

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТА И МАРКЕТИНГА

**ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ФАКТОР
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА**

Магистерская диссертация

обучающегося по направлению подготовки
38.04.02 Менеджмент очной формы обучения,
группы 05001625

Пузикова Романа Владимировича

Научный руководитель
к.э.н., доцент
Маматова Н.А.

Рецензент
к.э.н., доцент
Брежнев А.Н.

БЕЛГОРОД 2018

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретико-методические основы развития государственно-частного партнерства.....	7
1.1 Государственно-частное партнерство: понятие и сущность.....	7
1.2 Развитие системы здравоохранения с помощью механизмов ГЧП.....	20
Глава 2 Анализ использования механизмов государственно-частного партнерства для развития здравоохранения.....	28
2.1 Анализ зарубежного опыта применения механизмов ГЧП для развития здравоохранения.....	28
2.2 Анализ отечественного опыта применения механизмов ГЧП для развития здравоохранения.....	36
Глава 3 Разработка механизмов по совершенствованию качества системы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.....	46
3.1 Рекомендации по развитию системы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.....	46
3.2 Исследование экспертного мнения по вопросу применимости разработанных рекомендаций.....	53
Заключение.....	60
Список литературы.....	64
Приложения.....	73

Введение

Актуальность темы исследования. Сфера здравоохранения является одной из ключевых отраслей развития и социальной устойчивости государства, именно от нее зависит качество жизни населения, его удовлетворенность руководством страны. За годы существования отечественной системы здравоохранения, в ней накопилось множество проблем: отсутствие современного оборудования и информационных технологий, низкий уровень материально-технического оснащения, недостаточное бюджетное финансирование, крайне плохое качество оказания медицинских услуг, отсутствие квалифицированных и опытных управленцев в руководстве и многое другое. Отрасль нуждается в системном реформировании, оптимизации финансово-экономических источников, повышении качества управления отраслью, применении современных технологий менеджмента.

Наиболее эффективным механизмом привлечения частного капитала в социально значимые отрасли современной экономики, развитие инфраструктуры и повышение конкурентоспособности региона признано государственно-частное партнерство (далее – ГЧП). Феномен ГЧП представляет собой оформленную институционально систему отношений между государством и частным бизнесом, в рамках которой реализуются общественно важные проекты с государственным преимуществом, основанные на распределении полномочий, финансовых затрат, рисков и ответственности каждой из сторон.

Степень разработанности научной проблемы характеризуется недостаточным количеством авторских исследований в вопросе применения механизмов государственно-частного партнерства для развития инфраструктуры здравоохранения. Теоретические подходы к государственно-частному партнерству в зарубежной экономической литературе представлены системой взглядов таких зарубежных ученых, как:

М. Бергер, П. Бургер, Дж. Делмон, А. Стэйплтон и др. В ходе проведения исследования были изучены теоретические и методологические основы развития государственно-частного партнерства, содержащиеся в работах следующих отечественных экономистов: В.Л. Абашкина, В.И. Видяпин, И. Н. Ильина, Е. Л. Плисецкая, Л. С. Шеховцева и др.

Цель – комплексный анализ особенностей применения ГЧП в сфере здравоохранения и разработка методических рекомендаций, направленных на совершенствование механизма ГЧП на региональном уровне.

Для достижения поставленной цели, были решены следующие **задачи**:

- раскрыть сущность понятия государственно-частного партнерства;
- проанализировать существующие правовые подходы к реализации программы модернизации здравоохранения региона путем использования механизмов государственно-частного партнерства;
- проанализировать зарубежный опыт реализации проектов ГЧП;
- проанализировать отечественный опыт реализации проектов ГЧП;
- сформулировать методические рекомендации по совершенствованию механизмов реализации ГЧП с целью повышения качества здравоохранения региона;
- провести исследование экспертного мнения по вопросу актуальности и применимости разработанных рекомендаций;

Объект исследования – инфраструктура здравоохранения, ее развитие при использовании механизмов государственно-частного партнерства.

Предмет исследования – социально-экономические, правовые и организационно-управленческие отношения между государственными органами и владельцами частного бизнеса в рамках реализации приоритетных проектов развития с использованием формы ГЧП.

Теоретико-методологическую основу исследования составили научные работы российских и зарубежных ученых, нормативно-правовые документы различного уровня.

Методы исследования. В процессе исследования использовались

обусловленные конкретными целями и задачами экономические, сравнительные и иные методы изучения, анализа, обработки и обобщения информации: анализ научной экономической литературы и юридических документов, социологический опрос, индукция и дедукция, классификация, сравнение, обобщение.

Научная новизна исследования обусловлена следующим:

1. Систематизирован и расширен перечень форм ГЧП, применяющиеся на сегодняшний день в отечественном здравоохранении, посредством включения формы участия частных медицинских организаций в реализации программы ОМС и формы взаимодействия государства с некоммерческими организациями в целях оказания помощи населению.

2. Сформулированы методические рекомендации по совершенствованию механизмов реализации ГЧП с целью повышения качества и доступности услуг здравоохранения на региональном уровне, включающие:

– разработка единого понятийного аппарата с одинаковым подходом к терминологии:

– совершенствование законодательно-правовой базы, внесение изменений в закон «О государственно-частном партнерстве».

– создание отдельного органа, контролирующего реализацию проектов с применением механизмов ГЧП в регионе.

– создание системы оценки всех потенциальных проектов ГЧП и их рейтингования с целью определения социальной значимости и экономических рисков проекта.

– разработка системы показателей для оценки эффективности реализации проектов ГЧП для непрерывного осуществления мониторинга проектов в сфере здравоохранения на территории региона и их комплексная оценка по завершению.

Результаты исследования позволяют выявить роль ГЧП в повышении качества здравоохранения региона, выявить тенденции и проблемы на пути

развития ГЧП в регионе.

Практическая значимость исследования определяется содержанием рекомендаций по совершенствованию механизмов ГЧП на федеральном и региональном уровнях. Результаты исследования могут быть использованы при разработке и реализации региональной политики в сфере ГЧП, а также для эффективной организации бизнеса с помощью механизмов ГЧП.

Структура выпускной квалифицированной работы. Работа включает в себя: введение, три раздела (первый раздел – «Теоретико-методологические основы развития государственно-частного партнерства»; второй раздел – «Анализ использования механизмов государственно-частного партнерства для развития здравоохранения»; третий раздел – «Разработка механизмов по совершенствованию качества системы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения»), заключение, список литературы.

Глава 1 Теоретико-методологические основы развития государственно-частного партнерства

1.1 Государственно-частное партнерство: понятие и сущность

В качестве одного из основных подходов к реализации конкурентоспособных инфраструктурных проектов в последние годы стали применяться государственно-частные партнерства (ГЧП, англ. Public-Private Partnership). При правильной формулировке и надлежащем управлении, ГЧП может обеспечить государственному сектору ряд преимуществ, например, облегчить финансовое бремя государственного сектора, обусловленное ростом расходов на развитие инфраструктуры, дать возможность делегирования рисков от государственного сектора частному и повысить эффективность расходования средств на инфраструктуру за счет более эффективных, менее затратных и надежных услуг [21, с. 125-148].

Универсального определения государственно-частного партнерства ни в мировой, ни в российской практике не существует. Но определения, используемые в академической среде и применяемые различными институтами развития, исследовательскими организациями и консалтинговыми компаниями имеют схожие концептуальные характеристики. Термин ГЧП впервые возник в Соединенных Штатах Америки в условиях либерализации экономики. Данный период характеризуется снижением размера государственного сектора и активным вовлечением частного капитала для целей создания и эксплуатации различных инфраструктурных объектов. В результате возникает особое государственное регулирование, при котором государство, оставляя право собственности за собой, осуществляет контроль за деятельностью переданных объектов [12, с. 89-90]. Таким образом, основополагающий признак ГЧП – это создание объектов, либо выполнение функций, относящихся изначально к государственному сектору.

Канадский совет по государственно-частным партнерствам характеризует ГЧП как совместное предприятие государственного и частного секторов, которое строится на опыте каждого партнера и больше всего соответствует установленным государственным потребностям за счет надлежащего распределения ресурсов, рисков и выгод [32].

Казначейство Ее величества трактует ГЧП как соглашение между двумя или более организациями, позволяющее им работать совместно над достижением общих или совместимых целей и предполагающее в некоторой степени разделение полномочий и ответственности, совместное предоставление ресурсов, разделение риска и взаимную выгоду [20].

Европейская комиссия рассматривает партнерство в виде договоренности между двумя или более сторонами, которые согласились работать совместно над достижением общих и/или совместимых целей, при которой предполагается разделение полномочий и обязанностей, совместные инвестиции ресурсов, разделение ответственности или риска и, в идеале, выгод [18].

Д.Гримзи и М.Льюис определяют ГЧП как соглашение, согласно которому государственный сектор вступает в долгосрочные договорные отношения с частным сектором с целью осуществления частным партнером строительства объектов инфраструктуры государственного сектора и управления ими или оказания услуг (с использованием объектов инфраструктуры) населению от имени организации государственного сектора [19, с. 248].

В соответствии со взглядами Н.А. Игнатюк, ГЧП представляет собой сотрудничество юридических лиц, граждан и/или их объединений с представителями публичной власти, которое производится на основании объединения ресурсов, а также потенциала, направленного на осуществление государственной политики в целях решения общественно значимых задач [11, с. 15].

В.Г. Варнавский считает, что государственно-частное партнерство - это юридически оформленная (чаще, имеющая конкретный обозначенный срок), предусматривающая совместное инвестирование с последующим распределением рисков система отношений государственного сектора с юридическими лицами, муниципальными образованиями, а также гражданами Российской Федерации. В свою очередь, государственная и/или муниципальная собственность, а также различные виды предоставляемых услуг являются предметом рассматриваемой системы отношений [9, с. 46].

Таким образом, в литературе представлено множество альтернативных определений ГЧП. Поскольку ГЧП – явление достаточно новое, существует некоторая неопределенность, и в различных странах используются различные содержательные трактовки ГЧП.

Ученый Х. Зарко-Джассо особое внимание уделяет таким аспектам, как контроль, финансирование и владение [26, с. 22-40]. По мнению А. Вега, ГЧП сильно отличаются от приватизации, и это различие заключается в делегировании риска. При приватизации все риски делегируются частному сектору, в то время как в условиях ГЧП некоторые риски по-прежнему несет государственный сектор [25, с. 38-42]. Согласно И. Демирагу и И. Хадару, в основе ГЧП лежат договорные отношения, которые устанавливаются на определенный, но продолжительный срок [17, с. 455-478]. А. Бордмэн отмечает, что ГЧП объединяет государственный контроль и собственность с возможностью использования эффективности и капитала частного сектора [14].

Министерство экономического развития РФ определяет государственно-частное партнерство как «юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного и частного партнеров, осуществляемое на основании соглашения о государственно-частном партнерстве и иных гражданско-правовых договоров, предусматривающих такое сотрудничество».

Торгово-промышленная палата Российской Федерации совместно с Центром развития ГЧП под государственно-частным партнерством понимают «совокупность форм долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях, то есть систему отношений государства и бизнеса в договорной форме, которая используется в качестве инструмента экономического и социального развития и планирования».

Согласно определению Всемирного банка (World Bank), ГЧП характеризуется соглашением между публичным и частным партнерами, стремящимися к производству и оказанию инфраструктурных услуг, целью которого является повышение эффективности бюджетного финансирования и привлечение инвестиций [16, с. 7].

По мнению автора, наиболее содержательным является определение ГЧП Всемирного банка, главного мирового центра развития ГЧП и ориентирован на многочисленные формы взаимодействия государства с бизнесом. Ключевым элементом этого определения является акцент на «партнерском» подходе к предоставлению инфраструктуры в противоположность отношениям с «незаинтересованным» поставщиком.

Согласно трактовке Всемирного банка, в рамках ГЧП каждая сторона берет на себя ответственность за какой-либо элемент общего предприятия, и они работают совместно; или же обе стороны несут совместную ответственность за каждый элемент. ГЧП предполагает разделение риска, ответственности и выгод и используется в обстоятельствах, когда может обеспечить эффективное расходование средств налогоплательщиков [23].

В свою очередь, более узкие определения характерны для организаций, которые проводят консалтинг и предоставляют различные услуги в работе над проектами ГЧП или выступают со стороны государства. Например, компания Deloitte (Deloitte Touche Tohmatsu Limited — международная сеть компаний, оказывающих услуги в области консалтинга и аудита) определяет ГЧП в виде контрактного соглашения, участниками которого являются

государственное агентство и частная компания, стремящаяся к увеличению своего участия в предоставлении публичных услуг [15, с. 5].

В.Г. Варнавскому принадлежит определение ГЧП в здравоохранении. Ученый рассматривает его в виде юридической формы, которая определена конкретным сроком и совместным финансированием, а также распределением рисков между публичным и частным партнерами, непосредственно связанными с объектами сферы здравоохранения и предоставлением медицинских услуг [8, с. 9-15]. На мой взгляд, данное определение является корректным в силу содержания базовых признаков ГЧП.

Для отражения различных целей и требований проектов прибегают к различным видам партнерств. ГЧП, как правило, различаются по степени участия частного сектора.

На одном полюсе находится предоставление услуг государством, когда вся ответственность за оказание государственных услуг возлагается на государственный сектор, а на другом полюсе находятся частные услуги, когда все обязанности берет на себя частный сектор. По мере перемещения ГЧП от полностью государственных услуг к другому полюсу степень участия частного сектора возрастает (рисунок 1.1).

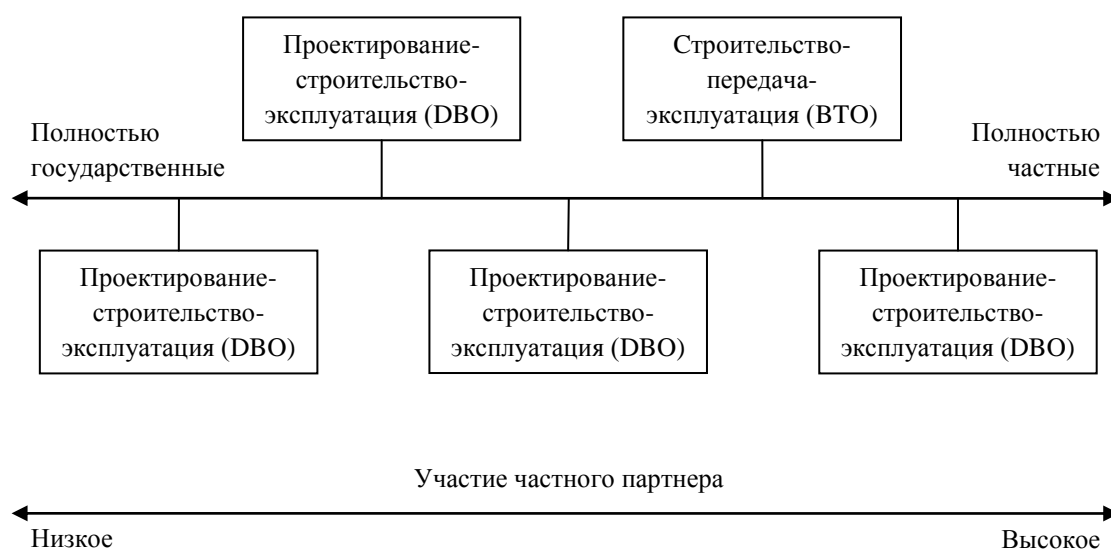


Рисунок 1.1.1 – Модели ГЧП

При использовании механизма ОМ за все аспекты эксплуатации и обслуживания отвечает частный сектор. Однако частный партнер не обязательно отвечает за финансирование, но может управлять фондом капитальных инвестиций и определять порядок использования средств совместно с публичным партнером.

