

International Conference on Education, Psychology and Humanities
Hosted Online from Moscow, Russia
Date: 28th October, 2026
Website: https://econferencia.com

PARTNERSHIP AND COOPERATION MODELS AS A TOOL FOR IMPROVING THE EFFICIENCY OF RESOURCE UTILIZATION IN MEDICAL ORGANIZATIONS

МОДЕЛИ ПАРТНЁРСТВА И КООПЕРАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Йулдошев Бекзод Алишерович
Руководитель фронт-офиса
Самаркандского государственного медицинского университета.
г. Самарканд, Узбекистан.
Йулдошев Бекзод Алишерович - соискатель PhD, Международный университет туризма и культурного наследия «Ипак Йули», г. Самарканд.
ORCID0009-0005-5057-7793]

Аннотация
Рассмотрены пять моделей партнёрства и кооперации (аутсорсинг, совместное использование оборудования, управленческие контракты и аренда, концессии, стратегические закупки фонда ГМС) и показано, какие из них позволяют задействовать выявленные резервы ресурсов государственных организаций и обновить изношенные основные средства частных.

Ключевые слова: государственно-частное партнёрство; аутсорсинг; совместное использование оборудования; резервы ресурсов; DEA; лизинг.



International Conference on Education, Psychology and Humanities
Hosted Online from Moscow, Russia
Date: 28th October, 2026
Website: https://econferencia.com

Актуальность

Закон «О государственно-частном партнёрстве» (2019 г.) [1] создал правовую основу для различных форм сотрудничества в здравоохранении. В Самаркандской области реализуются проекты ГЧП по строительству многопрофильных больниц, гемодиализных центров и центров МРТ–КТ-диагностики при поддержке IFC. При этом у частной организации-объекта исследования износ основных средств достиг 87,0% при текущей ликвидности 0,62, а у районных объединений по DEA выявлены неиспользуемые резервы.

Цель: определить, какие модели партнёрства соответствуют типичным проблемам использования ресурсов.

Методы: анализ международного опыта, DEA (модель CCR) [4], сопоставление результатов с показателями индекса ISI.

Результаты. Международный опыт показывает как преимущества, так и риски. В Великобритании по линии частной финансовой инициативы (PFI) было построено более ста больниц, и, по оценке Национального аудиторского управления, модель улучшила сроки строительства и бюджетную дисциплину, однако бремя долгосрочных платежей и негибкость контрактов привели к отказу от новых проектов PFI в 2018 г. [2]. В Турции с 2017 г. крупные «городские больницы» строятся по модели ГЧП, где здание и немедицинские услуги обеспечивает частный партнёр, а клинические услуги остаются за министерством здравоохранения [3]. Разделение клинической и инфраструктурной функций снижает риски и может служить ориентиром.

Для условий Самаркандской области систематизированы пять моделей (таблица 1). Их применимость зависит от проблемы: аутсорсинг немедицинских функций превращает постоянные затраты в переменные и снижает административную ёмкость (показатель I3); совместное использование дорогостоящей диагностики повышает загрузку оборудования (I4, I7); управленческие контракты и аренда позволяют передать свободные мощности неэффективных объединений; концессии и BOT обновляют основные фонды; стратегические закупки фонда ГМС обеспечивают устойчивость выручки.

Таблица 1. Модели партнёрства и кооперации и их влияние на эффективность

Модель	Содержание	Область применения	Влияние на эффективность
Контракт на услуги (аутсорсинг)	Передача немедицинских функций (лаборатория, питание, стирка, ИТ) специализированной организации	Государственные и частные организации	Постоянные затраты становятся переменными; снижение I3
Совместное использование оборудования	Использование дорогостоящей диагностики несколькими организациями по договору	МРТ, КТ, ангиография	Рост загрузки; улучшение I4 и I7
Управленческий контракт и аренда	Передача свободных мощностей государственных организаций частному оператору	Свободные койки неэффективных ТМО	Рост θ; снижение нагрузки на бюджет
BOT, концессия	Строительство объекта частным партнёром и эксплуатация в течение срока	Многопрофильные больницы, гемодиализ	Обновление основных фондов; расширение охвата
Стратегические закупки в рамках ГМС	Закупка фондом услуг у частных поставщиков с привязкой к результатам	Первичное звено, диагностика, плановая стационарная помощь	Устойчивость выручки; рост S2 и показателей блока качества

Размер резервов, которые можно задействовать через эти модели, оценён по DEA (таблица 2). Всего выявлено 1 150 свободных коек (18,4% фонда 15 объединений) и 5 311 штатных единиц; 37,1% резерва коек и 35,7% резерва штатов приходится на Самаркандское городское объединение (427 коек и 1 897 штатных единиц; $\theta = 0{,}615$). Резервы нельзя использовать как основание для механического сокращения, так как модель не учитывает тяжесть случаев и качество; предлагается перепрофилировать свободные койки в дневной стационар и реабилитацию, организовать работу узких специалистов в районах через телемедицину и передать неиспользуемые площади через аренду или управленческие контракты.

Таблица 2. Резервы ресурсов объединений с наибольшим потенциалом (DEA, CCR, 2024 г.)

