ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

[1] М.М.Сачек, [1] Н.Е.Хейфец, [2] В.С.Петров

[1] Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь
[2] Ассоциация международных фармацевтических производителей в Республике Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

Приведено наиболее обобщенное определение понятия «государственно-частное партнерство (ГЧП)»; указаны принципиальные характеристики, правовая природа, цель, формы, модели ГЧП, основные направления взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении, которые могут быть реализованы по моделям ГЧП. Подчеркнуто, что взаимодействие государства и бизнеса в здравоохранении объединяет сильные стороны каждого из партнеров, и для того, чтобы это взаимодействие состоялось, требуется совместный интерес каждой из сторон. Указаны ожидаемые выгоды государственного и частного партнеров в ходе реализации проектов ГЧП; приведены примеры успешной реализации проектов ГЧП в здравоохранении. Охарактеризовано действующее национальное законодательство в данной сфере. Сделан вывод о том, что оно не препятствует реализации проектов ГЧП в здравоохранении, более того, отрасль выделена среди сфер, в отношении объектов инфраструктуры которых может осуществляться государственно-частное партнерство.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство (ГЧП); характеристики ГЧП; правовая природа ГЧП; цель ГЧП; формы ГЧП; модели ГЧП; ГЧП в здравоохранении; основные направления взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении; примеры реализации проектов ГЧП в здравоохранении за рубежом; Республика Беларусь; законодательство о ГЧП.

Понятие, принципиальные характеристики, правовая природа, цель, формы, модели государственно-частного партнерства. Государственно-частное партнерство (ГЧП; в Европе используется аббревиатура PPP (Public-Private Partnership), то есть публично-частное (государственно-частное/муниципально-частное) партнерство; в США и Канаде – P3 или (реже) P-P Partnerships; в Великобритании также применяется термин «частная финансовая инициатива» (Private Finance Initiative – PFI) [1]), согласно наиболее обобщенному найденному в литературе определению, представляет собой «комплексный административно-правовой, финансово-правовой, гражданско-правовой и экономический механизм сотрудничества органа публичной власти (органа государственной власти или органа местного самоуправления – государственного/муниципального партнера) с частным (негосударственным, немуниципальным) хозяйствующим субъектом (частным партнером/группой частных партнеров) в публичных интересах, характеризующийся разграничением между партнерами ответственностей, в том числе по управлению рисками, и проектируемых затрат и доходов, долгосрочной сложноструктурной функционально-целевой (корреально-функциональной и конкордантно-целевой) консолидацией финансовых, имущественных, организационно-управленческих, образовательно-компетентностных, научно-инновационных и других материальных и нематериальных ресурсов органа публичной власти и частного партнера, обеспечивающих достижение кооперационного, синергетическо-системного и мультипликативного социально-экономических эффектов, в целях совместной реализации проекта (комплекса проектов) по созданию, реновации/модернизации (в том числе на основе качественно-стоимостной оптимизации) или эксплуатации финансовоемких публичных сервисно-инфраструктурных объектов или систем либо предоставления публичных услуг, традиционно относящихся к ведению публичной власти» [2, с.62].

Следует отметить, что в специализированной литературе даются разные определения термина «государственно-частное партнерство» с акцентом на разных сторонах данного понятия. Вместе с тем, анализ этих определений позволил выявить следующие ***принципиальные характеристики ГЧП*** [3]:

1. Распределение ресурсов, рисков, ответственности, выгод государственного и частного партнеров.

2. Решение государственных общественно-значимых задач в ходе взаимодействия государства и бизнеса.

3. Длительный характер взаимодействия государства и бизнеса.

4. Наличие юридического (правового) закрепления взаимодействия государства и бизнеса.

5. Добровольность участия.

6. Наличие механизмов контроля качества работ, выполняемых частным партнером.

При заключении договоров о государственно-частном партнерстве государственный сектор переносит риски на частного партнера для осуществления эффективного управления расходами. Риски переходят, по сути, с налогоплательщиков к инвесторам.

Оптимальное распределение рисков – главнейший принцип любой схемы ГЧП. Оптимальность распределения рисков означает, что те риски, которые экономически более эффективно управляются и «поглощаются» (демпфируются, элиминируются) субъектами государственного сектора, относятся на счет государственного партнера, а иные риски, более эффективно управляемые и «поглощаемые» субъектами частного сектора, относятся на счет частного партнера (вплоть до полного возложения всех рисков на частный сектор).

Правовая природа государственно-частного партнерства определяется через «концепцию двух ключей», выступающую в роли «правовых оков» (vinculum juris) и парадигмальной основы государственно-частного партнерства и предполагающую, что орган публичной власти и частный хозяйствующий субъект реализуют функционально-целевую – корреально-функциональную и конкордантно-целевую – консолидацию своих ресурсов для совместной реализации конкретного проекта (группы проектов) при условии обеспечения приоритета публичных интересов [2, с. 62–64].

Конкордантно-целевое взаимодействие – качество, отражающее согласованность действий и целей партнеров в рамках проекта, что не означает полное совпадение целей партнеров, поскольку цели государственного партнера в рамках проекта отличаются от целей частного партнера, во всяком случае, существенно не совпадают, сближаясь лишь в части необходимости достижения объективного результата выполнения проекта по организации (строительству, модернизации и т.д.) сервисно-инфраструктурной системы (или объекта).

Корреальное взаимодействие – в общем смысле, это характеристика, отражающая совместность, солидарность и со-ответственность за что-либо.

Корреально-функциональная консолидация в данном случае обозначает, что консолидируемые для реализации конкретного проекта (группы проектов) ресурсы публичного партнера и частного партнера не просто соединяются, складываются с простейшим распределением их по направлениям реализации и ответственности, а образуют новое системное качество путем сложноструктурного солидарного (по совместному решению, при совместной корректировке) функционально детерминированного оптимального распределения (делегирования) по каждому из партнеров тех или иных связанных с конкретным проектом вещных прав, финансовых расходных, гарантийных и иных обязательств, ответственности за выполнение тех или иных действий или за достижение тех или иных результатов, ответственности за управление теми или иными финансово-экономическими, организационно-политическими и иными рисками, ответственности за те или иные возможные, в том числе прогнозируемые, деликты, а также доходов таким образом, что стороны солидарно отвечают в целом за проект, субсидиарно отвечая за те или иные аспекты его реализации. То есть, принцип двух ключей заключается в том, что только при совместной работе и совместной ответственности обоих партнеров (или всех партнеров, если их в проекте более двух) проект будет реализован (чтобы запустить проект, следует повернуть одновременно оба «ключа»), и, напротив, – реализация проекта остановится, если хотя бы один из партнеров будет бездействовать или ненадлежащим образом исполнять свои обязанности по контракту государственно-частного партнерства. Речь идет об установлении и поддержании для обоих партнеров (всех партнеров) баланса (балансов) функциональной системы (систем) «интересы – действия (включая затраты) – ответственность – получаемые на выходе блага».

Содержание рассматриваемой концепции правовой природы государственно-частного партнерства, основывающейся на «концепции двух ключей», с теоретической точки зрения раскрывается через выявление и описание находящихся в системном единстве следующих принципов:

эффективность расходования бюджетных средств;

приоритет публичных интересов (как выражение принципа народовластия, лежащего в основе деятельности демократического государства);

императив социальной пертинентности (полезности, социоцентричности) экономической политики государства;

социальная ответственность бизнеса;

государственно-общественный характер управления в ряде сфер общественных отношений (в сфере здравоохранения, образования, культуры, спорта и т.д.);

информационная открытость;

обеспечение государственного контроля, в том числе парламентского, и общественного контроля [2, с.62–64].

Цель ГЧП – создание добавленной стоимости (рациональное использование средств как оптимальное сочетание всех проектных затрат, рисков и выгоды) и повышение экономической эффективности. Эта цель может быть достигнута, когда обе стороны, государственный и частный сектор, несут ответственность за ту часть проекта, где они имеют больше компетенций, и принимают на себя те риски, с которыми они могут справиться лучше [4].

В Практическом руководстве Европейской экономической комиссии по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства содержится следующее утверждение: «Государственно-частное партнерство основывается с целью обеспечить финансирование, планирование, исполнение и эксплуатацию объектов, производств и предоставления услуг государственного сектора. Его ключевыми особенностями являются:

a) долгосрочность обеспечения и предоставления услуг (иногда сроком до 30 лет);

b) передача рисков частному сектору;

c) многообразие форм долгосрочных контрактов, заключаемых юридическими лицами с государственными и муниципальными структурами.