Механизм DBO предусматривает ответственность частного партнера за проектирование, строительство, эксплуатацию и обслуживание проекта в течение определенного периода времени, прежде чем он будет передан публичному партнеру.

Согласно механизму DBFO частный партнер отвечает за финансирование, проектирование, строительство, эксплуатацию и обслуживание объекта инфраструктуры. В данном случае публичный партнер почти всегда сохраняет за собой полное право собственности на проект.

В рамках механизма ВТО частный партнер отвечает за финансирование, проектирование, строительство, эксплуатацию и обслуживание объекта инфраструктуры в течение срока действия концессии. По истечении ее срока действия объект инфраструктуры передается публичному партнеру.

Механизм ВОО аналогичен проектам, осуществляемым на условиях «строительство-владение-эксплуатация-передача», но частный партнер бессрочно сохраняет право собственности на объект инфраструктуры. Публичный партнер соглашается лишь приобретать предоставляемые услуги в течение фиксированного периода времени.

ГЧП также различаются по источникам финансовых ресурсов и принадлежности объектов.

Достаточно удачной является классификация, предложенная А.А.Алпатовым, А.В. Пушкиным и Р.М. Джапаридзе, которые выделили несколько механизмов ГЧП в зависимости от поставленных задач отдельно взятого проекта [7, с. 28]:

- а) концессия;
- б) государственные контракты;
- в) особые экономические зоны;
- г) Инвестиционный фонд Российской Федерации;
- д) соглашение о разделе продукции;
- е) аренда (лизинг);
- ж) инфраструктурные облигации;
- з) совместные предприятия и другие формы.

Согласно Федеральному закону от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее - Закон № 224-ФЗ), государственно-частное партнерство, муниципально-частное партнерство - юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с данным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества [3].

Самой распространенной моделью партнерства государства и частного сектора в современной России является концессия. Латинское слово «concession» означает уступку права, то есть государство на определенный промежуток времени уступает свое право пользования объектом инфраструктуры частному партнеру. В свою очередь, Всемирный банк определяет договор концессии как соглашение, в соответствии с которым частная сторона предоставляет в аренду активы для оказания услуг государственным органом на продолжительный срок и при этом отвечает за финансирование определенных проектов в течение установленного периода.

По истечении срока действия договора новые активы переходят государственному сектору [24].

Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» [1] (далее - Закон № 115-ФЗ) регулирует концессионные соглашения непосредственно в соответствии с моделью строительство – передача – эксплуатация (ВТО), что предусматривает только публичную собственность в отношении объекта концессионного соглашения. Иные договорные модели не подлежат регулированию Законом № 115-ФЗ, что обусловило принятие Закона № 224-ФЗ.

Отдельного внимания заслуживает понятие «квази-ГЧП проекты». Под ними понимаются инфраструктурные проекты, основой которых являются государственный заказ, федеральные и региональные целевые программы, а также социально-экономические соглашения [10].

И ГЧП, и квази-ГЧП проекты обеспечивают производство общественных благ, снижают остроту социально-экономических проблем. Однако если для проектов ГЧП характерно совместное финансирование, управление и реализация публичным и частным партнерами, то квази-ГЧП проекты выполняются лишь одним из партнеров.

Для проектов ГЧП характерны долгосрочные инвестиции и детальная юридическая проработка (например, закрепление концессионными соглашениями).

Квази-ГЧП проекты осуществляются на основе инвестиций, которые при определенных обстоятельствах (например, секвестре бюджетных расходов) могут быть перенесены на более поздние сроки или вообще аннулированы.

Квази-ГЧП проекты имеют меньшую сложность при структурировании в сравнении с классическими проектами ГЧП. Однако лишь проекты ГЧП, предоставляющие частному партнеру надежные юридические гарантии выполнения своих обязательств публичным партнером, способны стимулировать привлечение значительных частных инвестиций.

Диссертант рассматривает ГЧП как механизм, предполагающий равноправие публичного и частного партнеров, посредством которого происходит справедливое разделение прав и обязанностей по реализации инфраструктурного проекта, а также распределение рисков.

Различия между проектами ГЧП и проектами государственных закупок (включая проекты квази-ГЧП, реализуемые в рамках федеральных целевых программ) в части равноправия сторон крайне существенны. Федеральный закон от 05.04.2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» не предусматривает такого равенства. Часть 1 его статьи 8 рассматривает лишь равенство участников закупок между собой, но не равенство частного и публичного партнеров, что подчеркивается и терминологией закона № 44-ФЗ: публичный партнер в нем именуется «заказчиком», а частный – лишь «исполнителем».

В отличие от государственных закупок, нормы законодательства о ГЧП, включая концессионные соглашения, отдельно оговаривают вопрос равенства публичной и частной сторон. При заключении соглашений о государственно-частном партнерстве и концессионных соглашениях частный инвестор выступает в качестве равноправного партнера государства.

Таким образом, ГЧП открывает возможности для совершенствования механизма инвестирования в развитие общественной инфраструктуры за счет привлечения ресурсов и компетенций частных инвесторов. При этом равноправный статус публичного и частного партнеров позволяет находить такие варианты распределения проектных рисков, издержек и выгод, при которых создание новых и модернизация существующих инфраструктурных объектов силами частного партнера оказываются привлекательными для обеих сторон соглашения и эффективными с позиций общества в целом. Поэтому механизм ГЧП может быть использован для ускорения темпов и повышения качества создания новых и модернизации существующих инфраструктурных объектов, в том числе в сфере здравоохранения.

Недостаточная развитость общественной инфраструктуры является одним из ключевых ограничений экономического роста, особенно на региональном уровне. Имеющаяся коммунальная, транспортная и социальная инфраструктура часто оказывается низкого качества и не соответствует запросам рынка. Проблема усугубляется тем, что, во-первых, объем расходов большинства регионов на развитие инфраструктуры не позволяет преодолеть имеющиеся инфраструктурные ограничения, существующие в экономике. Во-вторых, низкое качество планирования, отбора и реализации инфраструктурных проектов ведут к неэффективным государственным вложениям – затраты на реализацию проекта оказываются завышенными, а строительство (модернизация) объектов требует более длительного времени. В-третьих, качество оказываемых населению услуг с использованием объектов инфраструктуры часто не соответствует современным стандартам, а сами объекты инфраструктуры содержатся не самым лучшим способом, что приводит к увеличению будущих затрат. Это обусловлено низкой квалификацией государственных и муниципальных служащих, недостатком инновационных разработок, компетенций и опыта реализации проектов, отсутствием необходимых технологий и методов отбора проектов.

Эксперты группы Всемирного Банка отмечают, что государственно-частное партнерство позволяет решить указанные проблемы (рисунок 1.2).

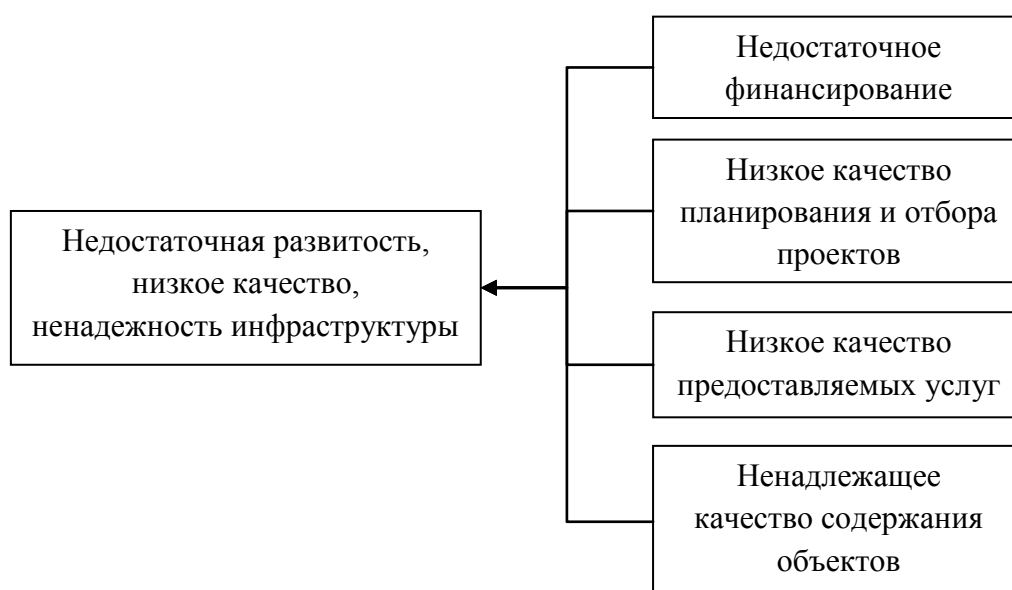


Рисунок 1.1.2 – Роль ГЧП в решении инфраструктурных проблем

Государственно-частное партнерство обеспечивает ускоренное развитие общественной инфраструктуры (коммунальной, социальной, транспортной и пр.) в регионе, одновременно обеспечивая сокращение издержек, связанных с созданием (модернизацией) и эксплуатацией инфраструктурных объектов. Сокращение издержек достигается за счет более высокого качества строительства, эксплуатации и управления объектами общественной инфраструктуры за счет инновационных разработок и компетенций частного бизнеса.

Инновационные методы управления, применяемые частным бизнесом, позволяют повысить качество оказываемых населению услуг. Помимо этого, сотрудничество с частным партнером позволяет снизить проектные риски для региона, что увеличивает эффективность государственных инвестиций и повышает вероятность достижения желаемых результатов. По мнению аналитиков Всемирного Банка, страны со сравнительно длительной историей развития государственно-частного партнерства доказали, что ГЧП позволяет реализовать инфраструктурный проект более качественно по сравнению с государственными закупками, чаще укладываясь в запланированный бюджет и временные рамки.

Другим преимуществом проектов государственно-частного партнерства, повышающим конкурентоспособность региона, является более широкий доступ к рынкам частного капитала, что позволяет реализовывать в регионе проекты, которые ранее были невозможны из-за бюджетных ограничений. Это приводит к снижению бюджетной нагрузки, привлечению частных инвестиций в региональную экономику и положительно сказывается на темпах экономического роста региона.

В.Г. Варнавский отмечает, что государственно-частное партнерство «выгодно всем – государству, бизнесу, обществу». Применение механизмов ГЧП позволяет государству переложить бремя расходов по инвестированию и содержанию инфраструктурного объекта на частного партнера, что способствует повышению эффективности его эксплуатации. Во-вторых,

государство отказывается от непрофильных функций по строительству, эксплуатации и ремонту объектов ГЧП. В-третьих, государственно-частное партнерство позволяет решить ряд социально-экономических проблем.

Важно иметь в виду, что рассмотренные преимущества проявляются, если при реализации конкретного проекта соблюдаются основные принципы государственно-частного партнерства. В.Г. Варнавский, А.В. Клименко, В.А. Королев выделяют следующие основные принципы государственно-частного партнерства:

1. Принцип равенства интересов сторон и свободы выбора действий. Можно выделить три важных аспекта. Во-первых, все потребители общественных услуг должны иметь равный доступ к данным услугам. Во-вторых, все частные компании, в том числе иностранные, должны иметь равный доступ на участие в конкурсе на заключение соглашения о реализации проекта ГЧП. В-третьих, каждая из сторон не должна быть ограничена в праве выбора форм и методов достижения целей проекта.

2. Принцип стабильности контракта ГЧП и одновременно возможности его изменения и адаптации. Проекты государственно-частного партнерства представляют собой комплексные проекты, предусматривающие длительные сроки реализации. Естественно, что макроэкономическая и политическая среды, в которых реализуется проект, может значительно измениться за время его реализации. Несмотря на колебания экономической и политической конъюнктуры, частному партнеру должна быть гарантирована определенная норма прибыли, а публичному партнеру – строительство (модернизация) объекта инфраструктуры и оказание общественных услуг соответствующего качества. Поэтому контракт ГЧП должен предусматривать внесение в него изменений, но при этом обеспечивать стабильность базовых принципов, которые в него заложены.

3. Принцип ответственности за исполнение условий контракта. И публичный, и частный партнеры несут полную ответственность за выполнение тех обязательств, которые предусмотрены контрактом. Этот

принцип является одним из основополагающих, поскольку проекты ГЧП затрагивают интересы широкой группы потребителей общественных услуг, подразумевают определенные денежные потоки со стороны бюджета, открытость процедур и публичность, поскольку одной из сторон по проекту выступает государство.

4. Принцип конкурентности. Прозрачность конкурсных процедур и обеспечение равного доступа должны быть гарантированы на всех этапах реализации проекта. Конкуренция среди частного бизнеса за участие в проекте ГЧП в качестве частного партнера, поставщика, подрядчика и пр. позволяет повысить эффективность принимаемых решений и снизить затраты по проекту в целом.

5. Принцип прозрачности и обратной связи. Проекты государственно-частного партнерства должны быть абсолютно понятны. В.Г. Варнавский и др. отмечают, что «гражданское общество, в интересах которого реализуются проекты ГЧП, должно обладать доступом к полной информации о состоянии предприятия, его финансовых, экономических и иные показатели, стандартах и качестве оказываемых услуг»[21]. Маркетинг проектов является неотъемлемым элементом при реализации государственно-частного партнерства.

6. Принцип невмешательства. Государственно-частное партнерство не подразумевает, что частный партнер лишается экономической свободы – права самостоятельно принимать административно-хозяйственные, управленческие, кадровые и иные решения. Несмотря на право публичного партнера осуществлять контроль над ходом реализации проекта и качеством оказываемых общественных услуг и обязательство частного партнера по раскрытию информации по проекту, частный партнер выступает самостоятельным субъектом хозяйственных отношений.

7. Принцип стимулирования, гарантий и возмездности. Частному партнеру должны быть гарантированы защита его прав, в том числе права на получение определенной договором нормы прибыли и права на получения

возмещения в случае невозможности реализации проекта по вине или инициативе публичного партнера. При этом, принцип стимулирования, на наш взгляд, не является неотъемлемым элементом ГЧП и зависит от отраслевой специфики и особенностей отдельного проекта. Тем не менее, практика показывает, что чаще всего соглашения о ГЧП подразумевают наличие стимулирующих условий: софинансирование капитальных затрат, субсидирование затрат, льготный режим налогообложения, льготы по аренде земельных участков и др.

В современном Российском праве существует несколько точек зрения в вопросе правового толкования государственно-частного партнерства как базисного понятия. Достаточно полно рассмотрен теоретический аспект, а так же правовой, включающий в себя положения гражданского права и процесса. Однако, практика применения государственно-частного партнерства в отдельных категориях общественных отношений исследована без учета экономической, политической и правовой специфики данной сферы. Так, в последующем будет рассмотрен вопрос практического применения государственно-частного партнерства при взаимодействии субъектов предпринимательства между собой и государственными органами в области развития системы здравоохранения.

