ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ (УНИВЕРСИТЕТ) МИНИСТЕРСТВА ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

ДАБАГЯН Екатерина Кареновна

Роль частного сектора в реформировании системы здравоохранения: мировой опыт и российская практика

Специальность 08.00.14 – Мировая экономика

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
кандидат экономических наук, доцент
Завъялова Елена Борисовна

Москва – 2019

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 3

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 12

1.1. Особенности рынка социальных услуг 12

1.2. Современное состояние здравоохранения в Российской Федерации 21

1.3. Состояние рынка платных медицинских услуг и фармацевтической отрасли в России 39

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 55

2.1. Сущность и содержание ГЧП в современной экономике 55

2.2. Особенности ГЧП-проектов, реализуемых в сфере здравоохранения в России 73

2.3. Зарубежный опыт ГЧП в сфере здравоохранения 82

ГЛАВА 3. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАНЧАЙЗИНГА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 102

3.1. Франчайзинг и договор коммерческой концессии 102

3.2 Франчайзинг как альтернатива ГЧП в сфере здравоохранения 113

3.3. Наиболее перспективные сферы применения франчайзинга на рынке медицинских услуг 123

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 135

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 141

ПРИЛОЖЕНИЯ 159

ВВЕДЕНИЕ

В XXI веке стоимость оказания медицинских услуг в развитых и развивающихся странах значительно растет. Это связано с целым рядом факторов, таких как старение населения, увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями, быстрое развитие медицинских технологий и др. В условиях современного финансового экономического кризиса идет активный поиск новых моделей финансирования, в первую очередь, для внедрения инновационных методов лечения, и, следовательно, повышения качества медицинских услуг и улучшения состояния здоровья населения, а во-вторых, для достижения поставленных целевых показателей в работе системы здравоохранения. Поэтому, в поиске новых моделей финансирования отрасли здравоохранения, правительства все чаще привлекают частный капитал к участию в проектах в этой сфере. Наиболее часто встречаются такие формы как франчайзинг и сотрудничество в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП).

В последнее десятилетие использование ГЧП в разных отраслях экономики, в первую очередь транспортном и энергетическом секторах, стало достаточно распространенным явлением. За годы реализации ГЧП-проектов в этих секторах было разработано достаточное количество рекомендаций и инструментов для реализации ГЧП-проектов, проведено немало тематических исследований и создана научно-теоретическая основа для изучения этого вопроса. В сфере здравоохранения эта форма применяется реже, хотя с каждым годом ее популярность растет. Несмотря на значительный объем практического материала, отмечается заметный недостаток научных исследований, обосновывающих достоинства и недостатки этой модели именно в сфере предоставления медицинских услуг. Поэтому вопросы развития, применения и внедрения инструментов ГЧП являются предметом острых дискуссий экспертного сообщества, при чем это касается не только России, но и практики применения ГЧП во всем мире.

С другой стороны, франчайзинг является одной из наиболее популярных форм развития бизнеса. По данным Российской ассоциации франчайзинга, по

темпам развития на этом направлении Россия входит в число мировых лидеров. Наиболее популярные сферы – это ритейл, общественное питание, также достаточно успешно франчайзинг развивается в сфере банковской и риэлтерской деятельности. В секторе медицинских услуг эта форма встречается гораздо реже, однако, представляется, что основной потенциал роста заложен именно здесь.[1]

Сфера здравоохранения России с 2006 года находится в процессе постоянной трансформации и модернизации. Стоит обратить внимание, что с принятием Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 №294 в 2014 г. расходы федерального бюджета на сферу здравоохранения, измеренные как процент от общего объема госсрасходов растут. Но тем не менее, они остаются все еще значительно ниже, чем в европейских странах. Более того, расходы на здравоохранение как доля ВВП постоянно сокращаются. Если в 2016 г. этот показатель составлял 3,6% (в странах Восточной Европы – в 1,5 раза больше), то, согласно текущему финансовому плану в 2018 и 2020 годах их доля составит 0,5%, а в 2019 году – 0,4%[2].

Актуальность темы настоящего диссертационного исследования обусловлена повышенным вниманием к сфере здравоохранения, которое наблюдается в России в последние годы. В своем обращении к Федеральному собранию в 2018 году Президент России четко сформулировал задачу обеспечения доступности современной, качественной медицинской помощи, отвечающей самым высоким мировым стандартам. По мнению Президента, «в 2019–2024 годах на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуется ежегодно направлять в среднем более 4 процентов ВВП. Но стремиться нужно к 5 процентам. В абсолютном выражении это будет означать, что общие объёмы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое»[3]. В своей речи В.В. Путин отдельно

---

1 Сайт Российской Ассоциации Франчайзинга [Электронный ресурс]. URL: http://www.rusfranch.ru.

2 Завьялова Е. Б., Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы // Вестник РУДН. Серия: «Экономика». 2018. № 1.

3 Послание Президента Российской Федерации Федеральному собранию 2018 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://kremlin.ru/events/president/news/page/26 (дата обращения: 15.07.2018).

подчеркнул, что потребуется «найти дополнительные возможности для финансирования, которые не сдерживали бы экономический рост»[4].

Свое практическое выражение поставленные задачи развития здравоохранения нашли уже в «майских указах» Президента. Из девяти национальных целей развития РФ на период до 2024 года две имеют непосредственное отношение к развитию здравоохранения (обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет)). Достижение поставленных задач невозможно без привлечения внебюджетных финансовых ресурсов.

Степень разработанности темы. В процессе развития теории и практики формирования государственно-частного партнерства и франчайзинга в сфере здравоохранения в научной литературе был накоплен значительный отечественный и в большей степени зарубежный опыт, который активно использовался в данном исследовании.

Основные классические теоретические положения о ГЧП в России представлены в трудах: Аганбегян А.Г., Балацкого Е.В., Борщевского Г.А., Варнавского В.Г., Дерябиной М.А., Зельднера А.Г., Иванова О.В., Клименко А.В., Конышева В.А., Королева В.А., Мочальникова В.Н., Сазонова В.Е., Смотрицкой И.И., Хавиной С. и других.

Основные труды по франчайзингу написаны Багдасарян А.Ф., Давыдовой Е.Л., Ереминым А.А., Сосной С.А., Шаховой М.С., Юрициным, А.А., Ягудиным С.Ю. и др.

Основные классические теоретические положения в области экономики здравоохранения представлены в трудах: Габуевой Л.А., Колосницкой М.Г., Кудриной В.Г., Кучеренко В.З., Пачина М.В., Решетникова А.В., Семенова В.Ю., Стародубова В.И., Шамшуриной Н.Г., Шамшурина В.И., Шеймана И.М., Юданова А.Ю. и других.

---

[4] Там же.

Повышение научного и практического интереса к развитию сферы здравоохранения и ГЧП обусловило появление диссертационных исследований таких авторов, как Сизова Е.С., Пухальский А.Н., Шитиков Д.В., Шакиров Т.А. и др.

Отдельного внимания заслуживают аналитические материалы, опубликованные на сайте Национального центра ГЧП.

Среди зарубежных авторов следует выделить таких исследователей франчайзинга как С. Спинелли, Р.М. Розенберг, С. Берли, Я. Мэйтланд, Д. Стэнворт. Темой ГЧП занимались П. Урио, Т. Захаревич, Э.Р. Йескомб и Джеффри Делмон.

Следует отметить, что, несмотря на наличие большого количества научных публикаций, посвященных общей проблематике развития теории и как ГЧП, так и франчайзинга, за рамками систематизированных исследований остаются теоретико-методические подходы и прикладные задачи в области применения этих механизмов в сфере здравоохранения. В связи с этим, степень изученности рассматриваемой в диссертации проблематики представляется недостаточной для выработки релевантных подходов в применении данных моделей в сфере здравоохранения.

Необходимость комплексной проработки теоретических, организационно-методических и практических аспектов взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения в условиях реформирования национальной системы здравоохранения предопределила цель, задачи, структуру и содержание диссертационного исследования.

Теоретическая, методическая и эмпирическая база исследования основана на фундаментальных трудах и научных разработках российских и зарубежных авторов, специализирующихся в области ГЧП, а также в области современного развития системы здравоохранения РФ. В процессе написания диссертации использовались законодательные акты и другие официальные документы государственных учреждений в области регулирования сферы здравоохранения и ГЧП материалы научных конференций, научные статьи по

соответствующим направлениям, исследования, данные общественных отраслевых организаций.

В диссертационном исследовании использовались экспертный, статистический, сравнительный, факторный и сценарный анализ анализ эмпирических данных с помощью методов группировки, обобщения, методы классификации, индукции, дедукции, аналогии, сравнения, формализации, абстрагирования. Информационную базу исследования составили материалы монографий, статей, сборников публикаций международных и российских научнопрактических конференций по исследуемым проблемам, законодательные и нормативно-правовые акты и публикации официальных органов в сфере ГЧП и здравоохранения, зарубежные отчеты о научно-исследовательской работе в области применения форм и моделей ГЧП в сфере здравоохранения, первичные материалы медицинских учреждений/больниц, информация из глобальной сети Интернет.

Цель и задачи исследования. Цель настоящего диссертационного исследования состоит в научном обосновании теоретико-методических подходов и разработке организационно-практических рекомендаций по развитию и внедрению новых форм сотрудничества частного и публичного сектора в сфере здравоохранения.

Для реализации указанной цели в диссертационной работе сформулированы и решены следующие задачи:

– проанализировать состояние рынка платных медицинских услуг в России;

– выявить условия возникновения, сущность и необходимость применения моделей ГЧП в сфере здравоохранения РФ;

– определить специфические особенности применения франчайзинга в сфере здравоохранения;

– провести анализ применения классических моделей ГЧП и франчайзинга в сфере здравоохранения в странах Европы и развивающихся странах;

– сравнить эффективность применения франчайзинга и классических форм ГЧП;

– определить перспективы развития новых форм ГЧП и франчайзинга в сфере здравоохранения как инструмента государственной экономической политики;

– выработать координационно-практические рекомендации по использованию предложенных моделей в сфере здравоохранения РФ.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в проведении комплексного анализа текущего состояния государственно-частного партнерства в системе российского здравоохранения и в разработке экономической модели для организации оказания медицинской помощи по принципу франчайзинга.

Положения, выносимые на защиту

1. Автор определил приоритетные сферы применения государственно-частного партнерства в сере здравоохранения. Предлагается рассматривать такое сотрудничество как юридически оформленную взаимовыгодную систему взаимоотношений государственных (муниципальных) органов власти или учреждений и частного сектора или некоммерческих организаций, с целью эффективной реализации проектов в области здравоохранения путем привлечения частных инвестиций 1) для создания, реконструкции, управления и содержания инфраструктуры здравоохранения.
2. Предложена авторская категоризация проектов ГЧП в системе здравоохранения. Автор вводит понятие комплексное государственно-частное партнерство (КГЧП) и в рамках этого понятия предлагает внедрение новой модели DBOD (design, build, operate and deliver) для реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении, которое помимо создания и поддержания объектов медицинской инфраструктуры включает оказание медицинских услуг.
3. Проанализирован опыт применения ГЧП в Великобритании и странах Латинской Америки для выявления особенностей применения ГЧП в сфере здравоохранения в мире. Выбор стран для анализа характеризуется тем, что в Великобритании приоритетной отраслью по использованию ГЧП является

здравоохранение, а страны Латинской Америки по развитию систем здравоохранения находятся ближе всего к России в соответствии с показателем затрат на здравоохранение, которое определяется как доля от ВВП.

4. Проведен сравнительный анализ результативности классических проектов ГЧП и проектов, осуществлённых в рамках франчайзинга. Автором выдвинута и подтверждена гипотеза, что в отдельных сферах здравоохранения франчайзинг и ГЧП имеют разную эффективность. Для развития инфраструктуры больше подходят классические формы государственно-частного партнерства (концессия, контракты на управление и аренду, проекты типа «гринфилд», смешанные предприятия). В свою очередь, для улучшения качества и уменьшения себестоимости услуг более предпочтительной формой для привлечения частных инвестиций является франчайзинг.
5. Разработаны и предложены схема привлечения частных инвесторов и экономическая модель для организации «стационаров на дому» по принципу франчайзинга, предусматривающая существенную экономию бюджетных средств.

Область исследования. Диссертация соответствует требованиям Паспорта специальностей ВАК РФ 08.00.14. «мировая экономика»: пункт: 10. Взаимодействие государства и бизнеса на национальном и международном уровнях. Экономическая роль неправительственных организаций в национальной и мировой экономике.

Предметом диссертационного исследования являются учреждения здравоохранения. **Объектом** исследования в диссертации являются экономические отношения, возникающие в процессе внедрения форм ГЧП и франчайзинга в сфере здравоохранения РФ.

Хронологические рамки исследования охватывают последние два десятилетия с начала XXI века до настоящего времени. Именно этот период характеризуется осознанием необходимости реформирования прежних систем

здравоохранения во многих странах, включая Россию, и опережающим развитием новых форм сотрудничества государства и бизнеса в этой области.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в возможности использования полученных результатов для совершенствования работы медицинских учреждений в условиях реализации реформы системы здравоохранения, что не может не сказываться на качестве предоставляемых медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях. Практическое применение предложенных рекомендаций должно способствовать повышению уровня предоставляемых медицинских услуг, а, следовательно, и повешению уровня удовлетворенности пациентов как услугами, так и государственными медицинскими учреждениями.

Основные разработки диссертационного исследования могут быть использованы Национальным центром развития государственно-частного партнерства, в медицинских учреждениях, а также высшими учебными заведениями для подготовки профильных специалистов.

Теоретическая значимость диссертационного исследования состоит в предложении модифицированного подхода для определения ГЧП в сфере здравоохранения, а предложенные формы и модели позволяют максимально эффективно использовать ГЧП и франчайзинг в отдельных секторах сферы здравоохранения не только для реализации инфраструктурных проектов, но и для решения социальных задач, таких как например, послеоперационный уход за больными.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 10 печатных работах, общий объем 4,025 п.л., в том числе 4 статьи в изданиях, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов диссертационных исследований.

Структура диссертации. Структура и объем диссертационной работы определены целью и задачами проведенного исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, включающих 9 параграфов, заключения, списка литературы и

приложений. Основная часть работы выполнена на 138 страницах, включает 16 рисунков и 13 таблиц. Список литературы состоит из 151 источника.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Особенности рынка социальных услуг

В XXI веке сфера услуг становится доминирующим сектором в экономиках как развивающихся, так и развитых стран. Сфера услуг по сравнению с другими секторами национального хозяйства на протяжении нескольких десятков лет устойчиво растет. Именно эта сфера стала главным драйвером экономического роста как в масштабах всей мировой экономики, так и на уровне отдельных стран, демонстрирующих успехи в плане социально-экономического развития.

По данным Всемирного банка на третичный сектор, т.е. сферу услуг во всем мире приходится 70,5% всего мирового ВВП, в России на сферу услуг приходится 60% от ВВП (Рисунок 1.1), а доля занятых в сфере услуг превысила 50-процентный рубеж:

– в США – 1955 г.,

– в Великобритании – 1960 г.,

– во Франции – 1970 г.,

– в Японии – 1975 г.,

– в ФРГ и Италии – 1980 г.,

– в России – 1995 г.

Более того, в развитых странах, таких как США и Япония, количество занятых в общественном секторе сферы услуг составляет приблизительно 20% от всей занятости населения и приблизительно 15% национального ВВП.

Вместе с тем до сих пор нет устоявшегося общепринятого определения сферы услуг. По мнению автора, наиболее актуальным определением является следующее: «сфера услуг – это система отраслей народного хозяйства, продукты, потребительная стоимость которых выражается в предоставлении удобств для жизнедеятельности населения»[5].

---

[5] Лифанова С. А. Настоящее и будущее сферы услуг в обществе // Медицина и образование в Сибири. 2007. № 6.

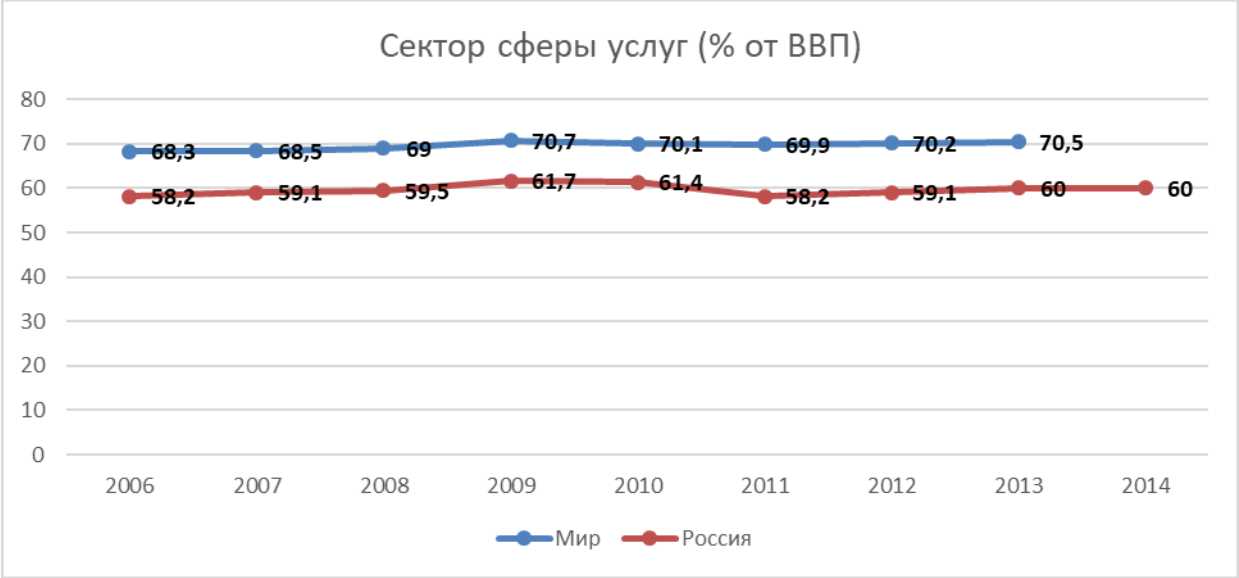


Рисунок 1.1 – Сектор сферы услуг (% от ВВП)[6]

Международная статистика выделяет в национальном хозяйстве три крупных сектора: первичный (сельское и лесное хозяйство, добывающие отрасли); вторичный (перерабатывающие отрасли) и третичный – сфера услуг или сервисный сектор.

Услуги, как отдельное экономическое понятие, имеют различную классификацию. В частности, услуги бывают:

– производственные или потребительские (так называемый функциональный подход);

– осязаемые и неосязаемые;

– конечные и промежуточные (промежуточные не учитываются при расчётах ВНП и ВВП);

– легитимные и нелегитимные;

– материальные и нематериальные (чистые);

– рыночные(платные) и нерыночные (бесплатные);

– массовые (услуги СМИ), коллективные (общественный транспорт) и индивидуальные (большая часть медицинских услуг);

– основные и вспомогательные;

– факторные (в основе движение факторов производства, в частности капитал и рабочая сила) и нефакторные (например, путешествия);

---

6 URL: http://data.worldbank.org/indicator/NV.SRV.TETC.ZS/countries/1W-RU?order=wbapi_data_value_2011%20wbapi_data_value%20wbapi_data_value-first&sort=asc&display=graph.

– профессиональные и непрофессиональные (современная классификация);

– государственные (публичные, общественные) и негосударственные (частные).

«Различают сферу услуг материального производства (транспорт, связь, бытовое обслуживание); сферу услуг духовной жизни (образование, физическая культура, наука, искусство); сферу услуг в социальной сфере (торговля, жилищно-коммунальное обслуживание, здравоохранение)» [7] . Для целей настоящего исследования из общего объема услуг необходимо выделить именно социальные услуги.

К социальному сектору экономики традиционно относят здравоохранение, физическую культуру, социальное обеспечение, просвещение, культуру, науку и образование, страховое обслуживание, управление, деятельность общественных организаций.

Доступность должного уровня сервиса является ключевым аспектом для удовлетворения социальных потребностей населения страны. И особенно это касается государственных услуг в сфере здравоохранения.

В современном мире в условиях смешанной экономики государство не всегда может обеспечить должный уровень сервиса, а частным инвесторам не всегда хватает рентабельности, чтобы заниматься бизнесом в социальной сфере.

Россия также не является исключением. Более того существует негативная тенденция в сфере предоставления социальных услуг – низкий уровень сервиса, недостаточно квалифицированный персонал, ограниченность предоставляемых услуг, низкий уровень доступности социальных объектов и т.д.

Как видится автору, одним из путей улучшения ситуации может стать именно привлечение частного сектора в сферу предоставления медицинских услуг на базе социальных объектов.

Одним из таких механизмов уже сегодня служит ГЧП. В России реализуется 281 ГЧП проект в социальном секторе. Проекты находятся на разных этапах, из них 133 проекта уже находятся на стадии эксплуатации.

---

[7] Новый экономический и юридический словарь / под ред. А. Н. Азрилияна. М., 2003.

Расширение действия механизма ГЧП и других форм сотрудничества государства и частного бизнеса на социальную сферу обусловлено необходимостью обеспечения потребностей населения в социальных объектах и социальных услугах надлежащего качества. Строительство принципиально новой социально-экономической модели развития экономики России включает в себя и обязательное развитие рынка услуг в социальной сфере.

В рамках социальных услуг в силу своей значимости медицинские услуги занимают особое место. Медицинская услуга как рыночная экономическая категория – это услуга социального сектора, выступающая как общественное или частное благо. Также медицинская услуга – это благо, предоставляемое в форме медицинской деятельности определенного вида и объема и существующее в момент получения[8]. Таким образом в данном исследовании предметом изучения и анализа выступают *потребительские, осязаемые, нерыночные, индивидуальные, профессиональные*, а главное *публичные (государственные, общественные) услуги*, так как рассматриваемые в диссертационной работе *медицинские услуги*, оказываемые в рамках *медицинской деятельности*, обладают вышеуказанными признаками в соответствии с приведенной классификацией.

Отдельно следует отметить, что отрасль здравоохранения является деятельностью, которая подлежит обязательному лицензированию, и данный факт накладывает свою специфику на привлечение частного инвестора в данный сектор экономики.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что в связи с ростом производительности и ростом конкуренции в секторе сферы услуг особенно остро встает вопрос о необходимости нововведений. Инновация в предоставлении услуги создает новые или измененные способы предоставления этой услуги клиентам, или иные способы взаимодействия с ними, имея целью предоставить клиентам специфический общественный сервис.

В последние годы инновации в большей степени сосредотачивались в частном, либо в промышленном секторе. Тем временем именно общественный

---

[8] Решетников А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум. М.: Юрайт, 2016. С. 18.

сектор (здравоохранение, транспорт, образование) остро нуждается в инновациях. Учреждения общественного сектора считаются консервативными, бюрократическими и медленно развивающимися. То, что общественный сектор не является предпринимательским и не вводит инноваций, является практически аксиомой.[9]

Инновации в общественном секторе услуг сильно отличаются от инноваций в частном секторе, в виду того, что изначально эти два сектора имеют разные первичные цели. В частном секторе основной целью является возможность получения финансовой прибыли, благодаря введению инноваций. В общественном секторе основной целью является повышение уровня жизни и качественное обеспечение общественных потребностей.

При этом полная приватизация в социальной сфере невозможна в силу того, что значительное число организаций предоставляют населению конституционно-гарантированные бесплатные или льготные услуги, по этой причине их деятельность не является коммерческой и не всегда обладает инвестиционной привлекательностью для частных инвесторов.

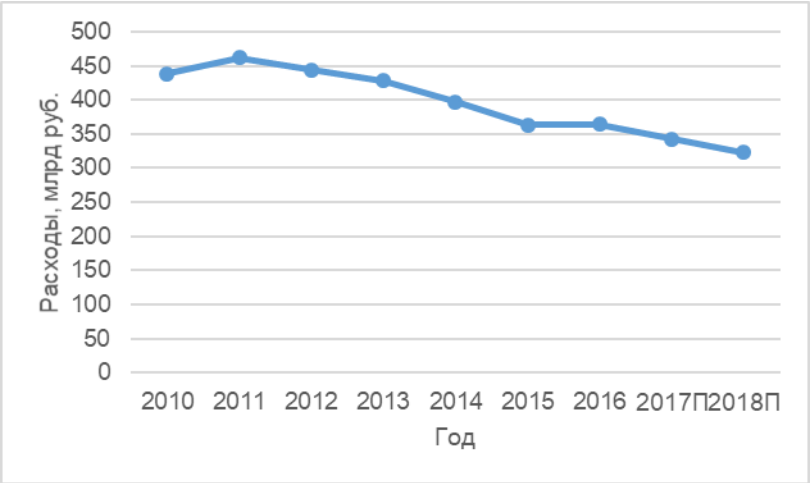
Однако реализация крупных инновационных проектов в общественном секторе в целом, и, в частности, в здравоохранении даже при наличии заинтересованности со стороны частного бизнеса невозможна без государственной финансовой и институциональной поддержки. Например, разработка и внедрение новых биотехнологий в медицинскую практику являются наукоемкими, капиталоемкими и длительными проектами, что предполагает высокий уровень кооперации научных, материальных и организационных ресурсов.

Таким образом, сотрудничество государства и бизнеса является одним из необходимых условий внедрения инноваций в социальной сфере российской экономии, так как одновременно позволяет решить две задачи: во-первых, сократить дефицит источников финансирования инвестиций в социальную сферу, во-вторых, повысить качество публичных услуг и эффективность управления организациями социальной сферы.

---

[9] Там же.

Реформирование социальной сферы после принятия знаменитых указов 2018 года стало ключевой темой в экономической повестке дня в России. В последние годы значительно возрос общий объем социальных расходов в бюджетах всех уровней. Справедливости ради надо отметить, что в XXI веке социальные расходы нашего государства постоянно увеличивались. Вместе с тем, они все еще не соответствуют реальной потребности в развитии социальной инфраструктуры. Кроме того, в условиях экономического кризиса приходится констатировать сокращение бюджетных расходов на здравоохранение, образование, культуру, туризм и другие социально-значимые сферы[10]. Это стало одной из основных причин, по которым приток инвестиций в капитальное строительство социальных объектов и инновационная активность значительно замедлились. Как результат – многочисленные социологические опросы показывают снижение удовлетворенности населения качеством предоставляемых медицинских услуг. Указанную проблему невозможно решить лишь за счет повышения эффективности бюджетных расходов. Сегодня особую актуальность приобретает вопрос стимулирования притока частных инвестиций в социальную сферу. Особенно остро эта проблема стоит на региональном уровне, где социальная нагрузка на бюджет традиционно больше, чем на федеральном уровне.



Источник: Федеральное казначейство, Минэкономразвития России, расчеты Национального центра ГЧП

[10] Завьялова Е. Б. Ткаченко М. В. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы // Вестник РУДН. Серия: «Экономика». 2018. №1.

Рисунок 1.2 – Совокупные государственные расходы на социальную инфраструктуру (отрасли/бюджеты соответствующих уровней

Анализ нормативной базы позволяет сделать вывод о том, что государство делает ставку на привлечение частного сектора для решения наиболее сложных и капиталоемких вопросов. В частности, поворотным моментом стало принятие Федерального закона «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации».

Таким образом, можно говорить о наличии двух разнонаправленных тенденций. С одной стороны, наблюдается сокращение бюджетного финансирования, с другой – количество проектов, финансируемых частным капиталом неуклонно растет. Объем государственных расходов на создание и развитие объектов социальной инфраструктуры неуклонно снижался с 2011 года, в то время как другие отрасли финансировались более щедро, в том числе и за счет сокращения расходов на социальные объекты.



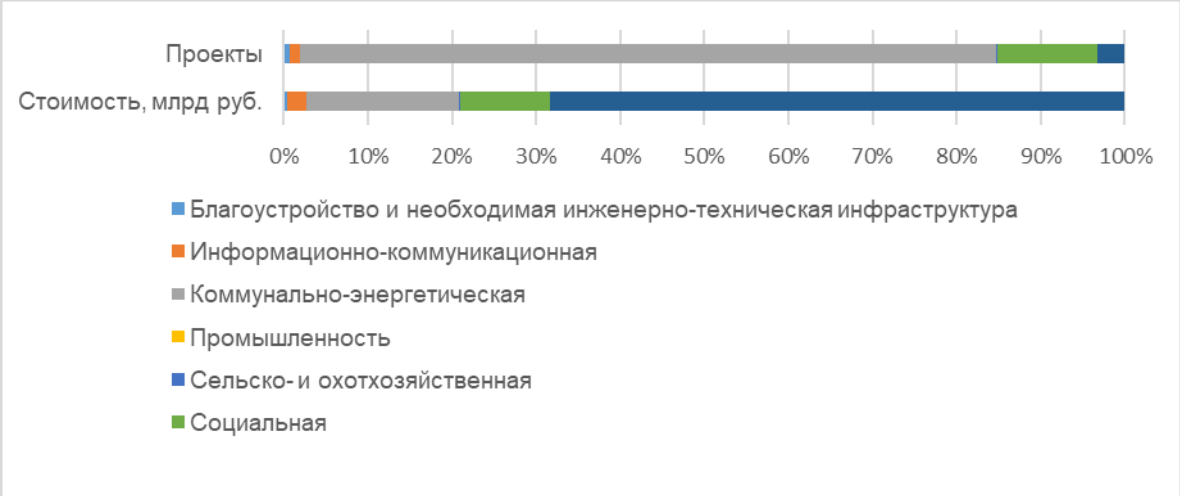
Рисунок 1.3[11] - Распределение числа проектов в социальном секторе

С другой стороны, наблюдается растущий спрос на создание социальных объектов, что подстегнуло интерес частных инвесторов. Неспособность бюджета

[11] Источник: лучшие практики реализации проектов государственно-частного партнерства в социальной сфере. URL: http://pppcenter.ru/assets/docs/pppcenter_a4_2016_v2_web.pdf.

обеспечить этот спрос привела к созданию своего рода рынка социальной инфраструктуры, в основе которого лежат частные инвестиции.

Согласно данным Национального центра ГЧП, «наибольший интерес для частных инвесторов представляют отрасли здравоохранения и образования, с некоторым отрывом идут такие сферы как туризм и культура. Меньший интерес для частного бизнеса по критерию объема инвестиций представляют такие сферы как физкультура и спорт, а также социальное обслуживание населения». Тем не менее, очевидно, что сфера социальных услуг остается весьма привлекательной для частного капитала.



Источник: Национальный центр ГЧП

Рисунок 1.4 – Распределение числа проектов и общего объема инвестиций по сферам реализации

С точки зрения данного исследования наиболее важен вопрос о том, как классифицировать объекты инфраструктуры в социальной сфере и как в зависимости от их типа меняются механизмы возврата частных инвестиций в случае осуществления проекта в рамках сотрудничества государственного и частного секторов. «В зависимости от наличия гарантий со стороны государства объекты социальной инфраструктуры можно разделить на две группы:

1) проекты, в которых поток платежей зафиксирован, то есть государство гарантирует минимальную доходность;

2) проекты, в которых поток платежей напрямую зависит от потребительского спроса»[12].

В первом случае наблюдается более высокая инвестиционная привлекательность проекта, т.к. финансовая модель и риски проекта понятны инвесторам. Вторая модель является высоко рискованной, и, следовательно, требует бóльших гарантий со стороны государства. Также следует отметить, что в любом случае инвестиции в проекты социальной сферы являются более рискованными, чем, в проекты в любой другой сфере.

В данном аспекте все проекты, реализуемые частным сектором в России, можно условно разделить на четыре группы, в зависимости от применяемой модели:

1) плата за доступность, когда возврат частных инвестиций обеспечивается за счет платежей от публичного партнера; эти платежи могут осуществляться в виде компенсации затрат на создание и эксплуатацию объекта или путем обеспечения определённого уровня доходности и покрытия расходов на обслуживание привлеченного финансирования;

2) прямой сбор платы и осуществление иной коммерческой деятельности по регулируемым тарифам; при этой схеме частный партнер напрямую взымает плату за услуги, товары и работу с потребителей по регулируемым ценам;

3) минимальная гарантированная доходность со стороны публичного партнера – максимально похожая на предыдущий вариант схема, но, при этом публичный партнер берет на себя обязательство компенсировать недополученную прибыль за определенный период;

4) прямой сбор платы и осуществление иной коммерческой деятельности без дополнительных гарантий со стороны публичного партнера; в данном случае возврат инвестиций осуществляется исключительно за счет коммерческой деятельности, все риски ложатся на частного партнёра, без каких-либо гарантий со стороны государства.

---

[12] Завьялова Е. Б., Ткаченко М. В. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. 2018. Т. 26. № 1. С. 61–75.

1.2. Современное состояние здравоохранения в Российской Федерации

В современном мире существуют различные системы здравоохранения (о чем речь пойдет ниже), которые объединяет одна общая цель – улучшение здоровья населения. Академик РАН, профессор А.В. Решетников дает следующее определение здравоохранения: «Здравоохранение – это система, направленная на создание и укрепление здоровья нации, каждого человека, поддержание активной долголетней жизни граждан, предоставление им медицинской помощи в случае утраты здоровья».

Здесь важно отметить, что в XXI веке стоимость оказания медицинских услуг в развитых и развивающихся странах значительно возрастает в связи с таким рядом факторов как: старение населения, увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями, усовершенствование технологий диагностики как ранней, так и поздней, и особую роль занимает научный прогресс в изобретении инновационных терапий для лечения заболеваний. В условиях современного финансового экономического кризиса идет активный поиск новых моделей финансирования, в первую очередь, для внедрения инновационных методов лечения, и, следовательно, повышения качества медицинских услуг и улучшения состояния здоровья населения, а во-вторых, для достижения поставленных целевых показателей в работе системы здравоохранения. Поэтому, в поиске новых моделей финансирования отрасли здравоохранения роль частного сектора становится все более значимой. Помимо этого, безусловно, для достижения цели по улучшению здоровья населения государству необходимо акцентировать свои усилия на контроле по оказанию качественных медицинских услуг, разрабатывать программы по профилактике заболеваний и крайне важно актуализировать проблему ранней диагностики в сознании населения РФ.

По мнению автора, в настоящее время первоочередной задачей, которая стоит перед Правительством РФ, является модернизация системы отечественного здравоохранения с целью не только снижения показателей смертности от ряда заболеваний, которые преобладают в структуре смертности российского

населения, но и с целью обеспечения должного уровня оказания медицинской помощи для улучшения общественного здоровья.

Сфера здравоохранения ограничена направлениями деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав РФ), а именно[13]:

1) санитарно-эпидемиологическое благополучие населения;

2) медицинская помощь и санитарно-курортное дело;

3) лекарственное обеспечение и обращение медицинских изделий;

4) инновационное развитие;

5) инфраструктурное развитие и государственно-частное партнерство;

6) организация медицинского образования и кадровой политики в сфере здравоохранения.

Основой системы здравоохранения является оказание медицинской помощи населению, т.е. медицинских услуг. Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. От 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская услуга – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Таким образом, автором было определено, что в данной диссертационной работе под определениями медицинские услуги будут подразумеваться только услуги, которые могут быть оказаны в рамках медицинской деятельности, включающих в себя профилактику заболеваний, диагностику заболеваний, лечение заболеваний, уход за больными и реабилитацию.

На Рисунке 1.5. представлена модель современного здравоохранения РФ. Современная система управления здравоохранением страны в виде структуры Министерства здравоохранения приведена в Приложении Б.

---

[13] Положение о Департаменте инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства от 29.07.2014 г. Официальный сайт министерства здравоохранения РФ // [Электронный ресурс]. URL: https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61



Рисунок 1.5 – Модель современного здравоохранения РФ[14]

Важно отметить, что система оказания медицинской помощи населению существует на федеральном и региональном уровнях. Таким образом в стране есть региональные медицинские учреждения и федеральные.

