

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, подчеркнуто, что для выхода России на уровень одного из лидеров мировой экономики необходим, прежде всего, инновационный подход к развитию системы здравоохранения как основной отрасли, призванной обеспечить экономику страны главным ресурсом - человеческим капиталом. Предусматривается за период 2008-2020 гг. увеличить долю государственных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте с 3,6% до 5,2-5,5%, в результате чего с учетом различий в паритете покупательной способности рубля и валют других стран доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП составит около 10-11%, что сопоставимо с показателями передовых иностранных государств [1]. Очевидно, залогом успеха государственной политики в сфере здравоохранения служит соблюдение баланса интересов всех участников: граждан - в получении качественной медицинской помощи в требуемом объеме, государства - в рациональном использовании ресурсов, производителя - в экономической выгоде. В этой связи здравоохранение следует рассматривать как национальный инфраструктурный объект и составную часть общего устройства экономической системы в целом. Российская система здравоохранения на данном этапе не способна в полной мере соответствовать предъявляемым к ней современным требованиям в силу ряда факторов, таких как: низкий уровень материально-технического оснащения учреждений или невозможность содержать и обслуживать высокотехнологичные материальные средства; низкая квалификация значительной части медицинского персонала; недостаточно объективная оплата труда медицинских сотрудников; неразвитость и слабая эффективность действующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Медицинский сектор финансируется в основном за счет государственных средств. Национальный проект «Здоровье», «Программа государственных гарантий», региональные программы субъектов РФ создают благоприятный климат для развития медицинских услуг высокого качества, но государственных средств будет недостаточно для того, чтобы поднять технологический уровень здравоохранения, повысить мотивацию медицинского персонала в части оказания бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи на уровне современных стандартов, обеспечить бесплатное или льготное предоставление лекарственных средств всему населению РФ. Все это в сочетании с ожидаемым значительным удорожанием медицинских технологий и стремлением государства к обеспечению высокого уровня жизни населения диктует необходимость значительного увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения либо использования иных способов привлечения инвестиций в систему, в частности, механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП). В последние годы в России прилагаются значительные усилия в рамках формирования инновационной экономики, в том

числе в здравоохранении. Формируются инфраструктура и инструменты инновационного развития территорий, образована Комиссия при Президенте России по модернизации и технологическому развитию экономики страны, накоплен определенный опыт становления инновационной экономики в субъектах федерации. Для объединения финансового и научного потенциала разрозненных предприятий организованы госкорпорации «Российские технологии» и «Российская корпорация нанотехнологий» [2]. Межведомственной комиссией по научно-инновационной политике утверждена «Стратегия развития науки и инноваций в Российской Федерации на период до 2015 года» и план мероприятий по ее реализации, предусматривающий формирование инновационно-ориентированных кластеров, т.е. объединение предприятий-поставщиков оборудования, комплектующих, специализированных производственных и сервисных услуг, научно-исследовательских и образовательных учреждений, связанных отношениями территориальной близости и функциональной зависимости в сфере производства и реализации инновационного продукта (товаров, услуг). Кластер позволяет сосредоточить специалистов в одном направлении для решения конкретных задач [2]. Существенным элементом, обеспечивающим эффективность кластера, является участие в его деятельности не только федеральных, муниципальных, но и самых разных бизнес-структур с использованием механизма государственно-частного партнерства, которое является одним из ключевых инструментов формирования кластеров. Кластерный подход позволяет существенно повысить эффективность взаимодействия в инновационном процессе предприятий частного сектора экономики и государственных научно-исследовательских учреждений, создает дополнительную мотивацию отечественным и иностранным инвесторам для организации конкурентоспособного технологического производства на территориях с высокой концентрацией научно-технического и инновационного потенциала [2]. Согласно мнению Д.М. Амунца, ГЧП - это «совокупность форм средне- и долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях» [3]. К.С. Фиоктистов предлагает следующее определение: «Государственно-частное партнерство представляет собой весь спектр взаимодействия власти и бизнеса, нацеленный на решение глобальных и локальных задач социально-экономического развития» [4]. По нашему мнению, такое определение указывает на универсальный характер применения ГЧП на разных уровнях государственной политики. Еще одно определение государственно-частного партнерства, данное В.Г. Варнавским, выделяет значение институциональной составляющей данного понятия: «...институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом в целях реализации общественно значимых проектов и программ в широком спектре отраслей промышленности и НИОКР, вплоть до сферы услуг» [5]. Определения государственно-частного партнерства, данные В.Г. Варнавским