1.2 Развитие системы здравоохранения с помощью механизмов ГЧП

В настоящее время, система Российского здравоохранения находится в стадии глубокой модернизации, в частности, реализуется огромное число государственных региональных программ по увеличению эффективности и качеству оказания медицинских услуг, доступности медицинских организаций для населения, в том числе и для жителей отдаленных районов и сельских поселений. Однако, при приведении данных программ в исполнение, возникает ряд практических проблем. Так, встает вопрос противоречия экономической эффективности необходимости совершения

закупок дорогостоящего медицинского оборудования для малого числа потребителей. Зачастую государство не в состоянии выделить необходимое количество бюджетных ассигнований ввиду невозможности окупаемости по причине неэффективного управления медицинскими учреждениями. Институт государственно-частного партнерства, как достаточно молодой способ применения вышеуказанных программ, способен разрешить ряд возникающих изъянов.

На сегодняшний день, в России и за рубежом прослеживается большое разнообразие форм сотрудничества государства с частным сектором в сфере здравоохранения. Е.С. Сизовой предложено такое понятие, как государственно-частное взаимодействие (ГЧВ) в сфере здравоохранения. Суть его заключается в том, что ГЧВ не исключает признаков, характерных для ГЧП, но и не признает их обязательными.

В качестве основных признаков, характеризующих ГЧВ в сфере здравоохранения, Е.С. Сизовой было предложено следующее:

- наличие договорных отношений между публичным и частным партнерами;
- участие частного партнера в оказании услуг в сфере здравоохранения, определенных договорными отношениями (как медицинских, так и связанных с созданием, реконструкцией и эксплуатацией объектов инфраструктуры здравоохранения);
- предоставление частному партнеру различных льгот, преференций публичным партнером под обязательства, непосредственно связанные с оказанием профильной услуги.

Государство несет ответственность перед населением за бесперебойное обеспечение публичными благами, чем и объясняется тенденция к сохранению ряда отраслей и производств в государственной собственности. В то же время, частному предпринимательству присущи мобильность, высокая эффективность в использовании ресурсов, склонность к инновациям.

Государственно-частное партнерство является эффективным

инструментом решения ряда важных социально-экономических задач, в том числе способствующих повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов лечения, а также модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала.

В соответствии с положениями государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» до 2020 года «Основной целью ГЧП в сфере здравоохранения является развитие взаимодействия государственной и частной систем здравоохранения. Необходимо развивать вхождение в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) частных медицинских учреждений, использование концессионных соглашений, а также привлечение управляющих компаний в целях управления отдельными видами медицинских учреждений по различным аналитическим признакам». В утвержденной Правительством РФ Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 г. предусмотрено развитие сектора социальных услуг на принципах государственно-частного партнерства.

В настоящее время, накопленный опыт, а также арсенал форм, методов и механизмов ГЧП позволяет при сохранении важнейших национальных объектов в государственной собственности передавать часть полномочий частному сектору.

Сегодня на территории Российской Федерации прослеживаются следующие формы ГЧП в сфере здравоохранения:

- концессионные соглашения по строительству и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения;
- создание новых частных медицинских учреждений в рамках соглашений о социально-экономическом сотрудничестве с государственным партнером;
- реализация контрактов жизненного цикла по поставке и обслуживанию сложного медицинского оборудования;

– передача на аутсорсинг частному бизнесу функций по транспортному обслуживанию скорой медицинской помощи и других непрофильных функций государственных медицинских учреждений;

– участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС;

– взаимодействие государства с некоммерческими организациями в целях оказания медицинской помощи населению.

Концессионные соглашения по строительству, реконструкции и эксплуатации объектов инфраструктуры здравоохранения в зарубежной и отечественной практике используются для создания городских больниц, диспансеров (например, онкорadiологических), перинатальных центров, центров гемодиализа, военных госпиталей и иных объектов медицинской инфраструктуры. При этом в рамках использования интегрированной модели ГЧВ создаются широкопрофильные клиники, а в рамках специализированной модели ГЧВ – узкопрофильные медицинские центры.

Для стимулирования частного партнера при создании новых частных ЛПУ в рамках соглашений о социально-экономическом сотрудничестве могут быть использованы такие инструменты, как налоговые льготы, предоставление земельных участков без торгов, государственные гарантии, бюджетные субсидии, бюджетные инвестиции в объекты капитального строительства, иной имущественный вклад государственного партнера в проект.

Механизм аутсорсинга используется для передачи функций, традиционно выполняемых государственными учреждениями здравоохранения, частным партнерам. Такие услуги, как транспортное обслуживание скорой медицинской помощи, организация питания, прачечные услуги, техническое обслуживание и ремонт оборудования, утилизация мусора и анатомических отходов, охрана территорий медицинских организаций, содержание коммуникаций, оказание юридических услуг, бухгалтерского учета, делопроизводства. Аутсорсинг

осуществляется при заключении заказчиком договоров подряда, возмездного оказания услуг ил иных договоров с частным исполнителем, которому передается часть функций по эксплуатации и (или) технического обслуживания того или иного медицинского учреждения.

Участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС позволяет:

- обеспечить более высокое качество медицинских услуг, предоставляемых гражданам;
- использовать ресурсы частных медицинских организаций, которые могут отсутствовать у государственных медицинских учреждений (например, материально-технические ресурсы, финансовые ресурсы, технологии, ноу-хау и пр.);
- обеспечить выполнение требований о минимальном количестве койко-мест на душу населения;
- обеспечить возможность реализации гражданами права выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
- обеспечить выполнение Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Е.С. Сизовой, в качестве основных принципов ГЧВ в здравоохранении, выделены следующие принципы:

1. Принцип обеспечения качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению в рамках реализации соглашения (договора) о государственно-частном взаимодействии (партнерстве) или участия частного партнера в реализации программы ОМС.

2. Принцип сохранения профиля объектов инфраструктуры здравоохранения, видов и объемов, а также иных условий оказываемой медицинской помощи в случае передачи государственных объектов инфраструктуры здравоохранения в управление частному партнеру.

3. Принцип законности, который является основополагающим для любых отношений, основанных на нормах права, в том числе ГЧВ в здравоохранении.

4. Принцип объединения ресурсов публичного и частного партнеров в целях достижения конечного результата. При этом могут объединяться финансовые, материальные, человеческие и другие ресурсы.

5. Принцип распределения рисков между публичным и частным партнерами. Данный принцип характеризует важное отличие проектов ГЧВ в здравоохранении от государственных закупок, где основные риски сохраняет за собой государство.

6. Принцип взаимовыгодности, согласно которому ГЧВ в здравоохранении должно быть основано на взаимной выгоде и равноправии сторон. Стороны проектов ГЧВ в здравоохранении следует рассматривать как равноправных субъектов экономических и правовых отношений, причем для обеспечения экономических выгод частного партнера публичный партнер может идти на предоставление частному партнеру различных льгот и гарантий.

7. Принцип добросовестного исполнения сторонами обязательств по соглашению. В контексте проектов ГЧВ в здравоохранении он приобретает особую роль, поскольку общественная важность оказываемых в рамках данных проектов медицинских и сопутствующих услуг требует бесперебойного и качественного их предоставления, что невозможно без добросовестного сотрудничества участников проекта ГЧВ.

8. Принцип долгосрочного характера взаимодействия сторон. По мнению диссертанта, срок реализации проектов ГЧВ должен составлять не менее 5 лет. Однако в настоящее время это условие нарушается применительно к договорам об оказании частными медицинскими организациями услуг по программе ОМС, которые заключаются сроком на один год.

9. Принцип обеспечения конкуренции или нейтральности. Данный

принцип заключается в необходимости справедливой и беспристрастной оценки конкурсных заявок и предложений по проектам ГЧВ в сфере здравоохранения в рамках конкурсных процедур. В соответствии с международной практикой в рамках принципа нейтральности необходимо предотвращение любых конфликтов интересов при реализации проектов ГЧВ, обеспечение контроля за проведением конкурсных процедур на предмет соблюдения законодательства о защите конкуренции, а также предоставление заинтересованным лицам права обжаловать любые решения компетентных публичных органов.

10. Принцип прозрачности (транспарентности) проектов ГЧВ в здравоохранении и конкурсных процедур, используемых для отбора их участников. В связи со сложным и дорогостоящим порядком проведения конкурсных процедур, а также высокой социальной значимостью проектов ГЧВ в здравоохранении необходимо обеспечивать прозрачность всех процедур и доступность информации о них для всех участников рынка при реализации проектов ГЧВ.

11. Принцип социально-экономической эффективности проектов ГЧВ в здравоохранении. Для обеспечения его выполнения могут быть использованы различные методики оценки проектов ГЧВ на предмет социально-экономической целесообразности их реализации и их преимущества по сравнению с государственными закупками.

12. Принцип принятия обоснованных управленческих решений публичным партнером. Его реализация требует привлечения экспертов к заседаниям конкурсных комиссий в рамках отбора частных партнеров для проектов ГЧВ, а также в рамках взаимодействия различных министерств и ведомств при подготовке и реализации проектов ГЧВ.

13. Принцип проведения государством контроля и мониторинга при реализации проектов ГЧВ в здравоохранении, который означает необходимость осуществления публичным партнером защиты своих и общественных интересов путем осуществления контроля за деятельностью

частного партнера. Такой контроль необходим во избежание злоупотреблений и нарушений со стороны частного партнера и, прежде всего, обеспечения бесперебойного и качественного оказания медицинских услуг.

Государственно-частное партнерство – новаторская форма материально-технического, финансового и экономического обеспечения здравоохранения в РФ. ГЧП может внести весомый вклад в совершенствование системы здравоохранения России за счет инвестиционной составляющей, оптимизации государственных расходов, создания условий для технологического ускорения и стабильного развития здравоохранения, расширения возможностей выбора пациентом медицинских организаций, что со временем приведет к повышению качества и доступности медицинской помощи, улучшению показателей здоровья и качества жизни населения. Составление и применение на практике теоретических разработок в этом направлении послужит сбалансированному сотрудничеству государства и бизнеса в сфере здравоохранения населения.

Глава 2 Анализ использования механизмов государственно-частного партнерства для развития здравоохранения

2.1 Анализ зарубежного опыта применения механизмов ГЧП для развития здравоохранения

В настоящее время государственно-частное партнерство стало основной схемой оказания услуг, как в развитых, так и в развивающихся странах. В странах «Большой семерки» (Япония, Италия, Франция, Канада, Германия, Великобритания, США) проекты в сфере здравоохранения приходятся на 1/3 всех проектов с применением механизмов ГЧП.

Спрос на услуги в сфере здравоохранения неуклонно растет во всем мире. Это подтверждается данными исследований различных авторитетных источников (рисунок 2.1.1).



Рисунок 2.1.1 – Анализ объема рынка медицинских услуг в странах ОЭСР и БРИК в 2012-2017 г.г.

Всемирное здравоохранение переживает значительные структурные изменения по мере старения населения и неуклонного увеличения списка заболеваний, напрямую связанных с образом жизни.

По оценкам консалтинговой компании Pricewaterhouse Coopers, к 2020 году, страны ОЭСР и БРИК потратят более 3,5 триллионов долларов на развитие сферы здравоохранения [22, с. 5]. Не смотря на большой объем государственных ассигнований, он не перекрывает неуклонно растущие потребности данной социальной сферы. Механизмы ГЧП позволяют решить проблемы не только с недостаточным финансированием данной отрасли, но и такие задачи, как неэффективное управление ЛПУ, достижение оптимального соотношения цена/качество оказываемых услуг, повышение контроля и учета услуг, стимулирование экономического роста и социального развития региона.

Мировая практика государственно-частного партнерства в отрасли здравоохранения охватывает широкий спектр применяемых моделей. Далее, мы рассмотрим некоторые из них.

Обеспечивающая модель. Основной особенностью обеспечивающей модели является отсутствие клинических услуг в спектре оказываемых частным партнером услуг. В основе данной модели лежит тот факт, что частный партнер, помимо инвестирования направления «проектирование-строительство-финансирование» добавляет пункт «обслуживание», в который включает дополнительные услуги неклинического характера – уборка, питание, охрана, организация обслуживания автотранспорта и пр. В Великобритании, Австралии, Италии и Канаде данная модель является актуальной и большинство договоров, в основе которых она заложена, заключаются на условиях «проектирование-строительство-финансирование-обслуживание» (DBFO).

Больница Университетского колледжа Лондона (БУКЛ) [34]

Крупнейшая в Великобритании организация по оказанию медицинских услуг – Фонд национальной службы здравоохранения БУКЛ. Структура Фонда представлена 8 больницами, расположенными в старом центре Лондона. Для замены старых и тесных зданий и строительства новой больницы на условиях «проектирование-строительство-финансирование-

эксплуатация» (DBFM) был заключен договор на 40 лет с консорциумом Health Management (UCLH) Plc. Согласно договору, здание было предоставлено в аренду Фонду с платой 32 млн. фунтов стерлингов в год. Так же, Health Management (UCLH) Plc. оказывает неклинические услуги такого характера, как парковка, снабжение, утилизация отходов и т.д.

В результате реализации проекта, услуги, ранее предоставляемые в нескольких рассредоточенных ЛПУ, были объединены в одну больницу СМП (скорой медицинской помощи) на 669 мест, расположенную в центральной части Лондона. Новое здание позволяет одновременно предоставлять медицинские услуги 54 000 пациентов, что на 10% больше прежнего показателя. Эксплуатацию здания осуществляет Health Management (UCLH) Plc., а оказание медицинских услуг – НСЗ БУКЛ.

Произведя аналитические расчеты, НСЗ БУКЛ выяснило, что в течение 40 лет, ГЧП позволит сэкономить больше 30 млн. фунтов стерлингов по сравнению со строительством и эксплуатацией больницы с использованием традиционной модели закупок.

Обеспечивающая модель реализации проектов ГЧП в здравоохранении, несомненно, обладает рядом преимуществ. Из примера выше мы видим, что проекты, реализованные по данной модели, являются экономически эффективными как для частного, так и для публичного партнера, способны удовлетворить потребности населения в оказании бесплатных медицинских услуг.

Несмотря на явные преимущества, данная модель предусматривает необходимость решения ряда возникающих проблем:

1. Сложность привлечения частного капитала для тиражирования успешных и эффективных проектов.

2. Необходимость детальной и критичной аналитики, сопоставления стоимости реализации проекта с использованием обеспечивающей модели ГЧП и с использованием традиционной схемы закупок.

3. Необходимость обоснования преимуществ модели ГЧП для

обширного круга лиц (персонал, пациенты, СМИ и пр.)

При реализации обеспечивающей модели ГЧП в здравоохранении риски снижения спроса на медицинские услуги и роста издержек по их оказанию ложатся на публичного партнера, а риски роста стоимости строительства и эксплуатации объекта - на частного партнера.

По мнению диссертанта, такое распределение рисков является сбалансированным. Это позволит привлекать частные инвестиции для развития инфраструктуры здравоохранения, обеспечивать высокое качество проектных решений при выполнении строительных работ, а также сохранить функцию оказания медицинских услуг за государством.

Интегрированная модель ГЧП в здравоохранении предусматривает объединение услуг в одном договоре ГЧП типа «проектирование-строительство-финансирование-обслуживание» (DBFO), согласно которому частный партнер не только обеспечивает развитие и предоставление инфраструктуры, но и оказывает медицинские услуги. Оплата услуг частного оператора может осуществляться как из объема оказанных услуг, так и исходя из численности пациентов, прикрепленных к больнице и регулярно пользующихся ее медицинскими услугами. В рамках реализации этой модели государство передает большинство рисков частному партнеру.