Сегодня состояние российской экономики далеко от положительной динамики. Насколько Россия в будущем сможет оправдать те целевые экономические показатели, которые анонсируются руководством Российской Федерации во многом зависит от развития человеческого капитала. Роль здравоохранения в национальной экономике играет в формировании человеческого капитала одну из ключевых ролей, наряду с такой важной сферой как образование. Однако, мы должны констатировать, что основные показатели состояния здоровья граждан в России далеки от всех развитых стран. Система здравоохранения

[14] Схема составлена автором на основании данных: сайт Минздрава РФ. URL: http://www.rosminzdrav.ru; Фармацевтический рынок: состояние, тенденции, перспективы. Исследование Консалтинг-центра "ШАГ"// Лица бизнеса, 2014. № 10/2 (106). С. 35–42.

Российской Федерации в настоящее время мало эффективна и отстает от большинства стран по многим показателям.

Таблица 1.1. – Рейтинг Российской Федерации

Показатель	*Рейтинг в мире (ВОЗ, 2016)*	*Значение*
Медианный возраст	49-е место из 192 стран	39,6 (UN, 2017)
Ожидаемая продолжительность жизни	103-е место из 183 стран	71,9 (ВОЗ, 2016)
Уровень расходов на здравоохранение	125-е место из 190 стран	5,3% от ВВП (ВОЗ, 2016) (3,0% государство + 2,3% – население

Источник: Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-RUS?lang=en, Росстат, Минздрав РФ

Таблица 1.2. – Динамика рейтинга Российской Федерации

Показатель	*Рейтинг в мире (место из 172 стран, ВОЗ, 2014)*	*Рейтинг в мире (место из 183 стран, ВОЗ, 2017)*	*Смертность на 100 000 населения (ВОЗ, 2017)*
Смертность от инсульта	3	8	166, 9
Смертность, связанная с употреблением алкоголя	4	2	14,25
Смертность от коронарной болезни сердца	9	9	292,4
Смертность от онкологических заболеваний	15	14	156,55
Смертность от СПИДа	41	49	23,93

Источник: Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-RUS?lang=en, Росстат, Минздрав РФ

Современное общество ожидает от государственной политики в сфере здравоохранения шагов по улучшению качества и доступности медицинской помощи.

По открытым данным официальной статистики[15], медицинские услуги предоставляют: 5,6 тыс. больничных организаций, с 1266,8 тыс. койко мест (86,6 на 10 00 человек); 17,1 врачебных амбулаторно поликлинических организаций, с совокупной мощностью 3858,5 тыс. посещений в год. Численность врачей составила 709,4 тыс. чел., среднего медицинского персонала – 1525,1 тыс. чел.

[15] Сайт Федеральный Службы Государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.

Реформирование системы здравоохранения в РФ началось в 2006 году с принятия национального проекта «Здоровье». В 2012 году была разработана государственная программа «Развитие здравоохранения» (далее госпрограмма), направленная *«на улучшение здоровья населения и показателей деятельности организаций системы здравоохранения на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава, внедрения информационных технологий и современных стандартов управления»*[16]. Программа была разработана министром здравоохранения РФ В. И. Скворцовой.

Таким образом, госпрограмма определила новый комплекс мер по стратегическому развитию здравоохранения в России до 2018 года (в 2014 году госпрограмма была продлена до 2020 года, будучи разбитой на два этапа: 2013–2015 годы – структурные преобразования; 2016–2020 годы – развитие инновационного потенциала в здравоохранении, а в 2017 г. была утверждена Правительством РФ обновленная версия до 2025 г. № 1640).

Основная цель госпрограммы заключается в обеспечении доступности медицинской помощи и повышении эффективности медицинских услуг, объёмы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки[17].

По результатам проведенного анализа в рамках данного диссертационного анализа автором было выявлено, что одной из основных причин социальной неудовлетворенности населения в РФ является текущая система лекарственного обеспечения. На сегодняшний день только 19% населения получают амбулаторное лечение в рамках государственных программ по лекарственному обеспечению. Важно отметить, что 71% затрат на лекарственные препараты в РФ составляют собственные средства граждан. Но нельзя не отметить и тот факт, что существенную долю лекарственных средств, обращающихся на рынке России, составляют препараты с недоказанной терапевтической эффективностью.

---

[16] Документ об утверждении новой редакции государственной программы «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. URL: http://government.ru/docs/11908/.

[17] Там же

Безусловно, анализируя основные причины, нельзя не упомянуть такую проблему как дефицит квалицированных кадров, а также узких специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене, например: гематологов – 14%, проктологов – 31%, ревматологов – 69%[18].

Дать однозначную оценку системе российского здравоохранения достаточно проблематично. С одной стороны, средняя продолжительность жизни при рождении за последние 10 лет выросла существенно: с 65,4 лет в 2005 году до 71,9 года в 2016 году. Этот показатель выше, чем среднемировой уровень (71,4 года в 2015 году). Но при этом, если сравнить данный показатель с развитыми странами (европейскими – 80,6 лет в 2015 году)), разница сохраняется существенная, порядка 8 лет[19].

В России также крайне трудная ситуация с показателем смертности у мужчин в трудоспособном возрасте. По данным отчета «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени», подготовленным центром стратегических разработок, вероятность умереть смертности у мужского населения в возрасте от 15 до 60 лет в России почти в 2 раза выше этого показателя в Европе (в 2015 г. – 325 и 168 на 1 000 соответственно)[20]. Лишь в 18 африканских странах и воюющей Сирии этот показатель выше, чем в России.

На сегодняшний день в мире выделяют «три типа систем здравоохранения: государственная, страховая, частная. Среди критериев такого разделения являются собственность, право распоряжения ею, механизмы регулирования и управления системой. Но наиболее важным критерием является источник используемых здравоохранением финансовых ресурсов. По этому признаку можно выделить смешанную систему здравоохранения, которая использует все возможные источники финансирования»[21].

«В мировой практике известны три следующие основные модели организации финансирования здравоохранения:

---

[18] Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики от 21.02.2018. 56 с.

[19] Там же.

[20] Там же.

[21] Правовая основа здравоохранения // Медицина и здоровье. 2014. № 2. С. 27.

1) платная медицина (действующая на рыночных принципах с использованием системы частного медицинского страхования);

2) государственная медицинская помощь с бюджетной системой финансирования (например, действовавшая в Советском Союзе система Семашко);

3) организация здравоохранения на принципах социального страхования и многоканальной системы финансирования отрасли»[22].

Степень участия государства, юридическая основа, организационные формы руководства и принципы построения служб здравоохранения в отдельных странах имеют существенные различия. «**В первой модели** основным инструментом удовлетворения потребности в медицинской помощи является рынок услуг. Ту часть потребности, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои общества, пенсионеры, безработные), обеспечивает государство за счет развития программ здравоохранения»[23].

«Во второй модели главным поставщиком и покупателем медицинских услуг выступает государство, гарантирующее удовлетворение массовых потребностей в ней. Рынку же отводится малозначительная периферийная роль в предоставлении лечебно-профилактической помощи под контролем государственных органов. Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет (налоги)»[24].

«Третья модель финансирования здравоохранения опирается на сочетание возможностей рынка и государственного регулирования с широким использованием механизма социальной защиты граждан и общественной солидарности в рамках медицинского страхования. При этом государство играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей граждан в медицинской помощи вне зависимости от уровня доходов, на базе рыночных принципов оказания услуг. Роль свободного рынка проявляется в удовлетворении

---

[22] Там же.
[23] Там же.
[24] Там же.

потребностей в медицинской помощи сверх гарантированного государством уровня с обеспечением свободы выбора и суверенитета потребителей»[25].

Проводимая в настоящий момент в РФ **реформа здравоохранения** декларирует, что она направлена на создание условий, которые позволят осуществлять не только лечение и профилактику заболеваний, но и обеспечивать оказание качественной и доступной медицинской помощи, проводить научные исследования и подготовку медицинских и фармацевтических работников, а также поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения в России.

Также основной задачей нынешней реформы здравоохранения является переход системы Российского здравоохранения от модели Семашко к модели страховой медицины, в основе которых главным отличием является принцип финансирования отрасли. На сегодняшний день финансирование обязательного медицинского страхования (ОМС) в России производится через Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), действующий на основе Федерального Закона РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». ФФОМС формируется за счет обязательного отчисления работодателями –5,1% от заработной платы на счет полиса каждого работника (Приложение В). За неработающих платят региональные бюджеты, сходя из установленных правительством тарифов, в среднем около 19 тыс. рублей в год за человека. В бюджете ФФОМС взносы за неработающих составляют около 40%. Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, в 2016 году составила 146,5 млн. человек; в том числе 61,3 млн работающих и 85,2 млн неработающих граждан.

По мнению академика РАН А. Г. Аганбегяна радикальные изменения в Российском здравоохранении могут произойти только в случае увеличения затрат на здравоохранение хотя бы до 7% ВВП[26]. Действительно, в России по открытым данным в 2016 году доля ВВП на здравоохранение составила 3,6%, что в сравнении

---

[25] Там же.

[26] О целях и мерах реформирования здравоохранения в России [Электронный ресурс]. URL: http://institutiones.com/general/2317-o-celyax-i-merah-reformirovaniya-zdravooxraneniya.html.

даже со странами Восточной Европы в 1,5 раза меньше, не говоря уже о странах Европы и США, где доля от ВВП составляет от 10–15%.

В 2017 году в среднем по Российской Федерации в систему ОМС поступило страховых взносов и налогов на одного застрахованного по ОМС 11741,0 рублей, что на 556,4 рубля (5,02%) больше, чем в 2016 году. При этом на 1 работающего, застрахованного по ОМС, поступило налогов и страховых взносов на работающее население 17 741,6 рубля, что на 1 369,0 рублей (12,5 %) больше, чем в 2016 году, на 1 неработающего – 7 256,8 рублей[27].

Кроме ФФОМС существует 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Доходы бюджетов ТФОМС в 2017 году составили 1 726,8 млрд. руб. Субвенции федерального фонда ОМС, размер которых составил 1 537,2 млрд руб., являются основным источником финансового обеспечения обязательств ТФОМС. Кроме того, дополнительным источником реализации территориальных программ являются межбюджетные трансферты, объем которых в 2017 г. составил 104,7 млрд. руб.

В настоящее время медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования оказывают 9142 медицинских организации, 43 страховые медицинские организации (СМО) и 209 их филиалов в 85 субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре. Между поликлиниками и СМО существуют определенные противоречия. Медучреждения считают их убыточным звеном. Такого же мнения придерживается и Счетная палата, которая в ходе проверки выявила многочисленные нарушения в деятельности страховых медицинских организаций. По мнению Минздрава России, ревизорская деятельность СМО позволяет внедрять рыночные механизмы в социалистическую по своей сути систему ОМС и обеспечивать защиту прав пациентов от нерадивых врачей[28].

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает «единство науки, образования и практики, международное партнерство с

---

[27] Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс]. Сайт ФФОМС. URL: http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about.

[28] Эксперт. 2016. № 9. С. 40–41.

ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности и развитие государственно-частного партнерства»[29].

«Основной целью ГЧП в сфере здравоохранения является развитие взаимодействия государственного и частного сектора с целью реализации социально-важных проектов и дальнейшего оказания качественных медицинских услуг населению. Необходимо так же развивать участие частных медицинских учреждений в системе ОМС. В амбулаторном звене необходимо стимулировать развитие государственно-частного партнерства, активно привлекать малый и средний бизнес в систему оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Это возможно только при росте тарифа на оплату медицинской помощи в рамках ОМС»[30].

В настоящее время в России основные объемы медицинской помощи приходятся на государственные учреждения здравоохранения. Несмотря на расширение сферы деятельности частными клиниками, перечень их услуг ограничен и осуществляется по таким узким направлениям, как стоматология, наркология, косметология, медицинская диагностика и т.п. «Частные медицинские организации не оказывают скорую медицинскую помощь, стационарную помощь круглосуточного пребывания.

При этом частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт свидетельствует, что частная медицина в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан. Именно частная медицина, обладающая ресурсами и опытом, является для государства эффективным ресурсосберегающим инструментом.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам необходимо обеспечить создание конкурентной среды между медицинскими организациями. Выполнение конкурентных условий предполагает деятельность в системе ОМС медицинских организаций всех форм

---

[29] Борзова О. Г. Доклад // Инновации в здравоохранении России: современность, международная практика и обмен опытом: материалы международной конференции (Москва, 24 февр. 2011 г.?). М., 2011.
[30] Там же.

собственности. ГЧП в сфере здравоохранения может способствовать достижению целей, поставленных перед здравоохранением: снижение смертности от управляемых причин, повышение рождаемости, улучшение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни»[31].

Барьером распространения ГЧП в системе ОМС в регионах России является то, что многие частные медицинские организации не готовы работать в системе ОМС в связи с высокими требованиями к работе медицинских организаций со стороны страховых медицинских организаций, территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) к качеству оказания медицинской помощи, оформлению медицинской документации, в связи с большим объемом документооборота, высокой социальной ответственностью. Здесь также мы отталкиваемся от анализа специфики медицинских услуг, о которых упоминается во втором параграфе первой главы.

Также стоит принять во внимание, что существует мнение, сформулированное рядом крупных экспертов, что для прогрессивного развития национальной системы здравоохранения (это касается не только России, но и других стран мира) необходимо искать новые решения в организации работы медицинских учреждений. Оснащение медицинских учреждений новым медицинским оборудованием – это недостаточное условия для развития здравоохранения в России, но безусловно важное. Однако для реализации поставленных задач в рамках текущей реформы существует острая необходимость в привлечении дополнительного финансирования, которое может быть предоставлено частным сектором. Более того, именно частный сектор может привнести в национальную систему здравоохранения больше гибкости, главным образом именно в вопросах организации работы больницы. В свою очередь развитие фармацевтической отрасли так же движется крайне быстро и государствам всех стран все сложнее и сложнее обеспечивать население инновационными лекарственными средствами. Однако, мы все понимаем, что такие препараты крайне дорогостоящие и только государственного бюджета

[31] Там же.

недостаточно для обеспечения. Именно взаимодействие и тесное сотрудничество государства и бизнеса может способствовать развитию новых форм и моделей сотрудничества государства и бизнеса для улучшения качества жизни больных. А привлечение частного сектора, как малого и среднего, так и крупных игроков рынка, сможет привнести новые решения для изменений в области как организации медицинского обслуживания, так и в области лекарственного обеспечения.

Перечисленные выше проблемы и ограничения тормозят развитие конкуренции в сфере здравоохранения. Основные ограничения конкуренции связаны со специфическими особенностями услуг здравоохранения, являющимися социально значимыми, объем которых не зависит напрямую от уровня платежеспособности населения.

«Текущая российская реформа здравоохранения носит характер структурно-функциональной реорганизации отрасли. Ее цель – организация оказания медицинской помощи, доступной населению страны, на основе фундаментальных преобразований финансирования, с привлечением иных, помимо государственных, финансовых ресурсов (в том числе финансовых средств населения), преобразований правовых основ отрасли, направленных на демократизацию управления, внедрение современных медицинских технологий, развитие конкуренции, основанной на свободном выборе пациентом лечебно-профилактического учреждения и врача»[32].

Проводимые реформы дают свои результаты. В 2014 году по сравнению с 2010 годом количество негосударственных организаций, участвующих в программе госгарантий в системе ОМС, увеличилось более чем в два раза.

По данным Минздрава РФ, существуют предположительно «две ниши, где проекты, подразумевающие сотрудничество государства и бизнеса наиболее востребованы»[33].

«Первая ниша – это так называемое первичное звено, тот вид помощи, где не требуется больших инвестиционных затрат, а в основном нужны управленческие

---

[32] Правовая основа здравоохранения // Медицина и здоровье. 2014. № 2. С. 27.

[33] Кожевников Д. Как развивается государственно-частное партнерство в социально значимых сферах // Известия, 18.11.2014.

способности. Основные профили участия частных организаций в ОМС в условиях амбулаторно-поликлинической помощи – стоматология и офтальмология.

Вторая ниша – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь, которой не хватает в регионах нашей большой страны. Наиболее яркий пример совместной работы государства и бизнеса в этой области – все чаще создаваемые центры гемодиализа, центры лучевой терапии, лаборатории, где проводят дорогостоящие исследования»[34].

Сегодня состояние российской системы здравоохранения характеризуется этапом кризиса. Сфера здравоохранения не является высоким приоритетом в бюджетной политике государства, а, следовательно, все острее ставятся вопросы финансирования. Ситуация усугубляется еще и тем, что в действующей Конституции Российской Федерации закреплены государственные гарантии на предоставление медицинской помощи гражданам РФ и лекарственное обеспечение. Важно понимать, что российское законодательство никак не конкретизирует, какие именно медицинские услуги предоставляются бесплатно, и тем самым предполагается, что в этот список попадают медицинские услуги, которые потребитель получает в государственных учреждениях здравоохранения.

В 1990-х население столкнулось с процессом, когда качественная бесплатная медицинская помощь начала резко сокращаться. Как следствие начался рост рынка платных медицинских услуг. В условиях распада Советского Союза и таких кардинальных изменений в одной из самых социально-значимых сфер населением данный процесс был воспринят крайне негативно. И такое негативное восприятие платных медицинских услуг сохраняется и по сей день. По убеждению большинства экспертов, медицинские услуги должны быть бесплатными для всех категорий граждан.

Однако в настоящее время мы наблюдаем активную тенденцию по увеличению количества частного сектора в сфере здравоохранения и его участия в программе государственных гарантий. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения на частные медицинские расходы в 2014 году приходилось 47,8%,

---

[34] Правовая основа здравоохранения // Медицина и здоровье. 2014. № 2. С. 27

а на государственные расходы – 52,2%[35]. Эти данные подтверждают данную тенденцию.

Большинство экспертов определяют российскую систему здравоохранения как смешанную бюджетно-страховую модель, для которой очевидно характерно смешанное финансирование медицинской помощи. Основные источники финансирования в системе российского здравоохранения сегодня – это Обязательное медицинское страхование (ОМС), которое формируется из обязательных социальных платежей, и бюджетные средства. Однако, есть еще и добровольное медицинское страхование (ДМС). Полюсы ДМС приобретаются работодабтелем для дополнительного лечения сотрудников, что в свою очередь и порождает рынок частной медицины.

В условиях такой кризисной ситуации в сфере здравоохранения развитие института ГЧП, франчайзинга и вообще роль частного сектора видятся крайне необходимым, и должны быть рассмотрены как инструменты государственной политики. Объединение усилий государства, бизнеса и общества становится необходимым для обеспечения, а также повышения качества медицинских услуг, качество которых с каждым годом становится все ниже.

На сегодня в системе российского здравоохранения развитие инфраструктуры определено как самое приоритетное направление. Однако это не единственная проблема, с которой столкнулось сфера здравоохранения сегодня. А в частности:

1) резкое сокращение высоко квалифицированных специалистов в области медицины и кадров в области управления медицинскими учреждениями;

2) отсутствие доступа к инновационному лечению пациентов (от части политика импортозамещения, которая сделала для иностранных компаний не целесообразным выводить на российский рынок инновационные препараты);

3) отставание потребления лекарственных средств от уровня развитых стран;

4) невозможность получения отдельных видов услуг на бесплатной основе.

---

[35]Global Health Expenditure Database [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/nha/database/Key_Indicators_by_Country/Index/en.

Основные задачи, стоящие перед российским здравоохранением, сформулированы в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 1 марта 2018 г. В нем, в частности, отмечается, что за счет развития здравоохранения удалось переломить негативные последствия тяжелейший демографических провалов периода Великой Отечественной войны и конца прошлого века. Ставится амбициозная задача к концу следующего десятилетия войти в клуб стран «80 плюс», где продолжительность жизни превышает 80 лет.

Среди других целевых ориентиров в Послании затронуты следующие направления: развитие сети фельдшерско-акушерских пуков и врачебных амбулаторий в небольших населенных пунктах, профилактика заболеваний и диагностика как средство снижения смертности в трудоспособном возрасте, разработка и реализация общенаучной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Таким образом, основной задачей и главным показателем деятельности здравоохранения является рост продолжительности жизни. За последнее десятилетие ожидаемая продолжительность жизни увеличилась более чем на 5 лет и достигла на начало 2018 г. 72,7 года. Для женщин этот показатель равен 77,6 лет и для мужчин – 67,6 лет.

Важно отметить, что наблюдается устойчивая тенденция снижения разницы между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин. Так, если в 2012 году она составляла 11,3 лет, то в 2017 году – 10 лет.

Рост продолжительности жизни тесно связан со снижением смертности. Так, за период с 2012 по 2017 годы общая смертность сократилась на 6,8%. В тоже время, благодаря принимаемым мерам, смертность населения в трудоспособном возрасте снизилась за тот же период на 17,8%. (с 575,7 до 473,4 на 100 тыс. человек трудоспособного возраста).

Менее устойчивой является тенденция естественного прироста населения. Если с 2013 по 2015 годы отмечался естественный прирост, то в 2017 году была зарегистрирована естественная убыль (минус 134,5 тыс. чел) за счет снижения рождаемости. В прочем, этот показатель не имеет тесной корреляции с развитием

системы здравоохранения, а зависит в основном от проводимой государством социально-экономической политики в сфере материнства и детства.

Демографическая политика в целом доказала свою результативность. За период с 2012 по 2017 гг. младенческая смертность сократилась на 36,0%, составив в среднем 5,5 на 1 тыс. родившихся живыми. Аналогичные тенденции демонстрирует и материнская смертность – сокращение за этот период на 36,5% (7,3 на 100 тыс. родившихся живыми). Как представляется, во многом это результат реализуемой по поручению Президента Российской Федерации программы по строительству перинатальных центров.

Как уже отмечалось, общий показатель смертности за последние 6 лет снизился на 6,8% (3,3 на 1 тыс. населения). Наиболее значимые результаты достигнуты по таким направлениям работы, как смертность от случайных отравлений алкоголем (сокращение в 2,3 раза за период с 2012 по 2017 гг.), смертность от туберкулеза (сокращение в 2 раза). Существенный прогресс достигнут в борьбе с пневмонией (сокращение на 32,7%), болезнями системы кровообращения (-20,7%) и органов дыхания (-16,4%).

Вместе с тем по-прежнему остро стоит вопрос борьбы с онкологическими заболеваниями. За 6 лет смертность от новообразований сократилась всего на 3,1%, несмотря на комплекс принимаемых мер, в том числе и по ранней диагностике. По данным министерства здравоохранения РФ, за этот период количество лиц, у которых впервые выявлено злокачественное новообразование увеличилось с 525,9 тыс. чел. до 617, 2 тыс. чел., или на 17,3%, а число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением в онкологических организациях, возросло с 3,0 млн. чел. до 3,6 млн. чел., или на 21,2%. Что касается динамики доли злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии), то увеличение составляет 10,1%.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения», рассчитанная на 2018–2025 гг. В соответствии с решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию – приоритетным

проектам госпрограммы Российской Федерации для перевода на механизмы проектного управления с 2018 г.

Целевые показатели выглядят следующим образом:

– увеличение к 2025 г. ожидаемой продолжительности жизни – 76,0 лет;

– снижение смертности населения в трудоспособном возрасте до 350 на 100 тыс. населения;

– снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 на 100 тыс. населения;

– снижение смертности от новообразований до 185 на 100 тыс. населения;

– повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи до 54%.

Объем выделенных на реализацию средств составит 1725,8 млрд рублей, в т.ч. за счет средств федерального бюджета – 1366,7 млрд руб., за счет средств бюджетов субъектов – 265,0 млрд. руб., за счет средств государственных внебюджетных фондов (ФФОМС) – 94,0 млрд руб., за счет внебюджетных источников (фонд социального страхования) – 0,1 млрд руб.

Госпрограмма состоит из проектной и процессной частей. В первую часть входит 7 приоритетных и 3 ведомственных проекта:

1) пропагандирование здорового образа жизни;

2 создание новой модели медицинской организации;

3) совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов;

4) обеспечение своевременности оказания медицинской помощи гражданам, проживающих в труднодоступных районах;

5) обеспечение здравоохранения квалифицированными кадрами;

6) создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ);

7) совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения современных технологий;

8) организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам пожилого возраста;

9) развитие экспорта медицинских услуг;

10) развитие федеральных государственных лабораторных комплексов по контролю качества лекарственных средств.

Процессная часть госпрограммы состоит из 10 направлений (подпрограмм). Они направлены на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни; внедрение инновационных методов диагностики; развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан; развитие кадровых ресурсов в здравоохранении; международное сотрудничество в сфере охраны здоровья; совершенствование экспертизы и контрольно-надзорных функций; развитие информационных технологий; организация обязательного медицинского страхования.

Как видно из приведенного перечня проектов, госпрограмма направлена на создание условий для снижения смертности населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни путем обеспечения охвата всех уровней граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; мотивацию населения и ведению здорового образа жизни; повышение удовлетворенности населения качеством медицинских услуг; создание условий для получения любым гражданином гарантированного объема медицинской помощи; повышение привлекательности, уровня квалификации и престижа профессии. Стоит отметить, что целевыми показателям национальной программы также является следующее:

– обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

– оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медикосанитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;

– увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд долларов США в год).

1.3. Состояние рынка платных медицинских услуг и фармацевтической отрасли в России

Объем рынка платных медицинских услуг в России неуклонно растет. Однако этот рост нельзя назвать стабильным. Наилучшие показатели наблюдались в России до кризиса 2009 года, что было обусловлено не только ростом «с нулевой базы», но и, главным образом, повышением платежеспособного спроса населения. Именно в этот период на фоне сокращения доступности государственных медицинских учреждений сформировалась тенденция, сохранившаяся до сегодняшнего дня – опережающий рост платного сегмента медицинских услуг. Кризис 2009 года стал серьезным испытанием для компаний рассматриваемой сферы. С тех пор так и не удалось вернуться к таким высоким показателям ежегодного роста. Усугубил ситуацию и кризис 2014 года. Однако уже в конце 2015 года около 45% клиник отметили, что их финансовые показатели улучшились. Таким образом, в 2016 году кризисную экономическую ситуацию рынок пережил гораздо лучше, чем кризис 2009 года, когда прирост в отрасли оказался нулевым[36].



[36] Аверьянова А. Франшиза медицинского центра: Здоровый бизнес на растущем рынке // Франчайзинг. 2015. № 5. С. 45.

Рисунок 1.6 – Динамика объема рынка платных медицинских услуг в России, 2005–2015 гг.

Сегодня можно говорить о стабильном росте отрасли, хотя в связи с экономическим кризисом и уменьшением реальных доходов населения наблюдается некоторое сокращение темпов роста этого рынка. Кроме того, есть разнонаправленные тенденции в различных секторах здравоохранения. В целом, по оценкам BusinesStat, в 2017 г. натуральный объем медицинского рынка в России составил 1529 млн приемов, что всего на 0,4% выше уровня 2016 г. Однако сейчас на фоне относительной стабилизации российской экономики после кризисных изменений предыдущих лет можно говорить о возвращении к долгосрочным положительным тенденциям, наблюдавшимся в России с 2013 года.



Источник: Анализ рынка медицинских услуг в России в 2013–2017 гг., прогноз на 2018–2022 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://businesstat.ru/russia/services/health/medicine/analiz_rynka_medicinskih_uslug_v_rossii/ (дата обращения: 13.11.2018)

Рисунок 1.7 – Объем рынка медицинских услуг в РФ, 2013–2022 гг., млрд руб.

В 2013–2017 гг. средние цены на базовые медицинские услуги в России росли. Средняя цена медицинского приема в стране за пятилетний период выросла на 37,6% и достигла 1 511,1 руб. за прием. Эксперты компании BusinesStat отмечают интересную тенденцию последних лет. В целом отмечается рост во всех секторах рынка медицинских услуг. Например, в 2018 г. рост численности

медицинских приемов на 0,5% превысил показатели 2017 г. В 2018–2022 гг. прогнозируется увеличение числа медицинских приемов в России возрастающими темпами. В 2022 г показатель достигнет уровня 1 601 млн. приемов, что на 4,7% выше уровня 2017 г.[37] Однако этот рост происходит исключительно за счет роста в сегменте платных услуг, в бюджетном секторе и секторе добровольного медицинского страхования тенденции диаметрально противоположные. Число медицинских приемов в бюджетном секторе постоянно сокращается. Несмотря на постоянный рост расходов федерального и территориальных бюджетов на подержание здоровья населения, покрыть рост цен на медицинские услуги практически не удается.

Из данной статистики можно сделать вывод, что и в ближайшие годы рост натурального объема рынка медицинских услуг будет происходить во основном за счет сегмента платных медицинских услуг. Уже сегодня наблюдается восстановление потребительского спроса на платные услуги клиник и расширение ассортимента услуг коммерческими клиниками.

В рамках настоящего исследования важно отметить еще одну тенденцию. Традиционные государственные клиники все более активно включаются в коммерческую деятельность, предоставляя все больше платных услуг. Ассортимент платных услуг в государственных медицинских учреждениях постоянно расширяется. В качестве примера можно привести популярное сегодня направление телемедицины, предполагающий дистанционное общение врача с пациентом.

Наиболее востребованными медицинскими услугами по количеству обращений в России являлись следующие виды услуг (Рисунок 1.8):

---

[37] Анализ рынка медицинских услуг в России в 2013–2017 гг., прогноз на 2018–2022 гг. [Электронный ресурс]. URL: https://businesstat.ru/russia/services/health/medicine/analiz_rynka_medicinskih_uslug_v_rossii/ (дата обращения: 13.11.2018).



Рисунок 1.8 – Наиболее востребованные виды медицинских услуг в России[38]

Из Рисунке 1.8. видно, что в первую тройку рейтинга попали такие виды услуг, как лабораторные исследования и диагностика. Данные виды услуг требуют использования современного оборудования, которого может не быть в государственной больнице или поликлинике. Например, финансирование на закупку определенного оборудования для государственного медучреждения может быть запланировано в региональном бюджете через несколько лет, а потребность в данных услугах существует в регионе на высоком уровне.

Интересно отметить, что картина значительно меняется, когда рынок услуг оценивается не по количеству обращений, а по стоимости медицинских приемов. При таком анализе популярные услуги распределяются следующим порядком: круглосуточные стационары (57%), амбулаторно-поликлинические услуги (34%), дневные стационары (8%) и скорая помощь 1%. Если смотреть на те же цифры, но не с точки зрения видов медицинской помощи, а по этапам медицинского

[38] Составлено автором на основе: Аверьянова А. Франшиза медицинского центра: Здоровый бизнес на растущем рынке // Франчайзинг. 2015. № 5. С. 45.

обслуживания, то по данным на 2017 год получается: лечение (48%), диагностика (28%), консультирование (13%), восстановление (8%), профилактика (5%)[39].

Рынок платных медицинских услуг в России еще достаточно слабо консолидирован. По данным РБК Research, 25 компаний-лидеров получают лишь 17% от всей выручки (Рисунок 1.8). Даже в таком раздробленном секторе, как продритейл консолидация выше: десятка лидеров контролирует 20% рынка. При этом из наиболее крупных по объёмам выручки сетей медицинских центров лишь несколько имеют федеральный охват. Это сети «Медси» и «Будь здоров», представленные в 8–12 городах-миллионниках нескольких регионов. Чаще сети-лидеры представлены только в нескольких городах одного-двух регионов (СМ-Клиника, MedSwiss, Euromed Group, Ниар-Медик) или и в одном городе, причём с населением не менее 1 млн. человек.

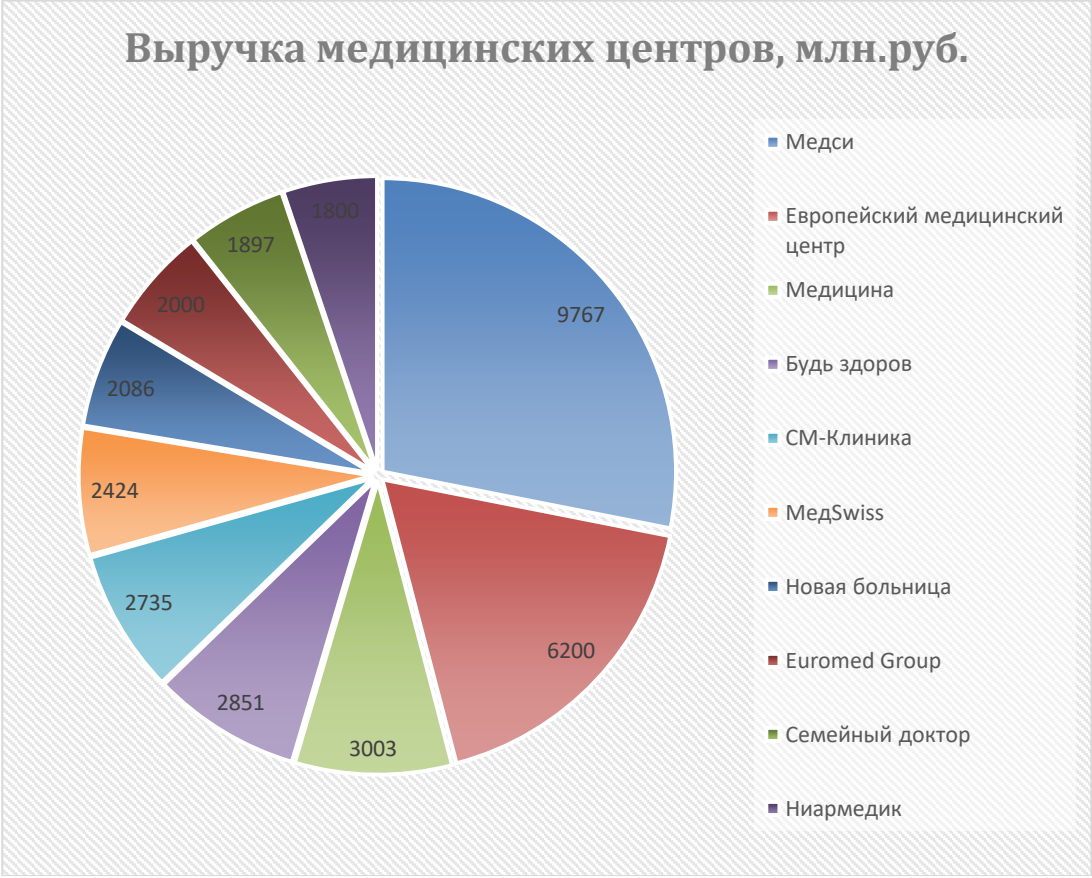


Рисунок 1.9 – Выручка коммерческих сетевых медицинских центров в России, млрд руб.

[39] Анализ рынка медицинских услуг в России в 2013–2017 гг., прогноз на 2018–2022 гг. [Электронный ресурс]. URL: https://businesstat.ru/russia/services/health/medicine/analiz_rynka_medicinskih_uslug_v_rossii/ (дата обращения: 13.11.2018).

Также очевидны серьезные диспропорции в распределении медицинских учреждений, а соответственно и в объеме оказанных платных услуг в региональном разрезе.

