реализация проекта обеспечивает социальный эффект за счет сокращения времени ожидания прибытия бригады скорой медицинской помощи. Проект представляет интерес и для част-

ного партнера, так как обладает хорошими показателями окупаемости и рентабельности вложения средств.

Литература

1. Яковлев, Ю.В. Концессии: зарубежный опыт и российские перспективы / Ю.В.Яковлев // Проблемы соврем. экономики. – 2006. – №3–4. – С.222–225.
2. Шаповалова, Н.В. Государственно-частное партнерство: зарубежный опыт / Н.В.Шаповалова, Н.В.Ковалева // Проблемы управления рыночной экономикой: межрегион. сб. науч. тр. / М-во образования и науки Рос. Федерации, Нац. исслед. Томск. политехн. ун-т; под ред. И.Е.Никулиной, Л.Р.Тухватулиной, Н.В.Черепановой. – Томск, 2014. – Вып.15, ч.1. – С.119–122.
3. Варнавский, В.Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики / В.Г.Варнавский // Мировая экономика и междунар. отношения. – 2011. – №9. – С.41–50.
4. Филиппова, Л.Е. Направления сотрудничества государства и бизнеса в рамках развития института государственно-частного партнерства / Л.Е.Филиппова // Белорус. эконом. журн. – 2017. – №4. – С.79–89.
5. О государственно-частном партнерстве [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 30 дек. 2015г., №345-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
6. Государственная статистическая отчетность скорой медицинской помощи Республики Беларусь. Данные световой выкопировки центрального архива Министерства здравоохранения Республики Беларусь.
7. Василевич, Н.В. Сравнительная оценка показателей работы службы скорой медицинской помощи по обслуживанию населения г.Гомеля и Гомельского района, факторы, влияющие на ее эффективность / Н.В.Василевич, Э.Н.Платошкин, Д.В.Попков // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – №3. – С.140–144.
8. Шершнева, А.В. Частно-государственное партнерство в Челябинской области: один из городов агломерации переходит на договор аренды машин скорой помощи / А.В.Шершнева // Врач скорой помощи. – 2019. – №1. – С.50–52.
9. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП / под ред. С.Ф.Багненко, В.В.Стожарова, А.Г.Мирошниченко. – СПб., 2011. – 400с.
10. Эффективность инвестиционного проекта. Финансовый анализ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://1-fin.ru. – Дата доступа: 20.12.2020.
11. Учебная финансовая модель. Разработчик: ©ООО «ТРАНСПРОЕКТ Групп», 2019. Центральный офис: 115230, г.Москва, Каширское ш., д.3, корп.2, стр.4, тел/факс: +7(495) 9845435/36, e-mail: info@transproekt.ru.

DEVELOPMENT OF SYSTEM OF EMERGENCY MEDICAL CARE PROVISION ON BASIS OF MECHANISMS OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP ON EXAMPLE OF MINSK DISTRICT OF MINSK REGION

A.S.Popov

Belarusian State Aviation Academy,77, Uborevicha Str., 220076, Minsk, Republic of Belarus

In expanding the volume of financing of healthcare system, public-private partnership occupies one of key places. This mechanism allows to introduce new models and methods of financial management, to increase efficiency of their use. Emergency medical care remains one of healthcare system structures most in need of introduction of new management mechanisms, reconstruction. The above project for reconstruction of emergency medical care on example of Minsk District of Minsk Region can be considered as a pilot project for modernization of emergency medical care system in the Republic of Belarus.

Keywords: public-private partnership; healthcare; emergency medical care.

Сведения об авторе:

Попов Антон Сергеевич; УО «Белорусская государственная академия авиации», кафедра тактики и общевоенных дисциплин, старший преподаватель – начальник медицинской службы цикла общевоенных дисциплин; тел.: (+37533) 3988468; e-mail: antonydoc@rambler.ru.