и М.А. Дерябиной [6] аналогичны по своей сущности и наиболее близки к теме нашего изучения. На наш взгляд, существующие определения понятия государственно-частного партнерства вполне приемлемы, поскольку рассматривают механизм государственно-частного партнерства и в узком, и в широком смысле. В зависимости от объема передаваемых частному партнеру правомочий собственности и стадий ГЧП выделяются следующие виды государственно-частного партнерства [6]:

1. BOT (Build, Operate, Transfer - строительство, эксплуатация/управление, передача). Этот механизм используется, главным образом, в концессиях. Инфраструктурный объект создается за счет концессионера, который после завершения строительства получает право эксплуатации сооруженного объекта в течение срока, достаточного для окупаемости вложенных средств. По истечении срока объект возвращается государству. Концессионер получает правомочие использования, но не владения объектом, собственником которого является государство.
2. BOOT (Build, Own, Operate, Transfer - строительство, владение, эксплуатация/управление, передача). В этом случае частный партнер получает не только правомочие пользования, но и владения объектом в течение срока соглашения, по истечении которого он передается публичной власти. Существует также обратный BOOT, при котором власть финансирует и возводит инфраструктурный объект, а затем передает его в доверительное управление частному партнеру с правом для последнего постепенно выкупить его в свою собственность.
3. Механизм BTO (Build, Transfer, Operate - строительство - передача - эксплуатация/управление) предполагает передачу объекта публичной власти сразу по завершении строительства. После приема государством он переходит в пользование частного партнера, но без передачи ему права владения.
4. При реализации механизма BOO (Build, Own, Operate - строительство, владение, эксплуатация/управление) созданный объект по истечении срока соглашения не передается публичной власти, а остается в распоряжении инвестора.
5. В рамках такого вида государственно-частного партнерства, как BOMT (Build, Operate, Maintain, Transfer - строительство, эксплуатация/управление, обслуживание, передача) специальный акцент делается на ответственности частного партнера за содержание и текущий ремонт сооруженных им инфраструктурных объектов.
6. DBOOT (Design, Build, Own, Operate, Transfer - проектирование, строительство, владение, эксплуатация/управление, передача). Особенность соглашений этого типа состоит в ответственности частного партнера не только за строительство инфраструктурного объекта, но и за его проектирование.
7. В случае соглашений типа DBFO (Design, Build, Finance, Operate - проектирование, строительство, финансирование, эксплуатация/управление), помимо ответственности частного партнера за проектирование, специально оговаривается его ответственность за финансирование строительства

