



Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития

Черненко Э.М.¹, Лебедева И.С.², Лебедев П.В.²

¹ Кубанский государственный технологический университет, Краснодар, Россия

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

АННОТАЦИЯ:

Роль государственного финансирования сегодня в России сводится к поддержке социального сектора, а не к полной ответственности за него. Смена источников финансирования здравоохранения и возрастающая роль частных инвестиций характерны для большинства стран. Страны-лидеры по эффективности здравоохранения реализуют проекты государственно-частного партнерства. При этом наблюдается выраженный рост расходов на здравоохранение. Наиболее распространены модели ВТО, DBFO, BOO, BOOT, BOLB. В статье приведены примеры реализации проектов государственно-частного партнерства в России и за рубежом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: государственно-частное партнерство, инвестиции, инфраструктура, модель, финансирование.

Private-public partnership in health care and directions of its development

Chernenko E.M.¹, Lebedeva I.S.², Lebedev P.V.²

¹ Kuban State University of Technology, Russia

² Kuban State Medical University, Russia

Введение

Указом Президента России от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определены поручения правительству по обеспечению достижения целей и целевых показателей в том числе в сферах демографического развития, здравоохранения, образования, жилья и городской среды, экологии, культуре, развитию и поддержке предпринимательства, а также международной кооперации и экспорта «в целях осуществления прорывного научно-технологического и социально-экономического развития» страны. Перед правительством поставлены задачи повышения ожидаемой продолжительности жизни с нынешних 73 до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет – к 2030 г., при этом ожидаемая продолжительность здоровой жизни должна быть доведена до 67 лет (в том

числе за счет увеличения доли граждан, занимающихся физкультурой и спортом), а суммарный коэффициент рождаемости увеличен до 1,7. [21].

Перед системой здравоохранения ставится цель достичь снижения смертности населения в трудоспособном возрасте до 3,5 сл. на 1000 населения, в том числе от болезней системы кровообращения – до 4,5 сл. на 1000 населения, от новообразований, включая злокачественные, – до 1,85 сл. на 1000 населения, младенческой смертности – до 4,5 сл. на 1000 родившихся. В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, должен быть ликвидирован кадровый дефицит, сами организации должны быть оптимизированы для обеспечения оптимальной доступности помощи (в том числе для населения, проживающего в отдаленных местностях), сокращения времени ожидания в очереди, упрощения процедуры записи на прием к врачу. Все граждане должны быть охвачены ежегодными профилактическими медицинскими осмотрами. Кроме того, предполагается увеличение объема экспорта медицинских услуг до 1 млрд долларов США в год, что вчетверо больше объема 2017 г. [21].

Откуда что берется

Сегодня в мире здравоохранение финансируется за счет трех источников: бюджета, средств работодателей и средств населения, соотношение которых и определяет модель финансирования отрасли.

Наиболее распространенной моделью является бюджетно-страховая. Финансирование здравоохранения осуществляется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Данная модель применяется в Германии, Франции, Швеции, Италии и многих других странах.

ABSTRACT:

The role of government funding today in Russia comes down to support to the social sector, but not to full responsibility for it. Changes of sources of health financing and the increasing role of private sector's investments are common in most countries. Top countries on health efficiency implement private-public partnership projects. There is a significant increase in health care spending. Most spread models BTO, DBFO, BOO, BOOT, BOLB. This article provides examples private-public partnership projects in Russia and abroad.

KEYWORDS: private-public partnership, investment, infrastructure, model, financing

JEL Classification: L32, L38, E22

Received: 16.09.2018 / **Published:** 28.12.2018

© Author(s) / Publication: CREATIVE ECONOMY Publishers

For correspondence: Chernenko E.M. (ehleonorachernenko@yandex.ru)

CITATION:

Chernenko E.M., Lebedeva I.S., Lebedev P.V. (2018) Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v zdravookhraneni i napravleniya ego razvitiya [Private-public partnership in health care and directions of its development]. Rossiyskoe predprinimatelstvo. 19. (12). – 3981-3998. doi: 10.18334/rp.19.12.39552

Другим вариантом является бюджетная модель финансирования, когда главным источником средств для отрасли выступает бюджет. Ярким примером такой модели является Великобритания.

В предпринимательской модели финансирование здравоохранения осуществляется либо за счет прямых продаж населению медицинских услуг медицинскими организациями, либо за счет средств фондов добровольного медицинского страхования. Эта модель применяется, например, в США.

