

УДК 614.2:346.543.4

Е.С. Волокитина

E.S. Volokitina

Пермский национальный исследовательский политехнический университет
Perm National Research Polytechnic University

**КОНЦЕССИОННЫЕ СОГЛАШЕНИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ
МЕХАНИЗМ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**CONCESSION AGREEMENT
AS AN EFFECTIVE MECHANISM PUBLIC-PRIVATE
PARTNERSHIP IN THE FIELD OF HEALTH**

Исследованы особенности использования государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения. Приведено сравнение зарубежной и российской концессионных моделей как форм ГЧП. Проанализированы основные ограничения внедрения концессионных соглашений в систему здравоохранения.

Ключевые слова: социальная сфера, здравоохранение, государственно-частное партнерство (ГЧП), концессионное соглашение, анализ.

The paper summarizes and outlines basic definitions of innovative company. The comparison with the concepts of innovative activity, innovative company, innovative enterprise, innovative organization, innovative entrepreneurship. There is presented own definition of innovative company.

Keywords: innovation, innovative company, innovation, innovative enterprise, innovative organization, innovative entrepreneurship, analysis.

Ни одна страна в мире не может финансировать здравоохранение только с помощью бюджетных средств, необходимы частные инвестиции в эту область, и РФ не является исключением. В интересах государства повышать качество оказания медицинских услуг и помощи, в этих условиях для бизнеса появляется возможность не только получить дивиденды от инвестиций, но и принять участие в реализации социально значимых проектов. Коммерческий интерес формируется за счет конкуренции компаний в сфере здравоохранения, сокращения ими издержек, улучшения качества медицинского обслуживания.

Здоровье зависит от формальных (законодательства в области здравоохранения, реализации федеральных и региональных проектов, деятельности учреждений здравоохранения, политики менеджмента на уровне отдельных хозяйствующих субъектов) и неформальных институтов (обычаев, традиций,

культуры, норм поведения). В современных условиях государственно-частное партнерство является одним из важных институтов, способствующих сохранению здоровья населения [1, с. 59].

Актуальность развития ГЧП диктуется продолжающейся в РФ глобальной модернизацией здравоохранения. Так, объем бюджетных ассигнований для реализации программы модернизации здравоохранения за счет всех источников финансирования на 2013–2020 годы составил 26 620,9 млрд руб., в том числе на 2015 год – 260,5 млрд руб. за счет средств федерального бюджета и 1336,5 млрд руб. за счет средств консолидированного бюджета субъектов РФ; на 2016 год – 262,9 млрд руб. и 1396,5 млрд руб. соответственно (рисунок).



Рис. Объемы бюджетных ассигнований для реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» (на период 2015–2020 гг.) [2]

При этом большая часть ассигнований приходится на модернизацию государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в части материально-технического обеспечения, а также на информатизацию данной сферы.

Эти направления являются основными в развитии государственно-частного партнерства в развитых странах. Согласно экспертным оценкам существует прямая взаимосвязь уровня социально-экономического развития страны и сферы применения ГЧП. В странах с высоким уровнем экономического развития государство гарантирует высокий уровень социальной защиты, основой социальной политики в данном случае является использование ГЧП в сфере здравоохранения и образования. В США, Великобритании, Германии, Италии, Канаде, Франции и Японии на первом месте стоят проекты государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения (184 из 615 проектов),

на втором – образования (138 проектов), на третьем – строительства и реконструкции автодорог (92 проекта) [3, с. 36].

Однако доля участия бизнеса в процессе модернизации российского здравоохранения на сегодняшний день остается минимальной. Данные статистики, приведенные на заседании Общественной палаты РФ, подтверждают этот факт. ГЧП максимально востребовано в сфере коммунальных услуг (90 %), минимально – в сфере образования (3 %) и почти не востребовано в сфере здравоохранения (около 1 %) [4]. По данным Минэкономразвития, в 47 субъектах РФ в социальной сфере реализуются около 160 проектов с использованием механизмов государственно-частного партнерства, из которых на здравоохранение приходится 58 [5].

В настоящее время федеральное законодательство в сфере ГЧП регулируется рядом Федеральных законов: «О концессионных соглашениях», «Об инвестиционных фондах», «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» и др. В то же время многие субъекты РФ приняли региональные законодательные акты о ГЧП.