Региональная больница Латроб, Виктория, Австралия [37]

Для улучшения качества оказываемых медицинских услуг в 1997 году правительством штата Виктория был подписан договор с частной компанией Australian Hospital Care Ltd. (АНСЛ) на проектирование, финансирование, строительство, и оказание базовой бесплатной медицинской помощи в Региональной больнице Латроб. Договор был заключен на 20 лет с возможностью продления еще на 5 лет. Согласно договору, в свою очередь, правительство штата обязалось производить частному партнеру плату за обслуживание. В сентябре 1998 года объект был сдан, и больница начала свою работу.

В 1999 году убытки Australian Hospital Care Ltd. Составили около 6

млн. австралийских долларов, и, согласно пересмотренной финансовой модели, прогнозировалось дальнейшее их увеличение. В связи с этим, в 2000 году частного партнера освободили от обязательств по договору, а объект был продан правительству штата за 6,6 млн. австралийских долларов. Эта сумма составила примерно половину от оценочной стоимости объекта.

В процессе эксплуатации объекта были выявлены недопустимые ошибки на этапе разработки проекта. В результате проект оказался коммерчески нежизнеспособным, и государству пришлось выкупать инфраструктурный объект у частного партнера.

Больница де ла Рибера, Валенсия, Испания [13, с 533-549]

В 1997 году с правительством Валенсии был заключен договор сроком 10 лет на строительство государственной больницы и управление как не клиническими объектами, так и клиническими. Частным партнером в этой сделке выступала компания Union Temporal de Empresas-Ribera. Доходы частного партнера складывались за счет подушевой пошлины, подлежащей обязательной уплате, ежегодно индексируемой на индекс потребительных цен. Проект был оценен в 68 млн. евро.

В 1999 году больница открыла свои двери для населения. В рамках проекта, был построен новый медицинский центр, отделение гемодиализа, отделение инвазивной радиологии и гамма-камера. Была выполнена модернизация и дооснащение новым медицинским диагностическим оборудованием. Стоит отметить, что средний оклад персонала больницы был установлен на 25% выше среднего по отрасли [35].

В результате, UTE-Ribera оказалась неспособной покрывать свои расходы за счет поступающих денежных средств и, в итоге, в 2003 году правительство Валенсии и частный партнер заключили второй договор сроком на 15 лет с возможностью продления на 20 лет.

При расторжении первого договора правительство Валенсии выплатило 69,3 млн. евро (43,3 млн. евро за покупку объектов недвижимости, 26 млн. евро в качестве компенсации убытков) компании UTE-Ribera.

Второй договор был заключен с компанией под названием UTE-Ribera II, в уставном капитале которой значились все те же компании, что и в UTE-Ribera. Компания выплатила правительству Валенсии вознаграждение в размере 72 млн. евро за новый договор, по условиям которого, недавно приобретенное правительством имущество передавалось частному партнеру. В новом договоре устанавливались меньшие заработные платы сотрудников и большая продолжительность рабочего дня [36]. Как следствие, уделялось меньше внимания безопасности персонала больницы.

Финансирование нового контракта, как и первоначального, производилось с участием испанских банков на нерыночных условиях. Для этого проекта банк установили процентные ставки по кредитам на пониженном уровне. Данный проект характеризовался чрезмерно высоким уровнем финансовых рисков.

Рассмотренные примеры показывают, что имеющийся зарубежный опыт применения интегрированной модели ГЧП свидетельствует о его экономической неэффективности и высоких финансовых рисках. Основные проблемы реализации проектов по данной модели заключались в следующем:

1. В условиях долгосрочной реализации – модель не обеспечивает достаточную устойчивость проекта.
2. Переоценка частным партнером коммерческой привлекательности проекта.
3. Нерациональность некоторых инвестиций в дорогостоящее медицинское оборудование.

При реализации интегрированной модели ГЧП в здравоохранении основные проектные риски, в том числе связанные с коммерческой эффективностью оказания медицинских услуг, несет частный партнер. В большинстве случаев, такое распределение рисков оказывается несбалансированным. Преимущества частного партнера при предоставлении традиционных медицинских услуг по сравнению с государственным

медицинским учреждением зарубежная практика проектов ГЧП в здравоохранении не демонстрирует.

Однако, возможно компенсировать данные недостатки рациональным распределением рисков между частным и государственным партнерами.

Специализированная модель ГЧП в здравоохранении используется в некоторых странах в тех случаях, когда на какие-либо высокотехнологичные и дорогостоящие, но жизненно важные медицинские процедуры наблюдается постоянно возрастающий спрос, который не может быть удовлетворен за счет государственного бюджета, требуется внедрение инновационных медицинских технологий, компетенциями в области применения которых обладают частные компании. Для реализации данной модели используется механизм концессионного соглашения (BOT), а также долгосрочная аренда. Возможно, как создание новых узкопрофильных медицинских центров, так и предоставление специализированных услуг на базе действующих больниц.

Центры диализа V.Braun, Андхра-Прадеш, Индия [33]

Пациентам, живущим за чертой бедности, правительство города Андхра-Прадеш предоставляет бесплатное неотложное медицинское обслуживание в рамках реализации программы медицинского страхования Арогясри. Однако, большинство государственных больниц имеют очень ограниченные возможности для проведения процедур диализа, жизненно необходимого для многих пациентов.

Для решения этой проблемы, правительством Индии было заключено соглашение с V.Braun Medical (India) Pvt. - дочерней компанией одного из ведущих производителей медицинского оборудования в области диализа. Срок соглашения по созданию и эксплуатации центров диализа в одиннадцати объектах инфраструктуры здравоохранения рассчитан на 7 лет. Согласно условиям этого соглашения, за каждую проведенную процедуру гемодиализа, правительство Андхра-Прадеш за счет средств программы медицинского страхования Арогясри выплачивает 1200 рупий, из которых 1080 рупий (примерно 23 доллара США) получает V.Braun, а 120 рупий –

ЛПУ. Примерный объем инвестиций в создание центров гемодиализа V.Braun составил 45 млн. рупий (примерно 8,3 млн. долларов США).

В 2010 году началась реализация проекта, в ходе которого в 11 центрах было установлено 111 аппаратов «искусственная почка». Проект доказал свою успешность и может быть воспроизведен не только в других городах Индии, но и в других странах.

Центр гемодиализа при Национальном институте трансплантации почки (НИТП), Манила, Филиппины [38]

В условиях роста нефрологических заболеваний, Центром гемодиализа при Национальном институте трансплантации почки в г. Манила был заключен долгосрочный договор аренды с компанией Fresenius Medical Care. ГЧП возникло как механизм решения проблемы недостатка государственного финансирования больницы на приобретения современного аппарата гемодиализа для предоставления высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек.

В результате реализации проекта, НИТП смог приобрести новейшие технологии для проведения диализа и охватить большую группу пациентов при минимальных рисках. При конкурентоспособной, по сравнению с частными клиниками, стоимости, высокотехнологичная процедура стала доступна для большого числа филиппинцев.

Анализ опыта Филиппин и Индии показывает эффективность и жизнеспособность применения специализированной модели ГЧП в здравоохранении.

Диссертант, рассмотрев применяемые в мировой практике модели ГЧП в здравоохранении, пришел к выводу, что:

Обеспечивающая и специализированная модели, являются достаточно эффективными и могут быть рекомендованы для внедрения в Российской Федерации. Они позволяют обеспечить развитие инфраструктуры системы здравоохранения с привлечением инвестиций, ресурсов и компетенций частных партнеров и удовлетворить потребность населения в оказании

высокотехнологичных медицинских услуг.

Напротив, неудачной для применения моделью ГЧП в здравоохранении является интегрированная модель. Данные проекты нередко влекут за собой высокие риски из-за конфликта интересов частного инвестора, стремящегося к максимизации выгоды, и государственным партнером.

Исходя из этого, зарубежный опыт представляет значительный интерес с позиции формирования основ концепции развития ГЧП в здравоохранении России. Важное практическое значение влекут за собой выводы о высокой эффективности специализированной и обеспечивающей модели ГЧП. Их необходимо учитывать при совершенствовании нормативной базы, регламентирующей условия реализации проектов ГЧП в нашей стране, а также при структурировании проектов создания и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения с использованием механизмов ГЧП.

2.2 Анализ отечественного опыта применения механизмов ГЧП для развития здравоохранения

В настоящее время в Российской Федерации осуществляются кардинальные изменения в системе взаимоотношений государственного и частного секторов экономики. Благодаря многочисленным реформам, государственный сектор экономики значительно снизил свое участие в экономике страны, а частный бизнес наоборот – увеличил. Крайне важной проблемой для органов государственной власти является переход к стратегическому партнерству с частным бизнесом, формирование экономического порядка и системы взаимоотношений, гарантирующих будущее страны. Развитие государственно-частного партнерства позволяет создать синергию возможностей органов государственного управления и опыта, капитала и инициативы частного сектора. Открываются возможности привлечения значительных инвестиций в российскую экономику на долгосрочной основе.

Согласно данным, представленным региональными органами государственной власти Ассоциации «Центр развития ГЧП», на начало 2017 года в РФ прошли стадию принятия решения о реализации 2446 инфраструктурных проектов, предусматривающих привлечение частных инвестиций на принципах ГЧП [30]. При этом, более 480 проектов находятся в проработке органов государственной власти и порядка 1000 проектов структурируются частным партнером для запуска с использованием механизма «частной инициативы». 17 проектов федерального уровня, 238 регионального, 2191 муниципального – все это проекты ГЧП, прошедшие стадию принятия решения о реализации на сегодняшний день. 2183 – таково число проектов, прошедших стадию коммерческого закрытия. На сегодняшний день совокупные инвестиционные обязательства публичной и частной стороны составляют более 2,040 трлн. руб., из них обязательства частных партнеров – 1,336 трлн. руб. (65,4%) (рисунок 2.2.1).

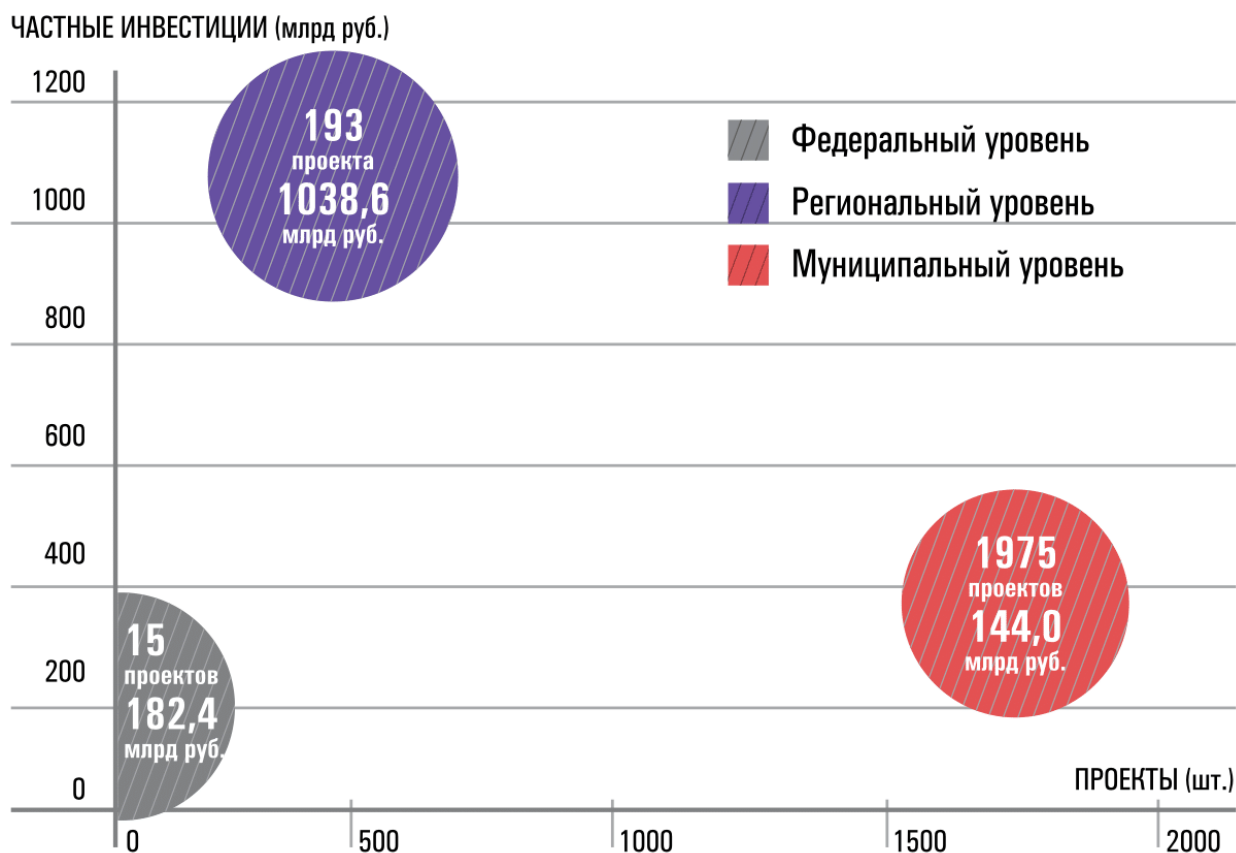


Рисунок 2.2.1 – Соотношение количества реализуемых проектов ГЧП и объема финансовых обязательств частных инвесторов

По-прежнему концессия остается основной формой реализации проектов ГЧП в России. 2200 инфраструктурных проектов уже реализуются и будут реализованы в форме концессионного соглашения. Соглашения о ГЧП используются в большей степени для структурирования проектов в социальной сфере (здравоохранение, образование) и на текущий момент насчитывают 70 проектов, заключенных в рамках регионального законодательства. Более подробная статистика реализации отечественных проектов государственно-частного партнерства представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Статистика реализации проектов ГЧП в России в разрезе форм и отраслей общественной инфраструктуры, 2017г.