	2015	2016	2017	2018*
Москва	103,2	109,1	121,0	140,6
% к предыдущему году	-	*5,7*	*11,0*	*16,2*
Московская обл.	23,6	24,9	26,3	30,9
% к предыдущему году	-	*5,6*	*5,5*	*17,3*
Санкт-Петербург	40,6	45,9	48,8	54,1
% к предыдущему году	-	*13,0*	*6,3*	*11,0*
Россия	**528,4**	**572,4**	**626,6**	**684,6**
% к предыдущему году	-	***8,3***	***9,5***	***9,3***

** прогноз*

Источник: Рынок платных медицинских услуг в России. Статистика, тренды. Электронный ресурс. Режим доступа: https://businesstat.ru/files/rynok_platnyh_medicinskih_uslug_v_rossii_statistika_trendy.pdf (дата обращения: 13.11.2018)

Рисунок 1.10 – Объем оказанных медицинских услуг

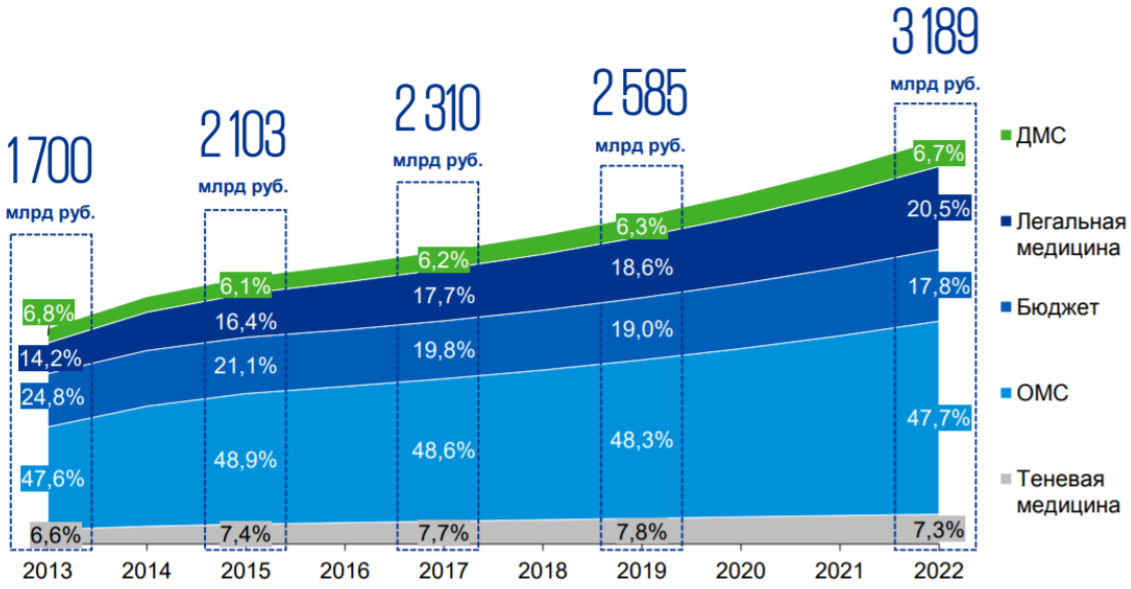
В результате перераспределения специализированных видов помощи между муниципальным и региональным уровнями муниципальные учреждения освободились от более тяжелой части больных за счет переключения потока в региональные учреждения, что повлекло рост уровня госпитализации и средней длительности лечения в последних (Таблица 1.3).

Таблица 1.3 – Показатели деятельности больниц разного уровня и их динамики (показатели прироста) по отношению к 2005 г.[40]

	Федеральные		*Субъекта РФ*		*Муниципальные*	
Средняя занятость койки	276	1,5%	325	1,9%	314	-0,6%
Средняя длительность пребывания на койке	16,4	-1,8%	18,9	3,8%	11,4	-5,8%
Уровень госпитализации	0,73	-8,7%	6,35	4,1%	16,54	-2,7%

[40] Структурная реорганизация системы медицинской помощи населению в субъектах РФ (итоги мониторинга) [Электронный ресурс]. URL: http://www.healthreform.ru/restruct/restruct_report/report_2006.html.

Для полного анализа рынка медицинских услуг интересен прогноз его динамики, представленной компанией KPMG. По мнению компании, почти половину рынка занимает теневой сектор (48,6% на 2017 год). Более того, по расчетам экспертов, в ближайшие годы доля теневых услуг останется на том же уровне, а их объем в стоимостном выражении даже вырастет. Что касается легального сегмента, то, как и отмечалось ранее, в нем ожидается преимущественный рост легальных платных медицинских услуг.



Источник: KPMG. Электронный ресурс. Режим доступа https://home.kpmg.com/ru/ru/home/insights/2016/08/pharma-bulletins.html (дата обращения 13.11.2018)

Рисунок 1.11 Структура рынка медицинских услуг в Российской Федерации, 2013–2022 гг.

Рынок медицинских услуг неразрывно связан с фармацевтическим рынком. Это объясняется тесным взаимодействием двух отраслей, приоритетным вниманием Правительства РФ к развитию национального производства высококачественных лекарственных средств, а также тем очевидным фактом, что обеспечение лекарственными средствами является главной составляющей при оказании платных услуг населению.

Рассмотрим этот сегмент, опираясь на исследования мировых агентств «IMS Health», MarketResearch, «Фармстандарт», PharmXplorer и других российских и зарубежных исследовательских компаний.

«Фармацевтический рынок является одним из самых высокодоходных и быстрорастущих секторов мировой экономики. Несмотря на общий спад всех отраслей с 2008 г., фармрынок продолжает динамично развиваться: темпы его роста составляют примерно–6-10% в год. В отличие от других отраслей, где чистая прибыль составляет в среднем 5% от общего дохода, в фармотрасли этот индекс до кризиса достигал 18% в год. Фармацевтический бизнес концентрируется в трех ведущих регионах – США, Европе и Японии, которые аккумулируют около 70% мирового фармрынка»[41] (Рисунок 1.12).



Рисунок 1.12 – Структура продаж на мировом фармацевтическом рынке, 2015 г.[42]

Несмотря на стремление российского государства к импортозамещению и снижению доли зарубежных ЛС, здравоохранение и российская фармотрасль заинтересованы в привлечении иностранных инвестиций. Например, Стратегия развития фармацевтической промышленности на период до 2020 г. содержит положение о необходимости использования зарубежного научно-технического и производственно-технологического потенциала путем привлечения прямых иностранных инвестиций в производство и разработку лекарственных средств.

---

[41] Фармацевтический рынок: состояние, тенденции, перспективы. Исследование Консалтинг-центра "ШАГ"// Лица бизнеса, 2015. № 10/2 (106). С. 35.

[42] Новый мировой порядок на фармацевтическом рынке // Фармацевтика и медицина. 14 декабря 2015.

Однако, в силу специфики российского законодательства вопросам прав на объекты интеллектуальной собственности уделяется минимум внимания, в то время как данный аспект крайне важен для привлечения инвесторов в фармацевтической отрасли[43].

Согласно Стратегии развития российской фармацевтической промышленности на период до 2020 года, отечественная промышленность должна обеспечивать до 50% потребности населения и учреждений здравоохранения современными высококачественными лекарственными средствами[44]. Так, в период до 2020 года в России планируется преодоление негативных тенденций в национальной фармацевтической промышленности, в частности, внедрение стандартов качества и гармонизация с международными стандартами и осуществление перечня основных мероприятий[45]:

- стимулирование локализации на территории РФ высокотехнологичных производств лекарственных препаратов;
- стимулирование организации производства высокотехнологичных химических и биотехнологических субстанций на территории Российской Федерации;
- стимулирование обязательного перехода отечественных предприятий фармацевтической промышленности на стандарты GMP;
- стимулирование разработки и производства аналогов, импортируемых дженериковых и инновационных лекарственных средств;
- разработка новых и модификация существующих образовательных программ и программ повышения квалификация для обеспечения фармацевтической промышленности кадрами нового типа;
- обеспечение лекарственной безопасности Российской Федерации.

---

[43] Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения и фармацевтики [Электронный ресурс]. URL: http://brasconsult.ru/press-tsentr/news/218-gosudarstvenno-chastnoe-partnjorstvo-v-sfere-zdravookhraneniya-i-farmatsevtiki.html.

[44] Голикова Т. Закон Об обращении лекарственных средств прописывает все этапы их обращения – от разработки до мониторинга безопасности [Электронный ресурс]. 27.02.2014. URL: http://pharmapractice.ru/9518.

[45] Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года. URL: http://www.pharma2020.ru/.

В качестве законодательного закрепления стратегии развитии отрасли в России принят Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В законе отражены все этапы обращения лекарственных средств, четко закреплены полномочия органов государственной власти различных уровней в сфере регулирования обращения лекарственных средств, уточнены положения, касающиеся организации и проведения клинических исследований лекарственных препаратов, введена аккредитация участвующих в клинических исследованиях медицинских организаций, прописана процедура проведения международного многоцентрового клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения[46].

Рассмотрим те сегменты фармацевтического рынка, которые могут быть интересны для частного капитала.

Производство лекарственных средств. «Средний срок разработки нового лекарственного препарата составляет 10–15 лет»[47]. «И если 20 лет назад этот процесс стоил чуть более 300 млн. долларов, то в настоящее время стоимость разработки нового лекарства увеличилась почти в три раза. Разработка биотехнологических препаратов обходится еще дороже и может достигать 1 млрд. долларов. При этом, отмечают эксперты PhRMA, только 3 из 10 препаратов, попавшие на рынок, приносят прибыль, большую или равную той сумме, которая была потрачена на их разработку. Вместе с тем каждый доллар, потраченный в США в течение последних 20 лет на здравоохранение, привел к сокращению затрат, связанных с потерей трудоспособности населения страны по причине болезней, почти на 3 доллара»[48].

«Например, в 2013 году на рынок поступило 29, а в 2014 – 28 новых медицинских препаратов. Но их доля в общей стоимости глобального фармацевтического рынка была меньше, чем еще несколько лет назад. Это связано с тем, что большинство новых препаратов нацелено на специализированные

---

[46] Борзова О. Россияне получат качественные и доступные лекарства. Переход на GMP установлен законом [Электронный ресурс]. URL: http://www.gmpnews.ru/2010/03/perexod-na-gmp-ustanovlen-zakonom/.

[47] По данным Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA).

[48] Сергиенко О. Обзор рынка генерических, оригинальных и традиционных ЛС: итоги 10 мес. 2015 г. // Еженедельник АПТЕКА. 30.11.2015. № 47 (718).

рыночные ниши и на узкоспециальные направления лечения, где достижения рубежа продаж в 1 млрд. долларов (результат так называемого блокбастера) занимает гораздо больше времени.

Более того, на рынке набирает скорость процесс, который специалисты называют генерической эрозией. Под ней подразумевают истечение срока действия патентов на целый ряд патентованных лекарств-блокбастеров с 2011–12 гг. и частичное их замещение более дешевыми восстановленными медикаментами. По оценкам PhRMA, средний срок действия патентов в США составляет 11,5 лет. Если в середине 2013 года соотношение непатентованных препаратов к патентованным (по стоимости сегмента) на рынке США составляло 56/46, то к концу 2014 года разрыв увеличился до 58/42»[49].

«Как показывает практика, первый непатентованный препарат, проникающий в рыночную нишу патентованного продукта после истечения срока действия патента последнего, стоит в среднем на 20–30% дешевле. По мере того, как нишу заполняют другие непатентованные препараты, цена падает еще ниже. Лечение, в ходе которого врач выписывает только патентованные медикаменты, обходится пациенту в три раза дороже, чем аналогичный курс, но составленный из непатентованных лекарств.

Несмотря на «вымывание патентов» общее количество лекарств-блокбастеров (то есть безусловных лидеров продаж) на мировом рынке растет. В 2016 году их количество достигло 112 наименований, что на 18 больше, чем два года назад. При этом особо отмечается рост доли «нишевых» лекарств-блокбастеров (нацеленных на лечение специфических заболеваний) в общем количестве коммерчески успешных препаратов: если в начале тысячелетия она составляла около 5%, то в прошлом году нишевые препараты составляли уже почти 20%. Особенно высокие темпы роста наблюдаются на субрынках препаратов от депрессии, диабета, а также онкологических и психотропных»[50].

---

[49] Там же.
[50] Там же.

В ближайшие годы компаниям-производителям лекарственных средств «придется принять ряд трудных решений, связанных с рационализацией работы отрасли и консолидацией в целях решения проблем избытка производственных мощностей, конкуренции со стороны вновь появляющихся рынков и трудностей отношений с регулирующими органами»[51].

«Аналитики агентства Urch Publishing считают, что рынок фармацевтических продуктов тонкой химии стоимостью 10–12 млрд долларов может увеличиваться на 5 % в год – при дополнительных продажах в 500 млн в год»[52].

«Из-за пуска большого количества новых предприятий в течение последних пяти лет излишки производственных мощностей составляют в настоящее время от 25 до 40 % и остаются серьезной проблемой, которая продолжает отражаться на состоянии рынка промежуточных химикатов и активных фармацевтических компонентов.

Проблема усугубляется малым количеством новых лекарств, допущенных к производству и потреблению, что заставляет крупные фармацевтические фирмы отказаться от аутсорсинга. Излишки производственных мощностей привели к тому, что доходность производства в течение последних двух или более лет снизилась, что повлекло за собой закрытие предприятий и потерю клиентуры. По мнению аналитиков, нижняя точка в этом процессе уже достигнута. Однако ценовое давление продолжится, особенно в связи с расширением поставок фармацевтических химикатов из Индии и Китая»[53].

Однако «имеются и некоторые обнадеживающие новости в отношении процедуры утверждения новых препаратов»[54], что дает надежду на сохранение и даже развитие аутсорсинга в сфере промежуточных химикатов и активных фармацевтических компонентов.

«Росту продаж лекарств способствуют несколько различных факторов. Во-первых, это общий рост заболеваемости из-за усиливающегося влияния

---

[51] Петров В. Состояние мирового рынка фармацевтических химикатов // Фармацевтическая индустрия. 2015. № 7. С. 20.
[52] Там же.
[53] Там же.
[54] Там же.

техногенных факторов и ухудшения экологической обстановки. Во-вторых, это тенденция «старения населения» в развитых странах. В-третьих, продолжавшийся долгое время рост уровня доходов населения в Китае, Индии, России и странах Восточной Европы, привел к использованию более дорогостоящих и качественных препаратов»[55].

Сегодня, когда покупка дорогостоящих лекарств ограничена по экономическим, а иногда и политическим соображениям (например, запрет на экспорт в Россию английских лекарственных препаратов) «фармацевтический рынок растет благодаря быстрому развитию таких сравнительно новых направлений как сегмент дженериков и биологически активных добавок (БАД).

В настоящее время доля дженериков на рынках США, Великобритании, Канады и Германии достигает уже 30% и, по мнению специалистов, будет увеличиваться и дальше. В то время как глобальная фарминдустрия чувствительна к изменениям экономической ситуации, объемы ее продаж свидетельствуют о том, что степень воздействия на отдельные рынки зависит от краткосрочной и среднесрочной государственной политики, а также от уровня развития страховой медицины»[56].

В России популярность дженериков на коммерческом фармацевтическом рынке растет с каждым годом. Согласно данным аналитической компании DSM Group, за 2017 год через аптечные сети было реализовано 4,4 млрд упаковок дженериков на сумму порядка 615,3 млрд рублей, что составляет 65,4% проданных аптеками всех лекарственных средств. В стоимостном выражении только за 2017 год доля дженериков на рынке увеличилась на 1,1%. На сегодняшний день

---

[55] Петров В. Состояние мирового рынка фармацевтических химикатов // Фармацевтическая индустрия. 2015. № 7. С. 20

[56] Там же.

преобладание дженериков над оригинальными препаратами существенно – 86,2%.



Источник: Фармацевтический вестник [Электронный ресурс]. Режим доступа https://pharmvestnik.ru/content/articles/dsm-group-v-2017-godu-65-4-.html (дата обращения: 13.11.2018)

Рисунок 1.13 – Объемы продаж оригинальных и дженериковых препаратов

Около 50% продаж всех дженериков приходятся на три АТС-группы: пищеварительный тракт и обмен веществ (20,0%); препараты для лечения заболеваний нервной системы» (14,3%) и препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (13,7%). Наибольшую популярность дженерики, по сравнению с оригинальными препаратами, приобрели на рынке гормональных препаратов – их доля в этой группе составляет 99,7%. Меньше всего таких препаратов представлено в группе противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты» (0,3%).[57]

Если рассматривать производство дженериков как фактор, способствующий росту отечественного производства и реализации программы импортозамещения, то можно констатировать положительную динамику. По результатам 2017 года 36,5% дженериковых препаратов, представленных на рынке, был произведены в России. В 2016 году этот показатель составлял 35,7%[58].

---

[57] Фармацевтический вестник [Электронный ресурс]. URL: https://pharmvestnik.ru/content/articles/dsm-group-v-2017-godu-65-4-.html (дата обращения: 13.11.2018).

[58] Там же.

Подводя итог вышеизложенному, выделим основные тенденции на рынке медицинских услуг. Во-первых, наблюдается рост интереса инвесторов к крупным инфраструктурным проектам в больших городах. Во-вторых, рост выручки рынка идет в основном за счет роста цен на фоне стагнации численности приемов. В-третьих, отмечается обострение конкуренции частных клиник с государственными медучреждениями и между собой за персонал и потребителей. Особо следует отметить насыщенность высокотехнологичной помощью в крупных городах при острой нехватке высокотехнологичной помощи в малых и средних городах.

В качестве выводов к первой главе диссертационной работы можно сказать следующее:

В 21-v веке сфера услуг становится доминирующим сектором в экономиках развивающихся, так и развитых стран. Сфера услуг по сравнению с другими секторами национального хозяйства на протяжении нескольких десятков лет устойчиво растет.

Экономический кризис, который затронул весь мир, серьезно повлиял на развитие российской экономики. Наблюдается снижение внутреннего спроса, ограничения в поставках импортных товаров, падение доходов населения, падение внутренних инвестиций в основной капитал, снижение мировых цен на энергоносители, падение курса российского рубля, сокращение государственного бюджета, и т.д.

В таких экономических условиях, очевидно, что существует острая необходимость формирования механизмов для модернизации производственных мощностей, повышения качества человеческого капитала, а также повышения конкурентоспособности товаров и услуг на территории РФ. Более того, российское правительство осознает недостаток финансовых ресурсов для модернизации, обслуживания и расширения инфраструктуры в различных секторах экономики, особенно в социальной сфере, которая находится в собственности у государства.

Автором был проведен анализ текущего состояния системы здравоохранения, рынка платных медицинских услуг и рынка бесплатного оказания медицинской помощи населению. Было выявлено, что в социальной

сфере актуализировались вопросы о внедрении новых институциональных форм экономических отношений с целью достижения ключевых показателей по улучшению качества жизни граждан. Это обуславливается необходимостью обеспечения потребностей населения в социальных объектах и социальных услугах надлежащего качества.

По результатам проведенного анализа в рамках данного диссертационного анализа автором было выявлено, что еще одной из основных причин социальной неудовлетворенности населения в РФ является текущая система лекарственного обеспечения. На сегодняшний день только 19% населения получают амбулаторное лечение в рамках государственных программ по лекарственному обеспечению. Важно отметить, что 71% затрат на лекарственные препараты в РФ составляют собственные средства граждан. Но нельзя не отметить и тот факт, что существенную долю лекарственных средств, обращающихся на рынке России, составляют препараты с недоказанной терапевтической эффективностью.

Третьей важной причиной является дефицит квалицированных кадров, а также узких специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене.

По мнению автора, для решения сложившихся проблем актуализировались объективные предпосылки для привлечения значительных инвестиционных ресурсов, важным источником которых сегодня может стать частный сектор.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Сущность и содержание ГЧП в современной экономике

Экономика Российской Федерации в настоящее время переживает этап важных структурных преобразований, которые должны сформировать принципиально новую социально-экономическую модель развития. Основная цель этой новой модели – обеспечить потребности человека, увеличить его благосостояние и повысить уровень жизни.

Экономический и политический кризисы серьезно повлияли на развитие российской экономики. Наблюдается снижение внутреннего спроса, ограничения в поставках импортных товаров, в том числе лекарств, падение доходов населения, падение внутренних инвестиций в основной капитал, волатильность мировых цен на энергоносители, падение курса российского рубля, сокращение государственного бюджета, и т.д.

В таких экономических условиях очевидно, что поставленная задача ускорения экономического роста при сохранении и выполнении беспрецедентно высоких социальных обязательств требует гораздо больших усилий, включая поиск новых источников и форм финансирования. Российское правительство осознает недостаток финансовых ресурсов для модернизации, обслуживания и расширения инфраструктуры в различных секторах экономики, которая находится в собственности у государства, особенно в социальной сфере.

Для решения сложившихся проблем актуализировались объективные предпосылки для привлечения значительных инвестиционных ресурсов, важным источником которых сегодня может стать частный сектор. В свою очередь в условиях действия санкций и волатильности финансового рынка возрастает интерес бизнес-среды к поддержке со стороны государства, которая может позволить минимизировать риски частных инвестиций и повысить уровень надежности инвестиционных проектов для финансово-кредитных организаций.

Именно в таких современных российских экономических условиях сформировались объективные обстоятельства для развития механизма государственно-частного партнерства (далее ГЧП).

На современном этапе в мировом и российском научном сообществе существует несколько подходов к определению ГЧП.

В рубежной научной литературе используется понятие Public-Private Partnership, которому соответствует аббревиатура PPP, P3, P-P Partnerships, Private Finance Initiative (PFI), а также отдельно выделяется соглашение о концессии. В России получило распространение использование термина «государственно-частное партнерство» (далее ГЧП).

В различных исследованиях можно встретить разные подходы к ГЧП. В общем виде их можно охарактеризовать как узкий и широкий подход. Наиболее полно разницу в двух подходах объяснил профессор В. Н. Мочальников[59]. В широком смысле ГЧП необходимо рассматривать как различные формы взаимодействия государства и бизнеса для достижения общих целей в рамках социально-экономического развития страны (например, работа по совершенствованию инвестиционного имиджа страны). В узком смысле – это институционально-организационный альянс между государством и бизнесом для реализации конкретных проектов в различных сферах экономики (в данной диссертационной работе на примере развития российского здравоохранения).

В дальнейшей работе мы будем придерживаться узкой трактовки ГЧП, т.к. именно такой подход закреплен в федеральном законодательстве Российской Федерации, о чем речь пойдет ниже. В отечественных научно-теоретических и практических кругах сложилось четкое понимание того, что ГЧП следует рассматривать в «узком» смысле. Термин ГЧП употребляется для обозначения различных форм взаимоотношений государства и частного сектора, закрепленных в ФЗ-224 "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации» от 13 июля 2015 г. (далее – ФЗ-224). В

[59] Мочальников В. Н. Государственно-частное партнерство: отечественный опыт, мировые тенденции, вектор развития для России. М.: Экономика, 2012.

документе используется следующее определение: государственно-частного партнерства: «юридически оформленное на определённый 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 настоящим Федеральным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуги повышения их качества»[60]/

Вместе с тем в настоящее время на уровне отдельных стран и даже в России до сих пор встречаются весьма разнообразные трактовки категории ГЧП. Так, в различных странах в определениях ГЧП подчеркиваются различные аспекты формы партнерства. Наиболее ярко это проявляется в параллельном употреблении двух терминов: государственно-частное партнерство и частно-государственное партнерство (ЧГП). Проведенный в процессе исследования анализ показал, что, хотя данные термины часто используются как синонимы, они имеют одно существенное отличие, которое значительно меняет смысл и содержание партнерских взаимоотношений. В теории оба термина корректны, но отражают различные системы отношений между государственным и частным секторами. Автор полагает, что в основу данных теоретических понятий должен быть заложен фундамент рыночной экономики, а именно, право собственности на объект партнерства. Одним из родовых признаков ГЧП является объект государственная или муниципальная собственность, и услуги, которые оказывает государство или муниципальное ведомство. Тот же родовой признак есть и у ЧГП, однако объектом является не государственная собственность, а частная. Следовательно, при возникновении партнерства, если собственником выступает государство, то это ГЧП. В противоположенном случае, когда собственность частная – это ЧГП. В современной российской практике и сложившихся экономических отношениях, по

[60] Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации» (далее – ФЗ-224).

нашему мнению, наиболее правильным и отвечающим действительности является использование термина ГЧП[61]/

Все выше отмеченное выражается в существовании множества различных определений. Обобщенно данные подходы представлены в Таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Существующие подходы к определению понятия «государственно-частное партнерство»

Автор	***Определение (цитаты)***
Зарубежные исследователи	
Всемирный банк	«ГЧП – это соглашения между публичной и частной сторонами по поводу производства и оказания инфраструктурных услуг, заключаемые с целью привлечения дополнительных инвестиций и, что еще более важно, как средство повышения эффективности бюджетного финансирования»[62].
ООН	«ГЧП основывается с целью обеспечить финансирование, планирование, исполнение и эксплуатацию объектов, производств и предоставления услуг государственного сектора. Его ключевыми особенностями являются: долгосрочность обеспечения и предоставления услуг (иногда сроком до 30 лет); передача рисков частному сектору; многообразие форм долгосрочных контрактов, заключаемых юридическими лицами с государственными и муниципальными структурами.»[63]
Рейтинговое агентство STANDART& POORS	«ГЧП – это любые средне- или долгосрочные отношения между государственным и частным сектором, основанные на разделении рисков и доходов, объединении профессиональных знаний и совместном финансировании, служащие достижению определенных политических результатов»
Canadian Council for PPPs	«Совместная деятельность между публичным и частным секторами, основанная на экспертизе каждого партнера, что наилучшим образом удовлетворяет ясные общественные потребности посредством соответствующего распределения ресурсов, рисков и наград».
Gerrard M.B.	«Использование государством капитала частного сектора для улучшения качества государственных услуг (output–based approach) или управления активами государственного сектора»[64].
О.Х. Петерсен	«Новая форма публичного управления, применимая и на международном уровне, при которой признается сотрудничество с частным сектором»[65].
Отечественные авторы	
ЕЭК	Таким образом, государственно-частное партнерство, или муниципально-частное партнерство, или публично-частное партнерство (далее – ГЧП), – это один из способов реализации инфраструктурных проектов, основанный на

[61] Зельднер А. Г. Партнерские отношения государства, бизнеса и общества в условиях смешанной экономики. М.: Экономические науки, 2010.

[62] The World Bank Group. Официальный сайт Всемирного банка. URL: http://www.worldbank.org.

[63] Практическое руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства / Европейская экономическая комиссия ООН. Женева: Издание ООН, 2013. С. 11.

[64] Gerrard M. B. What are Public-private Partnerships, and how do they вdiffer from privatizations? // Finance&Development. 2001. V. 38, N 3. P. 24.

[65] Petersen O. H. Public-Private Partnerships as converging or diverging trends in public management?A comparative analysis of PPP policy and regulation in Denmark and Ireland // International Public Management Review. 2011. Vol. 12, N 2.

Автор	*Определение (цитаты)*
	долгосрочном взаимодействии публичной и частной сторон, при котором частная сторона (бизнес) участвует не только в создании (проектировании, финансировании, строительстве или реконструкции) объекта инфраструктуры, но и в его последующей эксплуатации и (или) техническом обслуживании (технической эксплуатации) в интересах публичной стороны с целью извлечения прибыли[66].
В.Г. Варнавский	«Институциональный и организационный альянс» между публичным сектором (государство) и предпринимательским сектором с целью осуществления внешних и внутренних, национального и местного значения, социально важных проектов в широком диапазоне отраслей деятельности»[67]. «Юридически оформленная (как правило, на фиксированный срок) система отношений, которая предусматривает со-финансирование и распределение рисков между государством и гражданами и юридическими лицами, предметом которой являются объекты государственной (или муниципальной) собственности, а также услуги, предоставляемые государственными или муниципальными органами, организациями, учреждениями и предприятиями» [68].
С.Д. Данасарова	«Договоренность между государственной и частной структурами о совместной реализации общественно-значимых проектов наиболее эффективным способом и по более низкой стоимости, чем государство сможет осуществлять самостоятельно»[69].
Ю.А. Халимовский	«Взаимовыгодное сотрудничество публичного и частного субъектов для одновременного получения прибыли и достижения общественно полезных целей в сфере экономики, основанное на соединении денежных и других вкладов партнеров и таком распределении рисков, которое допускает частичное освобождение частного субъекта от предпринимательских рисков»[70].
О.А. Герасименко	«Кооперация и интеграция государства и частного сектора на основе объединения материальных и нематериальных ресурсов преимущественно в сферах, для которых характерна неэффективность государственного управления»[71].
В.Е. Сазонов	«Концепция двух ключей», которая выступает в роли «правовых оков» (vinculum juris) государственно-частного партнерства и предполагает, что орган публичной власти и частный партнер реализуют функционально-целевую консолидацию своих ресурсов для совместной реализации конкретного проекта (группы проектов) при условии обеспечение приоритета публичных интересов[72].

[66] Государственно-частное партнерство в странах евразийского экономического союза практическое руководство для инвесторов (II издание) [Электронный ресурс]. URL: https://mgimo.ru/upload/2018/10/18102018-ruk.pdf (дата обращения: 31.10.2018).

[67] Варнавский В. Г. Партнерство государства и частного сектора. М.: Наука, 2005.

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

[69] Данасарова С. Д. Институт частно-государственного партнерства: становление и развитие в России: автореф. дис. … канд. экон. наук: 08.00.01. Улан-Удэ, 2007.

[70] Халимовский Ю. А. Государственно-частное партнёрство в субъектах РФ // Налоги. 2011. № 14.

[71] Герасименко О. А. Развитие государственно-частного партнерства в управлении региональной образовательной системой: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. Белгород, 2010.

[72] Сазонов В. Е. Государственно-частное партнерство: гражданско-правовые, административно-правовые и финансово-правовые аспекты: монография / предисл. А. Б. Зеленцова. М.: Ваш полиграфический партнер, 2012.

Анализируя указанные в Таблице 2.1. определения, можно сделать вывод, что ГЧП базируется на следующих основных принципах:

1) комбинирование государственных и частных ресурсов;

2) долгосрочность проекта;

3) капиталоемкость;

4) распределение рисков и ответственности между государственным и частным секторами

5) в российских реалиях-основная направленность на создание инфраструктурных объектов, в основе которых лежит соглашение о концессии, которое выступает уже как отдельная форма ГЧП.

Сделанные автором выводы подтверждаются выводами, сделанными О.В. Ивановым в книге «Теория и мировая практика государственно-частного партнерства»[73]. Профессор пишет, что в любом случае предметом ГЧП являются государственные и муниципальные объекты инфраструктуры и связанные с ними услуги, сторонами выступают публичный и частный партнеры, ГЧП носит договорную форму, отличающуюся долгосрочным характером взаимодействия.

Если говорить об особенностях восприятия и практике применения ГЧП на национальном уровне, то становится очевидным, как смещается фокус внимания в зависимости от национальных приоритетов и целей развития. Так, в Великобритании наиболее существенной стороной отношений представляется разделение рисков, соответственно, под ГЧП понимаются отношения по разделению риска, основанные на согласованном стремлении между публичным и частным секторами достичь желаемой государственной политики.

В Канаде, где делается акцент на экспертизу будущего частного партнера, под ГЧП понимается «совместная деятельность между публичным и частным секторами, основанная на экспертизе каждого партнера, что наилучшим образом

[73]Иванов О. В. Теория и мировая практика государственно-частного партнерства. М.: МГИМО-Университет, 2016. 298 с.

удовлетворяет ясные общественные потребности посредством соответствующего распределения ресурсов, рисков и наград»[74].

В США данное понятие рассматривается максимально широко: «ГЧП - схемы, характеризующиеся совместной деятельностью государственного и частного секторов. В самом широком смысле они могут охватывать все виды государственно-частного сотрудничества и взаимодействия, а также распределение рисков при реализации стратегий, предоставлении услуг и строительстве инфраструктуры»[75].

Для развивающихся стран также характерно максимально широкое понимание ГЧП. Так, в Мексике, Кыргызской Республике, Сингапуре и Индии под ГЧП понимают любые долгосрочные договорные отношения между государством и бизнесом по оказанию инфраструктурных услуг населению[76].

Важно отметить, что в связи с развитием понятийного аппарата, а также практики применения различных форм ГЧП в различных секторах экономики многие эксперты выделяют два основных признака ГЧП. Первым основополагающим признаком выделяют наличие инвестиций со стороны частного партнера. Вторым – природа объекта инвестиций – значимые для публичного партнера объекты, используемые для осуществления публичных и общественных задач. Таким образом, можно говорить о том, что «ГЧП призвано стать базовой конструкцией внебюджетных инвестиций, привлекаемых в целях ликвидации или сглаживания инфраструктурных разрывов, тормозящих социально-экономическое развитие. Сегодня ГЧП в РФ можно рассматривать как привлечение органами государственной власти частного сектора для более эффективного и качественного выполнения задач, относящихся к публичному сектору, на условиях компенсации затрат, разделения рисков, обязательств и компетенций»[77].

---

[74] Проект «государственно-частное партнерство в социальной сфере – распространение опыта Великобритании и Санкт-Петербурга». Отчет о лучшей практике. СПб, 2012. 58 с. URL: http://www.pppi.ru/sites/all/themes/pppi/img/ppp_in_social_sphere.pdf.

[75] Иванов О. В., Иванова А. О. Организация и управление сферой государственно-частного партнерства в мировой практике // Экономика и управление: проблемы, решения. 2017. № 4-2. С. 160–169.

[76] Там же. С. 14–16.

[77] Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. М.: ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.

«Согласно исследованиям британских (Partnerships UK[78]) и международных экспертов (Всемирный банк[79], Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР)[80]) использование ГЧП обеспечивает лучшее соотношение цены и качества («value for money»), предоставление обществу услуг вовремя и согласно контракту. Уровень удовлетворенности населения услугами, которые были оказаны, благодаря реализации проектов по формам ГЧП, существенно выше, чем в традиционной «государственной» системе»[81].

Обобщение и комплексный анализ мирового опыта развития ГЧП позволили автору выделить ключевые этапы в формировании и становлении данного института (Таблица 2.2). Независимо от того, когда ГЧП начало формироваться в той или иной стране, любая национальная система неизбежно проходит все стадии, приведенные в таблице.

Таблица 2.2 – Три основных этапа развития ГЧП в мире

Этап 1	*Этап 2*	*Этап 3*
• Формулирование основ политики ГЧП • Проверка правовой жизнеспособности • Определение первоочередных проектов • Разработка базовых понятий • Применение опыта взаимодействия с другими отраслями хозяйства • Начало построения рынка услуг ГЧП	• Формирование нормативно-правовой базы • Подготовка и публикация практических руководств • Образование структур ГЧП • Продолжение развития рынка услуг ГЧП • Расширение ряда проектов с включением новых секторов хозяйства • Привлечение новых источников финансирования	• Образована работоспособная система ГЧП • Ликвидированы правовые барьеры на пути развития ГЧП • Модели ГЧП оптимизированы • Наблюдается поток заключаемых контрактов ГЧП • Достигнут долгосрочный политический консенсус • Используется полный спектр источников финансирования • Расширяется спектр инвесторов и инфраструктурные проекты • Достигнут высокий уровень знаний и навыков у госслужащих по применению опыта ГЧП

78 Partnerships UK five year review [Электронный ресурс]. URL: http://www.partnershipsuk.org.uk/newsAttachments/documents/Puk-5yr-review.pdf.

79 Пресс релиз Всемирного банка от 4 апреля 2018 года [Электронный ресурс]. URL: http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2018/04/04/world-bank-group-report-governments-still-lag-in-preparing-procuring-and-managing-ppps-well (дата обращения: 01.11.2018).

80 2017 Private Participation in Infrastructure (PPI) ANNUAL REPORT Word bank [Электронный ресурс]. URL: http://ppi.worldbank.org/~/media/GIAWB/PPI/Documents/Global-Notes/PPI_2017_AnnualReport.pdf.

81 Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. М.: ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.

«Большинство стран, включая Россию, находится пока лишь на первом этапе развития ГЧП с относительно небольшим количеством осуществляемых проектов»[82] (Рисунок 2.1).