Процесс реформирования здравоохранения, предполагающий совершенствование диагностики и лечения, материально-технического оснащения медицинских учреждений, повышение качества медицинской помощи, сегодня невозможен без привлечения частных инвестиций. Возможности государственного бюджета не соответствуют растущим потребностям общества в медицинских услугах, ответственность за доступность которых несет государство. В результате появляются и развиваются альтернативные государственным формы медицинских организаций, и вместе с ними расширяются возможности оказания платных медицинских услуг [7].

Изучением вопросов взаимодействия государственного и частного секторов в здравоохранении посвящены работы таких исследователей, как Таппасханова Е. О., Мустафаева З. А. (2012), Боровик А. О., Боровик О. А. (2014), Анесянц С. А., Голотина В. Ю. (2015), Анопченко Т. Ю., Сироткина Е. Н. (2015), Шачнев Е. Н., Лянг О. В., Кочетов А. Г. (2015), Канева М. А. (2016) [1–3, 10, 20, 24] (*Anesyants, Golotina, 2015; Anopchenko, Sirotkina, 2015; Borovik, Borovik, 2014; Kaneva, 2016; Tappaskhanova, Mustafaeva, 2012; Shachnev, Lyang, Kochetov, 2015*).

Чем больше развивается негосударственный сектор здравоохранения и увеличивается объем инвестиций в частное здравоохранение, тем актуальнее проблема взаимодействия государства и частных медицинских организаций. Вариантом решения проблемы является государственно-частное партнерство, которое уже получило широкое распространение во многих отраслях, традиционно находящихся в государственной собственности или в государственном управлении: электроэнергетике, коммунальном хозяйстве, образовании, транспорте. [2, 20]

ОБ АВТОРАХ:

Черненко Элеонора Михайловна, доцент кафедры государственного и муниципального управления (ehleonorachernenko@yandex.ru)

Лебедева Инна Сергеевна, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины (kinnas@mail.ru)

Лебедев Павел Васильевич, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС (pavel.lebedev@inbox.ru)

ЦИТИРОВАТЬ СТАТЬЮ:

Черненко Э.М., Лебедева И.С., Лебедев П.В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития // Российское предпринимательство. – 2018. – Том 19. – № 12. – С. 3981-3998. doi: 10.18334/rp.19.12.39552

Данная работа фактически является продолжением цикла работ, посвященных исследованию различных аспектов применения рыночных инструментов развития сферы здравоохранения (Лебедева И. С., 2018; Климовских Н. В., Лебедева И. С., Лебедев П. В., 2018; Хашева З. М., Лебедев П. В., Лебедева И. С., 2016; Лебедева И. С., 2014; Лебедева И. С., Шильцова Т. А., 2014, Черненко Э. М., Лебедева И. С., 2013) [11–14, 22, 23] (*Klimovskikh, Lebedeva, Lebedev, 2018; Lebedeva, 2018; Lebedeva, 2014; Lebedeva, Shiltsova, 2014; Khasheva, Lebedev, Lebedeva, 2016; Chernenko, Lebedeva, 2013*).

Целью исследования является поиск путей более рационального использования ресурсов здравоохранения в условиях ограниченных финансовых возможностей.

Научная новизна исследования состоит в раскрытии наиболее часто используемых в мировой практике моделей государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении и возможности их применения в современных российских условиях; определении барьеров, препятствующих интенсификации развития отрасли и обосновании комплекса инструментов интенсивного развития сферы здравоохранения в условиях современной России.

Полученное в работе конкретное приращение научного знания представлено следующими основными элементами: дефицит федеральных и региональных правовых норм, регулирующих развитие данной сферы; при помощи SWOT-анализа рассмотрены сильные и слабые стороны ГЧП в здравоохранении.

Государственно-частное партнерство – созданное на определенный срок сотрудничество публичного (Российская Федерация, субъект РФ, муниципальное образование) и частного партнеров, основанное на объединении ресурсов и вместе с тем распределении рисков между сторонами. Целью ГЧП является привлечение в экономику инвестиций частного сектора, обеспечение органами власти доступности и повышения качества товаров или услуг. Такое сотрудничество оформляется соглашением о государственно-частном партнерстве (СГЧП) или концессионными соглашениями (КС), являющимися по сути гражданско-правовыми договорами, где за счет частного инвестора проектируется, финансируется, строится или реконструируется объект в обмен на возможность оказания услуг на объекте и (или) его технического обслуживания. Заключенное на длительный срок СГЧП способствует развитию инфраструктуры отрасли [17].