инфраструктурных объектов. Привлечение инвестиций сразу во все отрасли экономики страны в полном объеме практически невозможно, к тому же всегда существуют те отрасли, которые необходимо инвестировать в первую очередь. Кроме того, отрасли в странах с разным уровнем экономического развития, в которые, по мнению правительства страны, нужно инвестировать с помощью привлечения частного сектора, существенно различаются. В странах с разным экономическим развитием партнерства, реализованные с помощью концессионной формы ГЧП, успешно применяются в транспортной (автодороги, железные дороги, аэропорты, порты, трубопроводный транспорт) и социальной инфраструктуре (здравоохранение, образование, развлечение, туризм), ЖКХ (водоснабжение, электроснабжение, очистка воды, газоснабжение и др.), в других сферах (тюрьмы, оборона, объекты военной сферы). Лидирующей чаще всего является транспортная инфраструктура, за ней с небольшим отрывом следует социальная инфраструктура. Согласно классификации ООН, использование механизма государственно-частного партнерства отличается по странам в зависимости от их социально-экономического развития. В странах «Большой семерки» (США, Великобритания, Германия, Италия, Канада, Франция, Япония) лидерами по проектам ГЧП являются: здравоохранение (184 из 615 проектов), на 2-м месте - образование (138 проектов), на 3-м - автодороги (92 проекта). Подобное распределение отраслей вполне понятно, тем более, если учитывать особенности социально-экономического развития этой группы стран. Более детальное изучение зарубежного опыта показало, что в каждой из стран «Большой семерки» 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. Таким образом, можно сделать следующий вывод: в тех странах, которые характеризуются наличием рыночной экономики, высоким уровнем производительности труда и уровнем потребления ВВП на душу населения, где государством гарантируется высокий уровень социальной защиты, где велика средняя продолжительность жизни и наблюдается высокое качество медицинского обслуживания и образования, ГЧП используется чаще в отраслях здравоохранения и образования, что продиктовано политикой государства. В связи с наличием такой тенденции в развитых странах, представляет интерес изучение вопроса в области перспектив развития государственно-частного партнерства в России и ее регионах с применением механизма ГЧП в различных отраслях экономики. Исследуя различные источники и законодательную базу в сфере государственно-частного партнерства, мы выявили наиболее актуальную, но вместе с тем мало изученную и проработанную сферу применения ГЧП - социальную сферу. Наиболее перспективной, согласно проведенному анализу, по числу востребованных

проектов ГЧП, в частности, в РТ, является медицинский сектор. На сегодняшний день в России концессионные соглашения используются в основном в ЖКХ, при строительстве автодорог, железных дорог и т.п. Однако, как показывают статистические данные, ГЧП может эффективно использоваться и в других отраслях. Что касается сферы здравоохранения, то в мировой практике применяются различные формы реализации партнерства между государством и частным бизнесом. Наиболее часто используемой моделью ГЧП является концессия, которая служит основой от 60 до 80 % всех партнерских договоров между государством и частным бизнесом в странах Европы и США. В России формулирует содержание этой модели ГЧП Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» [7]. Инвестиционные модели совместного участия государства и частного сектора в сфере здравоохранения имеют самые различные формы. В одних странах основной акцент делается на инвестиции в создание новых объектов инфраструктуры, в других - на повышение эффективности работы уже существующих. Анализ зарубежного опыта использования ГЧП (в частности стран «Большой семерки») позволил нам выделить следующие преимущества от реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения: - оптимизация затрат бюджета; - систематизация рынка частных медицинских услуг и его развитие с учетом реальных потребностей конкретных регионов; - инвестирование дополнительных ресурсов в реконструкцию существующих объектов здравоохранения; - создание сетей новых клиник на основе новейших технологий в медицине; - привлечение высококвалифицированного персонала; - повышение качества и доступности оказываемых населению медицинских услуг и предоставление высокого уровня сервиса. По состоянию на текущий 2014 г. регионы РФ участвуют в 239 проектах ГЧП, при этом реализованных проектов - 36; реализуемых - 119; планируемых - 47. При этом регионы сферой применения механизмов ГЧП считают не только инфраструктурные проекты, но и проекты любой отрасли, реализация которых способна создать дополнительные рабочие места, увеличить налоговые поступления в бюджет, обеспечить эффект для экономики региона. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ, в рамках государственно-частного партнерства в регионах РФ активно развиваются инфраструктурные проекты: фельдшерско-акушерские центры, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины. Так, ГЧП в сфере здравоохранения развивают Республики Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, а также Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край и город Москва. Министерство здравоохранения поддерживает инициативы и проекты, открывающие возможность для инвестиций в здравоохранение путем развития механизмов государственно-частного партнерства, что подтвердил министр здравоохранения РФ на