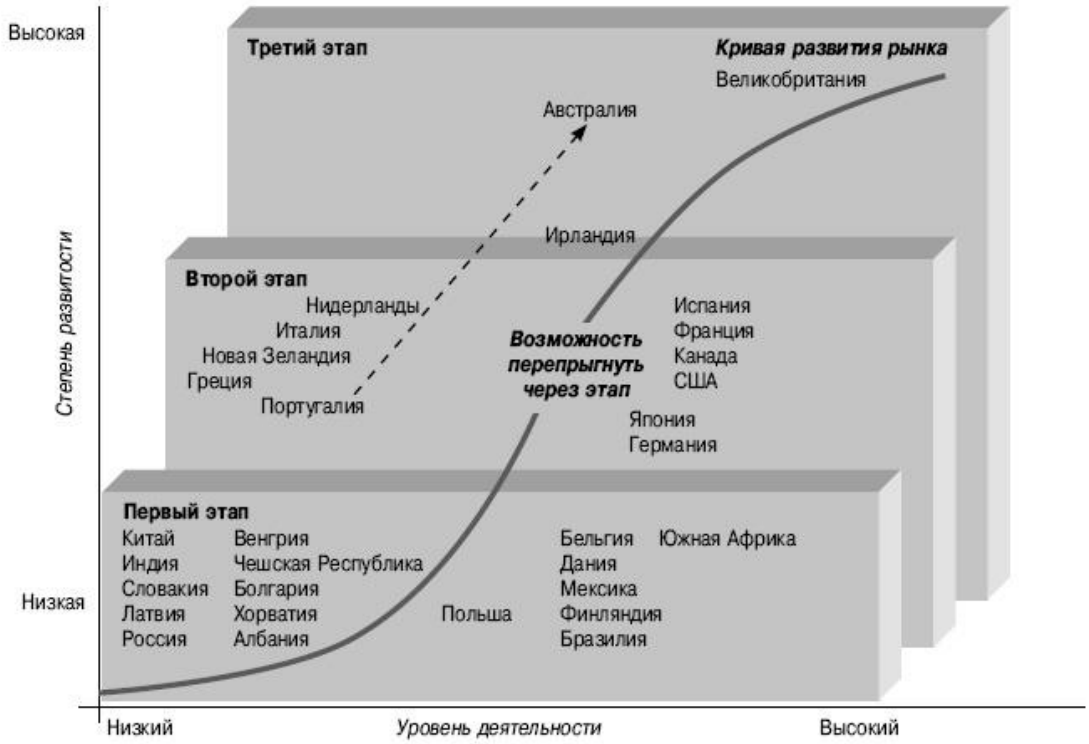


Рисунок 2.1 – «Кривая зрелости» рынка ГЧП[83]

Как отмечалось выше, ключевым фактором для понимания сути партнерских отношений государства и бизнеса в рамках ГЧП / ЧГП является право собственности на объект. «Партнерства по типу ГЧП создаются и действуют на границе государственного и частного секторов, не являясь вместе с тем ни национализированными, ни приватизированными активами и услугами»[84].

---

82 Согласно исследованию Deloitte and Touche USA LLP, являющейся одной из ведущих мировых аудиторских и консалтинговых компаний, предоставляющей услуги в области аудита, налогообложения, консалтинга и корпоративных финансов по данным BLOOMBERG. URL: http://www.bloomberg.com/research/stocks/private/people.asp? privcapId=98446.

83 Варнавский В. Г., Клименко А. В., Королев В. А. Государственно-частное партнерство: теория и практика М. Издательство Института государственного и муниципального управления Государственного университета – Высшей школы экономики, 2014. –С. 47.

84 Гатауллина А. А. Государственно-частное партнерство: теоретические основы // Молодой ученый. 2013. № 9. С. 161.

«Если приватизация означает уход государства из экономики, ее отдельных сфер и производств, то создание партнерств, приводит лишь к передаче бизнесу части экономических, организационных, управленческих функций в отношении государственных и муниципальных объектов. Но при этом сами объекты неизменно остаются в собственности государства и местных органов власти. Система партнерских отношений государства с частным сектором является одним из проявлений смешанной экономики. При реализации ГЧП государство перекладывает управление принадлежащей ему собственностью на частный сектор, который привносит свой организационный опыт, знания, ноу-хау, осуществляет инвестиции, минимизирует риски предпринимательской деятельности. Экономический эффект для общества в этом случае составляют более качественные товары и услуги, высокий уровень обслуживания при низких издержках»[85]. Независимо от трактовки понятия ключевым фактором остается взаимовыгодное сотрудничество государства и бизнеса.

Рассмотрим роль и функции государства и бизнеса при ГЧП. Каждая из сторон партнерства вносит свой вклад в общий проект.

Государство заинтересовано в росте объемов и улучшении качества предоставляемых товаров и услуг. В современных условиях государство организует свою регулирующую деятельность в сфере партнерства с частным бизнесом в трех основных направлениях[86]:

1) государство вырабатывает стратегию и принципы, на которых строятся отношения бизнеса с обществом и с публичной властью;

2) государство формирует институциональную среду для разработки и реализации партнерских проектов;

3) государство непосредственно занимается организацией и управлением ГЧП, разрабатывает формы и модели.

«На стороне государства в проектах ГЧП – правомочия собственника, возможность налоговых и иных льгот, гарантий, а также получение некоторых

---

[85] Там же.

[86] Дерябина М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства // Монографии. Доклады и научные сборники Института экономики РАН. URL: http://www.imepi-eurasia.ru/pdoklad.php/.

объемов финансовых ресурсов. Государство как главенствующий субъект и основной регулятор вправе перераспределять при необходимости ресурсы с чисто производственных программ на социальные цели (образование, здравоохранение, наука, культура), а это во многих случаях не только способствует общему улучшению социально-экономического климата и повышению инвестиционного рейтинга страны, но и прямо сказывается на партнерских проектах»[87].

При реализации ГЧП проектов «государство получает более благоприятную возможность заняться исполнением своих основных функций – контролем, регулированием, соблюдением общественных интересов. Так, по мере развития ГЧП в сфере инфраструктуры государство может сместить акценты своей деятельности с конкретных проблем строительства и эксплуатации объектов на административно-контрольные функции. И немаловажно в связи с этим то, что неизбежные предпринимательские риски перераспределяются в сторону бизнеса. Общественная же значимость ГЧП заключается в том, что в конечном итоге выигрывает общество как глобальный потребитель более качественных товаров и услуг»[88].

«В любом случае за государством остаются основные рычаги регулирования и контроля: тарифная политик, контроль за безопасностью, соблюдением норм охраны окружающей среды, качеством производимых товаров и оказываемых услуг. Благодаря сохранению этих контрольных функций государство может уйти от непосредственного руководства хозяйственной сферой, предоставить хозяйственную деятельность частному бизнесу, оставляя за собой контрольные рычаги за деятельностью своих партнеров по проекту»[89].

«При этом частный партнер привлекается для решения задач по всему спектру работ, предусмотренных действующим законодательством: расширению, реконструкции, техническому перевооружению, модернизации, реставрации или созданию новых объектов капитальных вложений, или для партнерства в

---

[87] Дерябина М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства // Доклады и научные сборники Института экономики РАН. URL: http://www.imepi-eurasia.ru/pdoklad.php.
[88] Там же.
[89] Там же.

предоставлении публичных услуг на условиях участия в финансировании проекта и разделения рисков. Формирование рынка проектов должно происходить в соответствии с отраслевыми и региональными стратегиями развития, при этом основным механизмом формирования рынка становится запуск тендеров на заключение и последующее выполнение ГЧП»[90].

«Со стороны бизнеса вкладом в ГЧП являются: финансовые ресурсы, профессиональный опыт, эффективное управление, гибкость и оперативность в принятии решений, способность к новаторству и т.п. Участие предпринимательского сектора в совместных проектах обычно сопровождается внедрением более эффективных методов работы, совершенствованием техники и технологии, развитием новых форм организации производства, созданием новых предприятий, в том числе с иностранным капиталом, налаживанием эффективных кооперационных связей с поставщиками и подрядчиками. На региональных рынках труда, как правило, повышается спрос на высококвалифицированные и хорошо оплачиваемые профессии»[91].

«Частный сектор стремится стабильно получать и увеличивать прибыль. Причем стратегически мыслящий бизнес выстраивает свои приоритеты в первую очередь не просто для быстрого получения максимальной прибыли, но и в интересах устойчивости получения доходов от проектов в долгосрочной перспективе. При этом обе стороны заинтересованы в успешном осуществлении проектов в целом. Проекты ГЧП могут облегчить выход на мировые рынки капиталов, активизируют привлечение иностранных инвестиций в реальный сектор экономики. Особое значение ГЧП имеет для экономики регионов, где на его основе происходит развитие местных рынков капитала, товаров и услуг»[92].

В то же время «интересы государства и бизнеса могут не просто не совпадать, но и быть противоположными, поэтому заключению договора о партнерстве

---

[90] Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. – М. ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.
[91] Дерябина М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства // Доклады и научные сборники Института экономики РАН. URL: http://www.imepi-eurasia.ru/pdoklad.php.
[92] Там же.

должны предшествовать переговоры сторон, балансирующие эти интересы и цели проектов»[93].

Таким образом, «развитие ГЧП определяется несколькими основными факторами, влияющими на расширение масштабов и моделей взаимодействия государства и бизнеса.

Во-первых, инструментарий ГЧП является краеугольным камнем в теории смешанной экономики, позволяющий развивать отношения частного сектора и государственного»[94].

Во-вторых, ГЧП позволяет вовлекать ресурсы частного сектора в процессы воспроизводства в отраслях и сферах, находящихся в собственности государства и местных органов власти, а также использовать частную предпринимательскую инициативу для повышения эффективности расходования бюджетных средств.

В-третьих, объединение усилий и ресурсов бизнеса и государства в рамках конкретных проектов формирует их дополнительные конкурентные преимущества. Бизнес по сравнению с государственными институтами обладает большей мобильностью, быстротой принятия решений, способностью к нововведениям, стремлением к поиску технических и технологических улучшений для обеспечения конкурентоспособности[95].

Правительство же, в свою очередь, путем создания стабильной нормативной правовой базы, проведения организационных мероприятий, в том числе по взаимодействию с гражданским обществом, использования финансово-экономических рычагов: субсидий, гарантий, стимулирующего налогообложения и т.д., должно прилагать максимальные усилия для изменения парадигмы восприятия такой новой институциональной формы экономики отношений, как ГЧП.

Таким образом, «партнерские отношения государства и частного сектора требуют согласования интересов этих двух основных институтов современного

---

93 Там же.

94 Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. – М. ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.

95 Варнавский В. Г., Клименко А. В., Королев В. А. Государственно-частное партнерство: теория и практика. М.: Издательство Института государственного и муниципального управления Государственного университета – Высшей школы экономики, 2014. С. 21.

общества и экономики»[96]. ГЧП не следует понимать, как простое сложение ресурсов, так как каждая из сторон данного партнерства и конкретного проекта имеет собственные цели, решает свои конкретные задачи, а также стороны обладают различным типом ресурсов и разной мотивацией.

На основе изложенного обратимся к анализу сложившихся форм и моделей ГЧП. «В современной мировой практике ГЧП выделяют три формы сотрудничества государства и бизнеса:

1) традиционную – совместное использование финансовых и прочих ресурсов на основе партнёрства;

2) инвестиционную – совместное инвестирование государства и бизнеса в проекты развития инфраструктуры;

3) научно-образовательную – сотрудничество в рамках международных инновационных проектов в условиях интернационализации капитала»[97].

Сотрудничество государства и бизнеса, как правило, происходит в следующих основных институциональных формах:

1) корпоративной (например, создание совместных юридических лиц);

2) контрактной или договорной, при которой у частного сектора и государственного возникает возможность заключения подробного соглашения/контракта, где прописываются все детали данного партнерства.

Институциональной основой ведения экономической деятельности, предполагающей развитие государственно-частного партнерства, выступает именно контрактная система[98]. Ведущие специалисты под контрактной системой понимают совокупность нормативных актов, которые регулируют возникающие взаимоотношения между государством и частным сектором.

Как показал проведенный в процессе исследования анализ практики, в Российской Федерации и за рубежом ГЧП чаще всего трактуется в рамках контрактной модели. Обусловлено это рядом причин, но основной является то, что

---

[96] Дерябина М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства // Доклады и научные сборники Института экономики РАН. URL: http://www.imepi-eurasia.ru/pdoklad.php.

[97] Мейер М. Оценка эффективности бизнеса / пер. с анг. О. Корсунский. М.: Вершина, 2004. 240 с.

[98] Государственно-частное партнерство в условиях инновационного развития экономики: монография / под ред. А. Г. Зельднера, И. И. Смотрицкой. М.: ИЭ РАН, 2012. С. 85.

при создании совместного юридического лица, где, безусловно, есть государственное участие, не демонстрируется высокая экономическая эффективность. То есть, формально, участие государства в акционерном капитале предприятия не дает объективных преимуществ в успешной реализации государственно-частного проекта.

Таким образом, обобщая все вышесказанное, автор делает вывод, что развитие и диверсификация институциональной формы ГЧП будет иметь дальнейшее развитие. «Однако в каждой отдельной стране динамика этого процесса будет зависеть от политики государства, его стремления сотрудничать с частным сектором в поисках экономического и социального консенсуса»[99].

«Изучая мировой опыт использования ГЧП, можно убедиться, что взаимодействие публичной и частной сторон происходит по трём направлениям:

1) функциональному – реализация проектов, что позволяют предприятиям получать доступ к рынкам и факторам производства;

2) отраслевому – подписание договоров ГЧП по отдельным отраслям народного хозяйства с использованием разных форм сотрудничества;

3) регионально-муниципальному – развитие отдельных территориальных производственных сегментов, рынков труда, выравнивание регионального дисбаланса в экономике»[100].

«При этом основными факторами успешного развития ГЧП выступают: либерализация экономики, привлечение бизнеса к инфраструктурному развитию страны и увеличение его мобильности»[101]

Модели ГЧП в мире многочисленны и разнообразны. Научное сообщество в России также дает многочисленную категоризацию. Автором данной работы было проанализировано достаточное количество научной литературы и был сделан

---

[99] Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. М. ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.

[100] Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления [Электронный ресурс]. URL: http://www.strana-oz.ru/.

[101] Лоскутова М. В. Государственно-частное партнёрство в условиях модернизации экономики России // Социально-экономические явления и процессы. 2010. № 2. С. 53–59.

вывод о том, что в данной работе будут рассмотрены следующие термины формы и модели ГЧП. В данной работе к формам ГЧП будут отнесены:

1) контракты на управление и аренду;

2) концессии;

3) проекты типа «гринфилд»;

4) смешанные предприятия.

Следует отметить, что значительное развитие получили концессионные соглашения, особенно в сфере транспорта и жилищно-коммунального хозяйства.

Для реализации вышеперечисленных форм ГЧП на практике разработаны различные модели, которые указаны в Таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Модели ГЧП в мире[102]

№	*Сокращение*	*Расшифровка*	*Краткое описание*
1	BOT	Build, Operate, Transfer (Построй-Управляй-Передай)	Концессионный механизм: создание, право пользования (без права собственности) в течение срока соглашения и передача государству (классическая модель/традиционная концессия)
2	BOOT	Build, Own, Operate, Transfer (Построй-Владей-Управляй-Передай)	Аналогично вышесказанному, но право собственности на время действия контракта принадлежит частному партнёру и может остаться ему на постоянной основе (самая редко встречающаяся модель).
3	BTO	Build, Transfer, Operate (Построй-Передай-Управляй)	Аналогично п. 1, только объект передается государству сразу после строительства. Частный партнёр обслуживает объект в течение срока действия соглашения, а публичный возмещает затраты. регулярными платежами (контракт жизненного цикла).
4	BOO	Build, Own, Operate (Построй-Владей-Управляй)	Разновидность классической концессии, но по истечении срока соглашения объект остается в собственности частного партнёра.
5	BOMT	Build, Operate, Maintain, Transfer (Построй-Управляй-Поддерживай-Передай)	Акцент на поддержке жизнеспособности и обслуживании объекта. Право собственности остается у публичного партнёра.

[102] Таблица составлена автором на основе источников: Мочальников В. Н. Государственно-частное партнерство: отечественный опыт, мировые тенденции, вектор развития для России. М.: Экономика, 2010. С. 77–132; Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство. М.: ИМЭМО РАН, 2009. С. 31–81.

№	*Сокращение*	*Расшифровка*	*Краткое описание*
6	DBOOT	Design, Build, Own, Operate, Transfer (Спроектируй-Построй-Владей-Управляй-Передай)	Аналогично п. 2, но в обязанности частного партнёра входит и проектирование объекта соглашения.
7	DBFO	Design, Build, Finance, Operate (Спроектируй-Построй-Финансируй-Управляй)	Акцент на обязанности частного партнёра финансировать строительство и мероприятия по обслуживанию. Публичный партнёр возмещает издержки регулярными платежами.
8	BOL	Build, Operate, Leasing (Построй-Управляй-Приобрети в лизинг)	Аналогично п. 2, но по истечении срока соглашения объект остается в собственности лизинговой компании, лизингополучатель частный партнёр.
9	DBOLT	Design, Build, Operate, Leasing, Transfer (Спроектируй-Построй-Управляй- Приобрети в лизинг-Передай)	Право собственности на время действия контракта принадлежит лизинговой компании, затем переходит к частному партнёру
10	DBOL	Design, Build, Operate, Leasing (Спроектируй-Построй-Управляй- Приобрети в лизинг)	Проектирование/строительство /реконструкция объекта, по истечении срока соглашения объект остается в собственности лизинговой компании, лизингополучатель публичный партнёр.
11	DBFO	Design, Build, Finance, Operate – Спроектируй – Построй – Финансируй –Управляй	Помимо ответственности частного партнера за проектирование специально оговаривается его ответственность за финансирование строительства инфраструктурных объектов.
12	ROT	Rehabilitate, Operate, Transfer , Реконструкция-управление - передача	В данной модели предполагается не строительство объекта, а реконструкция.

В зарубежной литературе (важно, что именно применительно к отрасли здравоохранения) достаточно часто встречается дополненное понятие ГЧП – Public-private integrated partnerships (PPIPs). Согласно определению с сайта, Национальных медицинских институтов США «это понятие шире традиционных договоров о создании и поддержании медицинской инфраструктуры и включает оказание врачебных услуг»[103]. В русской литературе автор не встречал такого понятия и дал свой дословный перевод: комплексное государственно – частное

[103] Национальная библиотека медицинских институтов США [Электронный ресурс]. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821566 (дата обращения: 15.10.2018).

партнерство (КГЧП). В рамках такого понятия так же существует новая модель реализации ГЧП “DBOD” (Design, Build, Operate and **Deliver**). Здесь появляется новый элемент «**Deliver**» – автор трактует данный термин, как «**предоставление медицинской услуги**». Частный партнер проектирует, строит, управляет и предоставляет медицинские услуги, в том числе набирает медицинский персонал. Данная модель уже активно используется на зарубежных рынках, в таких странах как США, Италия, Великобритания, Канада, Филиппины, Республика Корея[104].

Следует отметить, что помимо традиционных форм ГЧП активно развиваются и другие формы сотрудничества. И хотя было бы неверно ставить знак равенства между ГЧП и этими формами, они по частоте использования, несомненно, заслуживают внимания.

Широкое применение ГЧП в российском здравоохранении началось с 2015 года, когда при Минздраве РФ был создан координационный совет по ГЧП, а 13 февраля 2019 г. на площадке форума «Здоровое общество. На пути к цели 80+» было подписано соглашение о сотрудничестве в области совершенствования и внедрения механизмов ГЧП в здравоохранении между МЗ РФ и Национальным центром ГЧП.

Несколько лет назад были разработаны медицинские рекомендации по применению механизмов ГЧП в сфере здравоохранения. В данном документе, по мнению автора, присутствовал терминологический беспорядок, т.к. четко не были определенны различия между такими терминами как формы, модели и механизмы ГЧП. Однако важно отметить то, что в рекомендациях к основным формам ГЧП, помимо концессии, отнесены следующие: аренда и лизинг, аутсорсинг, создание коммерческих организаций, сделки по привлечению инвестиций в отношении объектов инфраструктуры здравоохранения государственной собственности, участие частных медицинских организаций в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

---

104 Ли Чжэ Сун. Государственно-частное партнёрство в Республике Корея: опыт становления и достигнутые результаты // Вестник МГИМО-Университет. 2015. № 3 (42). С. 217–224.

Еще одной популярной в России формой являются финасово-промышленные группы. Они особенно активно развиваются в нашей стране и «представляют собой объединение, промышленных, банковских и других систем, на основе которых образовываются смешанные корпорации и холдинги. Все это свидетельствует об усиленной интеграции связей бизнеса и государства в социально-экономическом пространстве РФ»[105].

«Динамично развивается и такая специфическая форма партнёрства, как государственные закупки. Около 30% доходов, поступающих в бюджеты РФ, обязаны своим формированием системе государственного и муниципального заказа»[106]. Следует отметить, что многие специалисты полагают, что этот вид взаимодействия государства и проще реализовать в практической жизни, чем инициировать проект ГЧП. «Более успешному развитию этого способа реализации партнёрства государства и предпринимательства мешает коррупция, что порождается недостатками законодательного регулирования, закрытостью государственных органов, неудовлетворительной кадровой политикой государства»[107].

«Особое внимание следует уделить деятельности Российской венчурной компании, что в качестве государственного фонда развития передаёт средства на конкурсной основе юридическим лицам для реализации инновационных проектов. Приоритетными направлениями инвестиций являются информационные технологии, медицина, электроника. К сотрудничеству привлекается капитал зарубежных компаний, в частности США и Австрии»[108].

2.2. Особенности ГЧП-проектов, реализуемых в сфере здравоохранения в России

Российское правительство на протяжении последних двух десятков лет уделяет повышенное внимание развитию здравоохранения и, в частности,

---

[105] Варнавский В. Г. [и др.] Государственно-частное партнерство: теория и практика. М. ИД Гос. ун-та Высшей школы экономики, 2014. 287 с.
[106] Там же.
[107] Там же.
[108] Там же.

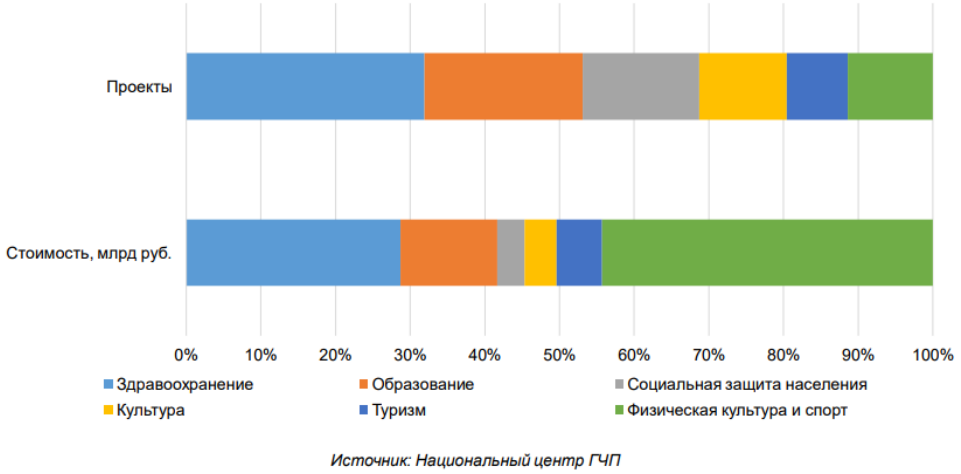
отдельным направлениям, которые представляются наиболее интересными потенциальным частным инвесторам. Основным документом, регулирующим этот вопрос, является Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 №294). Согласно тексту документа, к основным перспективным направлениям относятся: «первичная медико-санитарная помощь; специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь (онкология, хирургия, кардиология, фтизиатрия, офтальмология, скорая помощь, многопрофильные медицинские центры); инновационная медицинская помощь (протонно-лучевая терапия, ядерная медицина, телемедицина, клеточная медицина, диализ, лабораторные исследования); медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение».

Примечательно, что именно в рамках этих направлений сосредоточено большинство реализуемых и инициированных проектов ГЧП. Так, №на рынке предложений их доля составляет 70%, а среди реализуемых ГЧП проектов их доля – 80%»[109] Отметим, что «как среди реализуемых, так и планируемых проектов большее внимание уделяется специализированной и высокотехнологичной помощи, в то время как медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение значительно отстают. Помимо отраслей, указанных в упомянутой программе большим потенциалом для развития ГЧП обладают такие сферы как медицинская помощь для матерей и детей (родильные дома, перинатальные центры) и стоматологическая помощь»[110].

В целом, с точки зрения развития и применения механизмов ГЧП здравоохранение однозначно является самой перспективной и самой успешной отраслью. Статистические данные показывают, что по количеству инициированных проектов здравоохранение значительно опережает все другие отрасли социальной сферы, а по совокупной стоимости проектов уверенно держится на втором месте (Рисунок 2.2).

---

[109] Завьялова Е.Б. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы / Е.Б. Завьялова, М.В. Ткаченко // Вестник РУДН. Серия: «Экономика». – 2018. - №1.
[110] Там же.



Источник: Национальный центр ГЧП

Рисунок 2.2 – Распределение числа проектов и общего объема инвестиций в социальной сфере по отраслям[111]

Для того, чтобы выявить основные тенденции применения механизмов ГЧП в сфере здравоохранения и их эффективности рассмотрим наиболее удачные примеры.

Для начала рассмотрим объемы и источники финансирования для проектов ГЧП по некоторым регионам Российской Федерации (Таблица 2.4).

Проведем сравнительный анализ программ ГЧП для Владимирской и Калужской областей как наиболее перспективных и удачных примеров.

Во Владимирской области одной из задач Государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы» (ред. от 18.11.2014 № 1179) является увеличение доли негосударственных медицинских учреждений, участвующих в территориальной программе ОМС (с 5% в 2013 году до 10% в 2016–2020 годах). «В начале реализации территориальной программы ОМС приняли участие 9 медицинских учреждений и организаций иной формы собственности, в том числе частной (5,5 процента от общего количества участвующих в программе ОМС). Стоимость услуг, оказываемых этими учреждениями в год составила порядка 240 млн рублей. Уже в 2015 году в реализации программы ОМС приняли участие 11 медицинских учреждений и организаций иной формы собственности (6,7 процента от общего количества, участвующих в программе ОМС). Объем средств, предусмотренный в программе

[111] Источник: http://pppcenter.ru/assets/docs/pppcenter_a4_2016_v2_web.pdf.

ОМС на оказание услуг этими учреждениями, составил 369,2 млн рублей. На сегодняшний день в области насчитывается уже 24 организации (24%)»[112].

Таблица 2.4 – Объемы и источники финансирования для проектов ГЧП по некоторым регионам РФ

Регион РФ	*Запланировано средств на 2015 год, тыс. р.*	*Источник финансирования*	
		Территориальный фонд ОМС, тыс. р.	Внебюджетные источники, тыс. р.
Архангельская область	480 000,0	480 000,0	
Астраханская область	3 073 328,5	998 478,9	2 074 849,6
Владимирская область	70 000,0	0	70 000,0
Волгоградская область	Выделенной программы ГЧП нет		0
Вологодская область	Выделенной программы ГЧП нет		0
Воронежская область	718 383,2	718 383,2	0
Калужская область	4 455 000,0	0	4 455 000,0
Магаданская область	51 224,2	11 224,2	40 000,0
Нижегородская область		0	4 241 912,0

«В целом в области отмечается дефицит отдельных видов медицинских услуг. Например, актуальной проблемой является создание дополнительных диализных мест в регионе. В целях повышения доступности гемодиализа жителям области, страдающим хронической почечной недостаточностью, проведены переговоры с фирмой ЗАО «Британская медицинская компания» по строительству диализного центра, оснащение его всем необходимым медицинским и немедицинским оборудованием в г. Гусь-Хрустальном. Источником финансирования проекта служат собственные средства ЗАО «Британская медицинская компания». Оплата за оказанную медицинскую помощь осуществляется из средств фонда обязательного медицинского страхования с конца 2016 года. Предполагаемый объем инвестиций частного партнера в данный

[112] Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области [Электронный ресурс]. URL: https://www.tfoms33.ru/references/medical-organizations-institutions (дата обращения: 20.11.2018).

проект составят 70,0 млн рублей»[113], в том числе: в 2015 г. – 30,0 млн. рублей; в 2016 г. – 40,0 млн. рублей.

Проекты государственно-частного партнерства на территории Владимирской области представлены в Таблице 2.5.

Таблица 2.5 – Проекты государственно-частного партнерства на территории Владимирской области[114]

	Субъекты проекта	*Сроки реализации гг.*	*Объем финансирования, млн руб.*	*Источники финансирования*
Обеспечение государственных учреждений здравоохранения транспортной инфраструктурой	Учреждения здравоохранения, юридические лица / индивидуальные предприниматели, департамент здравоохранения	2013–2020		
Частная скорая медицинская помощь		2014–2020	10,0	Иные источники
Выполнение лабораторных исследований		2016–2020	20,0	Иные источники
Оказание реабилитационной помощи		2016–2020	1 200,0	Иные источники
Озонотерапия		2013–2020	5,0	Иные источники
Услуги по гемодиализу		2015–2020	70,0	Иные источники

В качестве другого примера возьмем Калужскую область. На территории Калужской области по состоянию на 1 ноября 2018 г. медицинскую помощь оказывали 87 медицинских организации, только 20 – частные клиники[115]. К 2020 году планируется увеличение количества медицинских организаций до 120 преимущественно за счет частных медицинских организаций и увеличения доли участия негосударственных организаций в системе оказания медицинской помощи на территории Калужской области до 36,8% к 2020 году.

В основном на территории Калужской области частный капитал представлен в следующих формах:

---

113 Постановление Губернатора Владимирской обл. от 30.04.2013 № 494 (ред. от 18.11.2014 № 1179). «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы»

114 Там же.

115 Официальный портал органов власти Калужской области [Электронный ресурс]. URL: http://admoblkaluga.ru/sub/health/LPU/index.php##%D0%93%D0%A3%D0%97 (дата обращения 1.11.2018).

1) участие частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования – 33 медицинские организации;

2) контракты на обслуживание (аутсорсинг) – 5 частных медицинских организаций;

3) сдача в аренду помещений медицинских организаций – 37 частных медицинских организаций (Таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Проекты государственно-частного партнерства на территории Калужской области[116]

№ п/п	*Наименование мероприятия*	*Сроки реализации, гг.*	*Участники подпрограммы*	*Источники финансирования*	*Сумма расходов, всего (тыс. руб.)*
	Всего				4 455 000,0
	В том числе			Собственные средства юридических лиц	4 455 000,0
1	Заключение концессионного соглашения о передаче частному инвестору объекта здравоохранения в г. Калуге для осуществления работ по реконструкции с целью предоставления в дальнейшем медицинских услуг населению	2014–2015	Минздрав Калужской области, юридические лица, реализующие инвестиционные проекты в сфере здравоохранения за счет внебюджетных источников	Собственные средства юридических лиц	60 000,0
2	Строительство частного многофункционального медицинского центра мощностью 1200 посещений в смену и 100 коек стационара в г. Калуге	2014–2015			3 200 000,0
3	Строительство детско-взрослой поликлиники в районе «Правобережье» г. Калуги	2016–2019			715 000,0
4	Строительство поликлиники в пос. Северный г. Калуги	2017–2018			210 000,0
5	Строительство Центра гемодиализа в г. Калуге	2014–2015			270 000,0

Первыми масштабными ГЧП-проектами в здравоохранении в *Москве* стала передача в 2013 году городской больницы №63 и в 2014 г. ГКБ №71 инвестору по договору концессии. Частным партнером стал Европейский медицинский центр,

116 Постановление Губернатора Владимирской обл. от 30.04.2013 № 494 (ред. от 18.11.2014 № 1179) «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы».

который вложил в каждый проект более 4 млрд. рублей в реконструкцию и техническое оснащение учреждения, а также выплатил городу 1 млрд. рублей за право заключения концессионного соглашения. Срок первого и второго договоров концессии составляет 49 лет[117]. Участниками торгов в конкурсе на реконструкцию больницы №71 стали российские и зарубежные компании, среди которых Medci, «Мать и дитя», Pegasus. Для участия в торгах компании не обязаны были иметь «свободные» 5 млрд. рублей, поскольку эту сумму может предоставить кредитная организация.

Плюсами для города является то, что есть возможность построить для больницы новое здание, не закрывая действующие отделения. Предполагается, что инвестор построит новое здание на 1 тысячу коек и реконструирует старое. Новая больница окажется ближайшей к инновационному центру «Сколково» и будет рассчитана на его работников и резидентов. Новое здание 71-й больницы, как планируется, будет повторять тот профиль, который сейчас есть в старом, в том числе это травматология, ортопедия, кардиология, неврология, общая терапия, амбулаторно-поликлиническое отделение, женская консультация. После строительства новой больницы №71 старую тоже необходимо реконструировать, с расширением спектра помощи, которую она оказывает.

Минусом для населения г. Москвы является увеличение количества платных услуг. По договору концессии, весь период договора от 20 до 40% услуг больница №71 должна оказывать по тарифам ОМС, остальные могут предоставляться на коммерческой основе. К сожалению, опыт 63 больницы оказался менее удачным. Здание вновь закрыто на реконструкцию, объем платных услуг значительно превысил объем услуг, оказанных по ОМС, а между концессионером и концедентом идут затяжные судебные процессы.

Одним из последних проектов в столичном регионе стал ввод в эксплуатацию в 2017 году онкорадиологического центра в Балашихе. Общая стоимость проекта оценивается в 2,3 млрд. руб. Проект осуществлялся компанией ООО «ПЭТ-Технолоджи» в рамках концессионного регулирования.

---

[117] Больницу для «Сколково» построят по концессии // Известия. 2 ноября 2015 г.

Замечательной тенденцией последних лет является повышенное внимание властей более отдаленных регионов к ГЧП и, как следствие, увеличение числа реализованных проектов. Только за последние два года (2017–18 гг.) в стране было подписано 6 соглашений о создании различных медицинских объектов. Данные по этим проектам приведены в Таблице 2.7.

Таблица 2.7

Дата	*Создаваемый объект*	*Вид соглашения*	*Партнеры*	*Объем инвестиций*
Сентябрь 2017	Центр ядерной медицины на острове Русский	концессия	«Росатом» и Администрация Приморского края	2,5 млрд. руб.
Октябрь 2017	реконструкция и оснащение оборудованием комплекса зданий екатеринбургского МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова	концессия	Минздрав и Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»	2,3 млрд. руб.
Декабрь 2017	Онкорадиологическй центр в Балашихе	концессия	ООО «ПЭТ-Технолоджи»	
Март 2018	Медицинский лучевой центр на базе ГКБ №10 в Куйбышевском районе Самары	концессия	предприниматель Алексей Трахтенберг	100 млн руб.
Март 2018	Медцентры в микрорайонах «Северный» и «Псковский» Великого Новгорода и в пос. Панковка	концессия	Медицинская инвестиционная группа и правительство Новгородской области	140 млн руб.
Июнь 2018	Радиологический корпус онкоцентра в Иркутске		Правительство Иркутской области и дочерняя компания «Росатома» АО «Русатом Хэлскеа»	5,1 млрд руб.

Источник: Составлено автором по материалам Национального центра ГЧП www.pppcener.ru

Если говорить об «отраслевом» направлении частных инвестиций в рамках ГЧП проектов, то наблюдается повышенный интерес к более сложным и наукоемким сферам. В настоящее время в инновационной медицине реализуется более 60 проектов государственно-частного партнёрства, около половины из них – в форме концессионного соглашения[118].

[118] Совещание об инновационном развитии медицины с использованием механизмов государственно-частного партнёрства. 21.07.2015, Новосибирск [Электронный ресурс] // Новости Правительства РФ. URL: http://government.ru/news/18946//.