Отрасль реализации проекта	Уровень реализации проекта	115-ФЗ	СГЧП	Иные формы	Общий итог
1	2	3	4	5	6
Социальная инфраструктура					
Здравоохранение и санаторно-курортное лечение	Федеральный	1	-	-	1
	Региональный	34	5	37	76
	Муниципальный	8	1	5	14
Культура и досуг	Региональный	-	1	1	2
	Муниципальный	16	-	9	25
Образование	Региональный	-	7	2	9
	Муниципальный	19	34	2	55
Реставрация объектов культурного наследия	Региональный	2	-	6	8
	Муниципальный	3	-	3	6
Социальное обслуживание населения	Региональный	6	1	2	9
	Муниципальный	22	-	7	29
Туризм	Региональный	1		6	7
	Муниципальный	12		4	16
Физическая культура и спорт	Региональный	8	4	1	13
	Муниципальный	5		6	11
Транспортная инфраструктура					
Авиационная инфраструктура и транспорт	Региональный	1	1	4	6
	Муниципальный	1	-	-	1
Автодорожная инфраструктура	Федеральный	5	-	9	14
	Региональный	9	2	2	13
	Муниципальный	6	-	1	7
Железнодорожная инфраструктура	Федеральный	1	-	-	1
	Региональный	-	1	-	1
Морские и речные суда, порты и сопряженная с ними инженерная инфраструктура	Региональный	1	-	1	2
Общественный транспорт	Региональный	1	-	4	5

Продолжение таблицы 2.1

1	2	3	4	5	6
Организация парковочного пространства и развитие улично-дорожной сети	Муниципальный	1	-	1	2
Транспортно-пересадочные узлы, авто и ж/д вокзалы, многоуровневые парковки	Региональный	-	1	12	13
	Муниципальный	2	-	1	3
Коммунально-энергетическая инфраструктура					
Водоснабжение и водоотведение	Региональный	40	-	2	42
	Муниципальный	921	-	18	939
Газоснабжение	Муниципальный	2	-	-	2
Комплексная инженерная инфраструктура	Муниципальный	5	-	-	5
Обращение с твердыми коммунальными отходами	Региональный	18	-	4	22
	Муниципальный	37	-	1	38
Теплоснабжение	Региональный	8	1	1	10
	Муниципальный	942	-	7	949
Электроснабжение	Региональный	4	3	2	9
	Муниципальный	24	1	1	26
Другие	Муниципальный	16	-	-	16
Информационно-коммуникационная инфраструктура					
Автоматизированные системы централизованного оповещения	Региональный	-	1	1	2
Комплексные системы взимания платы, мониторинга и управления	Федеральный	1	-	-	1
Линии и иные объекты линии связи и коммуникаций	Муниципальный	1	-	-	1
Системы обеспечения безналичной оплаты	Региональный	-	-	2	2
Системы обеспечения безопасности и мониторинга	Региональный	9	4	4	17
Системы управления движением	Муниципальный	2	-	-	2
Благоустройство и необходимая инженерно-техническая инфраструктура					
Комплексное благоустройство общественных пространств (скверы, набережные) и берегоукрепление	Муниципальный	3	-	-	3
Улично-дорожное освещение	Муниципальный	3	-	4	7
Другие	Муниципальный	2	-	-	2
Промышленная инфраструктура					
Тяжелая промышленность	Региональный	-	-	1	1
Сельско- и охотохозяйственная инфраструктура					
Растениеводство	Региональный	-	-	2	2
Общий итог:		2200	70	176	2446

«Рейтинг развития ГЧП», составленный Ассоциацией «Центр развития ГЧП», позволяет, с помощью систематизированного накопленного опыта реализации проектов ГЧП в различных субъектах РФ, определить развитие субъектов Российской Федерации при реализации различных проектов ГЧП. Показатель «Уровень развития ГЧП», рассчитываемый при составлении рейтинга, используется при определении текущих показателей эффективности деятельности высших должностных лиц субъектов Российской Федерации, а также является составной частью Национального рейтинга состояния инвестиционного климата в субъектах РФ, формируемого Агентством стратегических инициатив. Рейтинг выступает дополнительным индикатором при выборе потенциального публичного партнера для реализации инвестиционных проектов.

Рейтинг основывается на определении 3 факторов, показывающих потенциал субъекта: нормативно-правовое обеспечение сферы ГЧП; опыт реализации проектов государственно-частного партнерства, включающий устойчивый рост количества ГЧП-проектов и их сопровождение; а также развитость институциональной среды, которая оценивается в соответствии с запуском комплексных программ по созданию условий для развития ГЧП и формированием профессиональных проектных команд, в том числе в результате организации и подготовки повышения квалификации кадров в сфере ГЧП.

Анализируя рейтинг (Приложение А) можно выделить следующую классификацию субъектов Российской Федерации:

1. Регионы лидеры (60%-100%);
2. Регионы с высоким потенциалом (45%-60%);
3. Регионы со средним потенциалом (35%-45%);
4. Регионы с низким потенциалом (25%-35%);
5. Регионы-аутсайдеры (0%-25%).

К первой группе относятся: г. Москва, Московская область, Самарская область, Новосибирская область, г. Санкт-Петербург, Нижегородская

область, Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Ленинградская область, Ульяновская область, Хабаровский край, Владимирская область, Удмуртская Республика, Тамбовская область. Эти регионы имеют не только наивысшую инвестиционную привлекательность, большой опыт реализации проектов ГЧП, развитую институциональную среду, но делают огромный вклад в развитие и наполнение нормативно-правовой базы Российской Федерации в сфере ГЧП.

В сравнении с рейтингом 2015 года заметно попадание в группу лидеров Новосибирской и Нижегородской областей. За 2 года данные регионы смогли качественно улучшить инвестиционную привлекательность и расширить нормативно-правовую базу субъектов. Данные субъекты имеют наиболее успешный опыт реализации концессионных проектов [29].

Выделяя из общего числа проекты, реализованные в сфере здравоохранения, список лидеров не изменился. Москва, Казань и Новосибирск наиболее активно реализуют проекты по развитию здравоохранения региона.

В целом, можно отметить существенный рост среднего уровня развития институциональной среды и нормативно-правовой базы сферы ГЧП в 2017 году. По сравнению с 2015 годом рост соответствующих показателей в 2017 году составил 33%.

Данный рост связан с общим повышением интереса к институту ГЧП со стороны региональных властей, а также «попаданием» в рейтинг новых субъектов Российской Федерации, ранее занимавших выжидательную позицию.

Модельным законом субъекта Российской Федерации, ГЧП описывается как «привлечение субъектом Российской Федерации, муниципальным образованием российского или иностранного юридического лица либо объединения юридических лиц, либо индивидуальных предпринимателей для выполнения работ по техническому обслуживанию, эксплуатации, реконструкции, модернизации или новому строительству

объектов общественной (социальной) инфраструктуры, предоставлению публичных услуг с их использованием на условиях разделения рисков, компетенций и ответственности, путем заключения и исполнения соглашения о государственно-частном партнерстве».

Так же, помимо Модельного закона, разработанного Министерством экономического развития Российской Федерации, существуют рамочные законы субъектов РФ, разработанные непосредственно в этих субъектах. Такие законы создают существенную проблему в связи с появлением рисков противоречий между указанными региональными законами и федеральным законодательством. Потенциальные риски связаны с возможностью оспаривания проведенных конкурсов по проектам ГЧП, а также переквалификацией земельных участков [4].

Анализ регионального законодательства позволил выявить тот факт, что лишь часть регионов в своих подпрограммах «Развитие государственно-частного партнерства», предусматривают меры по развитию здравоохранения. Например, правительством Ярославской области принят приказ Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 14.05.2013 г. № 9 «Об утверждении концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Ярославской области». А в Иркутской области действует распоряжение правительства Иркутской области от 30.04.2013 г. № 181-рп «Об одобрении Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Иркутской области на период до 2020 года» [5].

По данным Ассоциации «Центр развития ГЧП», наиболее востребованными направлениями взаимодействия государственного партнера с частным являются: создание центра гемодиализа, центры вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), центры эмиссионной и компьютерной томографии. Учреждения по данным направлениям являются узконаправленными и предоставляют населению региона высокотехнологичные медицинские услуги.

Так, в 2014 году мэрией города Новосибирска заключен договор с ЗАО Медицинский центр «АВИЦЕННА» на реконструкцию родильного дома № 1 с дальнейшей эксплуатацией для оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по лечению бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Объем услуг на безвозмездной основе для жителей г. Новосибирска – 48 чел. в год. По итогам реализации проекта фактический объем частных инвестиций составил 60 млн. рублей.

Как упоминалось в параграфе 2.1, одним из перспективных направлений государственно-частного взаимодействия является создание высокотехнологичных центров гемодиализа. Эти проекты были успешно апробированы за рубежом и так же успешно адаптированы к реализации в условиях Российской Федерации. Например, Правительством Воронежской области в 2014 году был заключен договор о сотрудничестве с ООО «ФРЕЗЕНИУС НЕФРОКЕА» в плане проектирования, строительства, обслуживания и управления Диализным центром в г. Бобров. В результате сотрудничества, в апреле 2017 г. был открыт оснащенный 19 высокотехнологичными аппаратами «Искусственная почка» диализный центр, позволяющий одновременно предоставлять заместительную почечную терапию более 40 пациентам [28].

Основная проблема применения концессионных соглашений – низкая величина тарифа оказания медицинских услуг в системе ОМС. Существенные ограничения данной системы снижают заинтересованность частного партнера в реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения. В структуре тарифов ОМС не предусмотрена составляющая, обеспечивающая возвратность капитальных затрат инвестора. Так же, в целях предоставления высокотехнологичных медицинских услуг возникает необходимость в покупке соответствующего оборудования, которое чаще всего является дорогостоящим (например, листовая стоимость аппарата УЗИ для

применения в области ЭКО составляет порядка 8,5 млн. руб.). Однако, Законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» не предусматривается возможность приобретения оборудования дороже 100 тыс. руб.

11 апреля, в рамках форума регионов России «Здравоохранение», были обозначены два основных пути развития ГЧП, одним из которых является привлечение частных организаций в систему ОМС и/или передача частным организациям на аутсорсинг отдельных функций (видов деятельности) государственных учреждений, в первую очередь «технических» (передача на аутсорсинг деятельности по транспортному обеспечению, уборке, питанию и т.п.).

Например, Департаментом здравоохранения Вологодской области в 2013 г. было заключено соглашение с ООО «Эффективная система здравоохранения», отдающее частному партнеру на аутсорсинг все вопросы, связанные с транспортным обслуживанием службы скорой медицинской помощи. В результате данного соглашения, ежегодно осуществляется выход на линию 20 новых карет скорой медицинской помощи. Это повышает скорость и качество оказания реанимации и госпитализации населения [27].

В опыте ряда регионов на аутсорсинг передаются так же и профильные медицинские услуги, например, лабораторные исследования [6, с. 235]. В большом количестве случаев, аутсорсинг является экономически выгодным решением. Но стоит заметить, что при принятии решения о передаче функций на аутсорсинг, качество оказания этих услуг не должно влиять на основную функцию учреждения здравоохранения – предоставление медицинских услуг населению.

Стоит заметить, что дополнительный толчок к развитию системы государственно-частного партнерства в системе здравоохранения дает формирование особых экономических зон [2]. ОЭЗ являются ярким примером государственно-частного партнерства. Для инвесторов механизм особых экономических зон предполагает преференции по трем

направлениям: налоговые и таможенные льготы, государственное финансирование инфраструктуры, снижение административных барьеров.

ОЭЗ ТВТ «Дубна», насчитывает 124 резидента с объемом заявленных инвестиций 30 млрд. руб. 25 проектов резидентов приходится на фармацевтическую и медицинскую промышленность [7, с. 61].

ОЭЗ ТВТ «Санкт-Петербург», насчитывает 42 резидента с объемом заявленных инвестиций 38,2 млрд. руб. 13 проектов резидентов приходится на фармацевтическую и медицинскую промышленность.

ОЭЗ ТВТ «Томск», насчитывает 72 резидента с объемом заявленных инвестиций 17,3 млрд. руб. 15 проектов резидентов приходится на фармацевтическую и медицинскую промышленность [7, с. 63] [31].

Подводя итоги параграфа, можно сказать, что наиболее используемая модель ГЧП в сфере здравоохранения в нашей стране – специализированная модель. Специфика рассмотренных проектов заключается в значительных объемах финансовых инвестиций, и, соответственно, высокой стоимости оказываемых медицинских услуг. Диссертантом были проанализированы такие проекты ГЧП в сфере здравоохранения, как: создание центров гемодиализа, центров ПЭТ/КТ исследований, проекты капитального ремонта и реконструкции лечебных учреждений, что дает нам большой объем информации по реализации проектов как в отечественной практике, так и в зарубежной.

Глава 3 Разработка механизмов по совершенствованию качества системы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения

3.1 Рекомендации по развитию системы государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения

Интеграция сферы здравоохранения и частного капитала является общемировой тенденцией. Медицина нуждается в государственно-частном партнерстве (ГЧП), т.к. в одиночку государство с ее финансированием справиться не сможет. Диссонанс между возможностями государственного финансирования и быстро развивающимися технологиями увеличивается с каждым днем.

Внедрение инновационных практик лечения, технологическое оснащение клиник, улучшение качества оказания медицинской помощи обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций. Задача устранения диспропорций в конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Однако, несмотря на реформы здравоохранения, россияне здоровее не становятся.

Какие же задачи может решить государственно-частное партнерство? ГЧП в сфере медицины уже работает в 40 из 83 субъектов РФ. В основном, это фельдшерско-акушерские пункты, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины. Так, ГЧП в сфере здравоохранения уже развивают республики Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край. Результативность государственно-частного партнерства рассматривается с точки зрения каждого из партнеров. Если для частного сектора достаточно применить

стандартные методы оценки результативности, которые пригодны для любой фирмы, то для государства задача стоит сложнее.

Задачи, которые государство пытается решить с помощью государственно-частного партнерства, не могут быть оценены только количественным способом. В конечном итоге все подобные проекты нацелены на решение стратегических государственных задач, на снижение остроты социальных противоречий. Действенных механизмов оценки результативности в принятии решений подобного рода не существует.

Однако можно с уверенностью предположить, что четкое планирование таких проектов и максимальная оценка рисков для них значительно повышают шанс на достижение поставленных целей обеими сторонами. В рамках ГЧП частные партнеры могут уменьшить расходы, связанные с эксплуатацией и содержанием оборудования, за счет экономии на масштабах производства, внедрения инноваций, более гибкой системы снабжения или из-за сокращения накладных расходов.

Таким образом, с помощью ГЧП в большинстве случаев можно предоставлять услуги с большей эффективностью затрат по сравнению с традиционными подходами. Полученный в результате эффект экономии может быть направлен на финансирование других необходимых услуг, важна также эффективность использования основных фондов. Представитель частного сектора, мотивированный эффективно использовать оборудование и оснащение, будет более эффективно использовать коммерческие возможности для того, чтобы получить доходы от вложенных инвестиций. Результатом может стать высокий уровень услуг и лучший доступ к получению услуги.

В том случае, когда участники ГЧП преследуют исключительно финансовые цели, проект такого партнерства может оказаться неудачным. Социально-экономическая составляющая должна быть положена в основу создания партнерства государственного и частного секторов и, прежде всего, потому, что проект, который будет финансироваться преимущественно из

доходов от его эксплуатации, должен разрабатываться с целью обеспечения лучшего обслуживания по лучшей цене, которая могла бы удовлетворить наиболее широкий круг пользователей предоставляемых услуг. Само понятие партнерства государственного и частного секторов базируется на том, что органы государственной власти несут ответственность за услуги, которые предоставляются населению, но совсем не обязательно, чтобы они отвечали непосредственно и за инвестиции.

Основным преимуществом ГЧП по сравнению с другими видами договорных отношений между органами власти и частным сектором является оптимальное распределение полномочий по контролю над совместной деятельностью по предоставлению услуг населению, в результате которой будет достигнут желаемый результат для обеих сторон. Это достигается путем договорного согласования ролей, рисков и вознаграждений, и получения стимулов для качественного предоставления услуг и, одновременно, использование гибких подходов для достижения желаемых результатов.

Основным преимуществом ГЧП для частного бизнеса является то, что он получает возможность для инвестиций в те отрасли социально-экономической жизни страны, которые раньше считались сферой государственных капиталовложений и, таким образом, расширяют свои инвестиционные возможности.

Несмотря на то, что большинство проектов ГЧП касаются развития инфраструктуры, этот механизм может быть действенным и инновационным средством предоставления широкого спектра услуг. Примерами таких проектов является предоставление услуг по сбору коммунальных платежей от населения, вывоз твердых бытовых отходов, содержание дорог и тому подобное.