ГЧП обращается к инновационным методам, применяемым государственным сектором для заключения контракта с частным сектором, использующим свой капитал и управленческий потенциал при реализации проектов в соответствии с установленными временными рамками и бюджетом, в то время как государственный сектор сохраняет ответственность за обеспечение населения этими услугами выгодным для него способом и оказывает позитивное воздействие на экономическое развитие и повышение качества жизни населения.

Существуют различные типы ГЧП, создаваемые в силу разных причин, покрывающие широкий круг рыночных сегментов и отражающие разного рода потребности государства в услугах инфраструктуры. Несмотря на разнообразие типов ГЧП, можно выделить две основные категории: институциональное ГЧП, которое охватывает все формы совместных предприятий между государственными и частными участниками; и контрактное ГЧП» [5, с.1].

Важно уточнить, что «не всякое взаимодействие государства и частного капитала в смешанной экономике можно отнести к категории государственно-частного партнерства, а лишь такое, когда бизнес по поручению и при поддержке государства выполняет функции, которые раньше возлагались на последнее, когда рыночные начала внедряются в традиционную сферу активности государства, в том числе в инфраструктуру» [6, с.89–90].

В мировой практике сложилось множество разнообразных моделей, форм, типов и конкретных вариантов реализации партнерских отношений между государством и бизнесом. Принятые классификации ГЧП выделяют обычно следующие ***формы*** [7, с.14–15]:

1. *Контракты* как административный договор, заключаемый между государством (органом местного самоуправления) и частной фирмой на осуществление определенных общественно необходимых и полезных видов деятельности. Наиболее распространенными в практике ГЧП считаются контракты на выполнение работ, на оказание общественных услуг, на управление, на поставку продукции для государственных нужд, на оказание технической помощи. В административных контрактных отношениях права собственности не передаются частному партнеру, расходы и риски полностью несет государство. Интерес частного партнера состоит в том, что по договору он получает право на оговариваемую долю в доходе, прибыли или собираемых платежах. Как правило, контракты с государственным или коммунальным органом являются для частного предпринимателя весьма привлекательным бизнесом, так как помимо престижа гарантируют ему устойчивый рынок и доход, а также возможные льготы и преференции.

2. *Аренда* в ее традиционной форме (договора аренды) и в форме *лизинга*. Особенность арендных отношений между управленческими структурами и частным бизнесом заключается в том, что на определенных договором условиях происходит передача частному партнеру государственного или муниципального имущества во временное пользование и за определенную плату. Традиционные договоры аренды предполагают возвратность предмета арендных отношений, причем пра-

вомочие по распоряжению имуществом сохраняется за собственником и не передается частному партнеру. В специально оговариваемых случаях арендные отношения могут завершиться выкупом арендуемого имущества. В случае договора лизинга лизингополучатель всегда имеет право выкупа государственного или муниципального имущества.

3. *Концессия* (концессионное соглашение) – специфическая форма отношений между государством и частным партнером, особенность которой заключается в том, что государство (муниципальное образование) в рамках партнерских отношений, оставаясь полноправным собственником имущества, составляющего предмет концессионного соглашения, уполномочивает частного партнера выполнять в течение определенного срока оговариваемые в соглашении функции и наделяет его с этой целью соответствующими правомочиями, необходимыми для обеспечения нормального функционирования объекта концессии. За пользование государственной или муниципальной собственностью концессионер вносит плату на условиях, оговоренных в концессионном соглашении.

Согласно международной классификации, в зависимости от содержания и объема передаваемых частному партнеру правомочий собственности, инвестиционных обязательств сторон, принципов разделения рисков между партнерами, ответственности за проведение различных видов работ, выделяют следующие ***модели государственно-частного партнерства*** [2, с.392–397]:

• модель «Строительство – эксплуатация/управление – передача» («Build – Operate – Transfer» (BOT)) используется, главным образом, в концессиях и предусматривает со стороны частного партнера проектирование, финансирование и строительство за свой счет нового инфраструктурного объекта на основе долгосрочного концессионного соглашения и эксплуатацию этого объекта в течение определенного периода (достаточного для окупаемости вложенных средств), по истечении которого указанный объект возвращается государственному партнеру (данная модель охватывает модели BOOT и BLOT с единственным отличием – по форме собственности объекта); концессионер получает правомочие эксплуатации/управления, но не владения объектом, собственником которого является государство;

• модель «Строительство – владение – эксплуатация – передача» («Build – Own – Operate – Transfer» (BOOT)), предусматривающая получение частным партнером прав на финансирование, проектирование, строительство и эксплуатацию сооружения, включая взимание платы за использование, в течение определенного периода, по истечении которого право собственности возвращается государству; в этом случае частный партнер получает не только правомочие пользования, но и владения инфраструктурным объектом в течение указанного периода;

• модель «Обратный BOOT», предусматривающая, что государственный партнер финансирует и осуществляет строительство инфраструктурного объекта, после чего передает его в доверительное управление частному партнеру с правом для последнего постепенно выкупить его в свою собственность;

• модель «Строительство – передача – эксплуатация/управление» (Build – Transfer – Operate» (BTO)), предусматривающая строительство (частично или полностью) частным партнером инфраструктурного объекта по согласованному с государственным партнером плану, по завершении строительства инфраструктурный объект передается государственному партнеру; после приема объекта государством он переходит в управление частного партнера, но без передачи ему права владения (срок соглашения должен быть достаточным, чтобы частный партнер смог окупить свои вложения); по истечении оговоренного контрактом периода государственный партнер берет управление объектом на себя, либо перезаключает контракт с указанным частным партнером (или управляющей организацией), либо вправе заменить партнера;

• модель «Приобретение – строительство – эксплуатация/управление» («Buy – Build – Operate» (BBO)), предусматривающая передачу государственного имущества частному партнеру на условиях модернизации этого имущества и его эксплуатации в течение определенного периода времени, государственный контроль – в течение действия соглашения;

• модель «Строительство – владение – эксплуатация/управление» («Build – Own – Operate» (BOO)), предусматривающая, что созданный инфраструктурный объект по истечении срока соглашения не передается государственному партнеру, а остается в распоряжении частного партнера, то есть собственником инфраструктурного объекта после его возведения становится частный партнер; частный партнер финансирует, осуществляет строительство, владение и эксплуатацию инфраструктурного объекта или оказывает инфраструктурные или иные публичные услуги на основе пожизненного владения или аренды; государство наделено регулирующими полномочиями;

• модель «Строительство – аренда – эксплуатация – передача» («Build – Lease – Operate – Transfer» (BLOT)), предусматривающая получение частным партнером франшизы на финансирование, проектирование, строительство и эксплуатацию арендуемого инфраструктурного объекта, включая взимание платы с потребителей услуг, в течение определенного периода аренды и с внесением рентных платежей;

• модель «Проектирование – строительство – финансирование – эксплуатация/управление» («Design – Build – Finance – Operate» (DBFO)), предусматривающая проектирование, финансирование, строительство и эксплуатацию частным партнером нового инфраструктурного объекта на основе и в течение определенного периода долгосрочной аренды (собственником при этом остается государство), по истечении которого частный партнер передает указанный объект государственному партнеру; источником дохода для частного партнера является плата от пользователей инфраструктурного объекта, иногда с государства взимается арендная плата («скрытая оплата»), когда за пользование объектом платят не реальные потребители, а государство (например, за проезд по платной магистрали); за рубежом наиболее часто используется для строительства платных дорог;

• модель «Разработка – строительство – финансирование – поддержка» (Design – Build – Finance – Maintain (DBFM)), предполагающая несколько более широкое, нежели предыдущая модель, участие частного партнера в эксплуатации объекта (дополнительно предусмотрена более широкая «поддержка»);

• модель «Разработка – строительство – финансирование – передача» («Design – Build – Finance – Transfer» (DBFT)), являющаяся, по сути, подвидом модели DBFO;

• модель «Проектирование – строительство – финансирование» («Design – Build – Finance» (DBF)), также, по сути, являющаяся подвидом модели DBFO; функции оператора берет на себя государство;

• модель «Проектирование – строительство – управление», или «модель оператора» («Design – Build – Operate» (DBO)), предусматривающая ответственность частного партнера за проектирование, строительство и эксплуатацию инфраструктурного объекта, создание которого финансируется государственным партнером и который остается в собственности государственного партнера;

• модель «Строительство – эксплуатация/управление – обслуживание – передача» («Build – Operate – Maintain – Transfer» (BOMT)), предусматривающая специальный акцент на ответственности частного партнера за содержание и текущий ремонт сооруженных им инфраструктурных объектов;