Так, в конце 2015 года было подписано первое концессионное соглашение в сфере здравоохранения на федеральном уровне для организации на базе ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я. Л. Цивьяна» Минздрава РФ производства медицинских изделий, сырьевых компонентов в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии. Данный проект будет осуществляться в форме федеральной концессии и позволит создать более 140 рабочих мест. Финансирование будет осуществляться без привлечения государственных бюджетных средств, и более того обеспечит 2,6 млрд руб. налоговых поступлений[119]. «К наиболее успешным ГЧП проектам следует также отнести Центр экстракорпоральной гемокоррекции и трансклинической фузиологии Самарской области или Сеть центров врачей общей практики в муниципальных образованиях в Ульяновской области»[120].

«Вместе с тем, существует ряд проблем, решение которых позволит использовать этот потенциал еще более эффективно. Так, для увеличения количества проектов ГЧП в сфере здравоохранения целесообразно рассмотреть вопрос смягчения требований законодательства к структуре тарифа ОМС, а также увязки сроков концессионных соглашений и тарифных соглашений в сфере здравоохранения с целью снижения коммерческих рисков инвесторов в ГЧП-проектах в здравоохранении. Для проектов ГЧП в отрасли здравоохранения особенно важен выбор операционной модели деятельности будущего концессионера/частного партнера. Важно понимать, какая емкость услуг будет оказана по тарифам обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования или будет полностью платной. Зачастую в проектах ГЧП в здравоохранении тариф ОМС не покрывает всех затрат на создание и последующую эксплуатацию объекта здравоохранения, в связи с чем ряд регионов прибегает к компенсации затрат инвестора посредством предоставления капитального гранта на этапе строительства/реконструкции объекта

[119]На основе материалов Минздрава РФ. URL: https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/12/24/2711-v-minzdrave-rossii-proshlo-torzhestvennoe-podpisanie-pervogo-federalnogo-kontsessionnogo-soglasheniya-v-sfere-zdravoohraneniya.
[120] Там же.

здравоохранения или предоставления гарантии загрузки объекта (количество пациентов, умноженное на тариф)»[121].

«Также важно понимать, что проекты, в которых предусмотрена реконструкция объекта здравоохранения, должны быть правильно структурированы с точки зрения земельно-имущественных взаимоотношений сторон. На момент заключения концессионного соглашения объект здравоохранения должен быть свободен от прав третьих лиц, в связи с чем в его отношении должно быть прекращено право оперативного управления действующего учреждения. Эти аспекты необходимо учитывать на этапе проработки концепции проекта»[122].

2.3. Зарубежный опыт ГЧП в сфере здравоохранения

Практика применения механизмов ГЧП очень распространена как в странах «Большой семерки», так и в развивающемся мире. Однако следует отметить, что в каждой стране есть своя наиболее приоритетная отрасль по использованию ГЧП. Так, в США такой отраслью являются автодороги (32 из 36 проектов), в Великобритании – здравоохранение (123 из 352 проектов) и образование (113 из 352 проектов), в Германии – образование (24 из 56 проектов), в Италии, Канаде и Франции – здравоохранение[123]. Также следует отметить, что в мировой практике самой распространенной формой ГЧП до сих пор является концессия.

В целом, можно сказать, что в Европейских странах лидирующую позицию занимает сфера образования, сместив транспортную сферу на второе место. Третье и четвертой место приходится на сферу здравоохранения и общественные услуги, затем идут госзаказы и оборона, телекоммуникация, окружающая среда.

В данном диссертационном исследовании будет проведен анализ проектов ГЧП в странах Европы и Латинской Америки. Выбор обусловлен двумя основными факторами. Во-первых, в Западной Европе накоплен самый значительный опыт,

---

121 Там же.

122 Там же.

123 На основе материалов Минздрава РФ - https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/12/24/2711-v-minzdrave-rossii-proshlo-torzhestvennoe-podpisanie-pervogo-federalnogo-kontsessionnogo-soglasheniya-v-sfere-zdravoohraneniya

который может быть использован в России. Во-вторых, страны Латинской Америки, как и Россия, решают проблему обеспечения равного доступа к медицинским услугам в обществе с большим социальным расслоением.

Европейскими государствами с наиболее развитой институциональной инфраструктурой ГЧП считаются Англия и Ирландия.[124] Эксперты отмечают, что в этих странах реализация задачи развития ГЧП начиналась с решения вопросов управления. В Великобритании применение государственно-частного партнерства началось с реализации проектов национального масштаба (строительство Евротоннеля, лондонского метрополитена, новых железных дорог). ГЧП рассматривалось как альтернативный приватизации способ привлечения опыта, знаний и ресурсов частного бизнеса в сектор бюджетных услуг.[125]

Великобритания, как законодательница моды в области ГЧП, смогла достичь значительных успехов в применении ГЧП в здравоохранении за счет следующих факторов: 1) государственная политика, направленная на приоритетное создание ГЧП именно в данной отрасли; 2) создание в стране правовых механизмов, позволяющих частному партнеру защитить свои интересы в рамках ГЧП.

Это подтверждается исследованием, проведенным «Экспертным журналом» в 2015 году. По данным аналитиков этого издания, политика, направленная на масштабное применение ГЧП в системе здравоохранения Великобритании, была начата в 90-х годах XX века, и она была продиктована серьезным дефицитом бюджета государства в рамках финансирования проектов в системе здравоохранения, устаревшей инфраструктуры и недостаточного количества койко-мест [126] . До 90-х годов широкого привлечения частного капитала в социальные сферы, включая сферу здравоохранения не наблюдалось. Наиболее значимые проекты осуществлялись только в транспортной и жилищно-

[124] Примеры проектов PFI в Соединенном Королевстве. // The Guardian. 2014. P. 13.
[125] Селезнев П. России необходим федеральный закон о государственно-частном партнерстве// Центр развития ГЧП. URL: http://pppcenter.ru/29/novosti/smi-o-centre/pavel-seleznev-rossii-neobkhodim-fz-o-gchp.html/
[126] Анализ ГЧП в системе здравоохранения Великобритании // Экспертный журнал. 2014. № 4. С. 67.

коммунальной сфере. С 90-х годов с внедрением механизма частной инициативы ситуация начала резко меняться[127].

Наибольший дефицит инвестиций в указанный период был отмечен в финансирование больниц Национальной Системы Здравоохранения, многие из которых были построены еще в викторианскую эпоху. Поэтому в 1990 году в Великобритании был создан фонд «Инициатива Частного Финансирования» (private finance initiative, PFI)[128], в который мог обратиться частный партнер, желающий заключить договор концессии с государством на модернизацию объекта здравоохранения.

«Расцвет» рынка ГЧП пришелся на начало XXI века. За 12 лет было построено 130 новых медицинских объектов, т.е. практически все новые больницы страны[129]. В качестве самых известных и значимых примеров следует назвать следующие проекты по реконструкции и созданию больниц:

– Бартс (St Bartholomew’s Hospital);

– Лондонская новая королевская больница (The Royal London New Hospital);

– Детская больница Альдер Хей в Ливерпуле (Alder Hey Children’s Hospital;

– Кардиологический центр в Кембридже (Papworth Hospital).

Следует отметить, что рассматриваемый фонд PFI работал не только в сфере здравоохранения, а объединил все сферы применения ГЧП в Великобритании. Но так как в 1990 году правительство Великобритании выбрало приоритетным направлением именно развитие и модернизацию здравоохранения в стране, то наибольших успехов фонд достиг именно в этом направлении. Рассматриваемый фонд в настоящее время является крупнейшим фондом Великобритании. Также следует отметить, что фонды по типу PFI в Великобритании были созданы и в других странах, например, в Японии.

---

127 Шаманина Э. А. Применение государственно-частного партнерства в отношении объектов здравоохранения в Великобритании // Государственно-частное партнерство. 2016. Том 3, № 4. С. 247–264.

128 Частная финансовая инициатива (PFI). // [Электронный ресурс]. URL: http://ru.knowledgr.com/00128015/ЧастнаяИнициативаФинансов

129 Шаманина Э. А. Применение государственно-частного партнерства в отношении объектов здравоохранения в Великобритании // Государственно-частное партнерство. 2016. Том 3, № 4. С. 247–264.

Как видно из графика на Рисунке 2.3, на определенном историческом этапе внедрение механизма частной инициативы (PFI) дало значительный импульс развитию рынка ГЧП проектов. Однако на сегодняшний день динамика совершенно противоположная. В период с 1999 г. по 2007 г. в стране коммерческого закрытия ежегодно достигали в среднем 53 проекта со средней совокупной капиталоемкостью в £4 млрд, а с 2013 года – в среднем по 3 проекта со средней суммарной капиталоёмкостью всего в £500 млн. В 2017–2018 годах не было запущено ни одного проекта[130]. Более подробно речь об этой тенденции пойдет ниже. На сегодняшний день в стране в рамках модели PFI реализуется 716 проектов.



Источник: http://www.pppi.ru/news/britanskoe-gchp-postavili-na-pauzu-pravitelstvo-otkazhetsya-ot-pfi

Рисунок 2.3 – Динамика британского рынка PFI/PF2-проектов с 1992 года

В целом суть PFI состояла «в привлечении частных инвестиций для строительства крупных государственных инфраструктурных объектов (автомобильные и железные дороги, школы, больницы), когда частный бизнес сам осуществлял строительство государственного объекта за счёт собственных средств. Компенсация расходов частного инвестора осуществляется впоследствии либо за счёт доходов от эксплуатации, либо за счёт платежей из бюджета»[131]. На

130 Британское ГЧП поставили на паузу: правительство откажется от PFI [Электронный ресурс]// Росинфра. URL: http://www.pppi.ru/news/britanskoe-gchp-postavili-na-pauzu-pravitelstvo-otkazhetsya-ot-pfi.

131 Шаманина Э.А. Формирование и развитие государственно-частного партнерства в Великобритании // Экономика и управление: проблемы, решения. 2017. Том 3. № 4. С. 21–31.

практике именно бюджет является основным источником возврата частных инвестиций, т.к. в течение всего срока соглашения государство ежегодно выплачивает определенную сумму с премией к изначальным вложениям за предоставление косвенных услуг и техобслуживание частной стороне (т.н. плата за доступность).

Таким образом, отделения Национальной Системы Здравоохранения в Великобритании, как представитель публичного партнера в данной модели ГЧП, осуществляют ежегодные платежи в пользу частных компаний в течении периода соглашения. Эти платежи состоят из двух компонентов: из оплаты услуг по техническому обслуживанию зданий и оборудования и из оплаты услуг за административно – хозяйственное управление.

В этой схеме конечные услуги оказывает государство, но во многих случаях частной финансовой инициативы инвестор привлекается к дальнейшей эксплуатации объекта и организации его деятельности. Согласно устоявшейся практике, частные партнеры за свой счет финансируют и строят объекты общественной инфраструктуры, а затем сдают их в аренду государству. Как правило на следующем этапе частный партнер отвечает за техническое обслуживание, а также на него возлагается предоставление косвенных услуг, например, организация питания или уборка.

В 2012 году прошла значительная реформа механизма PFI. Новый поход получил название PF2. Главным отличием стало увеличение прозрачности для государства, запрет на передачу частным партнерам обязательств по предоставлению косвенных услуг, расширение возможности по прямому финансовому участию публичной стороны в проектах, в том числе через капитальные гранты и эквити-инвестиции[132].

Отбор фондом PFI частного партнера для конкретного проекта представлен на Рисунке 2.7.

---

[132] Шаманина Э.А. Формирование и развитие государственно-частного партнерства в Великобритании // Экономика и управление: проблемы, решения. 2017. Том 3. № 4. С. 21–31.

Возвращаясь к сфере здравоохранения, надо отметить, что «в Великобритании контракты на создание больниц в рамках PFI управляются отделениями Национальной Системы Здравоохранения и местными властями. Эти проекты привлекают частный капитал для проектирования, строительства и технического обслуживание зданий, а также для таких услуг, как уборка помещений, организация питания и т.д.»[133]

Ключевыми услугами, которые предоставляются Национальной Системой Здравоохранения, являются медицинские услуги для населения. Тем не менее, значительную часть затрат больниц и других медицинских учреждений, составляют затраты на административно-хозяйственное обслуживание. Чаще всего проекты модернизации больниц включали в себя сохранение существующего медицинского персонала, и при этом ремонт или реконструкцию зданий, оснащение клиники более современным оборудованием, привлечение управляющих компаний для уборки, стерилизации помещений и т.п. за счет частного партнера.

Английский опыт свидетельствует о том, что сфера применения проектов ГЧП в здравоохранения может быть достаточно широкой. Это, в частности, проектирование, строительство, эксплуатация и управление инфраструктурой медицинских учреждений, предоставление медицинских услуг, разработка, производство и распространение новых медицинских препаратов (лекарств, вакцин и др.), новой медицинской техники, инструментов и оборудования.[134] Такой подход в предоставлении услуг применим также к медицинским исследованиям (лабораторные исследования, МРТ, УЗИ и др.); к оказанию немедицинских услуг, в частности, по охране медицинских учреждений; коммунально-хозяйственных услуг; организации питания в медицинских учреждениях; транспортных услуг; сбора, обезвреживания, транспортировки и размещения медицинских отходов.[135] На таких основах может быть построена организация и ведение бухгалтерского учета; техническое обслуживание медицинской техники и информационных

---

133 Там же.

134 Здравоохранение: попробовать механизмы государственно-частного партнерства. // Независимый аудитор, 2015. №3 [Электронный ресурс]. URL: http://n-auditor.com.ua/ru/component/na_archive/168?view=material

135 Будущее рециклинга – в руках государства. // Экспертный журнал - 2015. - №11. –С.28.

систем (телемедицина, электронная регистратура, медицинские карты и др.), стирки белья.

Схема создания больниц с использованием Инициативы Частного Финансирования всеми проведенными исследованиями признана успешной, так как без частного капитала было бы невозможно реализовать большое количество проектов в короткий срок.

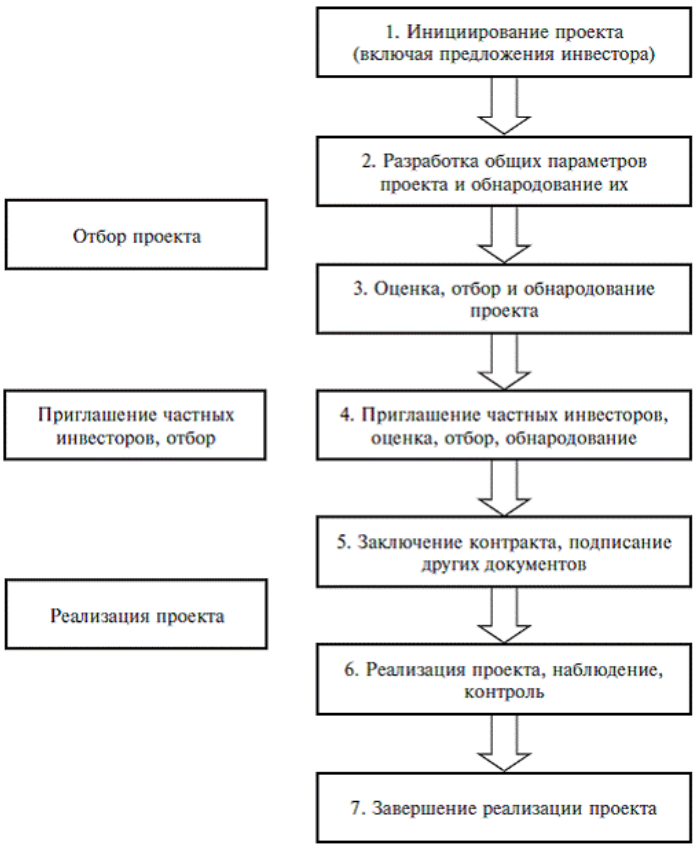


Рисунок 2.4. – Процесс рассмотрения и принятия фондом PFI проекта частной инициативы[136]

В 2012 году Казначейством и Агентством по развитию инфраструктуры Великобритании был опубликован отчет по исследованию эффективности PFI. Из 451 одного проекта, действовавших на тот момент, был обработан 61. Было сделано положительное заключение. В частности, отмечалось, что проекты ГЧП в сравнении с другими формами, например, госзакупками, не нарушали сроки строительства, количество заявившихся в конкурсе частных партнеров

136 Иванова О. А. Государственно-частное партнёрство: японский вариант инициативы частного финансирования // Менеджмент в России и за рубежом. 2015. № 6. С. 80.

свидетельствовало о высокой степени конкуренции на рынке, сметная стоимость в большинстве случаев не превышалась.[137] Главный вывод – Инициатива Частного Финансирования смогла серьезно помочь государству перестроить систему здравоохранения, построив более 100 госпиталей за 12 лет[138], что является очень хорошим показателем. «Инфраструктура получила критические важные источники финансовых средств от частных партнеров, что привело к резкому скачку уровня предоставления медицинских услуг»[139].

На основании изложенного сделаем вывод, что ГЧП в сфере здравоохранения в Великобритании имеет ряд объективных преимуществ и применяется по ряду таких же объективных причин, а именно:

– разделение рисков с частным партнером и тем самым обеспечение детальной финансовой модели, в том числе стоимости проекта;

– эффективное инвестирование средств налогоплательщиков и возможность публичной оценки данных проектов (потребитель либо доволен проводимыми изменениями, либо не доволен).

Вместе с тем, было бы неверным утверждать, что применение механизмов ГЧП – однозначное благо. К сожалению, «минусы» от реализации такого рода проектов часто компенсируют или даже перевешивают «плюсы».

Как видно из Рисунка 2.6, с 2012 года наблюдается стагнация и даже падение рынка ГЧП в Великобритании. Именно с этого периода наблюдается серьезное усиление критики британской модели ГЧП, как в самой стране, так и за ее пределами.

Главными критиками ГЧП в Великобритании традиционно являются представители лейбористской партии, хотя именно лейбористское правительство Тони Блера запустило почти 90% всех реализующихся в настоящий момент в Великобритании проектов PFI. Их главный аргумент заключается в том, что ГЧП невыгодно для британских налогоплательщиков. С 2011 года Счетная палата

---

137 Шаманина Э. А. Применение государственно-частного партнерства в отношении объектов здравоохранения в Великобритании // Государственно-частное партнерство. 2016. Том 3, № 4 . С. 247–264.

96Сорокина О. Великобритания: частная финансовая инициатива // Мировая экономика и международные отношения. 2013. № 1. С. 45.

139 Там же.

Великобритании опубликовала серию докладов о модели PFI, доказывающий низкую финансовую эффективность PFI. Известно несколько громких разбирательств в английском парламенте, инициированных Комитетом бюджетного контроля и Казначейским комитетом, которые, как приходится констатировать, до сегодняшнего дня не приводили к практическим результатам.

Впервые серьезная обоснованная критика была опубликована в докладе Министерства Финансов Великобритании 2012 года. В документе указывалось, что Инициатива не является более эффективным методом займа средств, чем остальные, а утверждение, что таким образом средства налогоплательщиков меньше подвержены риску – не соответствует действительности. Также Комитет по государственному бюджету Палаты Общин в своем докладе 2014 года пришел к выводу, что Инициатива не является полностью подходящим методом создания больниц, «просто во многих случаях Департаменты не предлагают заказчикам альтернативных решений»[140].

Наиболее жаркие споры разгораются именно вокруг ГЧП в сфере здравоохранения. В 2017 году британским научным институтом Центр общественного здоровья (CHPI) был опубликован доклад по строительству больниц в рамках ГЧП-проектов. Авторы доклада сравнили долгосрочные выплаты государства в пользу частных партнеров (т.н. плата за доступность) с капитальными затратами на строительство. Разница оказалась огромной: в среднем в 7 раз, а в трех случаях превышение еще выше – в 20 раз.

Переломным моментов в споре противников и сторонников ГЧП в Великобритании стал 2018 год, который охарактеризовался существенным пересмотром политики страны по отношению к ГЧП. Ситуация была спровоцирована нашумевшим судебным процессом крупной британской строительной компании Carillion. Эта компания считалась гигантом на рынке PFI, т.к. являлась участником большинства реализованных сделок. В январе 2018 года впервые в своей истории компания не смогла договориться с основными акционерами и кредиторами и заручиться поддержкой от государства. Общий долг

---

140 Анализ ГЧП в системе здравоохранения Великобритании. // Экспертный журнал. 2014. № 4. С. 65.

компании составил 1,5 млрд фунтов стерлингов. В результате Carillion была вынуждена объявить о своей ликвидации. После ликвидации компании перед правительством страны встал вопрос, что делать с недостроенными социальными объектами. Учитывая важность многих из них, в частности, строительство больничного комплекса в Ливерпуле, было принято решение национализировать объект, что привело к значительному увеличению бюджетных расходов. Более того необходимые для завершения проекта суммы в несколько раз превысили необходимые капитальные затраты, если бы проект изначально осуществлялся на бюджетные деньги.

В результате Министерством финансов Великобритании был принят новый бюджетный план, ставший во многом революционным. В нем было объявлено об отказе от основной модели ГЧП, PFI, которая, как было указано выше, была перенята многими другими странами в качестве образцовой. По заявлению министра финансов Филипа Хэммонда, «за все годы британские ГЧП-проекты так и не смогли продемонстрировать свою бюджетную эффективность по сравнению с иными формами реализации инфраструктурных проектов, и именно поэтому было принято решение их запретить». По его словам, совокупные капитальные затраты составили чуть более £59 млрд, что в пять раз меньше общего объема бюджетных обязательств перед частными партнерами, которые составляют £308 млрд. [141] При этом две трети от этой суммы британскому правительству еще только предстоит выплатить

В 2019 году ожидается принятие новой Национальной инфраструктурной стратегии, в которой правительство обещает обнародовать новый подход к ГЧП. Детали стратегии пока неизвестны, однако, по заявлениям официальных лиц можно предположить, что правительство не станет выкупать контракты и обеспечит выполнение всех бюджетных обязательств. Скорее всего, полного отказа от ГЧП не произойдет, просто эти соглашения будут заключаться только в тех

[141] Британское ГЧП поставили на паузу: правительство откажется от PFI [Электронный ресурс] // Росинфра. URL: http://www.pppi.ru/news/britanskoe-gchp-postavili-na-pauzu-pravitelstvo-otkazhetsya-ot-pfi.

случаях, когда будет очевидна бюджетная выгода. Очевидно, что модель PFI будет в очередной раз пересмотрена и существенно модернизирована.

Совершенно по-другому практика ГЧП развивается в странах *Латинской Америки*.

Анализ затрат на здравоохранение показывает, что страны Латинской Америки по своему развитию системы здравоохранения находятся ближе всего к российским реалиям. Системы здравоохранения этих стран также переживают активный период модернизации, а затраты на здравоохранение близки к российским. В качестве доказательства приведем график, составленный экспертами Всемирной организации здравоохранения и характеризующий структуру рынка медицинских услуг в Латинской Америке[142].

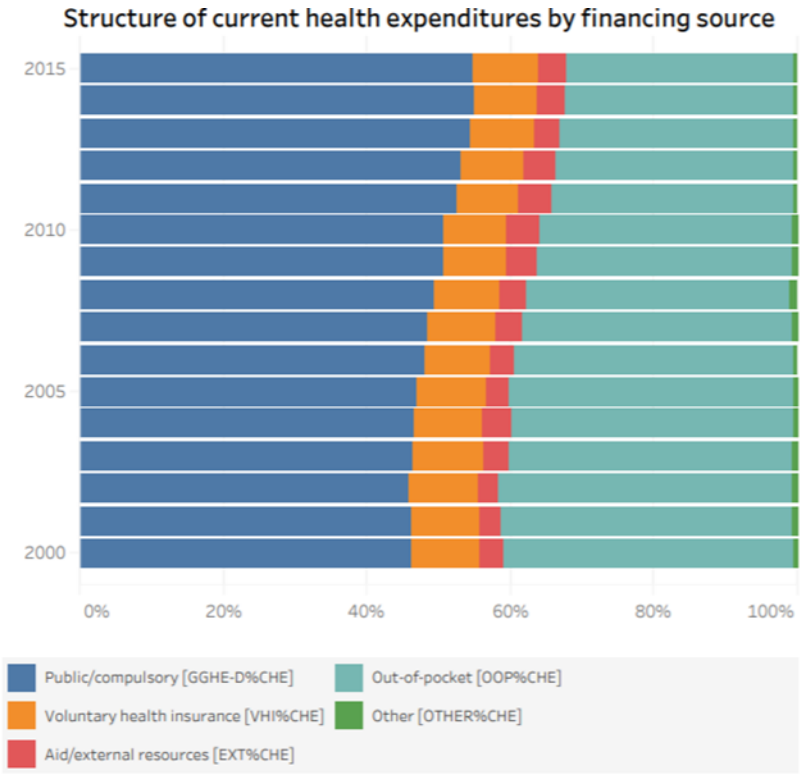


Рисунок 2.5 – Структура рынка медицинских услуг в Латинской Америке

Как мы видим, большая часть услуг, как и в российской реальности осуществляется в рамках ОМС, а вторым по популярности является оплата услуг «по факту обращения». Интересен тот факт, что страны Латинской Америки достаточно

[142] World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/Americas-Region-Health-Expenditure-(North-Central-and-South-America)-Dashboard.pdf?ua=1.

активно применяют инструмент ГЧП для развития систем здравоохранения, что с одной стороны объясняется представленной структурой рынка, а с другой – постоянно увеличивающимися расходами бюджета на здравоохранение (Рисунок 2.9).

Выборка для данного исследования была сделана из стран Латинской Америки с сопоставимыми с российскими социально-экономическими показателями в этой сфере на основании данных Всемирной организации здравоохранения.

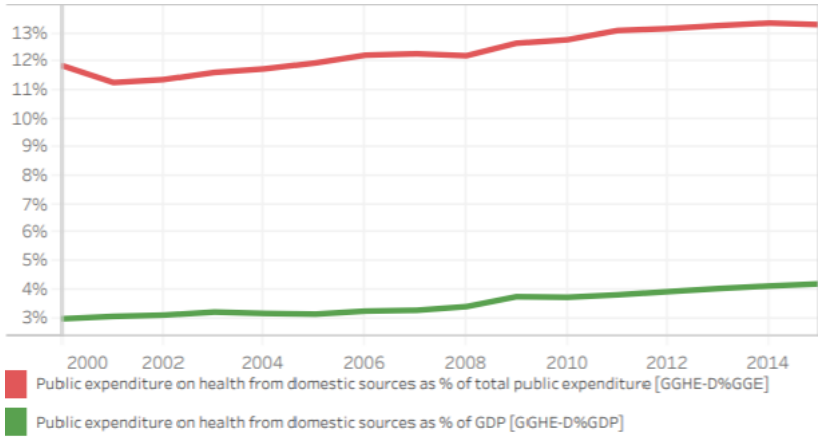


Рисунок 2.6 – Госрасходы на здравоохранение в процентах от ВВП[143].

Таблица 2.8. – Расходы на здравоохранение стран Латинской Америки

Страна	*Расходы на здравоохранение как процент ВВП*	*Доля расходов на здравоохранение в бюджете*
Колумбия	6,2	12,2
Доминиканская Республика	6,2	9,5
Венесуэла	3,2	
Перу	5,3	14,4
Эквадор	8,5	11,0
Панама	7,0	11,3
Аргентина	6,8	12,3
Мексика	5,9	11,3
Коста-Рика	8,1	18,8

Источник: составлено автором на основе http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/Americas-Region-Health-Expenditure-(North-Central-and-South-America)-Dashboard.pdf?ua=1

143 World Health Organization [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/Americas-Region-Health-Expenditure-(North-Central-and-South-America)-Dashboard.pdf?ua=1.

Для сравнения в России затраты на здравоохранение в 2018 году были оценены Минфином в 3,3 трлн рублей или 3,3% от ВВП, в 2019 году они увеличатся до 3,4 трлн рублей (доля от ВВП – до 3,2%). К 2021 году этот показатель прогнозируется на уровне 3,1% от ВВП[144]. В то же время даже в странах Восточной Европы данные затраты в 1,5 раза больше, а в развитых странах, например, в Великобритании в 2014 году данный показатель был равен 9,1%.

В данном исследовании, как зарубежный опыт применения ГЧП в сфере здравоохранения, будет рассмотрен пример Перу. С 2009 – 2013 год страна стабильно росла, в среднем рост составлял 5,6% в год. Несмотря на спад в экономике с 2014 по 2017 год, Перу на сегодня является одной из наиболее устойчивых экономик в регионе Латинская Америка. Данная страна сделала большой прорыв в применении форм ГЧП для развития национальной системы здравоохранения.

Для начала рассмотрим общие параметры в сфере здравоохранения Перу. По данным Международного Валютного Фонда, по состоянию на 2018 г., население Перу составляет 31,3 млн человек, а ВВП – 430,3 млрд долл. Население Перу относительно молодое, средний возраст по стране – 27 лет, а продолжительность жизни составляет 74,5 года. Доля граждан в трудоспособном возрасте – 40.47%, а доля детей до 15 лет – 26,01%. Анализируя этот показатель, автор делает вывод о том, что демографическая ситуацию в Перу будет определяться снижением уровня рождаемости и увеличением продолжительности жизни.

По данным министерства здравоохранения Перу (Ministerio de Salud) основные три причины смертности традиционно следующие: 1) злокачественные опухоли, 2) эпидемия гриппа и пневмония, 3) бактериальные инфекции. Поскольку продолжительность жизни увеличивается (такая тенденция наблюдается по всему миру), в Перу в последующие года будет зафиксирована тенденция увеличения больных с хроническими заболеваниями.

---

144 Расходы федерального бюджета на здравоохранение сократятся в 2019 году [Электронный ресурс] // Vadamecum. URL: https://vademec.ru/news/2018/07/09/raskhody-federalnogo-byudzheta-na-zdravookhranenie-sokratyatsya-v-2019-godu/.

Правительство Перу по данным на 2012 год выделило 5,1% от ВВП, на расходы по здравоохранению, в 2015 – уже 5,3%. Этот показатель один из самых низких в регионе Латинская Америка, но он неуклонно увеличивается.

Отличительной особенностью устройства системы здравоохранения этой страны является то, что только в 2009 году был принят рамочный закон о медицинском страховании населения (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud), по которому устанавливается право каждого гражданина на получение медицинских услуг. До вступления в силу данного закона малоимущее население и работающее население имели доступ к медицинскому страхованию через государственные программы, а категория граждан, относящихся к безработным, оставалась без медицинской страховки. В результате принятия данного закона, по состоянию на 2012 год, в Перу 38,1% населения все еще оставался не застрахованными.

Первый закон о концессиях в Перу был принят еще в 1996 году, а в 2008 году был принят рамочный закон о ГЧП (Законодательный Декрет) №1012, который полностью заменил закон о концессиях. С того времени в рамочный закон о ГЧП были несколько раз внесены поправки и изменения с целью обеспечить ясность работы в рамках ГЧП, простимулировать инвестиции частного сектора и улучшить инвестиционный климат на внутреннем рынке, способствовать развитию конкуренции, организации работы всех ведомств в работе по проектам ГЧП, особенно был сделан акцент на решение организационных вопросов в рамках реализации проектов ГЧП в сфере общественного сектора, т.е. в предоставлении общественных услуг.

Закон о ГЧП в Перу выделяет два основных типа проектов в рамках ГЧП:

1. самоподдерживающиеся проекты. Под эту категорию попадают такие проекты, которые либо вообще не требуют государственного финансирования/гарантий, либо требуют минимального уровня:

i) законодательство Перу предусматривает в том числе финансирование за счет общественных сборов, например, плата за проезд в общественном транспорте;

ii) проекты ГЧП, где по контракту прописаны минимальные финансовые гарантии от правительства (менее 5% от суммы инвестиций);

iii) проекты ГЧП, которые требуют нефинансовых гарантий от правительства (очень низкая вероятность использования общественных ресурсов – менее 10% в первые 5 лет);

2) софинансирование проектов ГЧП. Под эту категорию попадают проекты, для реализации которых необходимо государственное финансирование, ресурсы или гарантии:

i) контракты, по которым частному инвестору необходимо производить оплату за строительство, содержание/управление и подержание объекта;

ii) проекты ГЧП, которые так же требуют нефинансовых гарантий от правительства (здесь вероятность должна уже быть высокой, более 50%).

Автор хотел бы особо отметить, что проекты ГЧП могут проходить отбор как на муниципальном уровне, так и на федеральном. Но все проекты обязательно тщательно рассматриваются и отбираются в так называемом Агентстве по содействию привлечению частных инвестиций (исп. Organismo Promotor de la Inversion Privada – OPIP) и в комитетах по инвестиционному развитию в соответствующих министерствах (если проект в здравоохранении, то соответственно в комитете по инвестиционному развитию Министерства здравоохранения). Это Агентство разрабатывает и осуществляет национальную политику в области содействия привлечению частных инвестиций, а также осуществляет контроль за выполнением обязательств по оплате со стороны инвесторов, участвует в международных переговорах по инвестиционным соглашениям, представляет консультации органам государственной власти. На федеральном уровне Агентство по содействию привлечению частных инвестиций рассматривает все проекты, независимо от секторального признака, и в случае необходимости привлекает к работе комитеты по инвестиционному развитию необходимого министерства. Таким образом Агентство по содействию привлечения частных инвестиций играет одну из самых главных ролей в отборе проектов ГЧП и является автономным государственным учреждением. В случае,

если проект относится ко второй группе ГЧП проектов (софинансирование), то он должен пройти все этапы одобрения в Министерстве экономики и финансов Перу (исп. Ministerio de Economia y Finanzas – MEF).

В последние годы прошла реформа ГЧП, нацеленная на повышение прозрачности и эффективности этого механизма. В первую очередь речь идет о расширении полномочий Агентства по привлечению инвестиций Proinversion. Также более четко очерчены полномочия Министерства экономики и финансов относительно ГЧП, принят ряд антикоррупционных законов, расширены полномочия ГЧП агентств. Самое главное нововведение – впервые в истории Перу планы инфраструктурного развития стали составляться на среднесрочную перспективу. На ближайшие два года планируется в рамках механизмов ГЧП привлечь 14,6 млн. долларов частных инвестиций, в основном в транспорт и энергетику.

В период с 2004 по 2016 год в Перу осуществлялось 76 проектов ГЧП.[145] Инвестиции в данные проекты оценивалась в 16 млрд. долл. [146] Из них 7 проектов федерального уровня были в сфере здравоохранения в совместной разработке с Минздравом.

На сегодня в Перу реализовано 3 проекта в сфере здравоохранения, все на федеральном уровне. Два проекта на строительство двух новых больниц (Госпиталь Альберто Леопольдо Бартон Томпсон и Госпиталь Гилермо Каелин де ля Фуенте). Оба проекта соответствуют модели ГЧП «проектирование – строительство – управление» и были построены в столице Лиме.

Третий проект (реновация госпиталя Торре Трекка) так же был реализован по модели ГЧП «проектирование – строительство – управление». Планируется, что поликлинику при данной больнице ежегодно будут посещать 900 000 человек, пункты неотложной помощи – 350 000 человек в год, отделение хирургии – 81 127 человек в год, амбулаторные процедуры рассчитаны на 10,7 млн. долл. в год, а

---

145 The World Bank [Электронный ресурс] // A portrait of PPPs in Latin America URL: http://blogs.worldbank.org/ppps/portrait-ppps-latin-america.

146 Peru looks to PPPs to solve infrastructure woes [Электронный ресурс] // URL: https://www.fdiintelligence.com/Locations/Americas/Peru/Peru-looks-to-PPPs-to-solve-infrastructure-woes.

также в стоимость проекта включена закупка современного инновационного медицинского оборудования.

Далее представлен обзор всех проектов ГЧП в сфере здравоохранения. Данные приведены в Таблице 2.9.