Мировая практика подтверждает эффективность использования в здравоохранении такой формы государственно-частного партнерства, как *концессионные соглашения* (concession). Мировой банк рассматривает их как важный и эффективный инструмент реализации партнерства бизнеса и государства именно на объектах государственной и муниципальной собственности [6]. Наряду с концессиями в мировой практике распространены и такие формы ГЧП, как арендные договоры/контракты на управление (management and lease contracts), проекты нового строительства (greenfield projects), проекты с участием в капитале (divestiture).

Согласно нормативно-правовой базе в России разрешены к использованию две основные модели государственно-частного партнерства: концессионная (в основе которой лежит сохранение права государственной или муниципальной собственности на объект; подразумевает заключение концессионного соглашения) и предусматривающая частную собственность на объект. Первая модель ГЧП соответствует принятой в международной терминологии концепции Build – Own – Operate, или BOO («Строить – владеть – эксплуатировать»), вторая модель – концепции Build – Own – Operate – Transfer, или BOOT («Строить – владеть – эксплуатировать – передавать»). Таким образом, во втором случае возникает право частной собственности на объект государственно-частного партнерства.

Как справедливо отмечается в современных исследованиях, преимущество второй модели по сравнению с первой состоит в более высокой степени заинтересованности инвестора. Однако если рассматривать сферу государственного управления, жестко регламентированную и регулируемую государством в отношении объектов, то вторая модель становится малоприменимой в современных условиях.

В связи с этим в сфере государственного и муниципального управления особое внимание в последние годы уделяется первой модели, а именно концессионным соглашениям. Причем в последнее время данная модель находит всестороннюю поддержку, и в первую очередь в лице государства.

Рассматривая суть понятия «концессионное соглашение» в российской практике, следует выделить ее существенное отличие от трактовки, принятой в зарубежных странах. Так, в развитых странах, в том числе и в Евросоюзе, концессионное соглашение, или публичный контракт, предполагает использование, реконструкцию, обслуживание или управление бизнесом объектами государственной собственности, причем все риски и обязанности, связанные с эксплуатацией оборудования, ложатся на бизнес [7, 8].

По оценке, данной И.С. Вахтинской, такие трактовки больше соответствуют понятию «доверительное управление» [9, с. 64]. Особенностью и отличием зарубежной модели от той, которая нормативно закреплена в российской практике, является возникновение права собственности бизнеса на общественный объект.

В классическом понимании ГЧП заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения, экономии бюджетных средств, необходимых для ремонта и содержания медицинских учреждений. Другими словами, государственно-частное партнерство можно определить как совокупность форм долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения на взаимовыгодных условиях значимых для общества социальных задач в целях улучшения охраны здоровья населения и повышения качества медицинской помощи.

Необходимо определить ряд особенностей, возникающих при использовании концессий в здравоохранении. Во-первых, в качестве объекта концессионного соглашения в здравоохранении выступают объекты недвижимости, в первую очередь здания и сооружения. Важным является условие то, что эта недвижимость должна быть обоснованно утверждена как излишняя и не используемая медицинским учреждением. Во-вторых, при передаче недвижимости по концессионному соглашению медучреждение должно сохранить за собой возможность ведения уставной деятельности. В-третьих, на концессионера накладывается ряд обязательств: наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности, внесение финансового обеспечения концессионного соглашения, в том числе по страхованию рисков. Самое основное, на наш взгляд, условие – это сохранение концессионером существующего медицинского профиля объекта недвижимости медучреждения.

В Российской Федерации ГЧП в здравоохранении представлено преимущественно региональными диализными центрами, созданными за счет частных инвестиций производителей диализного оборудования. В некоторых субъектах РФ государственно-частное партнерство развивается в различных сферах. Например, Пермский край явился «пионером» в области внедрения информаци-

онных технологий: ведение электронных историй болезни, возможность электронной записи на прием к врачу, взаимодействие врача и пациента, структурных подразделений медицинских организаций, различных медицинских учреждений и органов управления здравоохранением. В Казани на базе созданного Образовательного центра высоких медицинских технологий развивается дополнительное профессиональное образование медицинского персонала, активно внедряются региональные проекты оказания стоматологической помощи населению. От бизнес-сообщества поступают предложения о реализации и других проектов ГЧП: передаче в концессию государственных клиник, создании больничных касс, передаче федеральных целевых программ в области здравоохранения в управление частным управляющим компаниям.