экспертном круглом столе «Эффективное здравоохранение: инструменты для развития государственно-частного партнерства», состоявшемся в рамках Гайдаровского форума 17 января 2014 г. В этой связи руководство Минздрава поддерживает разработку закона «о государственно-частном партнерстве», который должен установить единое правовое пространство и объединить нормотворчество в субъектах РФ. По мнению представителей министерства, это будет способствовать притоку частного капитала в отрасль, значительно помогая ее развитию уже в ближайшие годы [8]. В результате проведенного исследования нами был выявлен ряд тенденций в развитии ГЧП в России. Явной тенденцией является увеличение числа субъектов РФ, реализующих проекты на основе ГЧП. Лидирующее положение по проектам в области развития медицинского сектора занимает Поволжский Федеральный округ (ПФО), в частности, Республика Татарстан (по состоянию на 2014 г. зарегистрировано 8 проектов по ГЧП). Следует отметить, что вхождение частного капитала в медицинский сектор в настоящий момент является общемировой тенденцией. Внедрение инновационных практик лечения, технологическое оснащение клиник, улучшение качества оказания медицинской помощи, формирование новой институциональной структуры сферы здравоохранения обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций. Задача устранения диспропорций в конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Однако в России не имеется достаточного нормативного обеспечения подобного взаимодействия. На сегодняшний день на национальном уровне регулируются только процессы привлечения частного капитала в строительство социально-значимых объектов, что поддерживается Федеральным законом «О концессионных соглашениях», принятым в 2005 году. Государственной Думой ФС РФ 26.04.2013 г. принят проект единого закона о ГЧП («Об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации»), который в дальнейшем будет определять нормы развития этой сферы. В целях развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения принят Приказ Минздрава России от 09.01.2014г. № 6. «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству» [9]. Несмотря на отсутствие единого федерального закона, в настоящее время в большинстве регионов приняты локальные законы, регулирующие государственно-частное партнерство. Так, в Республике Татарстан принят закон от 01.08.2011г. № 50-ЗРТ (ред. от 03.03.2012) «О государственно-частном партнерстве в Республике Татарстан» [10]. В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» (от 15.04.2014г. № 294) с целью создания и развития конкурентных рынков и последовательной демополизации экономики также «...предусматривается создание условий для развития государственно-частного партнерства...» [11]. В некоторой степени

регулирует сферу ГЧП Федеральный закон от 22.07.2005г. № 116-ФЗ «Об особых экономических зонах в РФ» (поскольку предоставление бизнесу льгот на определенной территории тоже является вариантом ГЧП в широком смысле). Соответственно, развитие законодательной базы по реализации механизма государственно-частного партнерства, является еще одной существенной и необходимой тенденцией в РФ. В условиях развития инновационной составляющей отечественной экономики особое значение имеет тот фактор, что государственно-частное партнерство может как непосредственно быть нацелено на достижение инновационного эффекта, так и вызывать такого рода эффект в сопряженных отраслях, например, в отрасли производства оборудования, необходимого для реализации проекта, в области управления проектами ГЧП. Очевидно, что ГЧП, генерирующее в той или иной форме инновационные эффекты, должно рассматриваться в качестве особого приоритета со стороны государства. Как показывает мировой опыт, проблему здоровья нации нельзя решить только силами государства. Необходимо заинтересованное участие гражданского общества, прежде всего, профессионалов - медиков, а также бизнес-сообществ, объединенных в кластеры на принципах социального партнерства с привлечением государственных корпораций и частных компаний. Проводя диверсификацию отрасли, они создадут инновационную платформу для значительного числа новых «умных» рабочих мест. Несомненно, что в ближайшее время потребуются реформирование социальных институтов (в первую очередь, образовательных и трудовых), призванных обеспечить повышение квалификационного и культурного уровня рабочей силы, ее способность трудиться в высокотехнологичных, инновационно-активных сферах, в том числе и в здравоохранной. При этом основу модернизации отечественного здравоохранения должно составлять внедрение стандартов оказания медицинской помощи как совокупности технологических новаций: медицинских, управленческих и информационных.