Объединение	θ	Резерв коек	К фонду, %	Резерв штатных единиц
г. Самарканд	0,615	427	38,5	1 897
Пастдаргом	0,743	138	25,7	731
Самаркандский р-н	0,738	113	26,3	529
Нарпай	0,743	96	25,6	433
Каттакурган (г.)	0,833	78	16,7	219
Все 11 объединений	-	1 150	18,4	5 311

Для частной организации с изношенными основными средствами (износ 87,0%) наиболее реалистичный путь обновления оборудования - лизинг и договоры совместного использования: они не требуют единовременных крупных вложений и не усиливают давление на финансовую устойчивость при текущей ликвидности 0,62. Перед запуском проекта необходима оценка полной стоимости владения (TCO) и срока окупаемости. Эффект моделей

оценивается через показатели ISI (I3, I4, I7, R1) и контролируется на панели мониторинга; контракты партнёрства должны содержать условия о распределении рисков и пересмотре тарифов, чтобы избежать негибкости, выявленной в британском опыте.

Партнёрство и кооперация эффективны только при правильном выборе территорий и партнёров. Совместный анализ DEA и обеспеченности врачами позволяет определить приоритеты перераспределения (таблица 3): территории с высокой оценкой эффективности ($\theta \geq 0{,}86$) и обеспеченностью врачами ниже среднего без областного центра (13,2 на 10 тыс.) - Нурабад (11,6), Иштыхан (11,8), Каттакурганский район (9,6) и Булунгур (12,9) - наиболее продуктивно используют дополнительные ресурсы; в Нарпае (9,5) и Пастдаргоме (10,7) низки и обеспеченность, и эффективность, поэтому до выделения дополнительных ресурсов необходимо наладить использование имеющихся, в первую очередь управление, маршрутизацию пациентов и связь между первичным звеном и стационаром.

Таблица 3. Приоритеты перераспределения ресурсов (2024 г.)

Территория	θ (CCR)	Врачей на 10 тыс.	Категория
Нурабад	1,000	11,6	Приоритетный получатель
Иштыхан	1,000	11,8	Приоритетный получатель
Булунгур	1,000	12,9	Приоритетный получатель
Каттакурганский р-н	0,863	9,6	Приоритетный получатель
Нарпай	0,743	9,5	Сначала организация использования ресурсов
Пастдаргом	0,743	10,7	Сначала организация использования ресурсов
г. Самарканд	0,615	114,5	Источник резерва (донор)

Условия контрактов партнёрства. Чтобы избежать негибкости, выявленной в британском опыте [2], договоры должны предусматривать: чёткое разделение клинических и инфраструктурных функций; распределение рисков между сторонами (спрос, цены, валютные и процентные риски); механизмы пересмотра тарифов и условий; показатели результативности, привязанные к ISI (административная ёмкость I3, оборачиваемость активов I4, годность основных средств I7, техническая эффективность R1), и порядок публикации результатов. Для малых организаций с ограниченными ресурсами проекты должны быть небольшими по масштабу и использовать облачные решения по подписке, переводящие капитальные затраты в текущие.

Институциональный контекст. В 2025–2026 гг. в Самаркандской области меняется порядок финансирования: государственные организации будут получать средства по числу прикреплённого населения и пролеченных случаев, а не по коечному фонду и штатам; смета стимулирует сохранение мощностей, что является институциональной причиной убывающей отдачи от масштаба ($\alpha + \beta = 0{,}738$ в производственной функции районных объединений). Закупки услуг фонда ГМС у частных организаций по гарантированному пакету позволяют загрузить свободные места, но только если тариф рассчитан на основе реальных затрат. Поэтому партнёрские модели следует рассматривать вместе с изменением способа оплаты.

Выводы. Модели партнёрства не универсальны: каждая решает конкретную проблему использования ресурсов. Резервы по DEA, особенно в областном центре, целесообразно задействовать через перепрофилирование, телемедицину и аренду свободных мощностей, а обновление основных средств частных организаций - через лизинг и

совместное использование оборудования при условии оценки TCO и справедливого распределения рисков.

Список литературы

1. Закон Республики Узбекистан от 10 мая 2019 г. № ЗРУ-537 «О государственно-частном партнёрстве».
2. National Audit Office. PFI and PF2. – London: NAO, 2018.
3. Atun R., Aydın S., Chakraborty S., et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity // The Lancet. – 2013. – Vol. 382, No. 9886. – P. 65–99.
4. Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E. Measuring the efficiency of decision making units // European Journal of Operational Research. – 1978. – Vol. 2, No. 6. – P. 429–444.
5. Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».
6. Ahmedov M., Azimov R., Mutalova Z., Huseynov S., Tsoyi E., Rechel B. Uzbekistan: Health system review // Health Systems in Transition. – 2014. – Vol. 16, No. 5. – P. 1–137.
7. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
8. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. Cylus J., Papanicolas I., Smith P.C. (eds). Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. – Copenhagen: WHO

Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.

10. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care // The American Economic Review. – 1963. – Vol. 53, No. 5. – P. 941–973.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1966. – Vol. 44, No. 3 (Suppl.). – P. 166–206.
12. Murray C.J.L., Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems // Bulletin of the World Health Organization. – 2000. – Vol. 78, No. 6. – P. 717–731.
13. Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution // The Lancet Global Health. – 2018. – Vol. 6, No. 11. – P. e1196–e1252.
14. Ahmedov M., Azimov R., Mutalova Z., Huseynov S., Tsoyi E., Rechel B. Uzbekistan: Health system review // Health Systems in Transition. – 2014. – Vol. 16, No. 5. – P. 1–137.
15. Cylus J., Papanicolas I., Smith P.C. (eds). Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.