Таким образом, взаимодействие государства и бизнеса дает возможность получения выгод, что позволит получить синергетический эффект, который будет проявляться в повышении социально-экономической эффективности и будет способствовать экономии ресурсов при реализации проектов [10, с. 55].

В то же время темпы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении недостаточны. На то есть ряд объективных причин, среди которых в первую очередь можно выделить несовершенство правовой базы, неразвитость страховой медицины, кадровые проблемы, высокие риски, инвестиционные барьеры.

Остается ряд нерешенных вопросов, тормозящих внедрение ГЧП в здравоохранение. Анализируя экспертные мнения, можно выделить наиболее актуальный для обсуждения круг вопросов:

- характер взаимоотношений бизнеса с государственными органами и организациями, учреждениями здравоохранения в вопросах дополнительного финансирования, инвестирования средств, инноваций;

- создание привлекательного инвестиционного климата для частных инвестиций в здравоохранение (возможность налоговых льгот для инвесторов, работающих в социальной сфере, в том числе в сфере здравоохранения, преференции при предоставлении земельных участков для строительства объектов здравоохранения и др.) [11];

- развитие современной инфраструктуры оказания медицинской помощи с привлечением частного сектора к строительству новых медицинских мощностей и повышению технологической оснащенности существующих, а также предоставление частным компаниям возможности управлять государственными и муниципальными медицинскими организациями.

Список литературы

1. Лепихина Т.Л., Пепеляева А.В. Анализ взаимодействия формальных и неформальных правил в формировании института здравьесбережения // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2012. – № 15 (156). – С. 50–59.

2. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 // Собрание законодательства РФ. – 2014. – № 17. – С. 2057.
3. Канкулова М.И. Инвестиции в социальную сферу: государство и бизнес // Бюджет. – 2015. – № 1. – С. 36–39.
4. В Общественной палате прошли слушания о ГЧП в здравоохранении. [Электронный ресурс]. – 2014. – URL: <http://pppcenter.ru/29/novosti/pppcenter-news/v-obshhestvennoj-palate-obsudili-gchp-v-zdravookhranении.html> (дата обращения: 25.09.2015).
5. Гаврилов Э. О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении [Электронный ресурс]. – 2014. – URL: <https://www.oprf.ru/blog/?id=1737> (дата обращения: 27.09.2015).
6. H1 2014 Global PPI1 Update [Электронный ресурс]. – 2014. – URL: // http://ppi.worldbank.org/~/_media/GIAWB/PPI/Documents/Global-Notes/Global2014_PPI_Partial_Update_WorldBankGroup.pdf (дата обращения: 20.09.2015).
7. Commission interpretative communication on concessions under community law // Official Journal of the European Communities. – 2000. – Vol. 43. – P. 2–13.
8. Council Directive 93/37/EEC of 14 June 1993 concerning the coordination of procedures for the award of public works contracts // Official Journal of the European Communities. – 2013. – Vol. 36. – P. 54–84.
9. Вахтинская И.С. Правовое регулирование концессионных соглашений в рамках европейского сообщества // Законодательство. – 2008. – № 4. – С. 64.
10. Лепихина Т.Л., Ужегова К.А. Государственно-частное партнерство как институт координации интересов государства и бизнеса в целях реализации концепции устойчивого развития // Актуальные вопросы современной науки. – 2015. – № 1 (4). – С.
11. Песковский А.С. Государственно-частное партнерство в социальной сфере РФ на современном этапе // Уровень жизни населения регионов России. – 2012. – № 10–11. – С. 153–157.

Получено 23.10.2015

Волокитина Екатерина Сергеевна – магистрант, Пермский национальный исследовательский политехнический университет, гуманитарный факультет, гр. Э-15-1м3, e-mail: EkaterinaVolokitina92@yandex.ru.

Научный руководитель – **Татьяна Леонидовна Лепихина**, кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики и финансов, гуманитарный факультет, Пермский национальный исследовательский политехнический университет.