ГЧП является эффективным инструментом решения ряда важных социально-экономических задач, в том числе способствующих повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов

лечения, а также модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала. Государство возлагает на ГЧП большие надежды, рассматривая его в качестве одного из механизмов развития региональной экономики.

Однако, несовершенство законодательной базы на всех уровнях и нестабильность в стране сдерживают внедрение ГЧП в российскую экономику. Большинство регионов в настоящее время активно работают по методу аутсорсинга, когда непрофильные функции в деятельности учреждений здравоохранения передаются сторонним организациям.

Одной из форм ГЧП в сфере медицинских услуг может являться концессия, когда учреждения передают в управление частной компании. Концессии позволяют объединить ресурсы государства, в форме его имущества, и бизнеса – в виде предпринимательских видов хозяйствования, инвестиций, инноваций. Концессии позволят привлечь дополнительные вложения, ослабить остроту бюджетных проблем, сохранить передаваемые в концессию объекты в государственной собственности, что является перспективным механизмом развития экономики регионов. На снижение государственных расходов по поддержанию основных фондов здравоохранения влияет формирование открытой конкурентной среды в виде единых требований к качеству и доступности медицинской помощи в рамках участия в программе государственных гарантий медицинских организаций разных форм собственности. Перспективной сферой внедрения ГЧП является система обязательного медицинского страхования (ОМС). Введение в практику возможности частичного зачета средств ОМС при лечении в частной клинике будет способствовать развитию добровольного медицинского страхования, изменению налогообложения медицинских организаций и бизнеса, вкладывающего деньги в развитие здравоохранения.

За последние годы значительно увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах обязательного медицинского страхования (ОМС). В 2013 году по сравнению

с 2010 годом прирост частных организаций составил 14,7% с 600 до 1251 организаций от их общего количества. В 2014 году было зарегистрировано для работы в системе территориальных отделений ОМС 1655 частных организаций, то есть 17% от общего количества.

К концу 2018 года ожидается значительный рост количества частных организаций, работающих в территориальных программах ОМС. Для активизации целесообразно рассмотреть вопрос о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает участие ГЧП более привлекательным и экономически обоснованным. Важно также учитывать, что здравоохранение и медицина, взаимосвязанные, но не тождественные понятия. Особенно если речь идет о коммерческой медицине. Сейчас появилось много лечебных учреждений, которые, являясь частными по форме собственности, могли бы принять у государственных учреждений часть их функций и выполнять их не менее, а, может, и более эффективно. Немаловажным является и количество денежных средств, обращающихся в отрасли, увеличение их количества, а главное уменьшение государственного регулирования в их распределении (создание негосударственных организаций, в которые граждане будут направлять часть своих средств из системы ОМС для лечения в конкретном ЛПУ). Примером может служить система негосударственных пенсионных фондов, которые являются реальной альтернативой государственной пенсии.

По крайней мере, сегодня отчетливо просматриваются некоторые направления развития ГЧП в здравоохранении: непосредственно оказание медицинских услуг; управление медицинскими активами; разработка и производство фармацевтических препаратов; улучшение доступа к услугам и продукции в медицине; международная кооперация и координация; регулирование и обеспечение качества; утилизация медицинских отходов и др.

Инициативы государства и бизнеса будут определяться потребностями того региона, где осуществляется взаимодействие, например, передача в

концессию государственных клиник, создание больничных касс, передача в бизнес-управление целевых федеральных проектов по здравоохранению. Однако и у бизнеса тоже есть свои риски участия в ГЧП. Помимо слабой законодательной базы и приоритетов государства сюда следует отнести и возможность невыполнения инвестиционных обязательств частным партнером. Бизнес – это еще и ликвидация предприятий, искусственная конкуренция и т.д.

Во многих российских регионах не применяются понижающие коэффициенты при определении ставок арендной платы в отношении имущества, передаваемого публичным партнером частному партнеру в ходе реализации проектов ГЧП, что снижает привлекательность проектов ГЧП для частных инвесторов. По мнению автора, проекты ГЧП в здравоохранении нуждаются в применении такого инструмента оказания государственной поддержки.

Также необходимо налоговое стимулирование деятельности медицинских 84 организаций негосударственной формы собственности, оказывающих медицинские услуги в ходе реализации проектов ГЧП по программе ОМС, с использованием механизма налоговых льгот по налогу на имущество организаций и земельному налогу. На федеральном уровне необходимо внесение поправок в Налоговый кодекс Российской Федерации, позволяющих исключить концессионера из числа плательщиков налога на имущество, созданного в рамках концессионного соглашения или переданного концессионеру для последующей реконструкции и эксплуатации.

Для снижения стоимости финансирования, привлекаемого частными операторами для реализации проектов ГЧП в здравоохранении, требуется включение данных проектов в число приоритетных для региона и предоставление в связи с этим субсидий на покрытие части процентных расходов по привлекаемым банковским кредитам в рамках реализации соответствующих региональных программ. Кроме того, заслуживает

внимания задача формирования пула пилотных проектов ГЧП в здравоохранении с последующим софинансированием расходов бюджетов депрессивных регионов с низким уровнем бюджетной обеспеченности на реализацию проектов ГЧП со стороны федерального бюджета.

Но, несмотря ни на что, ГЧП может и будет развиваться в здравоохранении. Для этого необходимы:

- разработка единого понятийного аппарата с одинаковым подходом к терминологии. Отсутствие единого понимания всех основных терминов и понятий в сфере ГЧП тормозит развитие данного направления в самом начале. Считаем данный пункт первостепенным.

- совершенствование законодательно-правовой базы, внесение изменений в закон «О государственно-частном партнерстве». Существующие несостыковки в нормативно-правовой базе сильно препятствуют развитию ГЧП в сфере здравоохранения.

- создание отдельного органа, контролирующего реализацию проектов с применением механизмов ГЧП в Белгородской области. Необходима активизация и развитие контроля и поддержки ГЧП в сфере здравоохранения на территории Белгородской области. Это значит, что нужно создать отдельный орган, который будет заниматься данными вопросами. Данный орган должен будет вступить в активный диалог с гражданами, некоммерческими организациями и бизнесом для распространения информации о государственно-частном партнерстве и возможностях подобного сотрудничества в целях улучшения понимания, что такое государственно-частное партнерство и какими преимуществами обладает данный механизм взаимодействия власти и бизнеса.

- создание системы оценки всех потенциальных проектов ГЧП и их рейтингования с целью определения социальной значимости и экономических рисков проекта. Данный вид деятельности должен включать оценку всех потенциальных проектов и финансовых показателей с учетом их социальной значимости. В том случае, если в результате государственно-

частного партнерства образуется естественная монополия, правительство области должно гарантировать потребителям, что не будет происходить повышения цен и будет обеспечен равный доступ к услуге. Должна проводиться оценка рисков проектов государственно-частного партнерства и разделение их таким образом, чтобы каждый вид рисков был передан той стороне, которая может наилучшим образом уменьшить его. Так, операционным риском лучше будет управлять частная компания, тогда как государственные органы могут контролировать и снижать риск изменения областного законодательства. Государство также может выступать гарантом внешнеэкономических отношений.

– разработка системы показателей для оценки эффективности реализации проектов ГЧП для непрерывного осуществления мониторинга проектов в сфере здравоохранения на территории региона и их комплексная оценка по завершению.

3.2 Исследование экспертного мнения по вопросу применимости разработанных рекомендаций

Для определения применимости и актуальности, вынесенных нами рекомендаций, нами было проведено исследование. В качестве метода исследования был выбран опрос. В исследовании приняли участие 100 человек, работающих в сфере здравоохранения по всей России.

На первый вопрос «Как Вы считаете, существует ли проблема с понятийным аппаратом в ГЧП в сфере здравоохранения» 79% отвечают «да, это одна из важнейших проблем», всего 2% считают, что такой проблемы в настоящее время не стоит.

Респондентам был задан вопрос о существовании проблемы с нормативно-правовой базой ГЧП в сфере здравоохранения. Ответы распределились следующим образом: 69% отвечают, что это наиболее актуальная из всех перечисленных проблем. Еще 11% подчеркивают, что

данная проблема достаточно актуальна. Всего 13% утверждают, что такая проблема скорее неактуальна, чем актуальна. И 7% утверждают, что нормативно-правовая база не нуждается в доработке.

Далее, респондентам предстояло ответить, необходим ли отдельный орган в каждом регионе, который будет заниматься всеми вопросами государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Здесь интересно отметить, что 25% респондентов ответили, что будет достаточно органа, который будет заниматься вопросами ГЧП в общем. Еще 38% ответили утвердительно. Всего 37% ответили, что нет необходимости в создании отдельного органа.

После респонденты указали на то, что оценка рисков проектов в ГЧП в сфере здравоохранения недостаточно развита. 37% считают данную проблему первостепенной. Кроме того, 15% отмечают, что существует необходимость в делегировании ответственности в сфере ГЧП не в равной степени, а по объективным параметрам. Допустим, если существует проблема, связанная с областным законодательством, то ее должно решать исключительно государство в этом союзе.

Оценивая удовлетворенность комплексной оценкой проектов, по завершении 76% подчеркнули свою неудовлетворенность, что дает основание для актуализации данной проблемы как важнейшей в данной сфере.

Респондентам было задано несколько вопросов с открытым ответом. Проанализируем полученные ответы.

Так, действенными направлениями развития ГЧП в сфере здравоохранения респондентами признаны:

– передача на определенный срок плохо работающих государственных медицинских учреждений менеджменту частных компаний, создание своего рода управляющей компании;

– поставка новых технологий и оборудования «под ключ» в рамках целевых программ комплексной информатизации и оснащения медицинских центров;

– организация взаимодействия с зарубежными клиниками, приглашение зарубежных специалистов в Россию, нацеленные на повышение квалификации медицинского персонала;

– разработка необходимой законодательной базы, пилотных проектов по автономизации, корпоратизации или приватизации государственных медицинских объектов.

По мнению диссертанта, из указанного перечня можно полностью согласиться только с высокой потребностью в фундаментальной законодательной базе внедрения и функционирования ГЧП в здравоохранении. Более того, считать его первым этапом модернизации системы здравоохранения с применением ГЧП. Эффективность создания управляющих компаний в российской действительности, на наш взгляд, наглядно демонстрируется опытом ЖКХ и в комментариях не нуждается.

Примером низкой эффективности поставок медицинского оборудования «под ключ» может служить опыт Воронежской области, когда ЦРБ вместо остро необходимого стандартного оборудования получали высокотехнологичное, использование которого в условиях ЦРБ невозможно. Формировалась ситуация резкого роста основных фондов за счет принятия на баланс дорогостоящей современной медицинской техники, которая не востребована, что лишает медучреждение перспектив на получение необходимого для реальной работы оборудования.

Организация взаимодействия с зарубежными клиниками представляется нам значимой, но не первостепенной задачей управления в силу того, что факт высокой профессиональной подготовки отечественных медиков уже давно не оспаривается. Можно согласиться с тем, что имеется отставание в направлении «использование современных инструментов и средств диагностики», но для его преодоления, на наш взгляд, не требуются

значительные средства на привлечение иностранных специалистов. Указанный недостаток можно устранить путем проведения разовых или регулярных обучающих курсов. Полагаем, что эффективность ГЧП в здравоохранении может увеличиться при использовании предлагаемого нами подхода к формированию институциональной системы здравоохранения, который включает три направления и предполагает три этапа. Основные направления системного подхода:

- законодательная деятельность (формирование федеральной законодательной базы по внедрению и использованию феномена ГЧП в здравоохранении);

- организационная деятельность органов государственного управления (подготовка кадров государственных служащих по специальности «менеджер реализации государственно-частных проектов в здравоохранении»);

- выделение в качестве приоритетного направления государственной деятельности.

- разработку стандартов лечения и критериев оказания медицинских услуг; совершенствование контрактных отношений, путем использования таких моделей как сервисные контракты, контракты на управление, контракты на строительство и оборудование, гибридные контракты; аренда, концессионные соглашения).

- финансово-экономическая деятельность органов государственного управления (использование возможностей налогового регулирования, а именно изменение налогообложения прибыли медицинских организаций, вкладывающих средства в развитие отрасли; расширение использования возможностей добровольного медицинского страхования в целях привлечения дополнительных средств при осуществлении взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения).

Развитие механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении представляется нам возможным по следующим направлениями:

- строительство и эксплуатация организаций здравоохранения за счет частных инвестиций;
- финансирование научных исследований, имеющих перспективы коммерциализации;
- развитие профессионального образования и системы переподготовки кадров;
- оказание медицинской помощи в рамках государственного (муниципального) заказа (задания);
- развитие инновационной инфраструктуры, медицинских кластеров и управляющих компаний, в том числе по трансферу технологий в практику здравоохранения.

Потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении значителен: взаимодействие экономически заинтересованных партнеров, дополнительные источники инвестиций, расширение инновационных возможностей и многое другое.

Государственно-частное партнерство в медицинской сфере может способствовать достижению целей, поставленных перед здравоохранением:

- снижение смертности от управляемых причин, повышение рождаемости,
- улучшение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни, а как следствие, общее повышение здоровья населения.

Кроме того, государственно-частное партнерство позволяет достигнуть заметных результатов в профилактике и лечении различных заболеваний. Для пациентов преимущество в государственно-частном партнерстве заключается в качественном и быстром медицинском обслуживании. Кроме того, пациент может воспользоваться качественными услугами хорошо управляемой медицинской организации бесплатно. Для специалистов государственно-частное партнерство означает лучшие возможности для

реализации исследовательских проектов и реализации современных технологий лечения тяжелых заболеваний.

И, наконец, для инвесторов и партнеров государственно-частное партнерство дает возможности в получении финансовых доходов. Доходы, получаемые государственным партнером, могут быть инвестированы в новое необходимое оборудование и услуги в государственном секторе, в интересах государственных пациентов и на благо общества в целом. В конечном итоге государственно-частное партнерство должно способствовать формированию конкурентной среды в здравоохранении, созданию равных условий для организаций здравоохранения различных форм собственности, развитию добровольного медицинского страхования.

Еще одно направление государственно-частного партнерства в здравоохранении – повышение квалификации медицинского персонала, в том числе на основании мирового опыта. По количеству врачей на 10 тыс. населения Россия находится в числе лидеров, но у нас не просто много врачей – у нас также много и плохих врачей. Возможности негосударственного инвестора могли бы значительно расширить взаимодействие с зарубежными клиниками, повысить уровень организации зарубежных стажировок молодых специалистов в Германии, Швейцарии, США и пр., способствовать приглашению зарубежных специалистов в Россию.

Развитие партнерских отношений государства и бизнеса позволит привлечь в государственный сектор здравоохранения дополнительные ресурсы. Распределение сфер деятельности в здравоохранении между государством, частной медициной и государственно-частным партнерством будет способствовать развитию инновационных форм проектного менеджмента, стимулированию предпринимательства и спроса, а также решению медико-социальных проблем. Решение это будет основано на привлечении компетенций, сформировавшихся у частного бизнеса в государственную сферу, их наиболее эффективного использования в целях

мультипликативного положительного эффекта для общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, государственно-частное партнерство может внести весомый вклад в совершенствование системы здравоохранения России, за счет инвестиционной составляющей, оптимизации государственных расходов, создания условий для технологического ускорения и стабильного развития здравоохранения, расширения возможности выбора пациентом медицинских организаций, что со временем приведет к повышению качества и доступности медицинской помощи, улучшению показателей здоровья и качества жизни населения.