Как показал анализ ГЧП проектов в сфере здравоохранение Перу все проекты направлены на восстановление, обновление или развитие инфраструктурного комплекса здравоохранения страны. Основная идея заключается в том, что частный партнер предлагает государству уникальные и/или наиболее выгодные условия реализации инфраструктурного проекта. Государственный уполномоченный орган не просто рассматривает предложение инвестора, а проводит комплексную оценку и только в случае прохождения тендера принимает положительное решение и выносит положительное заключение для дальнейшего подписания контракта между частным инвестором/партнером, Минздравом Перу и медицинским учреждением.

Таблица 2.9 – Проекты ГЧП в сфере здравоохранения Перу в 2015 году

Название проекта	*Дата подписания контракта*	*Инвестиции (млн. долл.)*	*Тип контракта*	*Срок действия контракта*
Госпиталь им. Альберто Леопольдо Бартон Томпсон	2010	39,9	DBO и оснащение медицинским оборудованием	32 года со дня заключения соглашения о финансировании
Госпиталь им. Гилермо Каелин де ля Фуенте	2010	40,2	DBO и оснащение медицинским оборудованием	32 года со дня заключения соглашения о финансировании
Больница Торре Трекка	2010	43,5	DBO и оснащение медицинским оборудованием	20 лет со дня заключения контракта
Национальный детский госпиталь	На рассмотрении	Нет информации	DBOT и оснащение медицинским оборудованием	Нет информации
Госпиталь в г. Чимботе	На рассмотрении	Нет информации	DBOT и оснащение медицинским оборудованием	Нет информации
Центр по лечению паталогических заболеваний	На рассмотрении	Нет информации	DBO и оснащение медицинским оборудованием	20 лет

Городская больница Хуайкан	На рассмотрении	Нет информации	DBOT и оснащение медицинским оборудованием	20 лет
Национальный госпиталь им. Хиполито Унануе	На рассмотрении	Нет информации	DBOT и оснащение медицинским оборудованием	18 лет
Госпиталь им. Серхио Бернализ	На рассмотрении	Нет информации	DBOT и оснащение медицинским оборудованием	28,2 года
Центр диагностики	На рассмотрении	Нет информации	DBO и оснащение медицинским оборудованием	Нет информации

Таким образом, анализ мировой практики реализации проектов государственно-частного партнерства позволяет сделать вывод об уникальности процесса их применения, что обусловлено особенностями построения модели финансирования и организации системы здравоохранения, тенденций экономического развития, структуры и организации правовой системы в каждой стране, уровня децентрализации и автономии управления медицинскими учреждениями.

Анализируя работу правительств стран по вопросам ГЧП так же необходимо отметить, что в странах, где наиболее развита практика применения ГЧП обязательно сформирован уполномоченный орган, по комплексной оценке, ГЧП проектов. Это крайне трудоемкая работа, которая ведется непосредственно уполномоченным органом, который имеет экспертизу (человеческий капитал) в области ГЧП. Данный орган располагает возможностью разрабатывать необходимую документацию, координировать работу ведомств и частного сектора, давать экспертное мнение по необходимости реализации и не реализации предложенных проектов, вести конкурсную процедуру и т.д.

В настоящее время в Российской Федерации нет такого уполномоченного органа. Существуют комитеты/координационные советы по ГЧП при Министерстве экономического развития, Торгово-промышленной палате, Российского союза промышленников и предпринимателей, в структуре Министерства здравоохранения РФ был создан даже отдельный департамент по ГЧП. А в соответствии с нормативными актами Правительства РФ от января 2016

г. функции уполномоченного органа, дающего оценку ГЧП-проектов, теперь возложены на министерство экономического развития (МЭР). Однако их деятельность никак не координируется. В работе данных комитетов/координационных советов все зависит от личностного отношения участников.

Анализируя опыт более прогрессивных стран, необходимо признать, что для успешной реализации и внедрения проектов ГЧП на благо развития системы здравоохранения в РФ в самые ближайшие годы необходимо создать уполномоченный орган, входящий в структуру исполнительной власти, который будет непосредственно отвечать за реализацию ГЧП проектов на территории РФ и координировать деятельность ГЧП во всех отраслях экономики. Сфера здравоохранения не является в данном вопросе исключением, а наоборот может стать локомотивом этих изменений.

В качестве выводов по второй главе диссертационной работы можно сказать следующее:

В современной мировой практике ГЧП выделяют три формы сотрудничества государства и бизнеса:

1) традиционную;

2) инвестиционную;

3) научно-образовательную.

Модели ГЧП в мире многочисленны и разнообразны. Научное сообщество в России дает многочисленную категоризацию. Оперируя категоризацией, которую представляет академики В.Н. Молчальников и В.Г. Варнавский, в данной работе к формам ГЧП относятся:

– контракты;

– аренда и лизинг;

– соглашение о разделе продукции;

– смешанные предприятия или государственно-частные предприятия;

– концессии.

Для реализации вышеперечисленных форм ГЧП на практике разработаны различные модели, которые указаны в Таблице 2.1.

Автором был проведен анализ реализуемых ГЧП проектов в сфере здравоохранения в РФ. Обобщая полученные данные важно отметить, что на сегодняшний день наибольшее число ГЧП проектов приходится на сферу здравоохранения. В основном все проекты реализуются в форме концессионных соглашений, как и в других отраслях. Однако автор считает, что все проекты направлены исключительно на модернизацию инфраструктуры в сфере здравоохранения, а на практике данная отрасль нуждается не только в модернизации мощностей, но и в получении новых методов лечения и профилактики заболеваний, новых подходах по уходу за больными, в подготовке квалифицированного персонала и т.д. Опираясь на ГЧП законодательство, вступившее в силу в 2016 году, можно сделать вывод, что только формы «концессии» не достаточно для реализации программы развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г.

Согласно проведенному анализу зарубежного опыта применения инструментов ГЧП в сфере здравоохранения, автором был идентифицирован современный методический подход к созданию новой комплексной формы ГЧП (комплексное государственно-частное партнерство – КГЧП), которая может быть применена для реализации проектов в сфере здравоохранения, а именно в предоставлении качественных медицинских услуг населению.

ГЛАВА 3. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАНЧАЙЗИНГА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Франчайзинг и договор коммерческой концессии

В данной диссертационной работе автор предлагает рассматривать более широкий подход к развитию партнерства государства и частного сектора в системе российского здравоохранения. Как было проанализировано во второй главе данной диссертационной работы, ГЧП – это самая популярная и распространенная форма взаимодействия государства и бизнеса. Однако неслучайно целый ряд авторов говорит о необходимости более широкой трактовки этого понятия.

В качестве альтернативы классическому ГЧП автор предлагает рассмотреть франчайзинг, как наиболее эффективную форму сотрудничества государства и бизнеса в системе российского здравоохранения. В таких проектах основная задача государства, будет заключаться в предоставлении объекта инфраструктуры, который не нужно будет строить или реконструировать, а объект уже можно эксплуатировать. Здесь важно отметить, что в Европейском союзе термин «франшиза» означает «концессия на предоставление услуг»[147], что полностью соответствует задачам и потребностям сферы здравоохранения РФ на сегодняшний день.

В Российской практике встречаются два понятия для описания такого рода отношений: франчайзинг и договор коммерческой концессии. Рассмотрим разницу между ними подробнее.

Понятия «франчайзинг» и «коммерческая концессия» во многом синонимичны, но в сложившейся деловой практике первое чаще используется для определения рыночных отношений концессионного права, а второе – для обозначения договорных отношений между участниками при реализации этой системы на практике.[148] Слово «франчайзинг» происходит от английского

---

147 Решетников А. В., Шамшурина Н. Г., Шамшурин В. И. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / под общ. ред. А. В. Решетникова. М.: Издательство Юрайт, 2016. С. 122.

148 Кокорин А. С. Договор коммерческой концессии в свете части четвертой Гражданского кодекса РФ // Российский юридический журнал. 2009. № 6.

«franchising», что означает право или привилегия. Слово «концессия» произошло от латинского «concession», т.е. уступка или разрешение. Еще один термин «франшиза» имеет французские корни «franchise», что также переводится как льгота, привилегия. С лингвистической точки зрения эти термины равнозначны, а имеющиеся различия в основном обусловлены особенностями их транслитерации при переводе на русский язык английской или французской литературы.

Под франчайзингом понимается «форма продолжительною делового сотрудничества нескольких фирм, при котором компания с известным на рынке именем (франчайзер) перепродает права на него вместе с технологией производства или продажи товара или услуги независимым от нее предприятиям (франчайзи). Суть этой формы в том, что головная, чаще всего крупная, авторитетная и достаточно известная потребителям компания заключает договор с мелким самостоятельным предприятием о предоставлении ему исключительного права на выпуск определенных товаров и их сбыт, а также оказания услуг под торговой маркой данной компании»[149].

Вместе с тем, на практике понятия франчайзинг и франшиза в различных странах приобрели свои специфические формы и особенности, что в последствии было закреплено и в национальных законодательствах. В этой связи несмотря на то, что сущность франчайзинговых отношений в целом едина, в научных кругах до сих пор продолжается дискуссия о полноте форм, стоящих за этими терминами отношений. Юристы и экономисты по понятным причинам не оставляют попыток дать наиболее емкое определение и делают упор на отдельных аспектах.

Одним из примеров «всеобъемлющего» определения является дефиниция, данная Черепановой Е. А.: «франчайзинг представляет собой форму предпринимательской деятельности, основанную на системе взаимоотношений, закрепленных рядом соглашений, заключающихся в возмездном предоставлении одной стороной (организацией, как правило, имеющей ярко выраженный имидж и высокую репутацию на рынке товаров и услуг) другой стороне (организации или

[149] Калашникова А. Р., Шмидт В. Я. Франчайзинг одна из форм развития бизнеса. URL: http://files.scienceforum.ru/pdf/2017/34292.pdf.

индивидуальному предпринимателю) своих средств индивидуализации производимых товаров, выполняемых работ или оказываемых услуг (товарный знак или знак обслуживания, фирменный стиль), технологии ведения бизнеса и другой коммерческой информации, использование которой другой стороной будет содействовать росту и надежному закреплению на рынке товаров и услуг. При этом передающая сторона будет оказывать содействие в становлении бизнеса, обеспечивать технологическую и консультационную помощь»[150].

Данное определение носит скорее экономический характер. Для юристов больше подойдут определения, оперирующие такими правовыми понятиями, как правоотношение и договор. Например, по мнению Б. И. Пугинского, «франчайзинг –система договорных отношений крупных изготовителей (продавцов) с мелкими фирмами, в которых обязательства по продвижению товаров сопровождаются использованием на основе лицензии фирменного наименования или товарного знака головной фирмы, а также соблюдением ее технологий производства и стратегии по сбыту товаров»[151].

Вышеприведенные определения являются примерами описательного и дефинитивного характера. По нашему мнению, оба подхода имеют право на существование поскольку обладают как своими преимуществами, так и своими недостатками. По сути, определения описательного характера дополняют и конкретизируют краткие дефиниции, полнее раскрывают их содержание. Вместе с тем, они носят несколько субъективный характер и отражают личный подход исследователя к проблеме. Такой подход характерен в основном для лиц, занимающихся научно-исследовательской работой.

Существуют и определения, отражающие так называемый предпринимательский подход, характерный для деловых кругов. Оно содержится в работе Герчиковой И. Н. По ее мнению, франчайзинг – это деловые отношения, при которых одна сторона – франшизодатель – предоставляет дугой стороне – франшизополучателю – право (франшизу) на осуществление на определённой

---

[150] Черепанова Е. А. Франчайзинг в России: правовой аспект. Екатеринбург: Урал Юриздат, 2005. С. 25–26.
[151] Путинский Б. И. Коммерческое право России. М., 2000. С. 217.

территории предпринимательской деятельности, аналогичной деятельности франшизодателя, на основе предоставления последним делового комплекса, позволяющего определенным образом производить или продавать товары либо оказывать услуги потребителям в соответствии с условиями договора франчайзинга[152].

Свой вклад в определение франчайзинга внесла и Российская организация франчайзинга. Согласно ему, франчайзинг – это система бизнеса, состоящая из компании франчайзера, которая разработала, успешно применила и продает элементы своего собственного тиражируемого бизнеса, и компаний или индивидуальных предпринимателей (франчайзи), которые купили у франчайзера право пользования его товарным знаком и методами ведения бизнеса. Они также дают определения франчайзера и франчайзи.

«Франчайзер (франшизодатель) – это компания, которая выдает лицензию или передает в право пользования свой товарный знак, ноу-хау и операционные системы. Франчайзи (франшизополучатель) – это физическое или юридическое лицо, которое покупает возможность обучения и помощи при создании бизнеса у франчацзера и выплачивает сервисную плату (роялти) за использование товарного знака, ноу-хау и системы работ франчайзера»[153].

Всемирная организация интеллектуальной собственности (ВОИС) под франшизой понимает договор, по которому одно лицо (правообладатель), имеющее разработанную систему ведения определенной деятельности, разрешает другому лицу использовать эту систему согласно требованиям владельца франшизы, в обмен за вознаграждение. Здесь важно отметить возможность предоставления системы [154]. Все остальные ключевые условия определяются в соглашении (договоре) между двумя сторонами.

«Филипп Котлер выделяет следующие признаки франчайзинга:

– франчайзер получает отчисления за использование своего товарного знака;

---

[152] Герчикова И. Н. Менеджмент: учебник. М. : Юнити-Дана, 2015.

[153] Сайт Российской Ассоциации Франчайзинга [Электронный ресурс] // Стратегия. URL: http://www.rusfranch.ru/about/strategiya_raf/.

[154] URL: https://www.wipo.int/export/sites/www/sme/ru/documents/docs/franchising.pdf.

– франчайзи выплачивает начальный взнос за право стать частью системы;

– франчайзер предоставляет франчайзи систему ведения бизнеса»[155].

Таким образом, под франшизой понимается «полная бизнес система, которую франчайзер продает франчайзи. Другим названием для подобной системы служит франчайзинговый пакет, который обычно включает пособия по ведению работ и другие важные материалы, принадлежащие франчайзеру»[156].

Исходя из вышеприведенных определений, можно сделать вывод, что франчайзинг является многозначной категорией, которая включает в себя следующие основные элементы:

- систему правовых и экономических отношений;
- способ (форму) организации и осуществления предпринимательской деятельности;
- технологию ведения бизнеса;
- механизм инвестирования.

При этом важно отметить, что франчайзинг тесно связан с инвестиционной деятельностью и может рассматриваться как инвестиционный механизм. Франшизодатель осуществляет рекламную компанию, проводит обучение работников франшизополучателя новым приемам и методам работы, осуществляет контроль качества деятельности франчайзи.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что франчайзинг в современном понятии стал развиваться со второй половины девятнадцатого века. Его родоначальником стал знаменитый американский изобретатель швейных машин Исак Зингер. Начиная с 1851 года его фирма начала заключать с дистрибьютерами товара договоры на передачу франшизы по продаже и ремонту швейных машин на определенной территории Соединенных Штатов. Компании-пользователи франшизы платили гонорар фирме Зингер за каждую проданную машину. Рывок в развитии франчайзинга в США произошел во второй половине

---

155 Калашникова А. Р., Шмидт В. Я. Франчайзинг одна из форм развития бизнеса. URL: http://files.scienceforum.ru/pdf/2017/34292.pdf.

156 Там же.

двадцатого века. По имеющимся оценкам, к концу этого периода франчазинг составлял примерно треть объема розничной торговли в стране.[157]

Что касается Западной Европы, то внутреннее законодательство о договоре франчайзинга практически отсутствует, а отдельные положения о нем закреплены в различных нормативно-правовых актах. Так, в Великобритании данное понятие закреплено в законе «О финансовых услугах» (1986 г.), а во Франции – в законе от 31 декабря 1989 г. «О развитии коммерческих и кустарных предприятий и улучшении экономических, правовых и социальных условий их функционирования». Вместе стем, в Румынии, Казахстане, Республике Молдова имеются специальные законы, регулирующие этот вид деятельности.

В Российской Федерации франчайзинговые отношения активно стали развиваться в 90-х годах прошлого века, хотя первые шаги были осуществлены еще в СССР в 70-х годах. Тогда по договоренности с корпорацией «Пепсико» на советских предприятиях стали производить напитки «Пепси-Кола» и «Фанта» из сиропов компании в соответствии со стандартами и под торговой маркой правообладателя.

С развитием рыночных отношений встал вопрос о разработке соответствующей законодательной базы. Широкое распространение на практике получили три модели – дистрибуция (дистрибьюция), лицензирование и франчайзинг. При этом основная сложность заключается в том, что термины «дистрибуция» и «франчайзинг» до сих пор не закреплены законодательно. Закона о франчайзинге не существует, хотя попытки его разработки предпринимались неоднократно.

Франчайзинговые отношения регулируются в Российской Федерации главой 54 Гражданского Кодекса РФ «Коммерческая концессия», положения которой по содержанию наиболее близки к договору франчайзинга в международном праве. В этой связи важно провести сравнение смежных договорных конструкций.

Дистрибьютерский договор на первый взгляд также, как и договор коммерческой концессии, предусматривает предоставление пользователю

---

[157] Зименков Р. И., Кудряшова В. Б. Франчайзинг в международной практике // Вестник Академии. 2009. № 1. С. . 37.

комплекса принадлежащих правообладателю исключительных прав. Однако объем передаваемых дистрибьютеру прав может быть значительно шире. При отсутствии регистрации дистрибьютерское соглашение может быть признано недействительным. Кроме того, сторонам требуется согласовывать все существенные условия договора. Особенностью дистрибьютерского договора является возможность включения в него ограничительных условий, касающихся товаров, географических границ, объемов приобретения товаров или потребителей. Все эти позиции прописаны в статье 1235 ГК РФ.

Лицензионный договор – это соглашение, по которому обладатель исключительного права на объект интеллектуальной собственности (лицензиар) предоставляет или обязуется предоставить другой стороне (лицензиату) право использования этого объекта в предусмотренных договором пределах. Он предполагает временный и ограниченный период правомочия использования объекта интеллектуальной собственности.

В отличие от лицензионного договора договор о коммерческой концессии обеспечивает не только сопровождение и продажи товаров, но и включает в себя передачу знаний, опыта, методик и т.д. Договор коммерческой концессии является только возмездным. Однако для пользователя могут быть применены ограничительные условия, такие как отказ от конкуренции с правообладателем, ограничения по ценам, товарам, территории и расположению помещений.

В связи с тем, что в российском законодательстве (п.1 ст. 1027 ГК РФ) используется термин «коммерческая концессия» важно рассмотреть соотношение франчайзинга и договора коммерческой концессии.

В настоящее время ведется оживленная дискуссия в научных кругах о соотношении этих договорных отношений, суть которой:

«1. Договоры франчайзинга и коммерческой концессии являются различными типами договоров.

2. Юридическая и правовая природа этих договоров идентична и это один и тот же договор, получивший различное наименование в зарубежной практике.

3. Франчайзинговая модель имеет более общую форму, а договор коммерческой концессии – отдельный вид»[158].

Сторонники первой позиции «оперируют в основном тем, что в законодательстве отдельных стран понятия «франчайзинг» и «коммерческая концессия» не равнозначны. Так, в Швейцарии, Бельгии и Португалии договор коммерческой концессии регулирует отношения, при которых одно сторона закупает у другой стороны товары, изготовленные или приобретенные последней с целью их перепродажи в пределах определенной территории. Если в договоре передается право на использование фирменного наименования производителя, то речь идет о франчайзинге»[159]. Исходя из законодательства этих стран можно также сделать вывод о том, что франчайзинговая модель имеет более общую форму, а коммерческая концессия уже по своему содержанию.

Ряд российских исследователей склоняются к тому, что в юридическом плане договоры франчайзинга и коммерческой концессии имеют различную правовую природу, хотя в экономическом плане преследуют общую цель.[160]

В пользу второй позиции, по которой пошел и российский законодатель, приводится законодательство Украины и Таджикистана, где отношения, возникающие в сфере франчайзинга, именуются коммерческой концессией.

Сторонники третьего подхода «утверждают, что первоначально возник договор коммерческой концессии. В ходе дальнейшего развития рыночных отношений из него выделился торгово-распределительный франчайзинг. Затем его действие стало распространяться на сферу производства товаров и услуг. Существующая система взаимоотношений между сторонами подразумевает диспозитивный характер взаимоотношений сторон, в следствии чего справедливо говорить о коммерческой концессии»[161].

---

158 Васильева И.В., Васильева Т.Н. Сравнительно-правовой анализ коммерческой концессии и франчайзинга // Экономика, социология, и право. 2016. № 12. С. 114–119.

159 Там же.

160Сосна С. А., Васильева Е.Н.. Франчайзинг: Коммерческая концессия. Академкнига, 2000.

161Демичева Е. А. Дифференцирование договора коммерческой концессии от смежных договоров // Бизнес в законе. Экономико-юридический журнал. 2013. № 6.

Как представляется, на уровне Гражданского Кодекса Российской Федерации был создан некий аналог понятия «франчайзинг». Нормы гражданского законодательства, закрепленные в соответствующих статьях ГК РФ, по своей направленности фактически регулируют франчайзинговые отношения. «Если исходить из того, что договор франчайзинга и договор коммерческой концессии являются разными договорами, то встает вопрос о том, на основании какого законодательства будут регулироваться правоотношения между его участниками. Если речь идет об одном и том же договоре, то регулировать их надо по правилам главы 54 ГК РФ»[162].

«Основные различия между договором коммерческой концессии и франчайзинга сводятся к следующему:

1. По договору коммерческой концессии предоставляется меньший объем исполнительных прав.
2. По договору франчайзинга франчайзер предоставляет франчайзи не только свою промышленную и интеллектуальную собственность, но и оказывает ему постоянную организационную и техническую помощь в организации бизнеса, в том числе содействию в обучении и повышении квалификации работников.
3. Договор коммерческой концессии осуществляется в сфере распространения товаров производителя, а договор франчайзинга осуществляется как в сфере распределения товаров, так и в сфере их производства»[163].

Кроме того, договор коммерческой концессии не тождествен концессионным соглашениям, при которых одна сторона – концедент – предоставляет другой стороне – концессионеру – право пользования на определенных условиях объектом государственной или муниципальной собственности, монополия на которую принадлежит концеденту.

---

[162] Васильева И.В, Васильева Т.Н. Сравнительно-правовой анализ коммерческой концессии и франчайзинга // Экономика, социология, и право. 2016. № 12. С. 114–119

[163] Там же.

Таким образом, подводя промежуточный итог, можно сделать следующие выводы. Исходя из законодательной и коммерческой практики договор о коммерческой концессии и договор франчайзинга можно признать однопорядковыми, но не синонимичными. Это вытекает из того, что в Российской Федерации на законодательном уровне отсутствует правовое закрепление договора франчайзинга, а эти отношения регулируются положениями договора коммерческой концессии. Основные понятия, которыми оперирует российский законодатель соответствуют понятиям зарубежного законодательства о франчайзинге. Таким образом, глава 54 ГК РФ регулирует франчайзинговые отношения посредством норм о коммерческой концессии. С учетом дальнейшего развития рыночных отношений и коммерческой практики не исключено внесение изменений в гл. 54 ГК РФ, в т.ч. путем изменения ее содержания и/или создания новой главы «Франчайзинг».

В современном мире франчайзинговые отношения независимо от названия становятся все более популярными. Международная Ассоциация Франчайзинга выделяет 70 отраслей хозяйства, в которых можно использовать методы франчайзинга. В настоящее время современный рынок франчайзинга растет и считается одним из самых перспективных. Эта форма успешно используется в 80 странах, где франчайзинговые фирмы создают около 10–13% валового национального продукта в развитых странах.[164] В таблице 3.1. представлена статистика лидеров по количеству франчайзинговых концепций и франчайзинговых точек в различных странах.

Таблица 3.1 – Лидеры по количеству франчайзинговых концепций и франчайзинговых точек[165]

Страна	*Кол-во франчайзинговых концепций*	*Кол-во франчайзинговых точек*
Россия	1 300	74 657
США	3 500	757 438
Великобритания	930	39 00

[164] Сайт Международной Ассоциации Франчайзинга // [Электронный ресурс]. URL: http://www.franchise.org/international-franchising-articles

116 Составлено автором по данным IFA: URL: http://www.franchise.org/international-franchising-articles.

Турция	1 450	51 000
Германия	985	72 700
Мексика	1 500	78 000
Филиппины	1 300	125 000

Если говорить о российском рынке франчайзинга, то с 2010 года четко видна тенденция активного роста. Так, в 2010 году в нашей стране только 500 брендов работало по этой системе, то сегодня количество франшиз превысило 1500, а количество франчайзинговых филиалов приблизилось к 50000. Только за 2017 год этот показатель вырос на 15%. По прогнозам Российской Ассоциации Франчайзинга, к 2020 году количество брендов, предоставляющих франчайзинговый пакет, превысит 2000, а количество франчайзинговых точек может достигнуть 100000.[166] Отраслевой спектр наглядно демонстрирует Рисунок 2.4, созданный экспертами Информационного агентства Омскпресс[167].

[166] Как упаковать бизнес во франшизу: особенности, способы [Электронный ресурс] // Омскпресс. URL: http://omskpress.ru/news/91217/kak_upakovat_biznes_vo_franshizu_osobennosti_sposo/.
[167] Там же.



Рисунок 3.1 – Отраслевой спектр применения франчайзинга

Более того, все эксперты-практики сходятся во мнении, что потенциал этого рынка еще далеко не исчерпан. По разным оценкам рынок франшиз в России может достигать от 350 до 500 миллионов долларов.

3.2 Франчайзинг как альтернатива ГЧП в сфере здравоохранения

Как отмечалось во второй главе, в настоящее время в РФ с понятием ГЧП всегда связано строительство или реконструкция инфраструктуры. Франчайзинг позволяет охватить более широкое поле, а не только инфраструктурные проекты. Франчайзинг в настоящее время в научном сообществе не трактуется как форма ГЧП именно в связи с тем, что она не подразумевает строительства или реконструкции больниц и других инфраструктурных объектов. Цель развития франчайзинга в сфере здравоохранения заключается в повышении качества

медицинского обслуживания посредством предоставления медицинских услуг на базе медицинского учреждения или на дому.

Как описывает профессор Э. Р. Йескомб в своей книге «Государственно-частное партнерство: основные принципы финансирования», франшиза дает право пользования уже построенным объектом [168]. Т.е. по сути частный инвестор, получатель франшизы, обладает правом эксплуатации государственной собственности, и в условиях заключенного договора прописываются более детально все условия перехода права собственности.

Автором был сделан анализ различий франчайзинга от классической концессии в сфере здравоохранения, который представлен в Таблице 3.2.

Как видно из приведенной таблицы, основное отличие заключается в том, что предметом соглашения будет выступать не имущество, а предоставляемая медицинская услуга.

[168] Йескомб Э. Р. Государственно-частное партнерство: Основные принципы финансирования / пер. с англ. М.: Альпина Паблишер, 2015. 457 с.

Таблица 3.2 – Различия франчайзинга от концессии в системе здравоохранения[169]

Франчайзинг	***Концессия***
Цель	
Получение качественных медицинских услуг	Создание или модернизация, эксплуатация объекта здравоохранения, объекты, предназначенные для санаторно-курортного лечения
Предмет	
Медицинские услуги, ноу-хау в области медицины	Имущество
Объекты контроля и надзора	
Предоставление своевременных качественных медицинских услуг. Контроль за состоянием используемого оборудования, квалификации врачей	Исполнение финансовых обязательств, своевременный график строительных работ, технический контроль
Состав контролирующих органов	
Чиновники органов по оказанию медицинских услуг, непосредственное медицинское учреждение	Органы исполнительной власти
Контроль за установлением цен	
Рыночные механизмы	Рыночные механизмы
Обратная связь от потребителя	
Удовлетворенность потребителей качеством услуг	Общепринятая в государстве, отраслевая специфика
Риски	
Распределяется между всеми участниками соглашения	Распределяется между всеми участниками соглашения

Еще одним существенным различием является юридически закрепленное понимание содержания понятия «частная сторона». Согласно ФЗ-224 "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации" от 13 июля 2015 г. частным партнером может выступать российское юридическое лицо, с которым в соответствии с настоящим ФЗ заключено соглашение. Для франчайзинга не существует таких жёстких ограничений в отношении частного партнера. Под частным партнером здесь автор

169 Составлено автором.

понимает частное лицо или коммерческую организацию, которая обладает средствами для инвестирования и готова их вкладывать в надежные активы с целью получения прибыли и возврата вложенных средств в разумный срок. При этом частный партнер может не обладать знаниями в области медицины, организации врачебной деятельности и лицензиями на данный вид деятельности.

В этом случае схема привлечения частного партнера в здравоохранение может выглядеть так (Рисунок 3.2.).

Следует обратить внимание, что представленная схема предполагает создание специального государственного фонда. В настоящее время подобной институциональной структуры не существует. Единственной структурой, контролирующей и курирующей вопросы качества услуг и квалификации персонала, является Роспотребнадзор, но в его функции входит выдача лицензий, а не формирование бизнес-пакета. В свою очередь, в соответствии с нормативными актами Правительства РФ от января 2016 г. функции уполномоченного органа, дающего оценку ГЧП-проектов, возложены на министерство экономического развития (МЭР). Однако, автор считает, что должен быть создан автономный государственный фонд, выполняющий функцию контрольного органа, который сможет оценивать реальную потребность и эффективность в реализации проектов, т.к. сфера здравоохранения является общественной и одной самых социально-значимых для населения, особенно в эпоху кризисных времен. В этом случае франчайзер получает возможность выполнять свою обычную функцию по предоставлению высокоэффективной услуги (это может быть вопрос организации работы самого учреждения до предоставления конкретной медицинской услуг, как например, госпитализация на дому, которая будет представлена ниже), не отвлекаясь на организационные проблемы.

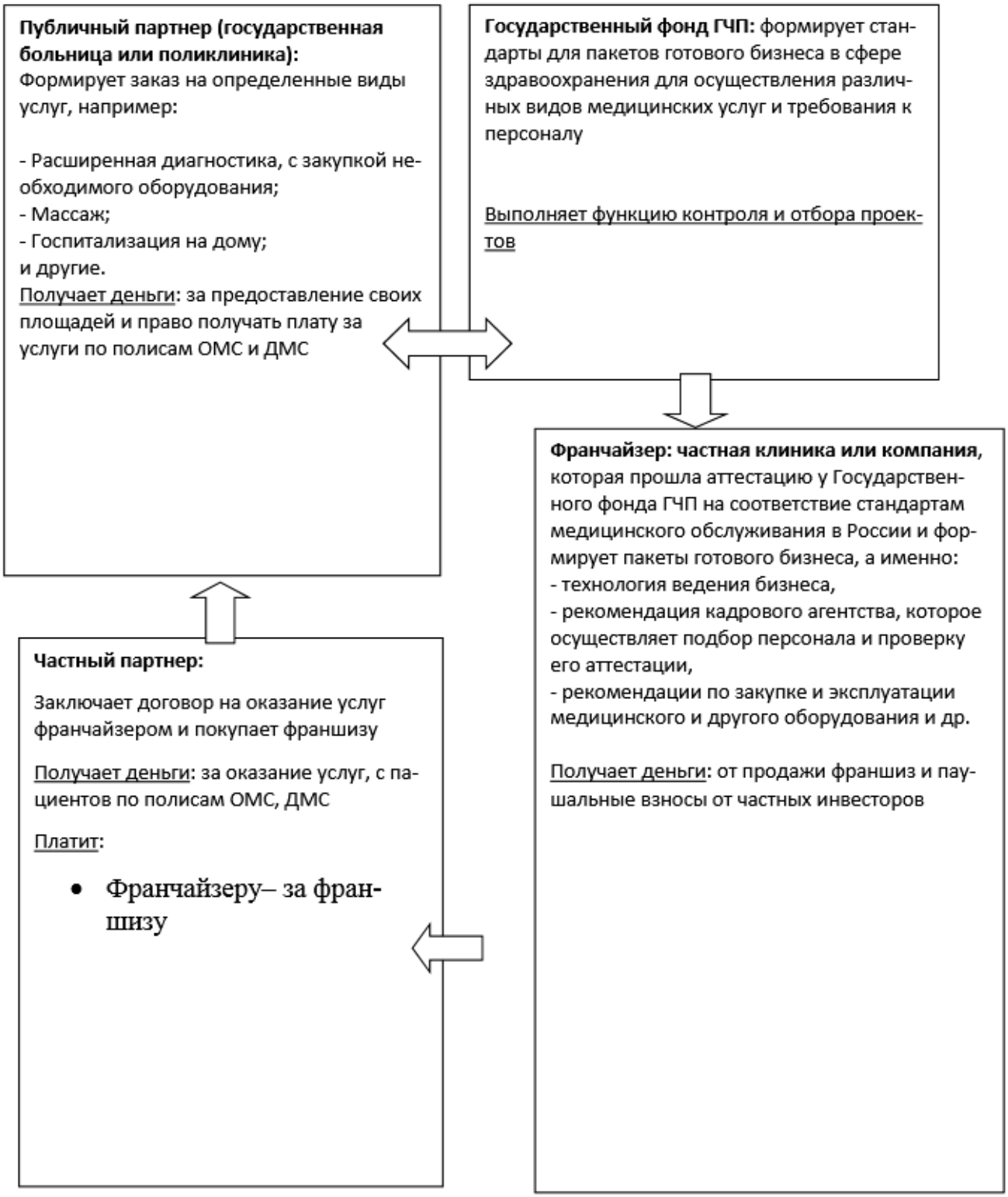


Рисунок 3.2 – Схема привлечения частных инвесторов в сферу здравоохранения в России на основе механизмов франчайзинга[170]

Справедливо может возникнуть вопрос, почему государственная больница не может сама найти себе франшизу по необходимому направлению, напрямую

[170] Составлена автором.

заключить контракт с франчайзером и не привлекать частного партнера. При текущем устройстве управления государственным медицинским учреждением у последнего часто не хватает ресурсов на реализацию таких проектов, т.к. для этого в любом случае необходим дополнительный штат работников. А в государственных медицинских учреждениях в настоящее время только сокращают персонал. В связи с этим автор предлагает использовать форму франчайзинга, главным образом для того, чтобы в случае необходимости, у государственных медицинских учреждений была возможность обратиться к квалифицированным представителям и не быть вовлеченными в организационные вопросы по подбору необходимых поставщиков (в данном случае франчайзеров).

Так же российские государственные медицинские учреждения должны решать социальные задачи, а вопросы эффективности работы медицинского учреждения были долгое время отведены на задний план, т.к. система здравоохранения была реализована по системе Семашко, где финансирование медицинской помощи по всем направлениям выполнялось за счет государственного бюджета. Решать вопрос того, эффективно ли работает учреждение или нет, не было необходимости. А в текущее время этот вопрос становится крайне острым. Автор полагает, что к концу 2019 года у государства не будет достаточно средств для поддержания социальной сферы даже на текущем уровне. Таким образом, вопрос дополнительного финансирования системы здравоохранения становится все актуальнее и модель франчайзинга может стать решением для оказания части услуг.

Здесь хотелось бы отметить, что обратную связь от потребителя можно оценивать по показателям социальной результативности, в частности по показателю удовлетворенности получателя государственных медицинских услуг. Данный показатель можно вычислить по следующей формуле:

$$\text{УП} = \frac{\text{Q удовл}}{Q} * 100\%,$$

где УП – удовлетворенность потребителя (пациента) государственной медицинской услугой; Qудовл – количество потребителей (пациентов)

удовлетворенных медицинской услугой; Q – общее количество потребителей (пациентов), получивших медицинскую услугу[171]/

Когда данный показатель растет – это свидетельствует о положительной тенденции в предоставлении медицинской услуги, в случае если наблюдается снижение – это свидетельствует о негативных аспектах.