Первые упоминания о взаимодействии частного и государственного секторов относятся еще к 1552 году, когда во Франции на основе КС был построен канал. Сегодня проекты ГЧП в здравоохранении успешно осуществляются в Великобритании, Канаде, США, Германии, Индии, Испании, Австралии [1, 10].

Система здравоохранения практически всех стран, в которых они построены на принципах ГЧП, по различным рейтингам входят в число наиболее эффективных. Так, согласно рейтингу Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems) по системам здравоохранения из 190 стран, в первую десятку входят Франция, Италия, Сан Марино, Мальта, Сингапур, Испания, Оман, Австрия и Япония. В этом списке Россия на 130 месте [31].

В рейтинге лучших систем здравоохранения по странам (Ranking the Top Healthcare Systems by Country), составленном InsuranceGuru, в первую десятку вошли Великобритания, Швейцария, Австралия, Нидерланды, Швеция, Германия, Норвегия, Новая Зеландия, Франция, Канада [29].

Авторитетное медицинское издание Lancet провело исследование качества и доступности здравоохранения в 195 странах на основе данных о заболеваемости, травматизме и факторах риска в 2016 году. В первую пятерку вошли Исландия, Норвегия, Нидерланды, Люксембург и Австралия. Россия оказалась на 58 месте [28].

В 2016 г. американское агентство финансово-экономической информации Bloomberg опубликовало рейтинг эффективности расходов на здравоохранение (The Most Efficient Health Care 2016). Экспертами оценивались национальные системы здравоохранения с учетом не только средней продолжительности жизни граждан (по заданным условиям не менее 69 лет), но и государственных средств, которые были затрачены, чтобы ее достичь. Лидерами стали Гонконг и Сингапур, в первую десятку также вошли Испания, Южная Корея, Япония, Италия, Израиль, Чили, Объединенные Арабские Эмираты и Австралия. Стабильно хорошие оценки получает система здравоохранения Франции. Россия заняла последнее 55 место, хотя сам факт попадания нашей страны в этот рейтинг является, безусловно, положительным: до 2014 года наша страна не проходила в него по параметрам [25].

В 11 ежегодном отчете Лондонского научно-исследовательского института The Legatum Institute в рейтинге самых процветающих стран мира наиболее высоко показатели в области здравоохранения были оценены в Люксембурге, Сингапуре, Швейцарии, Японии, Австрии; в рейтинг стран с эффективной системой здравоохранения также вошли Великобритания, Франция, Новая Зеландия, Испания, Южная Корея, Финляндия, Катар, Германия, Бельгия, Австралия, Гонконг, Нидерланды, Норвегия и Швеция [30].

В 2017 году Bloomberg опубликовало рейтинг 50 здоровых стран – Bloomberg Global Health Index. Экспертами были собраны данные из 200 стран мира. Глобальный индекс здоровья Bloomberg рассчитывался с учетом таких переменных, как продолжительность жизни, причины смерти, частота высокого кровяного давления, высокий уровень глюкозы в крови, употребление табака и отсутствие физической активности. Во внимание также принимались такие параметры, как недоедание в детском возрасте, психическое здоровье, охват вакцинацией, выбросы парниковых газов. Наивысший балл получила Италия, в первую десятку вошли Исландия, Швейцария, Сингапур, Австралия, Испания, Япония, Швеция, Израиль и Люксембург. Практически все страны-лидеры приведенных нами ранее рейтингов вошли в Топ-50. К сожалению, России в этом списке нет [26].

Высокие позиции стран-лидеров в приведенных рейтингах подтверждаются и опросами их жителей. Согласно данным крупнейшей в мире базы Numbeo (Health Care Index for Country на середину 2018 г.), резиденты 80 стран наиболее высоко оце-

нили системы здравоохранения на Тайване (85,34), в Южной Корее, Японии, Бельгии, Дании, Таиланде, Австрии, Нидерландах, Франции, Испании (индекс 77,87), Россия в списке на 57 месте с индексом 57,29 [27].

В сложившейся международной практике около 60% проектов в здравоохранении реализуются в формате ГЧП, при этом экономится около 10% государственных ресурсов. Преимущественно привлекаемые средства направляются на строительство и эксплуатацию объектов здравоохранения, внедрение информационных технологий, разработку и производство инновационного медицинского оборудования [10].