• модель «Проектирование – строительство – владение – эксплуатация/управление – передача» («Design – Build – Own – Operate – Transfer» (DBOOT)), предусматривающая ответственность частного партнера не только за строительство инфраструктурного объекта, но и за его проектирование;

• модель «Проектирование – строительство» («Design – Build» (DB)), предусматривающая осуществление частным партнером проектных работ и строительства (за оговоренную контрактом сумму вознаграждения) инфраструктурных объектов на основе строительного контракта немедленной эксплуатации для удовлетворения запросов государственного сектора на услуги, часто оказываемые по фиксированной стоимости; на частного партнера возлагается ответственность за проектирование и осуществление всех строительных работ и работ, связанных с запуском объекта, на частного же партнера возлагаются все риски, связанные с данными видами деятельности; государственный партнер несет ответственность за финансирование, управление и эксплуатацию инфраструктурного объекта; при этом риск за перерасход передается частному сектору; в силу особенности данного типа соглашений, их не всегда относят именно к одной из разновидностей государственно-частных партнерств, называя такие отношения контрактами на выполнение государственного заказа; в рамках данной модели иногда выделяют модель «Проектирование/строительство с гарантией», предусматривающую гарантирование частным партнером определенного уровня качества созданного инфраструктурного объекта с изначально заданными показателями;

• модель «Участие в финансировании» («Finance Only»), предусматривающая, что частный партнер (компания по оказанию финансовых услуг) финансирует проект напрямую или посредством различных механизмов, таких, как долгосрочная аренда или выпуск ценных бумаг (облигаций);

• модель «Право на эксплуатацию» («Operation License»), предусматривающая получение частным партнером права (лицензии) на производство и предоставление публичной услуги в течение определенного периода (часто используется в проектах по информационным технологиям (ИТ));

• модель «Контракт на эксплуатацию и обслуживание» («Operation & Maintenance Contract» (O & M), иначе – «Operations and Maintenance Concession» (O & M Concession)), обычно используемая с целью организации эксплуатации существующих инфраструктурных объектов и предусматривающая эксплуатацию частным партнером в соответствии с условиями контракта в течение определенного периода принадлежащего государственному партнеру имущества, при этом право собственности на имущество сохраняется за государственным партнером; в контракте может быть оговорен существенный круг аспектов по обслуживанию и управлению объектом; частный партнер получает фиксированное вознаграждение или вознаграждение на основе стимулирующей «плавающей шкалы», когда размеры выплат зависят от уровня и качества обслуживания инфраструктурного объекта или качества оказания инфраструктурных услуг; в силу особенности данного типа соглашений, их не всегда относят именно к одной из разновидностей государственно-частных партнерств, называя контракты сервисными или контрактами на обслуживание;

• модель «Долгосрочная аренда/лизинг» («Long Term Lease» (LTL)), обычно используемая с целью организации эксплуатации существующих инфраструктурных объектов и предусматривающая заключение договора аренды (лизинга) существующих платных объектов, построенных за счет государства, с частным партнером (концессионером); в течение предусмотренного контрактом периода частному партнеру предоставлено право самому взимать плату за использование инфраструктурного объекта третьими лицами, но при этом частный партнер обязан управлять объектом и эксплуатировать его, в ряде случаев производить ремонт (усовершенствование) объекта, а также уплатить государству авансовый концессионный сбор;

• модель «Аренда – развитие – эксплуатация/управление» («Lease – Develop – Operate» (LDO)), используемая как для целей организации эксплуатации существующих инфраструктурных объектов, так и для целей создания и модернизации новых инфраструктурных объектов и предусматривающая, что государственный партнер предоставляет частному партнеру (концессионеру) право аренды для управления и дальнейшего развития (расширения, усовершенствования) существующего инфраструктурного объекта; частный партнер осуществляет инвестиции для совершенствования существующего объекта с расчетом, что в последующем данный объем инвестиций окупится при положительном уровне рентабельности.

С развитием механизма ГЧП, появлением и апробированием новых моделей, следующим этапом стали определение и разработка моделей ГЧП, наилучшим образом подходящих для той или иной отрасли экономики. К примеру, *для сферы здравоохранения можно выделить следующие модели государственно-частного партнерства* [1, с.71]:

• модель BOLB («Buy – Own – Lease Back» – «Приобретение – Владение – Продажа объекта с условием получения его обратно в аренду»), в рамках которой частный партнер строит объект медицинского назначения, продает построенный объект государству с условием получить его обратно в аренду и продолжать управлять им в дальнейшем. Затраты частного бизнеса окупаются за счет выплат, получаемых от государства в течение срока действия контракта, или за счет непосредственного оказания услуг населению;

• модель Alzira, согласно которой частный партнер строит объект медицинского назначения и управляет им, параллельно заключая контракт на предоставление услуг определенной группе населения. Эта уникальная модель была разработана в Валенсии (Испания) и реализована в больнице Альзира, управляемой частным консорциумом, который также предоставлял медицинские услуги определенной группе населения в обмен на ежегодные платежи из государственного бюджета в расчете на одного человека.

Государственно-частное партнерство обладает привлекательными особенностями для обеих сторон. Так, для государственного партнера ГЧП является механизмом, позволяющим ему при правильной организации получить приток ресурсов из частного сектора, оптимизировать инвестиции и стимулировать развитие страны во многих сферах с соблюдением публичных интересов. Для частного сектора ГЧП позиционируется как форма эффективной реализации своих инвестиционных проектов. Частному сектору государственно-частное партнерство дает очевидные выгоды в виде получения существенных доходов, нового ценного управленческого и хозяйственно-экономического опыта, развития и привлечения технологических инноваций.

В силу указанной привлекательности для всех участников процесса в различных регионах реализовано множество проектов ГЧП. О распределении объемов проектов государственно-частного партнерства по регионам мира в 1985–2011 гг. можно судить по представленной диаграмме (рис. 1 [8, с.4]).

Рис. 1. Общий объем проектов государственно-частного партнерства по регионам мира в 1985–2011 гг. (в млрд долл. США) [8]

Реформирование здравоохранения и актуальность проектов, реализуемых с помощью моделей государственно-частного партнерства. В здравоохранении как важнейшей отрасли социальной сферы реализуется существенная часть проектов ГЧП. Так, к 2010 г. в странах G7 в сфере здравоохранения реализовано 184 из 615 проектов ГЧП, в Великобритании – 123 из 353 проектов.

В данной отрасли скрещиваются интересы государства и бизнеса. В частности, очевидна необходимость перехода на современные методы управления в здравоохранении. Возможное решение – привлечение частного сектора к управлению операционной деятельностью организаций здравоохранения, взаимодействие государственного и частного партнеров при управлении активами, закупками, реализации кадровой политики, бизнес-планировании, расширении спектра предлагаемых услуг. Ожидаемый при этом результат: со стороны государства – повышение качества и расширение спектра доступных услуг, повышение эффективности использования ресурсов; со стороны бизнеса – расширение операционных возможностей, обеспечение стабильности.

Следующая задача – развитие современной инфраструктуры оказания медицинской помощи, переход к инновационным информационным технологиям обеспечения лечебно-диагностического процесса. Ее решение также возможно при привлечении частного сектора к проектированию, планированию, строительству медицинских мощностей, проектированию, поставкам и сопровождению программного обеспечения и компьютерной техники.

Привлечение частного сектора к организации непрерывного процесса усовершенствования, в том числе на базе зарубежных клиник, может сыграть важную роль в процессе повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров.

Публичный интерес в этом случае состоит в повышении качества и доступности медицинской помощи, закреплении лучших медицинских кадров, интерес бизнеса – в создании рынка качественных медицинских услуг и условий для их дальнейшего экспорта.

Государство заинтересовано в повышении эффективности здравоохранения за счет развития конкурентной среды; для объективной оценки качества медицинской помощи необходим эффективный негосударственный контроль, что возможно при привлечении частного сектора к нормотворческой деятельности, организации диалога с населением и медицинской общественностью, созданию эффективной системы мониторинга социальной удовлетворенности и результатов, реализации пилотных проектов по автономизации, корпоратизации и/или приватизации медицинских объектов. Бизнес при этом заинтересован в создании благоприятного инвестиционного климата, стабильности и государственных гарантиях.

Государственные гарантии снижают риски бизнеса. На рис. 2 [9, с.2] в иллюстративной форме указано место ГЧП, включая различные формы его реализации, в сравнении с приватизацией в диапазоне рисков для бизнеса.