Подводя итог, отметим, что использование ГЧП в сфере здравоохранения имеет значительный потенциал, реализация которого зависит от объективных и субъективных факторов.

К объективным факторам относятся, прежде всего, низкий уровень благосостояния населения. К значимым субъективным факторам, можно отнести слабую законодательную базу, недостаток управленческих кадров требуемой специализации, недостатки самого инструмента ГЧП.

Заключение

Подводя итоги, диссертант отмечает, что развитие инфраструктуры здравоохранения основывается, прежде всего, на состоянии материальной базы (медицинское оборудование, помещения). Для действительно качественного скачка в развитии медицинской помощи населению, необходимы большие капиталовложения в целях внедрения новых высокотехнологичных методик диагностики и лечения. Моральный и физический износ медицинского оборудования, отсутствие перспектив его обновления – так характеризуется современное состояние инфраструктуры здравоохранения Российской Федерации.

Анализ отечественного и мирового опыта применения механизмов ГЧП, проведенный диссертантом, позволил выделить и систематизировать основные формы государственно-частного партнерства:

- концессионные соглашения по строительству и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения;
- создание новых частных медицинских учреждений в рамках соглашений о социально-экономическом сотрудничестве с государственным партнером;
- реализация контрактов жизненного цикла поставки и обслуживания сложного медицинского оборудования;
- передача на аутсорсинг частному бизнесу функций по транспортному обслуживанию скорой медицинской помощи и других непрофильных функций государственных медицинских учреждений;
- участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС;
- взаимодействие государства с некоммерческими организациями в целях оказания медицинской помощи населению.

Диссертант, рассмотрев применяемые в мировой практике модели ГЧП в здравоохранении, пришел к выводу, что:

Обеспечивающая и специализированная модели, являются достаточно эффективными и могут быть рекомендованы для внедрения в Российской Федерации. Они позволяют обеспечить развитие инфраструктуры системы здравоохранения с привлечением инвестиций, ресурсов и компетенций частных партнеров и удовлетворить потребность населения в оказании высокотехнологичных медицинских услуг.

Напротив, неудачной для применения моделью ГЧП в здравоохранении является интегрированная модель. Подобные проекты нередко влекут за собой высокие риски из-за конфликта интересов частного инвестора, стремящегося к максимизации выгоды, и государственным партнером.

Исходя из этого, зарубежный опыт представляет значительный интерес с позиции формирования основ концепции развития ГЧП в здравоохранении России. Важное практическое значение влекут за собой выводы о высокой эффективности специализированной и обеспечивающей модели ГЧП. Их необходимо учитывать при совершенствовании нормативной базы, регламентирующей условия реализации проектов ГЧП в нашей стране, а также при структурировании проектов создания и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения с использованием механизмов ГЧП.

Специфика рассмотренных проектов заключается в значительных объемах финансовых инвестиций, и, соответственно, высокой стоимости оказываемых медицинских услуг. Диссертантом были проанализированы такие проекты ГЧП в сфере здравоохранения, как: создание центров гемодиализа, центров ПЭТ/КТ исследований, проекты капитального ремонта и реконструкции лечебных учреждений, что дает нам большой объем информации по реализации проектов в отечественной практике. Данный анализ показал высокую эффективность специализированной модели ГЧП, которая может удовлетворить все потребности в качественном улучшении доступности медицинских услуг.

Основная проблема применения концессионных соглашений – низкая величина тарифа оказания медицинских услуг в системе ОМС.

Существенные ограничения данной системы снижают заинтересованность частного партнера в реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения. В структуре тарифов ОМС не предусмотрена составляющая, обеспечивающая возвратность капитальных затрат инвестора. Так же, для предоставления высокотехнологичных медицинских услуг возникает необходимость в покупке соответствующего оборудования, которое чаще всего является дорогостоящим (например, листовая стоимость аппарата УЗИ для применения в области ЭКО составляет порядка 6,5 млн. руб.), а Законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» не предусматривается возможность приобретения оборудования дороже 100 тыс. рублей.

Решением этой проблемы видится включение в структуру тарифа ОМС инвестиционную составляющую для проектов, реализуемых с помощью механизмов ГЧП (в т.ч. концессионных соглашений).

Учитывая вышеуказанную проблему, при реализации проектов ГЧП инвесторы нуждаются в дополнительных источниках доходов. Одним из важных источников такого дохода является поступления денежных средств от оказания услуг вне рамок программы обязательного медицинского страхования. Но стоит заметить, что данная возможность открывается инвесторам только в регионах с высоким уровнем социально-экономического развития.

В случае с регионами с низким и средним уровнем социально-экономического развития, можно отметить позитивные черты смешанной модели возмещения затрат концессионера, которая предусматривает сочетание платы инвестора за доступность ЛПУ, поступлений от услуг, включенных в структуру тарифа ОМС и доходов от оказания платных медицинских услуг. Такая модель позволяет сформировать достаточные источники доходов для обеспечения окупаемости инвестиций частного партнера и снизить нагрузку на местное население по оплате медицинских услуг.

Управленческие решения органов государственной власти субъектов Российской Федерации о формах и объемах участия в государственно-частном взаимодействии в сфере здравоохранения должны приниматься взвешенно, исходя из его целесообразности, и учитывать как текущие и плановые потребности в привлечении частных организаций и внебюджетных инвестиций для надлежащего выполнения возложенных на органы государственной власти субъектов Российской Федерации публичных функций и полномочий, так и качество выполняемых привлеченными организациями работ и услуг, экономическую эффективность государственно-частного взаимодействия (сокращение бюджетных затрат) и социально-экономический эффект для конкретного региона.

Государственно-частное партнерство – новаторская форма материально-технического, финансового и экономического обеспечения здравоохранения в РФ. ГЧП может внести весомый вклад в совершенствование системы здравоохранения России, за счет инвестиционной составляющей, оптимизации государственных расходов, создания условий для технологического ускорения и стабильного развития здравоохранения, расширения возможности выбора пациентом медицинских организаций, что со временем приведет к повышению качества и доступности медицинской помощи, улучшению показателей здоровья и качества жизни населения. Разработка и применение на практике теоретических разработок в этом направлении послужит сбалансированному сотрудничеству государства и бизнеса в сфере здравоохранения населения.

Список литературы

1. Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» [Текст] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2005. - № 30 (часть II). – Ст. 3126.
2. Федеральный закон от 22 июля 2005 г. № 116-ФЗ «Об особых экономических зонах в Российской Федерации» [Текст] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2005. – №3. – Ст. 3127.
3. Федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [Текст] // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2015. - № 29 (часть I). – Ст. 4350.
4. Закон Омской области от 06.04.2010 № 1249-ОЗ «О государственно-частном партнерстве в Омской области» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.referent.ru/206/13977> (дата обращения: 20.05.2018).
5. Распоряжение Правительства Иркутской области от 30.04.2013 №181-рп «Об одобрении Концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Иркутской области на период до 2020 года» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/428515192> (дата обращения: 20.05.2018).
6. Аешина, Н.А. Аутсорсинг – эффективная форма организации деятельности в учреждении здравоохранения [Текст] // Проблемы современной экономики – Новосибирск : - 2013. - № 13. - С. 234-238.
7. Алпатов, А.А. Государственно-частное партнерство: Механизмы реализации [Текст] / А.А. Алпатов, А.В. Пушкин, Р.М. Джапаридзе. – Москва : Альпина Паблшерз, - 2010 – 196 с.
8. Варнавский, В.Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт [Текст] // Управление здравоохранением. - 2010. - №1. - С. 9-15.

9. Варнавский, В.Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики [Текст] // Мировая экономика и международные отношения. - 2011. - № 9. - С. 41-50.

10. Региональная дифференциация института государственно-частного партнерства в России [Текст] / Е.В. Гоосен, С.М. Никитенко, К.Д. Гоосен // Материалы конференции «Модернизация экономики и общества» 2-5 апреля 2013 года.

11. Дерябин, А.В. Совершенствование организационно-экономических механизмов развития рынка медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения [Текст]: дис. ... канд. экон. наук / А.В. Дерябин. - Сочи, 2011. - 196 с.

12. Еганян, А. Инвестиции в инфраструктуру: Деньги, проекты, интересы. ГЧП, концессии, проектное финансирование [Текст] / А. Еганян. – Москва. : Альпина Паблишер, 2018. – 715 с.

14. Анализ российского рынка платных медицинских услуг [Текст] / С.Э. Ермакова, Е.Г. Евдокимова // Вестник Самарского государственного экономического университета. - 2014. - № 2 (112). - С. 62-66.

15. Игнатюк, Н.А. Государственно-частное партнерство: учебник для вузов [Текст] / Н.А. Игнатюк. – Москва : Юстицинформ, 2012. – 384 с.

16. Клинова, М.В. Государство и частный капитал в поисках прагматического взаимодействия. [Текст] / М.В. Клинова. – Москва : ИМЭМО РАН, 2009. - 122 с.

17. Кононенко, Т.В. Обоснование направлений совершенствования медицинской помощи населению Дальневосточного федерального округа на основе государственно-частного партнерства [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Кононенко. - Хабаровск, 2012. - 25 с.

18. Коробко, К.И. Понятие, признаки, элементы договора на оказание медицинских услуг, заключаемого субъектами частной медицинской практики [Текст] // Право и политика. - 2010. - № 9. - С. 1690-1696.

19. Кузнецов, И.В. Зарубежный опыт государственно-частного партнерства (США, Европа, Канада) [Текст] // Экономические науки. - 2012. - № 8 (93). - С. 196-202.

20. Максимов, В.В. Государственно-частное партнерство в транспортной инфраструктуре: критерии оценки концессионных конкурсов [Текст] / В.В. Максимов. – Москва : Альпина Паблишерз, 2010. - 178 с.

21. Максимов, В.В. Совершенствование механизма государственно-частного партнерства при реализации проектов транспортной инфраструктуры [Текст] : дис ... канд. экон. наук / В.В. Максимов. - Москва, 2009. - 178 с.

22. Малицкая, Е.А. Методологическая база реализации инфраструктурного проекта на основе государственно-частного партнерства [Текст] // Научные исследования и разработки. Российский журнал управления проектами. - 2013. - Т. 2. № 1 (2). - С. 34-42. 160

23. Марголин, А.М. Развитие инфраструктуры – катализатор экономического развития России [Текст] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. - 2011. - № S5. - С. 158-163.

24. Марголин, А.М. Экономическая оценка инвестиционных проектов: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 080502 «Экономика и управление на предприятии (по отраслям)» [Текст] / А.М. Марголин. – Москва : Экономика, 2007. – 367 с.

25. Мельников, Р.М. Критерии отбора приоритетных проектов для оказания поддержки за счет бюджетных ресурсов [Текст] // Р.М. Мельников. – Финансы, 2015. - №1. - С.25-30.

26. Мельников, Р.М. Особенности оценки эффективности проектов государственно-частного партнерства в сфере дорожного строительства: зарубежный опыт и российская практика [Текст] // Р.М. Мельников. - Экономический анализ: теория и практика, 2015. - №15. - С.15-25.

27. Мельников, Р.М. Оценка эффективности общественно значимых инвестиционных проектов методом анализа издержек и выгод. [Текст] / Р.М. Мельников. – Москва : Проспект, 2016. - 237 с.

28. Мельников, Р.М. Экономическая оценка инвестиций. [Текст] / Р.М. Мельников. – Москва : Проспект, 2014. - 264 с.

29. Нефедьев, А.Д. Некоторые аспекты инфраструктуры здравоохранения [Текст] // А.Д. Нефедьев, Д.К. Балаханова. - Транспортное дело в России., 2009. - № 8. - С. 31-36.

30. Пиддэ, А.Л. Проблемы медицинского страхования в современной России [Текст] // А.Л. Пиддэ. - Уровень жизни населения регионов России, 2010. - № 2. - С. 45 -54.

31. Пиддэ, А.Л. Социально-экономические основы и механизмы институциональных преобразований здравоохранения в современной России [Текст] : дис. ... д-ра экон. наук / А.Л. Пиддэ. - Москва, 2003. - 357 с.

32. Пиддэ, А.Л. Организационно-экономическое обеспечение функционирования и развития инфраструктуры здравоохранения в современной России [Текст] / А.Л. Пиддэ, И.К. Астахов. – Москва : Знание, 2006. -136 с.

33. Реализация проектов ГЧП в субъектах Российской Федерации. Практические примеры и анализ опыта. [Текст] : материалы программы повышения квалификации «Подготовка проектов государственно-частного партнерства: теория, законодательство, практика»17-21 ноября 2014.

34. Российский статистический ежегодник. 2004 [Текст] / Федеральная служба государственной статистики , под общ. ред. А.Е. Суринова. – Москва : Росстат, 2004. -. 725 с.

35. Российский статистический ежегодник. 2013 [Текст] / Федеральная служба государственной статистики , под общ. ред. А.Е. Суринова. – Москва : Росстат, 2013. -. 717 с.

36. Российский статистический ежегодник. 2014 [Текст] / Федеральная служба государственной статистики, под общ. ред. А.Е. Суринова. – Москва : Росстат, 2014. -. 693 с.

37. Сильвестров, С.Н. Выступление на круглом столе по теме «государственно-частное партнерство: российские варианты» [Текст] / С.Н. Сильвестров // Научные труды Вольного экономического общества России. - 2009. - Т. 117. - С. 13-32.

38. Сильвестров, С.Н. Партнерство государства и бизнеса в России [Текст] / С.Н. Сильвестров // Научные труды Вольного экономического общества России. - 2009. - Т. 118. - С. 9-49.

39. Сметанин, В.Н. Обеспечение доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования [Текст] / В.Н. Сметанин // Актуальные вопросы современной науки. - 2014. - № 34. - С. 377-387.

40. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году [Текст] / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – Москва : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2014. - 235 с.

41. Спирин, А.С. Фундаментальная наука и проблемы биологической безопасности [Текст] : Материалы общего собрания РАН, РАМН, РАСХН. / Наука - здоровью человека. - Москва, 2005. - 63 с.

42. Спицына, Т.А. Оценка эффективности инфраструктурных инвестиционных проектов [Текст] : дис. ... канд. экон. наук / Т.А. Спицына. - Москва, 2009. - 156 с.

43. Тюрин, Е.И. Отчет о Региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы лучевой диагностики в онкологии» [Текст] / Е.И. Тюрин // Радиология – практика. - 2013. - № 6.

44. Шишкин, С.В. Российское здравоохранение: реформы или кризис? [Текст] / С.В. Шишкин // Журнал новой экономической ассоциации. - 2014. - № 3 (23). - С. 162-164.

45. Шишкин С.В. Конкуренция на рынке платных услуг: что нужно знать о частных ЛПУ? [Текст] / С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева // Здравоохранение. - 2012. - № 5. - С. 36-42.

46. Щегорцов, М.В. Государственно-частное партнерство как механизм финансового обеспечения инвестиционной деятельности [Текст] : дис. ... канд. экон. наук / М.В. Щегорцов. - Москва, 2011. - 174 с.

47. Юрьева, Т.В. Государственно-частное партнерство в современной экономике: зарубежный опыт и российская практика [Текст] / Т.В. Юрьева // Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. - 2013. - № 6. - С. 127-130.

48. Юрьева, Т.В. Механизмы взаимодействия публичных и частных партнеров [Текст] / Т.В. Юрьева // Научное обозрение. - 2015. - № 8. - С. 284-291.