Подводя промежуточный итог, автор считает, что для успешного привлечения частных партнеров в сферу государственного здравоохранения в России необходимо использовать схемы, популярные в бизнес-среде, понятные для предпринимателей и успешно зарекомендовавшие себя в различных видах бизнеса. Таким образом частный партнер сможет взять на себя все обязательства по контрактным и проектным вопросам (в том числе финансирование). Именно система франчайзинга предлагает наиболее эффективный механизм внедрения наиболее успешной практики.

Так, «одна из важнейших характерных особенностей франчайзинга – снижение предпринимательских рисков. По статистике из всех вновь образованных предприятий 85% прекращают свою деятельность в течение первых пяти лет, а из фирм, созданных в рамках франчайзинга – только 14%.

Также следует отметить традиционные преимущества франчайзинга, в частности:

- Быстрый старт, возможность работать под известным именем, готовая ниша, готовая клиентура;
- Доступ к разработанным и опробованным методам ведения бизнеса;
- Возможность быть частью рекламной и маркетинговой стратегии федерального уровня;
- Систематическая помощь со стороны франчайзера;
- Отработанная система адаптации к нововведениям и улучшениям;

---

171 Решетников А. В., Шамшурина Н. Г., Шамшурин В. И. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / под общ. ред. А. В. Решетникова. М: Издательство Юрайт, 2016. С. 72. URL: http://rusfranch.ru/franchisees/preimushchestva_franchayzinga/ - российская ассоциация франчайзинга.

- Помощь при выборе месторасположения и оценке эффективности бизнеса;
- Причастность к бренду и к системе и как дополнительное преимущество: займы, страхование, аренда, приоритетные места и др.»[172]

Рассмотрим, почему франчайзинг, осуществляемый по предложенной автором схеме, будет эффективнее для решения задач в сфере здравоохранения. Данные виды услуг требуют использования современного оборудования, которого может не быть в государственной больнице или поликлинике. Например, финансирование на закупку определенного оборудования для государственного медучреждения может быть запланировано в региональном бюджете через несколько лет, а потребность в данных услугах существует в регионе на высоком уровне уже сегодня.

В этом случае публичный партнер в лице региональной больницы или поликлиники может обратиться к Государственному фонду со своей заявкой. Заявка должна быть размещена в общей открытой базе для потенциальных частных инвесторов. Частный партнер, подобравший эту заявку и желающий реализовать данный проект, заключает тройственный контракт между государственным медучреждением, франчайзером и Государственным фондом. В данной модели франчайзер предоставляет частному инвестору право вести деятельность под своим брендом и помогает ему во всех организационных вопросах, вплоть до лицензирования деятельности и найма персонала. Следует отметить, что в настоящее время схема франчайзинга в здравоохранении работает достаточно эффективно, но она связана именно с частной медициной, а предложенная схема в российской практике пока не применялась.

«Однако у системы франчайзинга есть не только плюсы. Одно из ограничений этой системы – большая роль личных отношений между первыми лицами сетевой компании и партнерами-франчайзи. Зачастую именно налаженность

---

172 Афанасьева Э. М. Современные тенденции в области франчайзинга на российском рынке детских товаров // Вестник РГТЭУ. 2014. № 11 (90). С. 96–104.

отношений и контактов имеет решающее значение для успеха или неудачи франчайзинга. Стараясь снизить риски совместного бизнеса с незнакомыми компаниями, некоторые сетевые компании вводят специальные требования к потенциальным партнерам»[173].

«Другой проблемой, требующей постоянного внимания, является необходимость непрерывного совершенствования системы контроля франчайзинговой сети. Об этом свидетельствует опыт российских сетей, прошедших, по отечественным меркам, большой путь в этом направлении. Методы и формы контроля, применяемые сетевыми компаниями, различны и зависят от стадии развития системы и области деятельности»[174].

Укажем еще «один аспект франчайзинговых отношений, несущий потенциальный риск для организатора сети, – возможная конкуренция со стороны обученного ноу-хау и технологиям ведения бизнеса франчайзи. По мере того, как фирма-франчайзи набирается опыта и обретает силу, приблизительно равную силе франчайзера, ему становится все сложнее держать ее в своей власти. Для того чтобы снизить возможные риски, в договорах франчайзинга крупнейших сетей, например, может быть оговорено требование перехода права собственности на предприятие франчайзи к сетевой компании в случае нарушения договора, в частности раскрытия или несанкционированного использования информации и ноу-хау системы»[175].

Именно этим объясняется нежелание крупных сетей частных клиник развивать франчайзинговую модель. Например, руководство «Медси» обосновывает такую позицию желанием сохранить репутацию и большими затратами на то внимание, которое нужно уделять франчайзи, чтобы они соблюдали все стандарты бренда.

В следующем параграфе будут представлены наиболее перспективные с точки зрения автора направления развития франчайзинга в России.

---

[125]Ашуров Ф. А. Франчайзинг – инструмент развития бизнеса // Вестник университета. 2013. № 4. С. 32–33/

[174] Там же.

[175] Там же.

3.3. Наиболее перспективные сферы применения франчайзинга на рынке медицинских услуг

Прежде чем начать анализ эффективности франчайзинговых схем для конкретных видов деятельности, следует отметить, что представленная ниже оценка будет осуществляться с позиции не только выгоды частного партнера и экономии бюджетных средств, но, в первую очередь, с позиции выгоды и удобства пациентов.

В России наибольшее распространение франчайзинг получил в сфере диагностических центров. Это связано с тем, что человеческий фактор здесь играет менее значимую роль, а кадровый вопрос стоит не так остро. К тому же большую часть работы франчайзер может взять на себя, а на франчайзи ложится только работа по забору биологического материала, а его доставку и лабораторные исследования проводит франчайзер. Поэтому франшиза диагностики пользуется большим спросом у начинающих предпринимателей.

Рядом экспертов-практиков подсчитано, что легче всего привлечь средства в стоматологию, гинекологию, терапию, неврологию и диагностические услуги. Это, в свою очередь, определяет спектр услуг, которые готовы оказывать и тиражировать частные медцентры.

Автор хотел бы особенно сконцентрировать внимание на том факте, что в ближайшее десятилетие основной задачей, которая встанет перед системой здравоохранения РФ – это обеспечение «здоровой старости». Связано это с тем, что опираясь на данные демографических прогнозов, с 2015 г. по 2027 г. численность населения в возрасте, старше трудоспособного, увеличиться на 7,2 млн. чел., а численность занятых в экономике может уменьшиться на 5,6 млн. чел[176]. Важно также отметить, что существенно изменится и структура заболеваемости населения, т.к. большая часть проблем здоровья в пожилом возрасте связана с хроническими состояниями, и, в частности, с неинфекционными заболеваниями,

[176] Книга Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики от 21.02.2018. 56 с.

включая состояния, которые все чаще встречаются с возрастом, такие как деменция и болезненность.

Именно поэтому, по мнению автора, наиболее перспективным является применение франчайзинга при организации стационаров на дому и при создании хосписов. Для подтверждения этой гипотезы, проведем анализ, основанный на текущих ценах. Начнем с анализа перспектив и эффективности организации стационаров на дому.

Для развития стационарной помощи в РФ характерны тенденции снижения количества стационарных учреждений и продолжающегося снижения мощности коечного фонда (данная информация была представлена в первой главе диссертационной работы). Сокращение больничных учреждений в 1,4 раза за один 2006 год при снижении мощности коечного фонда только на 1,3% свидетельствует о процессе перераспределения коечного фонда между стационарными учреждениями разного типа. В ходе реформы 2006 года количество участковых больниц сократилось в 4,2 раза, а коечный фонд – в 3,4 раза, а также диспансеры муниципального подчинения (число учреждений снизилось в 3,2 раза, коечный фонд – в 4,1 раза). Муниципальные учреждения были переведены в ведомство субъектов РФ, о чем говорит увеличение учреждений в 1,4 раза, а коечного фонда – в 1,3 раза.

Стоимость услуг по госпитализации в стационар приведена в Таблице 3.3.

По нашему мнению, стационар на дому, реализованный по модели франчайзинга, актуален в случаях:

- При легких формах заболеваний и заболеваниях средней тяжести, а также в тяжелом состоянии, при отсутствии показаний или возможности для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания;
- Для завершения курса лечения после выписки из стационара, при наличии показаний для продолжения лечебных мероприятий;
- С целью обеспечения регулярного врачебного наблюдения, при отсутствии возможности для посещения поликлиники.

Таблица 3.3 – Стоимость услуг по госпитализации, за 1 сутки, руб.[177]

Название лечебного учреждения	*Тип палаты*			
	4-3-местная	2-местная	1-местная	Реанимация
ГБУЗ МО МОНИКИ	от 1600	от 1800	от 2100	от 8450
Европейская клиника	3000	4000	6000	14500
Монино	от 2800	от 2800	от 5800	–
Научный центр неврологии	1800-1900	2100-2700	от 3500	20000
НИИ им. Н.Н. Бурденко	–	6000	7900	12500-35000
НКЦ ОАО «РЖД»	1800-2500	3300-3800	4000-6000	14000-40000
Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко	от 2300	от 2500	от 3000	от 8000

Услуга по госпитализации на дому востребована не только из-за того, что в ряде случаев она обходится дешевле, чем лечение в стационаре, но и потому, что длительное лечение проходит в кругу семьи. В настоящее время в Москве подобную помощь получают только онкобольные, а для ветеранов ВОВ существует программа "Санаторий на дому".

Для снижения затрат государственных учреждений на содержание перечисленных групп больных в стационарах можно использовать опыт Франции по развитию больничных услуг на дому. Французская сеть Sante Service была одной из первых компаний, которая проявила интерес к работе в России. Медицинский фонд Sante Service уже более 30 лет реализует во Франции проект, подразумевающий сотрудничество публичного и частного партнеров, в рамках программы "Стационар на дому" при поддержке государства и страховых компаний. Благодаря этой схеме обслуживание одного больного в день во Франции обходится в пять раз дешевле, чем при лечении в стационаре[178]. Помощь Sante Service рассчитана на предоставление услуг хроническим больным, пациентам после операций, матерям и новорожденным младенцам.

---

177 Средняя стоимость койко-места в ЛПУ. URL: http://www.expressmed.ru/tseny/.

178 В Москве могут появиться больницы "на дому" [Электронный ресурс] // В Москве URL: http://www.newsmsk.com/article/17nov2015/boley_doma.

Больничные услуги на дому в России могут быть реализованы на базе амбулаторных центров. Данный проект является не заменой стационарному лечению в клиниках, а взаимодополняющим элементом к больничному обслуживанию.

Реабилитационный период после хирургического лечения может осуществляться в течение длительного срока, и затраты на такую реабилитацию не покрываются полисом ОМС.

Тем не менее, услуги по послеоперационному уходу вне стационара востребованы и могут быть предоставлены совместными усилиями государственной и частной стороны, где государственный партнер – больница, частный партнер – частная организация, сотрудничающая с больницей и оказывающая услуги стационара на дому. Практика показывает, что люди предпочитают обращаться к надежным организациям, держащим штат квалифицированных медицинских сотрудников, контролирующим их работу и несущим ответственность за ее качество.

Емкость рынка для подобного рода услуг можно оценить, как высокую, так как при населении РФ в 2015 году 144 млн. человек в стране проживает более 40 млн. человек, которые уже находятся в нетрудоспособном возрасте[179], и эти люди особенно нуждаются в услугах по реабилитации.

В целом, в России рынок социальных и медицинских услуг для пожилых людей только зарождается, но темпы роста бизнеса высокие. В мировом рейтинге предпринимательских предпочтений и франшиз home care это направление отмечено как одно из самых популярных. Масштаб франчайзингового бизнеса может быть разный – от самозанятого предпринимателя в маленьком городе до сети из нескольких офисов в крупном городе.

Для экономического обоснования новой формы рассмотрим среднюю стоимость услуг медсестер, оказываемых на дому, по данным нескольких сетей московских клиник (Таблица 3.4):

---

179 Социальная франшиза дома для престарелых [Электронный ресурс]. URL: http://franchisinginfo.ru/statya/720/socialnaya-franshiza-doma-dlya-prestarelyh/

Таблица 3.4 – Средняя стоимость услуг медсестер в Москве, оказываемых на дому[180]

Наименование услуги	*Стоимость, руб.*
Внутривенная инъекция	770
Внутримышечная инъекция	386
Подкожная инъекция	695
Капельница	1200
Хирургическая перевязка, обработка ран, швов	1066
Постановка периферических катетеров	1000
Забор анализов на дому у пациента	1000
Сиделка на дом	45000 в месяц

Рассмотрим экономическую модель для организации стационаров на дому по принципу франчайзинга. Предположим, что в учреждении здравоохранения ежемесячно обслуживается 2000 человек пенсионного возраста. Предполагаем, что 1000 человек ежемесячно пользуются услугами дневного стационара в среднем 5 рабочих дней. Для более удобного расчета 1000 пациентов делим на 4 группы, таки образом у нас получается 250 пациентов в неделю. Мы так же предполагаем, что учреждение здравоохранения располагает мощностями для размещений 250 человек одновременно. По данным различных медицинских центров 1 случай лечения в дневном стационаре обходится больнице около 4 900 руб. в сутки. Таким образом рассчитываем примерную стоимость размещения 250 пациентов в дневном стационаре в неделю: 4 900 *5 *250 = 6 125 тыс. руб.

Согласно данным подсчетам государственному бюджету размещение 250 человек в неделю в дневном стационаре обходится в 6 125 тыс. руб.

Используя модель франчайзинга мы предполагаем еженедельное медицинское обслуживание 250 пациентов на дому. Из приведенных в Таблице 3.4. данных берем для расчета следующие услуги: внутривенная инъекция, внутримышечная инъекция, капельница, хирургическая перевязка, забор анализов у пациента на дому. Получается, что при разовом посещении врача на дому

[180] https://zoon.ru . По данным, опубликованным на сайтах более четырехсот клиник.

государству это будет обходится в 4 422 руб. (770 + 386 + 1200 +1066+1000). Предполагаем, что пациенту необходимо предоставление данных медицинских услуг в течении 5 дней. Рассчитываем примерную стоимость из расчета 250 пациентов в неделю: 4 422*5*250 = 5 527,5 тыс. руб.

Теперь возможно подсчитать разницу между лечением по предложенной программе «стационар на дому» и лечением в дневном стационаре в больнице. 6 125 000 – 5 527 500 = 597 500 руб. Это есть та разница, которая могла бы быть использована для других целей для развития системы здравоохранения, например, закупка инновационных препаратов для лечения онкологических больных.

Теперь сделаем расчёт для организации стационаров на дому по форме франчайзинга. В Таблице 3.5 представлены основные затраты, которые будет нести частный партнер, используя франчайзинг.

Таблица 3.5 – Организации стационаров на дому по принципу франчайзинга[181]

Наименование	*Показатель*
Открытие ООО, получение лицензии, изучение технологии работы по франшизе: стандартизированный подход к работе с помещениями, детальный график подготовки к открытию, инструкции по каждому из направлений деятельности, поддержка компетентных специалистов	30–45 дней, первоначальные затраты от 500 000 руб.
Паушальный взнос	260 000–1 000 000 руб.
Роялти	3–5% от операционной прибыли

Используя расчеты выше, предполагаем, что по заложенным нами тарифам (ставка, по которой взимается плата за услуги) в среднем стоимость лечения на 250 человек за каждые 5 дней обходится частному партнеру в 5 527,5 тыс. руб. Рассчитаем эту стоимость на один месяц (исключая выходные дни) на 1000 человек: 4 * 5 527,5 000 *4 = 88 440 тыс. руб. Для того, чтобы рассчитать показатель рентабельности по формуле

$$R = \frac{P}{\text{E}} * 100\%$$

Составлено автором по данным, опубликованным на сайтах клиник ИнВитро, ОвертонМед, МедСистерс – всего более 15 клиник и франшиз «Близкие люди», «Социальные системы», «Доброта», «ДЭМА».

где R – рентабельность, Р – прибыль от реализации, Е – расходы. Для корректного расчета данного показателя необходимо обладать достоверной информацией по прямым и косвенным расходам. К прямым затратам относят заработную плату, приобретение расходных материалов и лекарственных средств, организация питания и т.д. К косвенным расходам относят услуги связи, арендная плата, программное обеспечение и др. Однако при исследовании существующих практик применения франчайзинга в сфере здравоохранения показатель рентабельности в среднем по рынку оценивается в 15–20%.

Рассчитаем тот же показатель для стационара в учреждении здравоохранения: (31-5) * 21 250 000*750 = 414 375 млн. руб. Разница составляет 317 750 млн. руб. Т.е. эта та экономия, которая может быть у государства при использовании формы франчайзинга в сфере здравоохранения для оказания определенных медицинских услуг.

Помимо количественной, необходима еще и качественная оценка. Деятельность центра патронажной службы состоит из нескольких направлений: медицинский и немедицинский уход на дому (патронажная служба, служба сиделок); бытовые, юридические услуги; услуги по размещению в пансионатах и перевозке больных.

«Патронажная служба работает следующим образом. Диспетчер принимает заказ по телефону или через Интернет, подбирает персонал в соответствии с пожеланиями клиента, уточняет детали, составляет договор и направляет медсестру либо сиделку к больному.

Деятельность в сфере ухода за больными контролируется государственными органами, а именно Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, поэтому для работы патронажной фирмы со штатом медицинских сотрудников необходима лицензия.

Чтобы открыть медицинскую организацию по уходу за больными, необходимо найти офис, зарегистрировать ООО, подобрать персонал с соответствующим образованием, получить лицензию. На это потребуется сумма не менее 500 тысяч рублей»[182].

[182] Как открыть патронажную службу.URL: https://www.openbusiness.ru/html/dop11/patronazh.html.

Каждый владелец бизнеса должен пройти первичную стажировку по программе бизнес-адаптации на одном из действующих объектов, уже имеющих лицензию на оказание услуг стационара на дому. При необходимости, франчайзи могут быть оказаны услуги подбора и обучения всего штата персонала.

Востребованный формат, отлаженные бизнес-процессы, все виды консультационной поддержки, набор эффективных инструментов позволяют достигнуть финансовых результатов в оптимальные сроки и обеспечить полную окупаемость затрат через 9-15 месяцев.

«Главные составляющие успеха патронажной службы – хорошие сиделки и уважительное отношение к клиентам. При правильном подборе персонала и грамотной организации работы рентабельность бизнеса может составить от 40 до 70 процентов»[183].

Поддержка от франчайзера на этапе запуска и функционирования нового предприятия должна выражаться в следующем:

- Квалифицированная консультационная поддержка франчайзи по всем вопросам в режиме 24/7, так как выезд медсестер и сиделок производится круглосуточно;
- Помощь в организации потока клиентов, при соблюдении рекомендаций по бюджету продвижения;
- Постоянное совершенствование франчайзингового пакета, предоставление услуг текущего обучения в рамках ШУиС (школа управляющих и сиделок): сертификация управляющих и сиделок, профессиональные тренинги для медсестер и сиделок, работающих на выезде;
- Система контроля качества: периодические проверки франчайзи на соответствие стандартам работы;
- Налаженная система коммуникаций – периодические бизнес-встречи с франчайзером и другими франчайзи и другие.

[183] Там же.

Таким образом, государственный и частный партнер получают выгоду от развития медицинских услуг в сфере социального предпринимательства по модели франчайзинга:

Таблица 3.6

Публичный партнер	*Частный партнер*
Создание новых рабочих мест в регионах	Возможность работы в сфере социального предпринимательства, на растущем рынке, имеющем высокую емкость
Увеличение объема предоставляемых услуг по длительной реабилитации пациентов на дому, соответственно повышение качества этих услуг	Стабильный заработок при вложениях около 2 млн. руб. и окупаемости через 9–15 месяцев
Финансовые поступления в бюджет за счет роялти от частных франчайзеров и выдачу лицензий	Налоговые льготы

Таким образом, франчайзинговые предложения в России во многом нацелены на решение основных сложностей медицинского бизнеса. Одна из первых и главных сложностей – необходимый объем инвестиций. Затраты на запуск бизнеса по форме франчайзинга могут значительно различаться в зависимости от выбранного формата будущего медцентра:

- Микроформат или медицинский офис. Учреждение площадью до 100 кв. м. Здесь чаще оказывается только один вид услуг, например, стоматологические или лабораторная диагностика.
- Формат «у дома». Это медицинские центры, расположенные в жилых домах. Располагаются в спальных районах, где есть достаточно устойчивый спрос на узконаправленные медицинские услуги, например, гинекологию, стоматологию, диагностику и т.д. Могут быть представлены в малом (250–450 кв.м.) и среднем (550–1000 кв.м.) форматах.
- Средние и крупные универсальные медицинские центры. Такие учреждения часто занимают значительные площади в отдельно стоящих зданиях и оказывают максимальный набор услуг: различные виды диагностики, амбулаторно-поликлиническая помощь, стационар, выезд врачей на дом и т.д.

Важной проблемой для привлечения инвесторов в такие проекты является сложность подбора квалифицированных и аттестованных согласно российскому законодательству кадров. Хороших специалистов, которые имеют достаточный опыт работы, хорошо разбираются в своей отрасли, а также вежливы и терпимы по отношению к пациентам, найти достаточно трудно. Такие специалисты, чаще всего, успешно трудоустроены. Большая зависимость медицинского бизнеса от специалистов также сложности в масштабировании. Большинство франчайзеров, зная об этом, предлагают помощь своим франчайзи в этом вопросе. Например, сеть «Инвитро» создала специализированные подразделения и собственное кадровое агентство «Уникум», которое специализируется на подборе медицинского персонала. Кроме того, большинство франчайзеров также предоставляют собственные системы подготовки кадров специально для нужд своей сети. Речь идёт как о начальной подготовке, так и о повышении квалификации кадров.

В качестве выводов по третьей главе диссертационной работы можно сказать следующее:

В данной диссертационной работе автор предлагает рассматривать более широкий подход к развитию партнерства государства и частного сектора в системе российского здравоохранения. Как было проанализировано во второй главе данной диссертационной работы, ГЧП – это самая популярная и распространенная форма взаимодействия государства и бизнеса. Однако неслучайно целый ряд авторов говорит о необходимости более широкой трактовки этого понятия.

В качестве альтернативы классическому ГЧП автор предлагает рассмотреть франчайзинг, как наиболее эффективную форму сотрудничества государства и бизнеса в системе российского здравоохранения. В таких проектах основная задача государства, будет заключаться в предоставлении объекта инфраструктуры, который не нужно будет строить или реконструировать, а объект уже можно эксплуатировать.

В третьей главе также проанализированы нормы российское законодательства для определения различий между «франчайзингом» и «коммерческой концессией». Таким образом автор делает вывод о том, что исходя

из законодательной и коммерческой практики договор о коммерческой концессии и договор франчайзинга можно признать однопорядковыми, но не синонимичными. Это вытекает из того, что в Российской Федерации на законодательном уровне отсутствует правовое закрепление договора франчайзинга, а эти отношения регулируются положениями договора коммерческой концессии.

Для подтверждения экономической целесообразности применения франчайзинга в системе здравоохранения, автором были проведены расчеты для проекта «стационар на дому» по принципу франчайзинга. И была представлена экономия при использовании формы франчайзинга в сфере здравоохранения для оказания определенных медицинских услуг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного исследования установлено, что для достижения положительной динамики в состоянии российской системы здравоохранения во всех ее сферах необходим комплексный подход, включающий в себя как экономические меры, так и политические. Существующие на сегодняшний день подходы и практики не могут в полной мере обеспечить стабильное развитие системы здравоохранения при условии сохранения, улучшения качества медицинских услуг и необходимости выполнения высоких социальных стандартов перед населением. Системе необходимы технологические, организационно-экономические изменения, а также очень остро возникает вопрос о поиске новых источников финансирования.

Сегодня технологическое развитие системы здравоохранения в РФ во многом определяется отставанием России в применении прорывных технологий в лечении. Например, в странах Европы и других странах с прорывной медициной такие методы как стентирование сосудов, радиотерапия под компьютерным лечением, таргетная терапия и т.д. вошли уже давно в массовую практику.

Если говорить о доступности современной лекарственной терапии, особенно при лечении онкологических заболеваний, то приходиться констатировать, что этот блок вопросов все еще остается в поле нерешенных задач в силу серьезных бюджетных ограничений, подробно описанных в первой главе.

В настоящее время, особенно с внедрением политики импортозамещения, в практической сфере четко прослеживается тенденция на замещение оригинальных лекарственных препаратов воспроизведенными лекарственными препаратами. Объяснение данному процессу крайне простое. В силу того, что на территории России производится не более 100 молекул собственной разработки, вся остальная часть лекарственных препаратов – это разработки и производство в иностранных государствах. Стимулирование к локализации иностранных производителей на территории РФ не приводит к полному технологическому трансферу, а, следовательно, и к передаче и раскрытию полных формул молекул. Поэтому по истечению патентов, российские производители начинают замещать оригинальные

препараты воспроизведенными, которые существенно дешевле, т.к. на их разработку не требуются много миллиардные вложения. Тем не менее наука движется активно вперед и в ближайшие 10 лет будут разработаны и внедрены еще более инновационные формы лечения в мире, например, генная терапия. Это будет оказывать невероятное конкурентное воздействие на российскую систему здравоохранения. Это недалекое будущее должно сподвигнуть российскую систему здравоохранения уже сейчас начать менять траекторию развития, для того чтобы как минимум сохранить уровень оказания медицинских услуг на уровне не хуже, чем сегодня.

Из-за недостаточной развитости медицинской инфраструктуры, а также из-за большого дисбаланса на рынках государственных и частных медицинских услуг наблюдался значительный отток пациентов из страны, что в свою очередь негативно сказывалось на возможностях развития отрасли. Так по данным различных источников за последние годы более 100 тыс. россиян получали медицинскую помощь за пределами Российской Федерации. В 2015–216 гг. было отмечено снижение потока «уезжающих пациентов», однако больше связано это, безусловно, с экономическим кризисом и падением курса рубля.

Хотелось бы отметить, что в России на протяжении последнего десятилетия уровень государственных затрат на здравоохранение не достигал даже 4% от ВВП. По данным Мирового Банка, расходы на здравоохранение в странах ОЭСР составляют порядка 12,4%[184]. По данным российских экспертов для улучшения системы здравоохранения в РФ рост затрат должен составить в ближайшие годы не менее 1,8% ВВП, т.е. должно произойти увеличение с 3,2% до 5% к 2035 году.

Реализовать такое масштабное увеличение невозможно только за счет государственного бюджета. В связи с этим становится особенно актуальным привлечение частного капитала для реализации полномасштабной реформы системы. Необходимо объединение усилий, как государства, так и частного сектора.

---

[184] The World Bank. World Development Indicators

За последние несколько лет Правительством РФ были сделаны важные шаги для усиления роли частного сектора, направленные в частности на развитие ГЧП в России, в том числе и в сфере здравоохранения. Новый федеральный закон о ГЧП является одним из наиболее важных шагов в развитии института ГЧП, а развитие инструмента ГЧП было определено как приоритетное направление деятельности Правительства РФ.

В целях решения задач по вопросам развития и внедрения механизмов взаимодействия власти и бизнеса были предприняты и другие шаги. В частности, Министерством здравоохранения России в 2014 году был создан Координационный совет по развитию ГЧП в здравоохранении, а 13 февраля 2019 г. на площадке форума «Здоровое общество. На пути к цели 80+» было подписано соглашение о сотрудничестве в области совершенствования и внедрения механизмов ГЧП в здравоохранении между Министерством Здравоохранения РФ и Национальным центром ГЧП. В начале 2015 года Министерством здравоохранения России был утвержден комплекс мер, направленных на развитие инфраструктуры в здравоохранении. В структуре Министерства здравоохранения РФ был создан даже отдельный департамент по ГЧП.

Однако следует отметить, что в системе российского здравоохранения существуют проблемы не только в области создания и развития инфраструктуры, но и в предоставлении качественных медицинских услуг и инновационном лекарственном обеспечении граждан.

По результатам изучения теоретической базы ГЧП автор предлагает расширить понимание роли частного сектора в развитии российского здравоохранения. В данной диссертационной работе автор предлагает рассматривать более широкий подход к развитию партнерства государства и частного сектора. Как было проанализировано автором, в настоящее время, ГЧП – является наиболее распространенной формой в таком взаимодействии. Но современное состояние отрасли свидетельствует о необходимости более широкой трактовки данного понятия. В качестве альтернативы классическому ГЧП автор предлагает рассматривать франчайзинг, как одну из наиболее эффективных форм

сотрудничества государства и бизнеса в системе российского здравоохранения. Основной целью развития такого взаимодействия будет являться не столько улучшение инфраструктуры, но сколько, предоставление более качественных медицинских услуг населению страны.

Произведено исследование применения форм и моделей ГЧП в здравоохранении в зарубежных странах, на примере западной Европы и Латинской Америки. Выбор данных стран был обусловлен двумя основными факторами. Во-первых, в Западной Европе накоплен самый значительный опыт, который может быть использован в России. Во-вторых, были отобраны страны Латинской Америки. Как и Россия, эти страны решают проблему обеспечения равного доступа к медицинским услугам в обществе с большим социальным расслоением. Был также проведен анализ затрат на здравоохранение, который показал, что страны Латинской Америки по своему развитию системы здравоохранения находятся ближе всего к российским реалиям. Системы здравоохранения этих стран также переживают активный период модернизации, а затраты на здравоохранение близки к российским.

Таким образом, в ходе анализа опыта реализации ГЧП-проектов, было выявлено, что в Перу применяется отличная от других стран модель ГЧП именно в сфере здравоохранения. Данная модель носит название «DBOD – design, build, operate, deliver», а также такое ГЧП в сфере здравоохранения получило название «PPIPs – public private integrated partnerships», в переводе на русский «КГЧП – комплексное государственно-частное партнерство». В модели DBOD выявлена новая составляющая «deliver», под которой понимается обязательство частного партнера осуществлять и поддерживать качество предоставляемой медицинской услуги в государственном медицинском учреждении. Внедрение данной модели может способствовать эффективному и ускоренному росту развития ГЧП в российском здравоохранении и соответствующего достижения целевых показателей в здравоохранении Российской Федерации.

В существующих экономических условиях усиление роли частного сектора является одним из необходимых условий для внедрения инноваций в социальную

сферу российской экономики, так как одновременно позволяет решить две задачи: во-первых, сократить дефицит источников финансирования инвестиций в социальную сферу, во-вторых, повысить качество публичных услуг и эффективность управления организациями в социальной сфере. Для обновления системы российского здравоохранения автором предложено использовать франчайзинг, как форму взаимодействия государства и частного сектора в российском здравоохранении. Автор разработал схему привлечения частных инвесторов в сферу здравоохранения, основанную на применении модели франчайзинга. В таких проектах основная задача государства, будет заключаться в предоставлении объекта инфраструктуры, который не нужно будет строить или реконструировать, а объект уже можно эксплуатировать. Здесь важно отметить, что в Европейском союзе термин «франшиза» означает «концессия на предоставление услуг», что полностью соответствует ряду задач сферы здравоохранения РФ сегодня.

Международная Ассоциация Франчайзинга выделяет 70 отраслей хозяйства, в которых можно использовать методы франчайзинга. В настоящее время современный рынок франчайзинга растет и считается одним из самых перспективных. Эта форма успешно используется в 80 странах, где франчайзинговые фирмы создают около 10–13% валового национального продукта в развитых странах. Важной проблемой для привлечения инвесторов в ГЧП проекты является сложность подбора квалифицированных и аттестованных согласно российскому законодательству кадров. В связи с этим в России наибольшее распространение франчайзинг получил в сфере диагностических центров. Это связано с тем, что человеческий фактор здесь играет менее значимую роль, а кадровый вопрос стоит не так остро. На пути внедрения предложенной автором схемы проблемой, требующей постоянного внимания, является необходимость непрерывного совершенствования системы контроля франчайзинговой сети. Об этом свидетельствует опыт российских сетей, прошедших, по отечественным меркам, большой путь в этом направлении. Методы

и формы контроля, применяемые сетевыми компаниями, различны и зависят от стадии развития системы и области деятельности.

Для внедрения более широкого применения франчайзинга автором была предложена экономическая модель для организации стационаров на дому по принципу франчайзинга. В рамках данной модели была доказана рентабельность применения франчайзинга в системе российского здравоохранения, а также была продемонстрирована существенная экономия бюджетных средств.

При сравнении экономической эффективности ГЧП и франчайзинга можно сделать вывод, что ГЧП является наиболее эффективным механизмом при создании и развитии инфраструктуры, а для улучшения качества и уменьшения себестоимости услуг больше подходит франчайзинг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативно-правовые акты

1. Конституция РФ // СПС КонсультантПлюс.

2. Бюджетный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

3. Водный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

4. Воздушный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

5. Градостроительный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

6. Гражданский Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

7. Земельный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

8. Лесной Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

9. Налоговый Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

10. Таможенный Кодекс РФ // СПС КонсультантПлюс.

11. Федеральный Закон от 30.12.1995 № 225-ФЗ (ред. от 19.07.2011) «О соглашениях о разделе продукции». // СПС КонсультантПлюс.

12. Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» // СПС КонсультантПлюс.

13. Федеральный закон от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». // СПС КонсультантПлюс.

14. Федеральный Закон от 22.07.2005 № 116-ФЗ (ред. от 23.07.2013, с изм. от 23.06.2014) «Об особых экономических зонах РФ». // СПС КонсультантПлюс.

15. Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции». // СПС КонсультантПлюс.

16. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // СПС КонсультантПлюс.

17. Федеральный Закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». // СПС КонсультантПлюс.

18. Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и

внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" // СПС ГАРАНТ. – URL: http://base.garant.ru/71129190/#ixzz3nUATQvxM.

19. Постановление Правительства РФ от 27.05.2006 № 319 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

20. Постановление Правительства РФ от 11.11.2006 № 671 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

21. Постановление Правительства РФ от 11.11.2006 № 672 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

22. Постановление Правительства РФ от 11.11.2006 № 673 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

23. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 739 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

24. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 744 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

25. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 745 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

26. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 746 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

27. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 747// СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

28. Постановление Правительства РФ от 05.12.2006 № 748 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

29. Постановление Правительства РФ от 22.12.2006 № 791 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

30. Постановление Правительства РФ от 09.02.2007 № 90 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

31. Постановление Правительства РФ от 29.12.2007 № 978 (ред. от 08.05.2009) "Об утверждении Правил принятия решений о заключении долгосрочных государственных (муниципальных) контрактов на выполнение работ (оказание услуг) с длительным производственным циклом» // СПС КонсультантПлюс.

32. Постановление Правительства РФ от 01.03.2008 № 134 (ред. от 30.04.2013) «Об утверждении Правил формирования и использования бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда Российской Федерации».

33. Постановление Правительства РФ от 14.02.2009 № 138 // СПС КнсультантПлюс [устанавливает типовые формы концессионных соглашений по отрасли].

34. Постановление Правительства РФ от 17.02.2011 № 91 (ред. от 06.11.2014) «О федеральной целевой программе "Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» // СПС Консультант-Плюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_170885/.

35. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. : утв. распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р.

36. Положение о Департаменте инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства от 29.07.2014 // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/12.

37. Приказ ФАС от 10.02.2010 № 67 «О порядке проведения конкурсов или аукционов на право заключения договоров аренды, договоров безвозмездного пользования»

38. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 01.08.2011 № 1055 «Об организации деятельности исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга при заключении долгосрочных государственных контрактов для нужд Санкт-Петербурга на выполнение работ (оказание услуг) по проектированию, строительству (реконструкции), ремонту и содержанию с длительным производственным циклом в отношении автомобильных дорог общего пользования регионального значения в Санкт-Петербурге» // СПС Консультант Плюс.

39. Стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года. URL: http://www.pharma2020.ru/.

40. Развитие здравоохранения Нижегородской области на 2013–2020 годы: программа // СПС ГАРАНТ.

41. Развитие здравоохранения Самарской области на 2013–2020 годы : программа // СПС ГАРАНТ.

Общая и научная литература на русском языке

Монографии и книги

42. Алпатов, А. А. Государственно-частное партнерство. Механизмы реализации / А. А. Алпатов, А. В. Пушкин, Р. М. Джапаридзе. – М. : Альпина Паблишер, 2010.

43. Богачев, Ю. С. Государственно-частное партнерство в инновационных системах / Ю. С. Богачев, А. М. Октябрьский // Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. – 2012. – № 6.

44. Варнавский, В. Г. Государственно-частное партнерство : в 2 т. / В. Г. Варнавский. – М. : ИМЭМО РАН, 2009.

45. Варнавский, В. Г. Механизмы государственно-частного партнерства в экономической политике : учебное пособие / В. Г. Варнавский. – М. : МГИМО-Университет, 2013.

46. Варнавский, В. Г. Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски / В. Г. Варнавский. – М. : Наука, 2005. – 315 с.

47. Варнавский, В. Г. Взаимосвязь интересов субъектов государственно-частного партнерства / В. Г. Варнавский // Российская социально-экономическая система: реалии и векторы развития / под ред. Р. С. Гринберга и П. В. Савченко. – М. : Инфра, 2014.

48. Варнавский, В. Г. Государственно-частное партнерство: теория и практика / В. Г. Варнавский, А. В. Клименко, В. А. Королев, А. В. Баженов, А. М. Воротников. – М.: Издательский дом Государственного университета – Высшей школы экономики, 2014. – 287 с

49. Виленский, А. В. Российский медико-технический рынок: состояние, проблемы, перспективы / А. В. Виленский [и др.] // Аналитический сборник кафедры менеджмента МГТУ им. Н.Э. Баумана. – 2014. – № 1.

50. Кондратьев, В. Б. Особенности инвестиционной модели развития России / В. Б. Кондратьев, Ю. В. Куренков, В. Г. Варнавский [и др.] – М. : Наука, 2005. – 309 с.

51. Гадаборшев, М. И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи / М. И. Гадаборшев, М. М. Левкевич, Н. В. Рудлицкая. – М. Инфра-М, 2016. – 424 с.

52. Дерябина, М. А. Государственно-частное партнерство: теория и практика / М. А. Дерябина, Л. И. Цедилин. – М. : ИЭ РАН, 2007.

53. Дудин, М. Н. Модель тройной спирали как эффективный инструмент инновационного развития промышленных предприятий народного хозяйства / М. Н. Дудин, Н. В. Лясников, А. С. Сенин // European Researcher. – 2014. – № 6-1. – С. 1066–1074.

54. Еганян, А. Инвестиции в инфраструктуру. Деньги, проекты, интересы. ГЧП, концессии, проектное финансирование / А. Еганян. – М. : Альпина Паблишер, 2018. – 720 с.

55. Жерновая, Э. В. Мировой опыт и перспективы развития государственно-частного партнерства в инвестиционной сфере Украины / Э. В. Жерновая // Коммунальное хозяйство городов: Научно-технический сборник. – 2014. – № 87.

56. Зельднер, А. Г. Партнерские отношения государства, бизнеса и общества в условиях смешанной экономики / А. Г. Зельднер. – М. : Экономические науки, 2010.

57. Зельднер, А.Г. Концептуальные подходы к функционированию ГЧП в условиях кризиса и после его завершения / А.Г. Зельднер // Государственно-частное партнерство в условиях кризиса : сб. – М. : ИЭ РАН, 2009.

58. Зрилова, А. Г. Источники финансирования ГЧП / А. Г. Зрилова // Институты и механизмы функционирования государственно-частного партнерства / под ред. С. Н. Сильвестрова, А. Г. Зельднера, С.В. Козловой. – М. : ИЭ РАН, 2010.

59. Зельднер, А. Г. Государственно-частное партнерство в условиях инновационного развития экономики / А. Г. Зельднер, И. И. Смотрицкая. – М. : ИЭ РАН, 2012. – 212 с.

60. Мочальников, В. Н. Государственно-частное партнерство: отечественный опыт, мировые тенденции, вектор развития для России / В. Н. Мочальников. – М. : Экономика, 2012. – 351 с.

61. Иванов, О. В. Государственно-частное партнерство в странах Азиатского-Тихоокеанского региона / О. В. Иванов, А. О. Иванова – М. : МГИМО-Университет, 2019. –289 с.

62. Иванов, О. В. Механизмы государственно-частного партнерства в экономической политике России / О. В. Иванов, П.Л. Селезнев, А. А. Галкин. – М. : МГИМО-Университет, 2018.– 408 с.

63. Игнатюк, Н. А. Государственно-частное партнерство / Н. А. Игнатюк. – М. : Юстицинформ, 2012.

64. Йескомб, Э. Р. Государственно-частное партнерство: Основные принципы финансирования / пер. с англ.; Э. Р. Йескомб. – М. : Альпина Паблишер, 2015. – 457 с.

65. Колесников, С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / С. Колесников // Бюджет. – 2015. – № 9.

66. Литовченко, С. Е. Развитие государственно-частного партнерства и снижение предпринимательских и инвестиционных рисков / С. Е. Литовченко // Государственно-частное партнерство. Пути совершенствования законодательной базы / под общей ред. А. А. Зверева. – М., 2009.

67. Норт, Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики / Д. Норт. – М., 1997.

68. Кучеренко, В. З. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : в 2 т. / В. З. Кучеренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.

69. Основы государственно-частного партнерства (теория, методология, практика): учебник / авторский коллектив. – М. : Анкил, 2015. – 252 с.

70. Правовая основа здравоохранения // Медицина и здоровье. – 2014. – № 2.

71. Практическое руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства / Европейская экономическая комиссия ООН. – Женева : Издание ООН, 2013.

72. Проект ГЧП в социальной сфере – распространение опыта Великобритании и Санкт-Петербурга. Отчет о лучшей практике. – СПб., 2012.

73. Рейтинг регионов ГЧП-2014. Развитие государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации. – М. : Центр развития государственно-частного партнерства, 2014–2015.

74. Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин; под общ. ред. А. В. Решетникова. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 303 с.

75. Сазонов, В. Е. Государственно-частное партнерство: гражданско-правовые, административно-правовые и финансово-правовые аспекты :

монография / В. Е. Сазонов, А. Б. Зеленцова. – М. : Ваш полиграфический партнер, 2012.

76. Сильвестров, С. Н. Государственное партнерство: российские варианты / С. Н. Сильвестров // Научные труды Вольного экономического общества России. Т. 117. – М., 2009.

77. Смотрицкая, И. И. Экономика государственных закупок / И.И. Смотрицкая. – М. : ЛИБРОКОМ, 2009.

78. Системы здравоохранения: краткая медицинская энциклопедия. – М. , 2015.

79. Ткаченко, М. В. Методические рекомендации по развитию институциональной среды в сфере государственно-частного партнерства в субъектах РФ «Региональный ГЧП-стандарт» / М. В. Ткаченко, А. А. Долгов, Г. А. Борщевский, Р. Э. Шабаев. – М. : Центр развития государственно-частного партнерства, 2015.

80. Туктарова, Ю. Е. Концессионное соглашение: правовая природа, сфера применения, порядок заключения и исполнения / Ю. Е. Туктарова // Руководство для практикующих юристов, государственных и муниципальных служащих / под общей ред. Ю. Е. Туктарова, С. В. Дубинчиной. – М. : Статут, 2016 – 319 с.

Диссертации, научные доклады

81. Валесян, А. А. Перспективы использования механизма государственно-частного партнерства (ГЧП) в развитии здравоохранения в России : автореф. дис. … канд. экон. наук / А. А. Валесян. – М. , 2009.

82. Борзова, О. Г. Доклад: Инновации в здравоохранении России: современность, международная практика и обмен опытом / О. Г. Борзова // Материалы международной конференции. – М. , 2011.

83. Герасименко, О. А. Развитие государственно-частного партнерства в управлении региональной образовательной системой : автореф. дис. … канд. экон. наук : 08.00.05 / О. А. Герасименко. – Белгород, 2010.

84. Данасарова, С. Д. Институт частно-государственного партнерства: становление и развитие в России: автореф. дис. … канд. экон. наук : 08.00.01 / С. Д. Данасарова. – Улан-Удэ, 2007.

85. Жилинский, Е. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е. В. Жилинский // Сборник материалов круглого стола «Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений» / под ред. д.э.н., проф. Шевякова А. Ю. – М. : ИСЭПН РАН, 2009.

86. Заседание президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. 30.07.2014. URL: http://www.kremlin.ru/ news/ 18973.

87. Зельднер, А. Г. Концептуальные основы становления и функционирования государственно-частного партнерства / А. Г. Зельднер // Научный доклад. – М. : ИЭ РАН, 2010.

88. Изряднова, О. И. Структурные сдвиги в российской экономике: сравнительный анализ динамики основных показателей / О. И. Изряднова. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. – 112 с.

89. Исследование возможных форм государственно-частного партнерства в целях повышения качества оказания медицинской помощи / произведено по заказу ФФОМС, 2015.

90. Ключевые проблемы здоровья населения РФ, как основа планирования развития фармацевтической отрасли // Материалы для круглого стола в Министерстве здравоохранения, 2015.

91. Малева, Т. М. Новые экономические вызовы: Каков запас прочности российского населения? / Т. М. Малеев, Е. М. Авраамова. – М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. – 76 с.

92. Новикова, Т. С. Институциональный анализ: методы и результаты / Т. С. Новикова, Н. В. Чухломин // Оценка эффективности государственно-частного партнерства при создании особых экономических зон. – С. 180–192.

93. Пухальский, А. Н. Организационные и экономические принципы и подходы к развитию сферы высокотехнологичных медицинских услуг в РФ : дис. … д-ра экон. наук / А. Н. Пухальский. – М. , 2015.

94. Частно-государственное партнерство: состояние и перспективы развития в России : аналитический доклад / под ред. Р. Гринберга. – М. : ИЭ РАН. Национальный инвестиционный совет, 2006.

95. Щегорцов, М.В. Государственно-частное партнерство как механизм финансового обеспечения инвестиционной деятельности : автореф. каф. экон. теории Института переподготовки и повышения квалификации преподавателей гуманитарных и социальных наук МГУ имени М.В. Ломоносова / М. В. Щегорцев. – М., 2013.

96. Родин, А. А. Взаимодействие международного и внутригосударственного права в правовом регулировании государственно-частного партнерства : автореф. дис. … канд. юрид. наук : 12.00.10 / А.А. Родин. – М., 2010.

Электронные ресурсы

97. Сайт Министерства экономического развития [Электронный ресурс]. URL: http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depinvest/index.

98. Сайт Минздрава РФ [Электронный ресурс]. URL: http://www. rosminzdrav.ru.

99. Сайт ФФОМС [Электронный ресурс]. URL: http://www.ffoms.ru/portal/ page/portal/top/index.

100. The World Bank Group. Официальный сайт Всемирного банка [Электронный ресурс]. URL: http://www.worldbank.org.

101. Заседание наблюдательного совета Агентства стратегических инициатив. 14 января 2016 года [Электронный ресурс]. URL: http://kremlin.ru/events/president/ news/51167.

102. Заседание президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. 30.07.2014 [Электронный ресурс]. URL: http://www.kremlin.ru/news/18973.

103. Бобров, О. Е. Система Семашко: пережиток прошлого или система нереализованных возможностей? [Электронный ресурс] / О.Е. Бобров // Газета «Новости медицины и фармации». 2013. № 13 (464). URL: http://www.mif-ua.com/archive/ article/5101.

104. Борзова, О. Россияне получат качественные и доступные лекарства. Переход на GMP установлен законом [Электронный ресурс] / О. Борзова. URL: http://www.gmpnews.ru/2010/03/perexod-na-gmp-ustanovlen-zakonom/.

105. Голикова, Т. Закон Об обращении лекарственных средств прописывает все этапы их обращения – от разработки до мониторинга безопасности [Электронный ресурс] / Т. Голикова. – 27.01.2014. – URL: http://pharmapractice.ru/9518.

106. Горяев, Е. Госзаказ и ГЧП. В чем разница? [Электронный ресурс] / Е. Горяев. – URL: http://s-bc.ru/news/goszakaz-i-gchp-v-chem-raznica.html.

107. Государственно-частное партнерство в России. Проекты [Электронный ресурс]. URL: http://www.pppinrussia.ru/main/market/yeksperti/expert/person/maksimov_vitalii_vyacheslavovich

108. Государственно-частное партнерство. 08.09.2015. № 1014 (35) [Электронный ресурс]. URL: http://pda.rg.ru/2015/09/08/gchp.html.

109. Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения и фармацевтики [Электронный ресурс]. URL: http://brasconsult.ru/press-tsentr/news/218-gosudarstvenno-chastnoe-partnjorstvo-v-sfere-zdravookhraneniya-i-farmatsevtiki.html.

110. «ГЧП Инфо», «Градиент Альфа Инвестментс Групп» [Электронный ресурс]. URL: http://befocus.ru/rabota/rabota/index.php?option=com_content&task=view&id=12622&Itemid=32.

111. Дерябина, М. А. Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства [Электронный ресурс] : монография / М. А. Дерябина // Доклады и научные сборники Института экономики РАН. – URL: http://www.imepi-eurasia.ru/pdoklad.php.

112. Дмитриев, М. Война с системой Семашко [Электронный ресурс]: Цикл статей / М. Дмитриев // Газета «Суть времени». – 13.04.2013. – URL: https://gazeta.eot.su/article/voyna-s-sistemoy-semashko.

113. Драйверы развития мирового фармацевтического рынка в 2014 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.healthcare.blogs.ihs.com.

114. Единая информационная системы ГЧП РФ при поддержке Министерства экономического развития РФ [Электронный ресурс]. – URL: http://www.pppi.ru/.

115. Калашникова, А. Р. Франчайзинг одна из форм развития бизнеса [Электронный ресурс] / А. Р. Калашникова, В. Я. Шмидт. – URL: http://files.scienceforum.ru/pdf/2017/34292.pdf.

116. Львов, Н. В. Об итогах использования в 2014 году модельного регионального закона «Об участии субъекта Российской Федерации, муниципального образования в проектах государственно-частного партнерства» и предложениях по внесению в него изменений и дополнений [Электронный ресурс] / Н. В. Львов // «ГЧП и закон». – URL: http://ppp-lawrussia.ru/ekspert/anal/dokl-for-28-lv.htm.

117. Минтранс РФ намерен расширить применение ГЧП с помощью контрактов жизненного цикла [Электронный ресурс]. – URL: http://www.ppp-russia.ru/news/item-95.html.

118. Проект «государственно-частное партнерство в социальной сфере – распространение опыта Великобритании и Санкт-Петербурга». Отчет о лучшей практике. – СПб, 2012. – 58 с. – URL: http://www.pppi.ru/sites/all/themes/pppi/img/ppp_in_social_sphere.pdf.

119. Селезнев, В. Н. Региональные законы о ГЧП. У регионов не хватает денег [Электронный ресурс] / В. Н. Селезнев // Корпоративный юрист. – 2015. – № 10. – С. 26. – URL: http://www.vegaslex.ru/analytics/publications/32456/.

120. Селезнев, П. Федеральный закон N 224-ФЗ о ГЧП, вступающий в силу с 1 января 2016 года, значительно расширяет возможности применения механизмов ГЧП в соцсфере [Электронный ресурс] / П. Селезнев // Государственно-частное

партнерство. – 08.09.2015. – № 1014 (35). – URL: http://pda.rg.ru/2015/09/08/gchp.html.

121. Совещание об инновационном развитии медицины с использованием механизмов государственно-частного партнёрства (21.07.2015, Новосибирск). [Электронный ресурс] // Новости Правительства РФ. – URL: http://government.ru/news/18946/.

122. Современное состояние фармацевтической отрасли РФ и международный опыт [Электронный ресурс]. – URL: http://www.strategy.ru/UserFiles/File/Medicina/SPC.pdf.

123. Тэннер, М. Реформа здравоохранения в Грузии [Электронный ресурс] / М. Тэннер, К. Бендукидзе, А. Урушадзе, Ф Редер. – URL: http://www.inliberty.ru/library/587-.

124. Фармацевтический рынок России 2014 [Электронный ресурс]. – URL: http://www.tadviser.ru/index.php/Статья:Фармацевтический_рынок_России.

125. Фармацевтический рынок: состояние, тенденции, перспективы. Исследование Консалтинг-центра "ШАГ"// Лица бизнеса. – 2014. – № 10/2 (106).

126. Шохина Е. Госзакупки поддержат малые производства [Электронный ресурс] / Е. Шохина // Экспертный сайт Высшей школы экономики. – 14.01.16. – URL: http://www.opec.ru/1914438.html.

127. Краевой, С. Полноценному развитию ГЧП в фармацевтике мешают существующие барьеры [Электронный ресурс] / Сергей Краевой // Фармвестник. – URL: http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/sergej-kraevoj-polnotsennomu-razvitiju-gchp-v-farmatsevtike-meshajut-suschestvujuschie-barjery.html#.Vp34O8YeoeX

128. Система обязательного медицинского страхования в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – URL: http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about.

129. Шаг к новой реформе [Электронный ресурс]. – URL: http://expert.ru/expert/2016/09/shag-k-novoj-reforme/.

130. Без риска не вылечен [Электронный ресурс]. – URL: http://expert.ru/expert/2016/09/bez-riska-ne-vyilechat/.

131. Экономика здравоохранения и социальной защиты населения. Стратегия и приоритеты развития здравоохранения. – URL: http://oplib.ru/finansi/view/1126606_tema_ekonomika_zdravoohraneniya_i_social_noy_zaschity_naseleniya_strategiya_i_prioritety_razvitiya_zdravoohraneniya.

132. URL: https://bgscience.ru/lib/9790/

Публикации в периодических изданиях

133. Аришков, А. А. Фактора успеха реализации проектов государственно-частного партнерства в субъектах Российской Федерации / А. А. Аришков // Вестник ФГОБУ ВПО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. – 2015. – № 9.

134. Афанасьева, Э. М. Современные тенденции в области франчайзинга на российском рынке детских товаров / Э. М. Афанасьева // Вестник РГТЭУ. – 2014. – № 11 (90). – С. 96–104.

135. Бельская, А. ГЧП в сфере здравоохранения / А. Бельская // Стратегия. – 2014. – № 5.

136. Варнавский, В. Г. Партнерство государства и частного сектора / В.Г. Варнавский. – М. : Наука, 2005.

137. Варнавский, В. Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики / В. Г. Варнавский // Мировая экономика и международные отношения. – 2011. – № 9.

138. Васильева, И. В. Сравнительно-правовой анализ коммерческой концессии и франчайзинга / И. В. Васильева, Т. Н. Васильева // Экономика, социология, и право. – 2016. – № 12. – С. 114–119.

139. Гагарин, П. Социальная сфера как стратегическое направление инвестиций в России / П. Гагарин // Экономист. – 2014. – № 7.

140. Галстян, Г. С. О перспективной модели государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения с привлечением управляющих компаний / Г. С. Галстян // Экономика и управление в сфере услуг. – 2015. – № 12.

141. Гатауллина А. А. Государственно-частное партнерство: теоретические основы/ А. А. Гатауллина // Молодой ученый. – 2013. – № 9.

142. Глумсков, В. Мировой фармацевтический рынок: состояние и тенденции / В. Глумсков // Рецепт. – 2010. – № 4. – С. 9–12.

143. Гришина, Л. А. О развитии системы добровольного медицинского страхования в рамках социально-экономической модели здравоохранения / Л. А. Гришина // Финансы и кредит. – 2015. – №3.

144. Данилов, А. В. Новые аспекты финансирования в сфере здравоохранения / А. В. Данилов // Врач. – 2014. – №7.

145. Добрусина, М. Е. Государственно-частное партнерство как инновационная форма развития российского здравоохранения / М. Е. Добрусина, Г. Н. Завьялова, О. Н. Тулупова // Здравоохранение. – 2014. – № 2.

146. Ершов, Д. Л. Разработка проектов стратегического партнерства государства и бизнеса в здравоохранении / Д. Л. Ершов // Российское предпринимательство. – 2013. – № 22.

147. Завьялова, Е. Б. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы / Е. Б. Завьялова, М. В. Ткаченко // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 61–75.

148. Зельднер, А. Г. Выход из кризиса: консенсус бизнеса и государства в модели смешанной экономики / А. Г. Зельднер // Вестник Института экономики РАН. – 2015. – №4.

149. Закон о государственно-частном партнерстве: новые возможности или нерешенные проблемы? // Корпоративный юрист. – 2015. – №10.

150. Закон о государственно-частном партнерстве: руководство к применению / Центр развития государственно-частного партнерства. Специальное издание к Международному инвестиционному форуму «Сочи–2015». – М, 2015.

151. Зусман, Е. Контракт жизненного цикла – новый механизм ГЧП в России / Е. Зусман, К. Аракелян. – М. : VEGAS LEX, 2015.

152. Илюшкина, О. В. Государственно-частное партнерство как элемент инвестирования в сферу здравоохранения / О. В. Илюшкина. // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2014. – № 8.

153. Кожевников, Д. Как развивается государственно-частное партнерство в социально значимых сферах / Д. Кожевникова. – М. : Известия, 2014.

154. Куватов, В. Г. Внедрение механизмов государственно-частного партнерства как фактор развития регионального бизнеса и экономик региона / В. Г. Куватов, И. Ю. Окольнишкова // Экономист. – 2014. – № 9.

155. Лабудин, А. В. Актуальные проблемы рефармирования бюджетных организаций в РФ / А. В. Лабудин, Г. С. Галстян // Управленческое консультирование. – 2014. – № 9.

156. Лядская, М. В. ГЧП закон не писан / М. В. Лядская, Э. Э. Шульц, В. В. Березовская // Медицинский вестник. – 2014. – № 9.

157. Майданик, В. И. Формирование государственно-частного партнерства в инновационной сфере / В. И. Майданик, И. Н. Савельева // Известия УрГЭУ. – 2014. – № 4 (30).

158. Малай, В. А. Государственно-частное партнерство как форма повышения эффективности инновационных процессов / В. А. Малай // Инновации. – 2015 – № 10 (12).

159. Морозова, И. А. Государственно-частное партнерство как эффективный механизм инновационного развития экономики / И. А. Морозова, И. Б Дьяконова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 2.

160. Новый мировой порядок на фармацевтическом рынке // Фармацевтика и медицина. – 14 декабря 2015 г..

161. Первый контракт жизненного цикла в Петербурге будет подписан до конца 2011 г. – URL: http://www.pppinrussia.ru/main/novosti/news/closeup/1723.

162. Петров, В. Состояние мирового рынка фармацевтических химикатов / В. Петров // Фармацевтическая индустрия. – 2009. – № 7.

163. Руцик, Ю. О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы) / О. Ю. Руцик // Евразийский международный научно-аналитический журнал. – 2011. – № 4.

164. Селезнев, П. Федеральный закон N 224-ФЗ о ГЧП, вступающий в силу с 1 января 2016 года, значительно расширяет возможности применения механизмов ГЧП в соцсфере / П. Селезнев // Российская Бизнес-газета. – 21 августа 2015 г.

165. Сергиенко, О. Обзор рынка генерических, оригинальных и традиционных ЛС: итоги 10 мес. 2015 г. / О. Сергиенко // Еженедельник АПТЕКА. – 30.11.2015. – № 47 (718).

166. Смотрицкая, И. И. Концептуальные подходы к развитию института государственно-частного партнерства в сфере государственных закупок / И. И. Смотрицкая // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. – 2010. – № 4.

167. Смотрицкая, И. И. Институт контрактных отношений на рынке государственных заказов / И. И. Смотрицкая, С. И. Черных // Вопросы экономики. – 2008. – № 8.

168. Татаркин, Д. А. Государственно-частное партнерство в системе стратегического развития территорий / Д. А. Татаркина, Е. Н. Сидорова. – Екатеринбург : Институт экономики РАН. – 2011.

169. Кушкова, Э. И. Государственно-частное партнёрство как фактор становления инновационной экономики в регионе / Э. И. Кушкова // Вестник Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2014. – № 1.

170. Унтура, Г. А. Государственно-частное партнерство в инновационной сфере: региональный аспект / Г. А. Унтура // Регион: экономика и социология. – 2013. – № 2.

171. Фармацевтический рынок: состояние, тенденции, перспективы. Исследование Консалтинг-центра "ШАГ"// Лица бизнеса. – 2015. – № 10/2 (106).

172. Халимовский, Ю. А. Государственно-частное партнёрство в субъектах РФ / Ю. А. Халимовский // Налоги. – 2011. – № 14.

173. Холодная, Н. Д. Государственно-частное партнерство – новый тип отношений в Российской экономике / Н. Д. Холодная // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2009. – № 2.

174. Чураков Р. Долгосрочные ГЧП-проекты: проблемы и возможные решения / Р. Чураков, О. Ревзина // Сегодня. – 2015. – №3.

175. Щербук Ю. Проблемы взаимодействия государственно и частного здравоохранения / Ю. Щербук, Ф. Кадыров, И. Хайруллина // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 2.

176. Юданов, А. Ю. Фармацевтический маркетинг / А. Ю. Юданов [и др.] // М. : ИИА «Ремедиум». – 2015.

Зарубежные публикации

177. Gerrard, M .B. What are Public-private Partnerships, and how do they вdiffer from privatizations? / M. B. Gerrard // Finance&Development. – 2001. – V. 38, N 3.

178. Petersen, O. H. Public-Private Partnerships as converging or diverging trends in public management? / O. H. Petersen // A comparative analysis of PPP policy and regulation in Denmark and Ireland. – International Public Management Review. – 2011. – Vol. 12, N 2.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Направления и области современной медицины[185]

Подотрасль	Основная специализация
Профилактическая медицина	
Гигиена	Изучает и применяет влияние факторов внешней среды на организм человека с целью оптимизации благоприятных и профилактики неблагоприятных воздействий.
Дезинфектология	Изучает и применяет методы лабораторных исследований и испытаний дезинфекционных средств для оценки их эффективности и безопасности
Санитария	(От лат. sanitas – «здоровье») – система мероприятий, обеспечивающих охрану здоровья и профилактику различных заболеваний, а также комплекс мер по практическому применению разработанных гигиенической наукой нормативов, санитарных правил и рекомендаций, обеспечивающих оптимизацию условий воспитания и обучения, быта, труда, отдыха и питания людей с целью укрепления и сохранения их здоровья.
Эпидемиология	Изучает демографию болезненных процессов, применяет мероприятия по их локализации и снижению заболеваемости, и включает в себя, но не ограничивается изучением эпидемий.
Клиническая медицина	
Диетология	Изучает влияние еды и питья на здоровье и болезни, особенно при определении оптимального питания. Диетолог назначает терапевтическую диету при сахарном диабете, сердечно-сосудистых заболеваниях, лишнем весе и расстройствах пищеварения, аллергии, недоедании и опухолях.
Терапия	Изучает внутренние болезни, их профилактику и лечение.
Хирургия	Изучает острые и хронические заболевания, которые лечатся при помощи оперативного (хирургического) метода.
Психиатрия	Изучает психические расстройства через призму методологии медицины, методы их диагностики, профилактики и лечения.
Педиатрия	Наука об отличительных особенностях, отравлениях и болезнях детского организма и основанном на тех особенностях сохранении здоровья и лечении болезней у детей.
Геронтология	Наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним (омоложение).
Кардиология	Изучение и лечение сердечно-сосудистой системы человека.
Неврология	Изучает и лечит заболевания центральной и периферической нервной системы

185 Большая медицинская энциклопедия. М., 2015. 736 с.

Эндокринология	Изучает гормоны и их влияние на тело
Офтальмология	Изучает глаз, его анатомию, физиологию и болезни.
Стоматология	Изучает особенности зубов, их строения и функционирования, их заболеваний, методов их профилактики и лечения, а также болезней полости рта, челюстей и пограничных областей лица и шеи.
Урология	Изучает этиологию, патогенез, диагностику заболеваний органов мочевой системы, мужской половой системы, заболеваний надпочечников и других патологических процессов в забрюшинном пространстве
Геникология	Изучает и лечит женскую репродуктивную систему
Фармакология (фармацевтика)	
Фармако-эпидемиология	Синтетическая область знаний по изучению применения и действий лекарственных средств на больших группах людей.
Фармация	Изучает проблемы создания, безопасности, исследования, хранения, изготовления, отпуска и маркетинга лекарственных средств, а также поиска природных источников лекарственных субстанций.
Фармакология биохимическая	Изучение биохимических механизмов действия лекарственных веществ.
Клиническая фармакология	Изучает воздействие лекарственных средств на организм больного человека.
Молекулярная фармакология	Изучает молекулярные механизмы взаимодействия лекарственных веществ с биологическими субстратами.
Фармакогеномика	Исследует влияние генетической вариации каждого человека в его ответе на лекарственное средство.
Экспериментальь-ная фармакология	Изучает влияние лекарственных и биологически активных веществ на организм в условиях эксперимента.
Доказательная медицина	
	Сбор, накопление и анализ данных об эффективности методик и техник диагностики заболеваний, способах их профилактики и лечения, результативности использования препаратов и т. д. Цель – найти и внедрить в массовую практику такие надежные «стандартные» медицинские технологии, которые могут обеспечить наилучшие результаты для здоровья пациентов.
Отдельные области медицины	
Авиационная медицина	Изучает условия профессиональном деятельности летчиков и других специалистов в области авиации с целью разработки рекомендаций по сохранению их здоровья и работоспособности, а также обеспечению безопасности полетов.

Арктическая медицина	Изучает особенности функционирования организма человека и его заболеваний в условиях Арктики
Военная медицина	Изучение и лечение заболеваний, возникающих у человека в связи с участием в военных действиях или проживанием на территории, где ведутся военные действия. Например, сюда относятся огнестрельные ранения, лучевая болезнь вследствие взрыва атомной бомбы, некоторые инфекции и химические отравления и др.
Космическая медицина	Изучает условия профессиональном деятельности космонавтов и других специалистов, работающих с перегрузками в условиях космоса, с целью разработки рекомендаций по сохранению их здоровья и работоспособности, а также обеспечению безопасности полетов.
Медицина катастроф	Организация оказания медицинской помощи (вплоть до специализированной) пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (в условиях массового появления пострадавших или заболевших).
Подводная медицина	Изучение и лечение болезней, связанных с погружениями под воду водолазов и дайверов, в частности профилактика и лечение декомпрессионной болезни.
Спортивная медицина	Медико-биологическое обеспечение подготовки спортсменов.
Судебная медицина	Занимается применением медицинских и других знаний из области естественных наук для нужд органов правопорядка и юстиции.
Медицина труда	Профилактика профессиональных заболеваний и охрана труда на предприятиях.
Хрономедицина	Анализ ритмических проявлений физиологических процессов организма.

Приложение 2.
Структура Министерства здравоохранения РФ в 2015 году[186]



Структура Министерства (список):

Министр: Скворцова Вероника Игоревна
Помощники, советники Министра
Заместители Министра

- Департамент организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности
- Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела
- Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения
- Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении
- Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека
- Департамент государственного регулирования обращения лекарственных средств
- Департамент лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий

---

186 Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. URL: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61.

- Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения
- **Департамент инновационного развития и научного проектирования**
- Департамент информационных технологий и связи
- Департамент общественного здоровья и коммуникаций
- **Департамент инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства**
- Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью
- Финансово-экономический департамент
- Департамент управления делами и кадров
- Департамент учетной политики и контроля
- Правовой департамент

Приложение 3.
Ставки страховых взносов в фонды в 2015 году[187]

1. Для всех страхователей (за исключением указанных ниже)

База для начисления страховых взносов	Тариф страхового взноса		
	Пенсионный фонд Российской Федерации	Фонд социального страхования Российской Федерации	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
В пределах 711 000 (ПФР) / 670 000 (ФСС) рублей	22,0 процента	2,9 процента	5,1 процента
Свыше 711 000 (ПФР) / 670 000 (ФСС) рублей	10,0 процента	0,0 процента	

2. Пониженные тарифы страховых взносов для следующих категорий страхователей:

- хозяйственных обществ и хозяйственных партнерств, деятельность которых заключается в практическом применении (внедрении) результатов интеллектуальной деятельности (программ для электронных вычислительных машин, баз данных, изобретений, полезных моделей, промышленных образцов, селекционных достижений, топологий интегральных микросхем, секретов производства (ноу-хау), исключительные права на которые принадлежат учредителям, участникам (в том числе совместно с другими лицами) таких хозяйственных обществ, участникам таких хозяйственных партнерств - бюджетным научным учреждениям и автономным научным учреждениям либо образовательным организациям высшего образования, являющимся бюджетными учреждениями, автономными учреждениями;

- организаций и индивидуальных предпринимателей, заключивших с органами управления особыми экономическими зонами соглашения об осуществлении технико-внедренческой деятельности и производящих выплаты физическим лицам, работающим в технико-внедренческой особой экономической зоне или промышленно-производственной особой экономической зоне, для организаций и индивидуальных предпринимателей, заключивших соглашения об осуществлении туристско-рекреационной деятельности и производящих выплаты физическим лицам, работающим в туристско-рекреационных особых экономических зонах, объединенных решением Правительства Российской Федерации в кластер;

---

187 Сайт ФФОМС [Электронный ресурс]. URL: http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index.

- для организаций, осуществляющих деятельность в области информационных технологий (за исключением организаций, заключивших с органами управления особыми экономическими зонами соглашения об осуществлении технико-внедренческой деятельности и производящих выплаты физическим лицам, работающим в технико-внедренческой особой экономической зоне или промышленно-производственной особой экономической зоне), которыми признаются российские организации, осуществляющие разработку и реализацию разработанных ими программ для ЭВМ, баз данных на материальном носителе или в электронном виде по каналам связи независимо от вида договора и (или) оказывающие услуги (выполняющие работы) по разработке, адаптации, модификации программ для ЭВМ, баз данных (программных средств и информационных продуктов вычислительной техники), установке, тестированию и сопровождению программ для ЭВМ, баз данных
-

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	8,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации *(в отношении выплат и иных вознаграждений в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в РФ (за исключением высококвалифицированных специалистов) – 1,8%)*	2,0 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	4,0 процента

3. Производящие выплаты и иные вознаграждения членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов, за исполнение трудовых обязанностей члена экипажа судна, - в отношении указанных выплат и вознаграждений

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	0,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	0,0 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,0 процента

4. Организации и индивидуальные предприниматели, применяющие УСН, основным видом экономической деятельности (классифицируемым в соответствии с ОКВЭД) которых являются:

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	20,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	0,0 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,0 процента

5. Пониженные тарифы страховых взносов для следующих категорий страхователей:

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	20,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	0,0 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,0 процента

6. Организации, получившие статус участника проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с Федеральным законом от 28 сентября 2010 года N 244-ФЗ «Об инновационном центре «Сколково»

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	14,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	0,0 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,0 процента

7. Получившие статус участника свободной экономической зоны в соответствии с Федеральным законом «О развитии Крымского федерального округа и свободной экономической зоне на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя»

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	6,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	1,5 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,1 процента

8. Получившие статус резидента территории опережающего социально-экономического развития в соответствии с Федеральным законом «О территориях опережающего социально-экономического развития в Российской Федерации»

Наименование	Тариф
Пенсионный фонд Российской Федерации	6,0 процента
Фонд социального страхования Российской Федерации	1,5 процента
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	0,1 процента

Тарифы страховых взносов для страхователей, не производящих выплаты физическим лицам

Фиксированный размер страхового взноса	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
МРОТ x Тариф x 12	5,1 процента