Проблема постоянно растущих расходов на здравоохранение актуальна для большинства стран мира независимо от избранного ими политического и экономического пути развития. В разгар мирового финансово-экономического кризиса, в 2008–2009 гг., эксперты рейтингового агентства Moody's, в первую очередь, для предотвращения суверенного дефолта рекомендовали правительствам четырех крупнейших государств Запада (США, Германия, Великобритания и Франция) реформировать системы здравоохранения и пенсионного обеспечения. Вместе с тем, сам процесс реформирования здравоохранения, тенденции развития отрасли и наблюдаемое состояние системы оказания медицинской помощи в разных странах позволяют сделать определенные обобщения и

Рис. 2. Место различных форм реализации государственно-частного партнерства в диапазоне рисков для бизнеса [9]

выделить перспективные направления решения возникших проблем:

1. Финансовое бремя постоянно растет в связи с появлением новых медицинских технологий; старением общества; необходимостью повышать оплату труда медицинских работников; ростом запросов населения; необходимостью поддерживать и обновлять инфраструктуру.

2. Новый технологический уровень оказания медицинской помощи требует дополнительных вложений в обеспечение более высокой квалификации медицинского персонала.

3. Для повышения эффективности управления сетью организаций здравоохранения необходим переход на современные технологии менеджмента.

4. В странах постсоветского пространства проблемы доступности и качества медицинской помощи усугубляются:

ограниченностью государственных источников финансирования;

несбалансированностью объема гарантий и объема финансирования;

структурными диспропорциями;

низким уровнем технологического оснащения;

проблемами квалификации кадров;

неконкурентным качеством услуг;

разочарованием общества в возможностях государственной системы здравоохранения;

административными барьерами для участия частного сектора в выполнении государственного заказа;

неэффективностью административных методов ограничения конкуренции, приводящих к консервации нерыночных отношений и усугубляющих проблемы отрасли.

5. Эффективность использования ресурсов и управления может возрасти при использовании механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении.

6. Софинансирование медицинских услуг со стороны частного бизнеса также способствует созданию финансовых стимулов для повышения эффективности и качества.

7. При этом, привлечение частного сектора в социальную сферу требует налогового стимулирования и законодательно установленных гарантий для инвесторов.

Основными направлениями взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении являются [3]:

1. *Оказание медицинских услуг*. В случае, когда государство не имеет производственных и организационных возможностей для качественного оказания определенных медицинских услуг в соответствии с гарантированным им же (государством) перечнем, актуальным является заключение договора на выполнение государственного заказа с частными организациями здравоохранения (ОЗ). В настоящее время в здравоохранении есть опыт реализации данного взаимодействия. Следует, при этом, отметить особенности взаимодействия в данном случае. Во-первых, интерес частных ОЗ в таком взаимодействии носит имиджевый характер, позволяет увеличить узнаваемость и привлечь население к получению платных услуг, но не имеет прямой экономической выгоды, так как тарифы обязательного медицинского страхования (в странах со страховой медициной) чаще всего не покрывают фактических затрат на оказание медицинской услуги. Оказав бесплатную медицинскую услугу высокого качества (в рамках государственных гарантий оказания медицинской помощи), частный партнер рассчитывает на то, что пациент приобретет дополнительно платные медицинские услуги. В результате данного взаимодействия государство постепенно «подталкивает» население к переходу с оказания медицинской помощи бесплатно на платную основу. Во-вторых, не до конца проработан вопрос отбора частной ОЗ в конкурсе на государственный заказ и мониторинга за ее деятельностью с точки зрения обеспечения требуемого уровня качества оказания медицинских услуг. В-третьих, взаимодействие, как правило, ограничивается годовым контрактом на оказание медицинских услуг и, по своей сути, позволяет закрыть имеющуюся проблему в краткосрочном периоде, так как государство не справляется с объемами оказания медицинских услуг, но не решает ее в долгосрочном плане.

2. *Аренда имущества*. В зависимости от сложившейся ситуации в аренду могут быть представлены: неиспользуемые или высвобожденные в результате организационно-технических мероприятий помещения государственных организаций здравоохранения; временно не используемое оборудование, принадлежащее государственной организации; оборудование, не используемое в связи с приобретением более современного; помещение, оснащенное оборудованием. С другой стороны, излишек помещений и оборудования может быть свойственен и частной ОЗ. В этом случае арендатором может выступать государство. Как и в предыдущем направлении взаимодействия, аренда имущества является, как правило, вариантом «латания дыр», а не стратегическим решением. Однако, в отличие от первого направления, она

может иметь не только краткосрочный, но среднесрочный и долгосрочный характер.

3. *Аренда персонала (аутстаффинг)* – привлечение компанией на время выполнения определенного проекта внештатных специалистов, имеющих необходимые знания, навыки и опыт. Также в рамках данной технологии практикуется выведение сотрудников за штат компании-заказчика и оформление их в штат компании-провайдера (аутстаффера), которая выполняет все обязанности работодателя. Сотрудник при этом продолжает работать на прежнем месте и выполнять прежние обязанности, но компания-заказчик не заключает с ним каких-либо соглашений, не оплачивает его труд, а лишь оплачивает услуги аутстаффера.

4. *Аутсорсинг*. В условиях, когда реализация непрофильных видов деятельности государственной организации здравоохранения обходится дороже, чем их передача частному бизнесу, целесообразен их аутсорсинг. Чаще всего функциями, передаваемыми на аутсорсинг в здравоохранении, являются: информационные технологии, бухгалтерский учет, клининг. В отдельных случаях может быть рассмотрен вопрос передачи на аутсорсинг организации питания в государственных ОЗ, работы прачечных, ремонт и содержание зданий и оборудования, лабораторных исследований.

В настоящее время аутсорсинг в большинстве ОЗ на постсоветском пространстве ограничен сроком в 1 год, что связано с ежегодным утверждением бюджета. Однако, при заключении контракта государственно-частного партнерства договор аутсорсинга может быть заключен на долгосрочный период (15–20 лет). Именно долгосрочный контракт выгоден аутсорсеру, так как, как правило, вложения в передаваемую функцию как раз в первый год достигают максимального уровня и лишь спустя некоторое время начинают приносить аутсорсеру экономическую выгоду.

Основными выгодами аутсорсинга являются: экономия времени, более высокое качество передаваемых функций (услуг), обеспечиваемое узкой специализацией, возможность привлечения ресурсов аутсорсера в условиях отсутствия у бюджетных учреждений возможности получения кредитов, высвобождение бюджетных средств конкретной организации здравоохранения для других целей.

5. *Финансовое взаимодействие*. Финансовое взаимодействие может осуществляться в следующих формах: привлечение частного капитала для решения социально значимых задач с возмещением части вложенных средств на основе отсроченных и частичных платежей (характерно для контрактной формы государственно-частного партнерства), предоставление грантов частному медицинскому бизнесу для реализации социально значимых проектов в здравоохранении, добровольные взносы бизнеса в виде благотворительных взносов в государственные организации здравоохранения (социальная ответственность бизнеса), прямое инвестирование государства в частную ОЗ с получением доли в уставном капитале (создание совместных организаций здравоохранения – институциональная форма государственно-частного партнерства).

6. *Обмен управленческими технологиями*, что может быть реализовано в ходе курсов повышения квалификации, практических семинаров и тренингов. При этом носителем знаний может являться как государство, так и бизнес.

7. *Формирование баз данных идей* для решения актуальных проблем в здравоохранении и *разработка и реализация проектов по их воплощению*.

Участие государства и бизнеса в данном процессе может быть на разных стадиях в зависимости от компетенций. В настоящее время именно данное направление наиболее актуально и менее всего проработано как с организационной, так и с нормативно-правовой стороны. По сути, данное направление, несмотря на то, что соответствует существенным признакам государственно-частного партнерства, по определению им не является. В этом направлении взаимодействия интерес представляет организация самого процесса, в ходе которого не всегда требуется передача имущества в долгосрочное пользование, более того, может даже не потребоваться дополнительное финансирование.

Взаимодействие государственных органов управления в сфере здравоохранения и частного партнера строится на основе имеющихся у каждой из сторон компетенций.

Государственный партнер имеет следующие компетенции: правовые полномочия, участие в формировании спроса (государственного заказа) на медицинские услуги. Государственный партнер владеет большим имущественным комплексом в здравоохранении и трудовыми ресурсами.

Частный партнер владеет навыками эффективного управления, умениями рационально использовать ресурсы (трудовые, материально-технические, финансовые). Частный партнер является носителем современных управленческих и медицинских технологий. Каждый из партнеров в определенный период времени обладает финансовыми

ресурсами, которые могут быть вложены в интересующий объект в сфере здравоохранения.