49. Ягудина, Р.И., Куликова А.Ю., Литвиненко М.М. QALY: история, методология и будущее метода [Текст] / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликова, М.М. Литвиненко // Фармаэкономика, - 2010. - Т 3 № 1. - С. 7-11.

50. «О состоянии и перспективе развития санаторно-курортного обеспечения в Российской Федерации» [Текст] : бюллетень Счетной палаты Российской Федерации - № 4 (64)/2003. - 64 с.

51. Acerete B., Stafford A., Stapleton P. Spanish healthcare public private partnerships: The «Alzira model» // Critical Perspectives on Accounting. - 2011. - № 22. - pp.533-549.

52. Assessing value for money. A guide to infrastructure Ontario's methodology. Queen's Printer for Ontario, - 2007. - Pp. 19 – 20.

53. Berger MC, Bingefors K., Hedblom EC, et al. Health Care Cost, Quality, and Outcomes ISPOR book of Terms // Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2003.

54. Boardman A.E. and Vining A. (2010) Assessing the economic worth of publicprivate partnerships. International handbook on public private partnerships. Edward Elgar. 163

55. Burger P., Hawkesworth I. How To Attain Value for Money: Comparing PPP and Traditional Infrastructure Public Procurement // OECD Journal on Budgeting – vol. 2011/1. - Pp. 13 - 32.

56. Closing the InfrastructureGap: The Role of Public-Private Partnerships. N.Y., 2006. - P. 5.

57. Delmon J. Private Sector Investment in Infrastructure: Project Finance, PPP Project and Risk. The World Bank and Kluwer Law International.2009. - P. 7.

58. Demirag I. and Khadaroo I. (2008) Accountability and value for money in private finance initiative contracts. Financial Accountability & Management - 24(4) – Pp. 455-478.

59. European Commission, Guidelines for Successful Public-Private Partnerships, 2003.

60. Grimsey D., and Lewis M.K. (2002) Evaluating the risks of public private partnerships for infrastructure projects. International Journal of Project Management 20(2) - P. 248.

61. HM Treasury, Partnerships for Prosperity: the Private Finance Initiative, London, 1998.

62. Li B., Akintoye A., Edwards P.J., and Hardcastle C., «Perceptions of Positive and Negative Factors Influencing the Attractiveness of PPP/PFI Procurement for Construction Projects in the UK,» Engineering, Construction and Architectural Management - 12/2 (2005) - 125-148.

63. New Karolinska Solna (NKS). PPP Success // Public-private partnership Magazine Poland, Europe and Word. – Spring 2013. – pp. 7-9.

64. Partnerships Victoria Requirements. State Government Victoria, 2013. - Pp. 10 – 11.

65. PPPs in the healthcare sector // Public-private partnership Magazine Poland, Europe and Word. Spring 2013. - pp.5-6.

66. Public-Private Partnerships in Ireland: A Review of the Experience. University of Limerick, E. Reeves. - Dublin, 2013. - Pp. 8 - 12.

67. The Non-Financial Benefits of PPPs. A Review of Concepts and Methodology. European PPP Expertise Centre, June 2011. P. 18. 164

68. The World Bank, World Bank Group Private Sector Development Strategy Implementation Progress Report, Washington, D.C., 2003.

69. The World Bank, World Development Report 1994: Infrastructure for Development, Oxford University, Oxford, UK, 1994.

70. Vega A.O. (1997) Risk allocation in infrastructure financing. Journal of Project Finance, - 3(2): - 38-42.

71. Zarco-Jasso H. (2005) Public–private partnerships: a multidimensional model for contracting. International Journal of Public Policy 1(1/2): 22-40.

72. Вологодская область получила 40 новых машин скорой помощи [Электронный ресурс] // безформата.ru. – Режим доступа: <http://vologda.bezformata.ru/listnews/poluchila-40-novih-mashin-skoroj/23979856> (дата обращения: 20.05.2018).

73. Городская больница №1 (центр амбулаторного гемодиализа при отд. реанимации и анестезиологии) [Электронный ресурс] // Российское диализное общество – Режим доступа: <http://www.nephro.ru/index.php?r=departments/departmentsView®ionid=2> (дата обращения: 20.05.2018).

74. Государственно-частное партнёрство (ГЧП) в здравоохранении, Новости ГЧП в здравоохранении [Электронный ресурс] // Форумы МООНП "НЕФРО-ЛИГА" – Режим доступа: <http://nephroliga.ru/forum/forum1/topic167/> (дата обращения: 20.05.2018).

75. Рейтинг регионов России по уровню развития государственно-частного партнерства 2016-2017. [Электронный ресурс] Москва : Центр развития государственно-частного партнерства, 2017. – Режим доступа: http://pppcenter.ru/assets/docs/raytingREG2017_B5_Block_31-03-2017-web.pdf (дата обращения: 20.05.2018).

76. 144. ТУСУР и Особая экономическая зона [Электронный ресурс] // Томский государственный университет систем управления и

радиоэлектроники – Режим доступа:
<http://www.tusur.ru/ru/innovation/economic-zone/> (дата обращения: 20.05.2018).

77. Canadian Council for Public-Private Partnerships, “About PPP,” 2004, available at <www.pppcouncil.ca/aboutPPP_definition.asp>. (дата обращения: 20.05.2018).

78. Center for Health Market Innovations. Identifi. Analyze. Connect. – Available at:<http://healthmarketinnovations.org/program/dialysis-centres-andhra-pradesh-throughpublic-private-partnership> (дата обращения: 20.05.2018).

79. Discussion paper. A preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: a review of different PPP case studies and experiences. pp.19-20. Available at:
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf . (дата обращения: 20.05.2018).

80. La Ribera Departamento 11 de Salud – URL:
http://www.hospitalribera.com/english/alzira_model/04.htm (дата обращения: 20.05.2018).

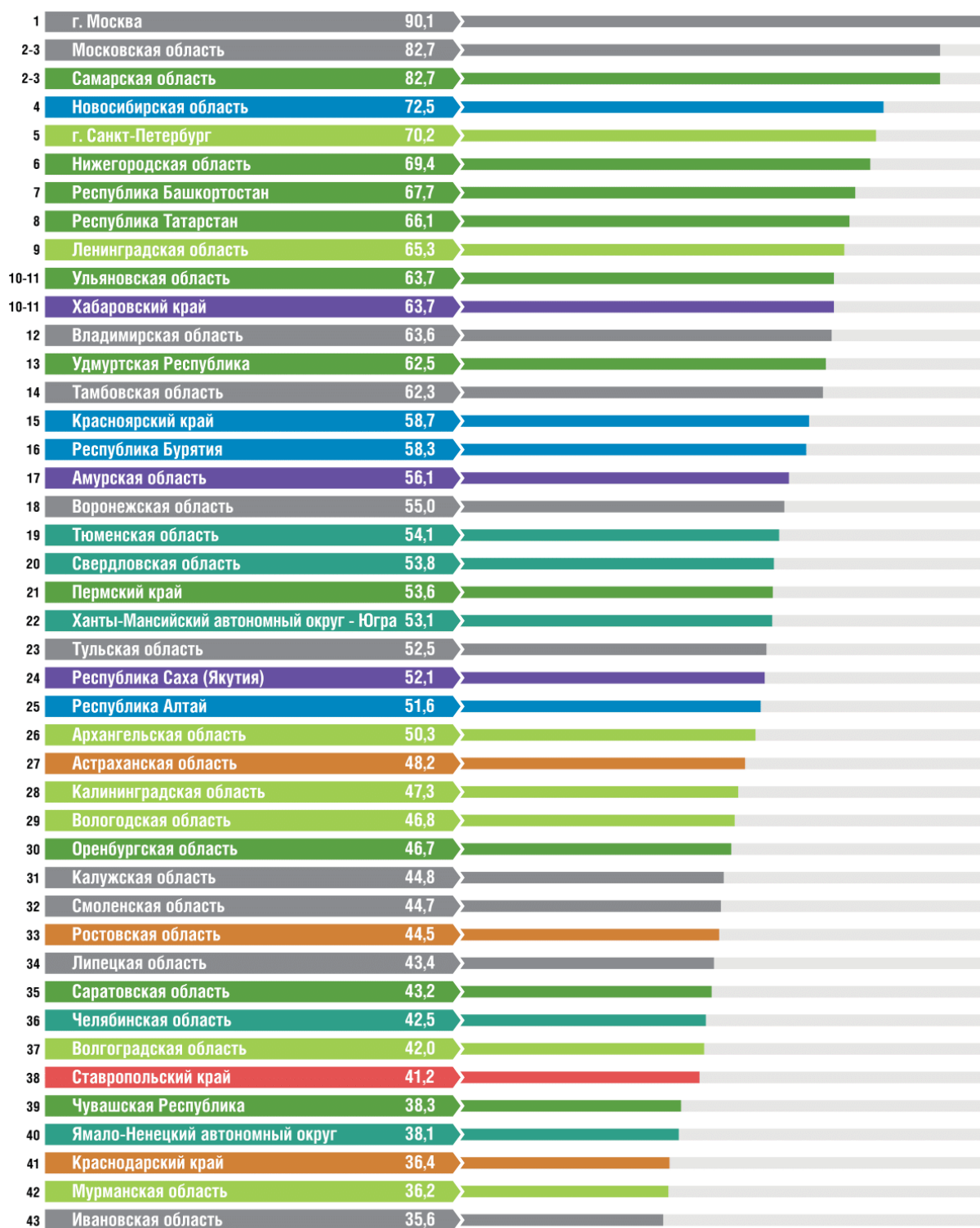
81. La Ribera Departamento 11 de Salud – URL:
<http://www.ribera10.com/pages/cont/index.php?destino=1&id=2> (дата обращения: 20.05.2018).

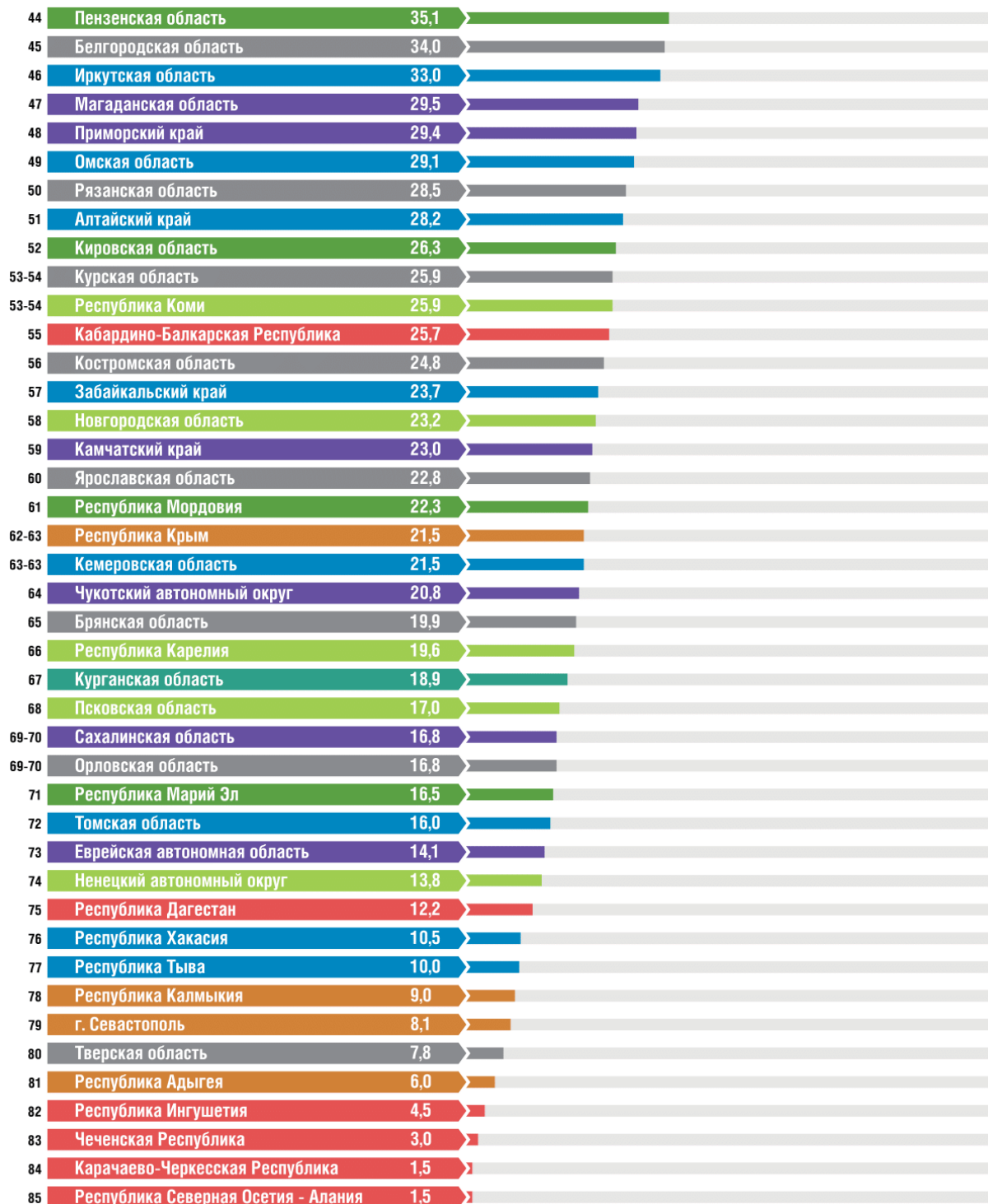
82. Latrobe Regional Hospital - Profile Company Report Australia, 30-06-2014, 9 pages – URL:
<http://www.ibisworld.com.au/enterprise/full/growth.aspx?entid=2581> (дата обращения: 20.05.2018).

83. Press release from the Department of Health. NKTi Hemodialysis Project among the Top 10 PPP Projects in East Asia, Pacific and South Asia Region, April 24, 2013 – URL: <http://www.gov.ph/2013/04/24/nkti-hemodialysis-project-among-the-top-10-pppprojects-in-east-asia-pacific-and-south-asia-region/> (дата обращения: 20.05.2018).

Приложения

Рейтинг регионов России по развитию ГЧП, итоги 2017 г.





Бланк-интервью

Уважаемые эксперты!

Мы проводим исследование по вопросам государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Вы можете помочь нам в этом, если ответите на вопросы анкеты. Наша анкета анонимна, ее результаты будут использованы в обобщенном виде.

Инструкция к заполнению анкеты: ознакомьтесь с анкетой, отвечая на вопросы, ставьте галочку рядом с тем ответом, который больше всего вам подходит (отвечайте предельно честно). Если в вопросе есть поле для заполнения, впишите ответ на вопрос.

Вопросы бланк-интервью:

1. Как Вы считаете, существует ли проблема с понятийным аппаратом в ГЧП в сфере здравоохранения?
2. Как Вы считаете, существует ли проблема с нормативно-правовой базой в ГЧП в сфере здравоохранения?
3. Необходим ли отдельный орган, который будет заниматься исключительно вопросами ГЧП в сфере здравоохранения?
4. На каком уровне происходит оценка рисков проектов ГЧП в настоящее время?
5. На каком уровне в настоящее время находится комплексная оценка проектов, выполняемая по их завершению?
6. В общем и целом, что Вы можете сказать о ГЧП в сфере здравоохранения?
7. Какие перспективы развития государственно-частного партнерства в современном мире Вы видите?

Благодарим Вас за участие в исследовании!