Таким образом, взаимодействие государства и бизнеса в здравоохранении объединяет сильные стороны каждого из партнеров.

Для того, чтобы взаимодействие между государством и бизнесом в здравоохранении состоялось, требуется совместный интерес каждой из сторон.

Основными ожидаемыми выгодами органов власти в сфере здравоохранения от взаимодействия с частным партнером являются:

возможность разработки стратегии развития здравоохранения без секторального разделения на государственное и частное здравоохранение;

привлечение финансовых ресурсов;

уменьшение финансовых и производственных рисков;

внедрение современных методов управления в здравоохранение;

сокращение государственных капитальных вложений в здравоохранение, следовательно, высвобождение средств на другие приоритеты в сфере здравоохранения;

повышение эффективности оказания медицинских услуг за счет поиска резервов сокращения затрат без потери качества;

сокращение сроков реализации проектов в сфере здравоохранения;

повышение качества и доступности медицинских услуг;

повышение сервиса при оказании медицинской помощи;

создание новых рабочих мест, перевод персонала (при реализации некоторых направлений взаимодействия государства и бизнеса) из государственной организации здравоохранения в частную;

сохранение прав собственности на объекты здравоохранения, передаваемые частному партнеру.

Частный партнер, вступая во взаимодействие с государственными органами управления в сфере здравоохранения, ожидает следующих выгод:

доступ к государственным активам и ресурсам в сфере здравоохранения;

стабильность развития бизнеса (в частности, гарантии денежных потоков в долгосрочной перспективе при реализации государственно-частного партнерства);

государственная поддержка при реализации инновационных проектов в здравоохранении;

распределение финансовой нагрузки в тех случаях, когда государство возмещает часть инвестированных средств в совместный проект в здравоохранении.

В настоящее время в большинстве стран мира с рыночной экономикой имеются примеры применения каких-либо форм ГЧП в сфере оказания медицинских услуг и обеспечения функционирования системы здравоохранения в целом.

Государственно-частное партнерство, осуществляемое с целью предоставления медицинских услуг, обычно являет собой долгосрочный контракт, заключаемый между государственной организацией и одной или несколькими частными компаниями, имеющими статус юридических лиц. В рамках данного контракта государство обеспечивает устойчивость своей бюджетной системы и сохраняет возможность для финансирования других статей бюджета, устанавливает основные принципы и цели, направленные на совершенствование системы здравоохранения, обеспечение доступности и качества медицинских услуг и передает частным партнерам полномочия по модернизации, строительству, обслуживанию и обеспечению оказания согласованной деятельности согласно положениям контракта. Частный сектор получает определенную оплату за производимые услуги, а также несет значительные финансовые, технические и эксплуатационные риски, в то же время, извлекая выгоды из потенциала роста общей экономии затрат [10].

Обобщенно можно выделить следующие виды контрактов государственно-частного партнерства в области здравоохранения [2, с.420–421]:

– «классические» контракты государственно-частного партнерства на строительство, модернизацию, оснащение, техническую эксплуатацию, обслуживание и управление объектами медицинской инфраструктуры, а также крупные системно-инфраструктурные проекты ГЧП в области здравоохранения;

– контракты ГЧП на коммунальное и иное ресурсное аутсорсинговое обслуживание организаций здравоохранения;

– контракты ГЧП, связанные с финансированием оказания медицинских услуг, с инвестированием в повышение эффективности и качества предоставляемых медицинских услуг;

– контракты ГЧП на управление отдельными функциями или услугами в области здравоохранения;

– иные виды контрактов, направленных на удовлетворение тех или иных потребностей или разрешение каких-либо проблемных ситуаций.

Хотя в настоящее время в сотрудничестве между государством и частным сектором в области

здравоохранения применяется преимущественно первый из вышеуказанных видов контрактов государственно-частного партнерства, одновременно неуклонно увеличивается использование частного капитала и в области предоставления медицинских услуг.

Сотрудничество в форме государственно-частного партнерства в области здравоохранения также может реализовываться в разных формах с различным объемом обязательств сторон и различной степенью ответственности частного и государственного секторов и на основе разнообразных схем распределения рисков (в том числе, схем разделения рисков (Risk-sharing schemes) в лекарственном обеспечении, которые являются приемлемой формой контракта на закупку дорогостоящих лекарственных средств, учитывающей интересы плательщика – государства и поставщика препарата; при этом, в основе договоренностей лежат различные условия, которые определяют объемы, сроки и способы возмещения затрат производителя лекарственных препаратов за счет средств общественной системы здравоохранения; следует отметить, что эти соглашения обычно не рассматриваются в контексте государственно-частного партнерства, но во многом соответствуют характеристикам и целям ГЧП).

Отмечено, что в странах, где превалирует государственная система здравоохранения, многие услуги, требующие финансовых затрат, например, лекарственное обеспечение, вспомогательные услуги, обеспечиваются частным сектором. В странах с преобладающим частным сектором в сфере здравоохранения государство оказывает большое влияние на деятельность, распространение и конфигурацию принадлежащих частному сектору организаций здравоохранения посредством осуществления правового регулирования и предоставления финансовых стимулов [11, с.890].

Наряду с упомянутыми выше моделями BOLB и Alzira, в сфере здравоохранения применяются и другие модели государственно-частного партнерства, а именно [2, с.421–422]:

1) коммерческая концессия, в рамках которой заключаются контракты между государственными органами и частными предприятиями с целью управления уже существующими ОЗ;

2) модель, обозначаемая в международной классификации государственно-частных партнерств аббревиатурой DBFO (проектирование, строительство, финансирование и эксплуатация соответствующего учреждения), подразумевающая проектирование объекта согласно установленным государством требованиям, строительство объекта, финансирование капитальных затрат, а также эксплуатацию объекта частным консорциумом;

3) модель, обозначаемая в международной классификации государственно-частных партнерств аббревиатурой BOO (строительство, владение и эксплуатация объекта медицинской инфраструктуры), согласно которой орган государственной власти приобретает услуги на определенный период, например, на 30 лет, по истечении которых право собственности остается за частным поставщиком;

4) модель BOOT (строительство, владение, эксплуатация и передача объекта медицинской инфраструктуры), подразумевающая приобретение органом государственной власти услуг на определенный период времени, по истечении которого объект переходит в собственность государства.

Концессионные соглашения, являющиеся одной из форм взаимодействия государственного сектора с частным сектором в исследуемой сфере, представляют собой соглашения с частным сектором, согласно которым в отношении уже существующих объектов право собственности остается у государственного партнера, а частный партнер ответственен за привлечение новых инвестиций, а также за эксплуатацию и техническое обслуживание существующего имущества. Также концессионные соглашения могут заключаться в отношении новых объектов, в этом случае частный партнер занимается проектированием, строительством и эксплуатацией. Концессионные соглашения, как правило, перекладывают основную часть инвестиционных рисков на частный сектор, хотя государственный партнер зачастую предоставляет непосредственные или косвенные гарантии защиты от каких-либо рисков частному сектору. Частные финансовые инициативы, включающие в себя также концессию, на практике развивались как средство финансирования капитальных вложений в сферу здравоохранения. Так, в Великобритании частные финансовые инициативы, являющиеся самым известным на данный момент примером данного механизма, являются частными консорциумами, которые заключают долгосрочные контракты с государством в целях осуществления финансирования, строительства и управления новыми проектами, например, консорциумы могут производить финансирование строительства помещений и оборудования медицинских учреждений, которые затем арендуют государственные партнеры [12, с.2–3].

Примеры реализации проектов государственно-частного партнерства в здравоохра-

нении. Лидерами в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении являются Великобритания, Канада, Франция.

В настоящее время в **Великобритании** государственно-частное партнерство активно реализуется в самых разных сферах общественных отношений.

Предоставление частным сектором основных государственных услуг имеет давнюю традицию в Соединенном Королевстве, особенно в области строительства объектов инфраструктуры, что, однако, не относится к сектору здравоохранения, в отношении которого полная приватизация, произведенная в других отраслях экономики в 1980-х гг., не была осуществлена по причине существования определенных трудностей на рынке труда. Вместо этого были разработаны квазирыночные решения, в основном, в виде разделения между покупателями, приобретателями услуг и поставщиками в государственном секторе. Следующим шагом стала передача функции оказания медицинских услуг из государственного в частный сектор, что, среди прочего, было использовано как средство повышения цен, а также ускорения темпа и повышения качества модернизации в области здравоохранения. Такой подход объяснялся тем, что государственный сектор по природе своей является менее гибким и эффективным, чем частный [11, с.890]. Государство отказалось от догмы, что бюджетное финансирование подразумевает предоставление услуги исключительно государством. В результате, в 2008 г. частный сектор оказывал около 10% медицинских услуг, что, в свою очередь, позволило снизить нагрузку на государственные организации [13, с.102–103].

Для преобразований нужны деньги. Традиционно в Великобритании источником инвестиций являлись налоги. Однако, постоянное давление на бюджет побудило правительство искать новые пути. Одна из альтернатив – государственно-частное партнерство. В рамках этой модели государственный сектор заключает с частным партнером договор о строительстве, управлении и обслуживании мощностей на определенный период времени, по истечении которого больница либо переходит в собственность государства, либо, если такая возможность предусмотрена договором, сохраняется за частным собственником. На практике чаще всего встречается первый вариант: частные партнеры, как правило, не стремятся сохранить за собой больничные здания, которые сложно использовать каким-либо иным образом. Возврат объектов здравоохранения в государственную собственность – основная особенность контрактов, заключаемых в Великобритании по модели PFI (Private Finance Initiative). Такие формы сотрудничества привлекательны для государственного сектора, поскольку они дают возможность получить деньги авансом, не отвлекая собственных средств, и, главное, позволяют возложить риски, не имеющие прямого отношения к клинической практике, на частный сектор. Руководители государственных организаций здравоохранения должны стремиться к тому, чтобы перевести риски, связанные со строительством и техническим обслуживанием больницы, той организации, для которой эта работа является основным видом деятельности. В настоящее время деньги на строительство и эксплуатацию вновь возводимых крупных объектов здравоохранения в Великобритании предоставляются, в основном, в соответствии с этой моделью. Крупнейшие медицинские объекты, строительство и эксплуатация которых осуществляются частными консорциумами в соответствии с моделью PFI – госпитали в Лондоне (стоимость строительства – 1,1 млрд ф.ст.), Бирмингеме (560 млн ф.ст.), Ст. Хеленс (380 млн ф.ст.), Глазго (200 млн ф.ст.) [13, с.104–106].

Объем инвестиций при строительстве введенного в эксплуатацию в январе 2011 г. Tunbridge Wells Pembury NHS Hospital (512 одноместных палат) составил 611 млн долл. США. Срок соглашения – 34 года, объект находится в собственности консорциума.

На принципах ГЧП финансируется и реконструкция. Всемирно известный государственный онкологический центр Christie Clinic (Манчестер) подписал соглашение с группой частных компаний HCA International, которая инвестировала в новый проект 14 миллионов фунтов стерлингов [3].

Опыт Великобритании в использовании ГЧП в целом подтверждает эффективность и перспективность использования такого формата взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения.

Проекты государственно-частного партнерства в **Канаде** реализуются более чем в 25 областях общественных отношений, в том числе при реконструкции медицинских учреждений на всех уровнях публичной власти [2, с.269].

В докладе Организации экономического сотрудничества и развития за 2010 год об экономической ситуации в Канаде указана реформа в области здравоохранения как одна из основных задач страны на ближайшее время. Согласно этому докладу, система здравоохранения Канады обеспечивает предоставление законодательно опреде-

ленных основных медицинских услуг высочайшего качества всем лицам, проживающим на территории страны. Ключевой мыслью доклада по данному вопросу явилась проблема контроля над расходами на здравоохранение и медицинские услуги и, как следствие, проблема финансовой устойчивости канадской системы здравоохранения. Решение данной проблемы видится в увеличении участия частного сектора в строительстве и соответствующем обслуживании объектов медицинской инфраструктуры, а также в модернизации и оказании медицинских услуг. Договоры о государственно-частных партнерствах в Канаде не являются по своей сути договорами о передаче в частную собственность государственного имущества и каких-либо возникших объектов собственности, остающихся в государственной собственности по истечении действия договора. Применение института ГЧП в сфере здравоохранения Канады практически ограничено только областями строительства и обслуживания объектов инфраструктуры в целях уменьшения финансовых нагрузок на государство. Поскольку здравоохранение исторически являлось политически важной темой для Канады, договоры о государственно-частных партнерствах для обеспечения и финансовой поддержки системы здравоохранения заключались сравнительно редко. Традиционно канадские медицинские учреждения имели возможность использовать участие частного сектора в ограниченных целях, таких как проектирование, строительство объектов, совершение внешних операций, а также различные вопросы обеспечения медицинской инфраструктуры. Оценивая проекты в рамках государственно-частных партнерств в сфере здравоохранения в Канаде и, в частности, в провинции Онтарио (Brampton Civic Hospital PPP project), следует отметить, что сложность сделки или проекта является важнейшим фактором, поскольку в данной области присутствует множество проблемных вопросов, таких как динамический характер спроса и предложения в здравоохранении; при этом будущие изменения в схемах предоставления медицинских услуг довольно сложно предсказать. Также учитывается динамика изменения численности населения, изменения в медицинских технологиях и изменения в политике государства в данной сфере. Основная сложность для осуществления государственно-частных партнерств в области здравоохранения в Канаде заключается в многоуровневой структуре управления и подотчетности [14].

Примером успешной реализации программы ГЧП во **Франции** является проект клинического центра с госпиталем на 1000 коек «Сюд Франсильен» (Centre Hospitalier de Sud Francilien – CHSF). Конкурс на реализацию проекта был выигран специальной компанией, созданной Eiffage – одной из наиболее крупных строительно-концессионных групп Франции. У компании уже был опыт участия в реализации первого крупного проекта ГЧП во Франции – строительства тюремного комплекса.

В то время, как работа по заключению первого контракта продолжалась 4 месяца, заключение контракта по строительству клинического центра «Сюд Франсильен» заняло всего 6 недель.

Общая стоимость данного контракта составила 315 млн евро. Проект рассчитан на 30 лет от даты начала коммерческого использования объекта с учетом периода строительства, рассчитанного на 4 года. По площади центр «Сюд Франсильен» занимает около 110 тыс. м^2, что эквивалентно 15 футбольным полям. Объект находится в эксплуатации с 2012 г. и является государственной собственностью.

Компания Eiffage дала кредиторам и другим партнерам гарантии покрытия всех возможных рисков в процессе строительства, что позволило установить наиболее выгодные процентные ставки по кредитованию на этапе строительства. Подобная практика также устроила государственный сектор, поскольку правительство Франции было заинтересовано в передаче максимально возможного объема рисков частному сектору именно на данном этапе реализации проекта.

Проект клинического центра «Сюд Франсильен» может служить примером эффективной практики перераспределения рисков, при которой частный сектор принимает на себя максимальные объемы рисков, связанных с реализацией проекта, а также все риски, связанные с этапом строительства. Более того, результативность, с которой был заключен контракт, демонстрирует, насколько ГЧП может способствовать реализации социальных проектов в максимально короткие сроки [15].

В последние годы **Турция** выходит на первое место в Европе по реализации проектов ГЧП, обогнав Великобританию, что, во многом, связано с принятием соответствующего законодательства, а также с амбициозной программой развития здравоохранения страны, в соответствии с которой к 2023 г. в стране должны появиться новые медицинские мощности на 95 тыс. коек, для чего требуются инвестиции в инфраструктуру объемом более 500 млрд долл. США [16]. Министерство здравоохранения планирует построить также 36–40 профильных и многоцелевых медицинских центров общей мощностью 30 тыс. коек. Планируе-

мые государственные инвестиции – более 14 млрд долл., но реализовывать программу предполагается с участием частного сектора по схемам государственно-частного партнерства (кстати, используемым в Турции с 1874 г.), что представляется единственной альтернативой, позволяющей достичь поставленных целей.

В соответствии с принятыми правовыми актами частные инвесторы получают медицинские объекты в лизинг сроком на 30 лет. Направления взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении Турции включают проектирование и строительство медицинских объектов, их эксплуатацию и материально-техническое обеспечение, оказание медицинских и вспомогательных услуг, а также осуществление операций коммерческого характера.

На постсоветском пространстве реализация проектов ГЧП сталкивается с дополнительными трудностями, связанными, в основном, с крайне слабой совместимостью системы Семашко, на которой строилось советское здравоохранение, и страховой медицины, а также с существенными конституционными обязательствами государства в плане оказания медицинской помощи и его весьма ограниченными (особенно в период кризиса) возможностями. Тем не менее, в конце 2000-х – начале 2010-х гг. в **Российской Федерации, Украине, Казахстане** начата реализация ряда проектов государственно-частного партнерства [3, 17–21]. В качестве примера можно привести следующие проекты:

строительство многопрофильного медицинского центра в г. Белгороде (дата начала проекта – 2010 г.), стоимость более 300 миллионов рублей. Это совместный проект страховой компании и администрации Белгородской области: здание предоставлено властями, а инвестиции в строительство и оснащение – частные средства. Городские власти вошли в число акционеров центра, им принадлежит 25 % акций;

строительство перинатального центра в г. Казань (дата начала проекта – 2008 г.). В качестве партнеров выступают ООО «Ава-Петер», Минздрав Республики Татарстан и администрация Казани. Общая сумма инвестиций составляет 13,4 млн долл.;

крупный комплексный проект в сфере здравоохранения – Центр высоких медицинских технологий «Нижегородский онкологический научный центр». Реализуется по инициативе научной, медицинской и деловой общественности при поддержке администрации Нижегородской области в формате частно-государственного партнерства. Общая сумма инвестиций – 15,7 млрд руб.; консолидированные бюджетные ассигнования – 7,0 млрд руб.; коммерческие инвестиции – 8,7 млрд руб. По предложенной инициаторами схеме ГЧП (строительство – владение – передача) частный инвестор должен построить и эффективно эксплуатировать комплекс, а государство оплачивать ему услуги по тарифам, в которые помимо текущих расходов заложен возврат инвестиций;

в соответствии с акционерным соглашением (институциональная форма ГЧП) происходит объединение активов АФК «Система» и ГУП «Медицинский центр управления делами мэра и Москвы» на базе группы «МЕДСИ». Капитализация объединенной компании составит 800 млн долл. США, ее активы – 22 ОЗ (многопрофильные медицинские центры, клинико-диагностические центры) в Москве, 11 ОЗ в регионах, более 80 медпунктов в России, собственная служба скорой помощи, 3 санатория; оценочная рентабельность – до 50%;

по этому же принципу (институциональная форма ГЧП) в 2011 г. образован совместный start up ОАО «РОСНАНО», ЗАО «РосМедТехнолоджи» и ООО «MEDILUX» (Венгрия) с общим объемом инвестиций 2,4 млрд руб. для создания современных диагностических ПЭТ/КТ центров в Брянске, Липецке, Орле, Тамбове, Уфе, Екатеринбурге, Самаре, Новосибирске и Калуге;

на основе концессионного соглашения между ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна» и ОАО «Федеральный центр проектного финансирования» (группа Внешэкономбанка) реализуется пилотный инвестиционный проект, направленный на развитие инфраструктуры здравоохранения, «Создание конкурентоспособных производств в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии на базе ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна»»; объем инвестиций – 685 млн руб, сроки реализации – 2015–2018 гг.;

первое концессионное соглашение в социальной сфере в Москве – соглашение Правительства Москвы с «Европейским медицинским центром» на создание на базе больницы №63 четырех высокотехнологичных медицинских центров; объем инвестиций – 5,5 млрд руб.; концессионное соглашение заключено на период до 2061 г.; предмет концессии: реконструкция, строительство новых корпусов (ранней диагностики онкологических заболеваний, эндоваскулярной хирургии, перинатальный и реабилитационный), эксплуатация;

концессионное соглашение Министерства здравоохранения Республики Татарстан с медицинской

российско-финской компанией «Ава-Петер» по реконструкции и модернизации Центра планирования семьи и репродукции; объем инвестиций – 49,4 млн руб.; сроки реализации: 2011–2021 гг.; предмет концессии: капитальный ремонт, модернизация, переоснащение центра, эксплуатация.

Заключение

В Республике Беларусь реализация государственно-частного партнерства в здравоохранении является крайне актуальной, так как отрасли требуются значительные инвестиции, а экономическая эффективность большинства государственных организаций здравоохранения все еще остается низкой. Высокий уровень износа основных фондов, недостаток финансирования – основные стимулирующие факторы формирования и развития практики государственно-частного партнерства в отрасли.

Взаимодействие государства и бизнеса, в том числе и по моделям государственно-частного партнерства, в Республике Беларусь регулируется рядом законодательных актов, включая принятые в последние годы законы «О государственно-частном партнерстве» [22], «О концессиях» [23] и др.

Согласно определению, данному в Законе Республики Беларусь от 30 декабря 2015 г. №345-З «О государственно-частном партнерстве» [22], «государственно-частное партнерство – юридически оформленное на определенный срок взаимовыгодное сотрудничество государственного и частного партнеров в целях объединения ресурсов и распределения рисков, отвечающее целям, задачам и принципам, определенным настоящим Законом, осуществляемое в форме соглашения о государственно-частном партнерстве».

В свою очередь, «соглашение о государственно-частном партнерстве – письменное соглашение между государственным и частным партнерами, определяющее права, обязанности и ответственность сторон, а также иные условия реализации проекта государственно-частного партнерства».

Предметом соглашения о государственно-частном партнерстве является осуществление в отношении объекта инфраструктуры проектирования, возведения и (или) реконструкции, реставрации, ремонта, модернизации, а также технического обслуживания и (или) эксплуатации.

Целями ГЧП, в соответствии с указанным законом, являются концентрация материальных, финансовых, интеллектуальных, научно-технических и иных ресурсов, обеспечение баланса интересов и рисков, привлечение средств из внебюджетных источников для реализации проектов, планов и программ по развитию объектов инфраструктуры.

Основные задачи ГЧП:

создание условий для обеспечения устойчивого социально-экономического развития и национальной безопасности Республики Беларусь;

повышение уровня жизни населения;

повышение эффективности использования имущества, в том числе земельных участков, находящихся в государственной собственности;

развитие инновационной деятельности, наукоемких производств;

повышение технического уровня производства, совершенствование технологических процессов;

развитие объектов инфраструктуры;

совершенствование инженерно-технических средств защиты, средств и систем охраны, используемых для предупреждения и выявления террористической и иной противоправной деятельности;

эффективное использование бюджетных средств;

повышение качества товаров (работ, услуг), реализуемых (выполняемых, оказываемых) населению;

обеспечение роста занятости населения.

Государственно-частное партнерство основывается на принципах:

верховенства права;

социальной направленности регулирования экономической деятельности;

приоритета общественных интересов;

гласности;

добросовестной конкуренции;

эффективности проектов государственно-частного партнерства;

обеспечения баланса интересов и рисков между государственным и частным партнерами;

равноправия государственного и частного партнеров;

свободы договора;

охраны окружающей среды.

Среди сфер, в отношении объектов инфраструктуры которых может осуществляться государственно-частное партнерство, выделено здравоохранение, однако, ограничение предмета соглашения о ГЧП исключительно проектированием, строительством и эксплуатацией инфраструктурного объекта, по нашему мнению, во всяком случае, с точки зрения привлечения инвестиций именно в здравоохранение, является существенным недостатком данного закона, так как медицинские объекты (в отличие от аэропортов, мостов, стадионов) не являются наиболее затратными при строительстве и эксплуатации, в последующем практически невозможно (и нецелесообразно) изменить целевое пред-

назначение зданий и сооружений, возведенных как медицинские объекты, и бизнес-партнер в гораздо большей степени заинтересован при реализации проекта ГЧП в здравоохранении в предоставлении ему права оказания полного спектра *собственно медицинских услуг*.

Эта задача решается в рамках реализации другого законодательного акта – Закона Республики Беларусь от 12 июля 2013 г. №63-З «О концессиях» [23], в соответствии с которым объектами концессии могут являться объекты, находящиеся только в собственности государства, а также *виды деятельности*.

Отдельным видом концессионного договора является концессионный договор об оказании услуг (выполнении работ) – соглашение, в силу которого право собственности на произведенную, переработанную по концессионному договору продукцию передается концеденту (Республика Беларусь или ее административно-территориальная единица, от имени которых выступают концессионные органы, заключившие концессионный договор с концессионером).

Концессионер за оказанные услуги (выполненные работы) получает вознаграждение, при этом он несет риск случайной гибели или случайного повреждения объекта концессии, переданного ему для переработки, а также произведенной, переработанной по концессионному договору продукции до ее передачи концеденту.

При заключении концессионного договора об оказании услуг (выполнении работ) с риском вознаграждение концессионеру выплачивается лишь при условии достижения концессионером результата, предусмотренного концессионным договором.

При заключении концессионного договора об оказании услуг (выполнении работ) без риска вознаграждение концессионеру выплачивается независимо от достигнутого результата.

Таким образом, действующее законодательство не препятствует реализации проектов ГЧП в здравоохранении. Применение этих механизмов в данной области социальных отношений позволит повысить эффективность проектов по оказанию медицинских услуг за счет участия в них частного бизнеса, как правило, более эффективного на рынке, чем государственные институты, обеспечить снижение нагрузки на бюджет за счет привлечения средств частного инвестора и переложения части затрат на пользователей (коммерциализации предоставления медицинских услуг), а также привлечение лучших управленческих кадров, техники и технологий, повышение качества обслуживания пациентов. В то же время, развитие института государственно-частного партнерства даст возможность сконцентрировать внимание государственных органов на наиболее свойственных им административных функциях и сократить государственные риски за счет распределения их между частным и государственным/муниципальным партнером.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Резниченко, Н.В.* Модели государственно-частного партнерства / Н.В.Резниченко // Вестник С.-Петерб. ун-та. Сер. Менеджмент. – 2010. – Вып.4. – С.58–83.
2. *Сазонов, В.Е.* Государственно-частное партнерство: гражданско-правовые, административно-правовые и финансово-правовые аспекты / В.Е.Сазонов; кафедра административного и финансового права Российского университета дружбы народов; предисл. д.ю.н., проф. А.Б.Зеленцова. – М.: ООО «Буки Веди», 2012. – 492 с.
3. *Ершов, Д.Л.* Опыт реализации и партнерства государства и бизнеса в здравоохранении / Д.Л.Ершов // Молодой ученый. – 2013. – №11 (58) Ноябрь. – С.331–334.
4. *Федосеев, А.* Государственно-частное партнерство – международный опыт / А.Федосеев // Российская Федерация сегодня [Электронный ресурс]. – 2008. – №15. – Режим доступа: http://archive.russia-today.ru/2008/no_15/15_railroads_03.htm. – Дата доступа: 01.02.2016.
5. Практическое руководство по вопросам эффективного управления в сфере государственно-частного партнерства / Европейская экономическая комиссия; Организация Объединенных Наций. – Нью-Йорк – Женева: ООН, 2008. – i–x; 114 с. – Режим доступа: http://safbd.ru/sites/default/files/rukovodstvo_eek_oon_po_gchp.pdf. – Дата доступа: 01.02.2016.
6. *Клинова, М.В.* Государство и частный капитал в поисках прагматичного взаимодействия / М.В.Клинова. – М.: ИМЭМО РАН, 2009. – 122 с. – Режим доступа: http://www.imemo.ru/ru/publ/2009/09011.pdf. – Дата доступа: 01.02.2016.
7. *Дерябина, М.А.* Теоретические и практические проблемы государственно-частного партнерства / М.А. Дерябина // Госбук. Экспертная сеть по вопросам государственного управления [Электронный ресурс]. – 04.07.2011. – 27 с. – Режим доступа: http://www.gosbook.ru/node/27464. – Дата доступа: 01.02.2016.
8. *Istrate, E.* Moving Forward on Public Private Partnerships: U.S. and International Experience with PPP Units / E.Istrate, R.Puentes // Project on state and metropolitan innovation / Brookings-Rockefeller. – 2011, December. – 28 p. – Mode of access: http://www.brookings.edu/~/media/research/files/papers/2011/12/08%20transportation%20istrate%20puentes/1208_transportation_istrate_puentes. – Date of access: 01.02.2016.
9. *Bastin, J.* Public-Private Partnerships: A Review of International and Austrian Experience / J.Bastin // Public Private Partnership / Studiengesellschaft fur Wirtschaft und Recht / Wirtschaftsuniversitat Wien. –

Vienna, 2003. – 23 p. – Mode of access: https://www.capasia.com/documents/1353403. – Date of access: 01.02.2016.
10. Public-private partnerships in healthcare worldwide worth US$70 trillion up to 2020 // Medical Technology Business Europe [Electronic Resource]. – 06.01.2011. – Mode of access: http://www.mtbeurope.info/news/2011/1101006.htm. – Date of access: 01.02.2016.
11. *McKee, M.* Public-private partnerships for hospitals / M.McKee, N.Edwards, R.Atun // Bulletin of the World Health Organization [Electronic Resource]. – 2006, November. – Vol.84, No.11. – P.890–896. – Mode of access: http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf. – Date of access: 01.02.2016.
12. *Nikolic, I.A.* Public-private partnerships and collaboration in the health sector. An overview with case studies from recent European experience / I.A.Nikolic, H.Maikisch. – Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2006. (HNP Discussion Paper. – 2006, October). – i–xii; 27 p. – Mode of access: http://siteresources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/HNPDiscussionSeriesPPPPaper.pdf. – Date of access: 01.02.2016.
13. *Кабашкин, В.А.* Государственно-частное партнерство в Великобритании и Ирландии / В.А.Кабашкин, О.М.Малахаева // Серия: «Мировая экономика. Современное взаимодействие власти и бизнеса». – М.: ООО «МИЦ», 2010. – 132 с.
14. *Barrows, D.* Public private partnerships in Canadian healthcare. A case study of the Brampton civic hospital / D.Barrows, I.MacDonald, A.Supapol, O.Dalton-Jez, S.Harvey-Rioux // OECD Journal on Budgeting [Electronic Resource]. – 2012. – Vol.12, Issue 1. – 14 p. – Mode of access: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/public-private-partnerships-in-canadian-health- care_budget-12-5k9czxkbck9w. – Date of access: 01.02.2016.
15. *Найдович, И.* Государственно-частное партнерство: лучший мировой опыт / И.Найдович // Главный бухгалтер. – 2013, декабрь. – №47 (815).
16. Summary of Healthcare PPP Program of Republic of Turkey 2013 / A.T.Kesli. – Istanbul: Group Law Firm, 2013. – 96 p.
17. *Шачнев, Е.Н.* Государственно-частное партнерство в системе здравоохранения РФ / Е.Н.Шачнев. – 21.04.2015. – Режим доступа: http://www.fedlab.ru/upload/medialibrary/cd3/shachnev-en.-gchp-v-zdravookhrane nii.-moniki-21.04.2015.pdf. – Дата доступа: 01.02.2016.
18. Украинский форум по здравоохранению'15 (15.10.2015). – Режим доступа: https://www.youtube.com/watch?v=yUplqdG8tw4. – Дата доступа: 01.02.2016.
19. Государственно-частное партнерство в Украине; 2-е изд. – Киев: Arzinger, 2010. – 174 с.
20. *Садыков, Т.У.* Потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении Казахстана / Т.У.Садыков, М.К.Мырзахмет // Теоретическая экономика. – 2012. – №4. – С.22–25.
21. Государственно-частное партнерство как способ развития отечественного здравоохранения // Литер. Республиканская общественно-политическая газета (Республика Казахстан). – 23.12.2015. – Режим доступа: http://liter.kz/ru/articles/show/15324-gosudarstvenno-chastnoe_partn_rstvo_kak_sposob_razvitiya_otechestvennogo_zdravoohraneniya. – Дата доступа: 01.02.2016.
22. О государственно-частном партнерстве: Закон Респ. Беларусь, 30 дек. 2015 г., №345-З // ИПС «ЮСИАС» [Электронный ресурс] / СООО «ИПА «Регистр». – Минск, 2015.
23. О концессиях: Закон Респ. Беларусь, 12 июля 2013 г., №63-З // ИПС «ЮСИАС» [Электронный ресурс] / СООО «ИПА «Регистр». – Минск, 2015.

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE SECTOR: INTERNATIONAL EXPERIENCE

[1] M.M.Sachek, [1] N.Ye.Kheifets, [2] V.S.Petrov

[1] Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Republic of Belarus

[2] Association of International Pharmaceutical Manufacturers in the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

The most generalized definition of term "Public Private Partnership (PPP)" is given. Basic characteristics, legal nature, purpose, forms, models of the public private partnership, basic ways of cooperation between government and business in healthcare sector, which can be realized in the context of public private partnership's models, have been specified. It was emphasized, that cooperation between government and business in healthcare sector integrates the strong features of each partner, and mutual interest of each party is necessary to realize this cooperation. Expected benefits of public and private partners from PPP projects' implementation have been specified; examples of PPP projects' successful realization in healthcare sector are given. Current national legislation in this sphere has been characterized. It was concluded that current legislation does not prevent PPP projects' implementation in healthcare sector. Moreover, healthcare sector has been highlighted in the list of sectors for which infrastructural facilities PPP projects can take place.

Keywords: public private partnership (PPP); PPP characters; PPP legal nature; PPP purpose; PPP forms; PPP models; PPP in healthcare sector; basic ways of cooperation between government and business in healthcare sector; examples of PPP projects' successful realization in healthcare sector abroad; Republic of Belarus; national PPP legislation.

Поступила 18.02.2016 г.