К наиболее часто используемым моделям ГЧП в здравоохранении (особенно при возведении и эксплуатации госпиталей) относятся [10, 17]:

- BTO (build, transfer, operate / построй, передай, управляй) – частная сторона строит или реконструирует объект, затем передает его в собственность публичного партнера, однако эксплуатирует объект и получает от этого доход;

- DBFO (design, build, finance, operate / проектируй, построй, финансируй, управляй) – частная сторона проектирует, строит или реконструирует объект, который затем передается в собственность публичной стороны за вознаграждение;

- BOO (build, own, operate / построй, владей, управляй) – частная сторона проектирует, строит или реконструирует объект, затем эксплуатирует объект в течение оговоренного с публичным партнером времени и получает от этого доход;

- BOOT (build, own, operate, transfer / построй, владей, управляй, передай) – частная сторона проектирует, строит или реконструирует объект, затем эксплуатирует объект в течение оговоренного с публичным партнером срока и получает от этого доход, передает объект в собственность государства по истечению срока;

- BOLB (buy, own, lease back / купи, владей, передай в лизинг) – частная сторона проектирует, строит или реконструирует объект, затем передает объект в собственность публичного партнера, который затем передает объект в управление инвестору.

В Австралии типичной управленческой ситуацией является строительство больницы на средства частного инвестора с последующей передачей ему 25% коечного фонда на срок до 40 лет. В результате реформы затраты государства на строительство медицинских учреждений снизились на 20%, а количество обслуживаемых пациентов повысилось на 30% [5, 10] (*Geroeva, 2010*).

В системе здравоохранения Швеции первые проекты ГЧП появились в 1991 году, когда частному сектору разрешили брать в аренду стационары и лаборатории, а также службы скорой помощи. Сдача в аренду госпиталя Сент-Грегори в Стокгольме позволила, с одной стороны, сократить на 30% затраты государства на его содержание, а с другой – обслуживать 100 тыс. дополнительных пациентов ежегодно. При этом стоимость услуг лучевой диагностики снизилась на 50%, период ожидания диагностических и лечебных услуг – на 30%, стоимость услуг скорой помощи – на 10%, лабораторных услуг – на 40% [5].

С 1993 г. в Великобритании концепция управления государственной собственностью предполагает предоставление частным инвесторам права участия в строитель-

стве, финансировании, эксплуатации и управления объектами производственной и социальной инфраструктуры, принадлежащими государству. СГЧП с частными структурами обычно заключаются на 30 лет, в течение этого времени государство предоставляет частному партнеру право владения и эксплуатации, внося определенную плату за доступность медицинской помощи. На реализацию проектов ГЧП ежегодно привлекается 8–10 млрд долл. США [1, 5].

В Германии в рамках СГЧП медицинские организации за небольшую сумму продаются частным компаниям в обмен на инвестиции и обязательство обслуживать пациентов по государственному заказу [5].

Интересным примером ГЧП является модель «Альзира», получившая свое название в честь города в Испании, в котором функционирует госпиталь La Ribera, организованный в 1999 г. Основными принципами модели «Альзира» стали [10]:

1) государственная собственность: госпиталь находится в государственной собственности, построен на участке земли, принадлежащем государству, и является частью государственной системы здравоохранения;

2) медицинское обслуживание предоставляется частной компанией: обслуживание пациентов осуществляется частной компанией-концессионером, с которой государство заключает соглашение на определенный период времени (в случае госпиталя La Ribera – на 20 лет), а компания обязуется обеспечить высокие стандарты предоставления медицинской помощи;

3) государственное финансирование: госпиталь функционирует по модели подушевого финансирования определенной группы населения, проживающей в округе, которую обслуживает госпиталь; норматив подушевого финансирования заранее оговаривается и изменяется не чаще чем раз в год;

4) контроль со стороны государства: государственные органы обладают правом проводить инспекции госпиталя в целях контроля качества предоставляемых услуг, а также взysкивать штрафы в случае несоблюдения требований государства.

Модель «Альзира» функционирует по принципу «деньги следуют за пациентом». В контракте между частной компанией и государством четко определено, что клиника обслуживает пациентов из округа, где сама находится (примерно 245 тыс. чел). При обращении пациента в другую клинику La Ribera финансирует его лечение в размере 100% от суммы чека. При обращении сторонних пациентов в La Ribera государство оплачивает только 80% от общей стоимости услуги. Такое условие обеспечивает заинтересованность госпиталя в обслуживании пациентов из своего округа.

Как оздоровить Россию?

Основной формой ГЧП в здравоохранении являются КС, регламентированные принятым в РФ в 2005 году Федеральным законом «О концессионных соглашениях» №115-ФЗ, согласно которому частные структуры могут управлять и получать доход от переданного им в эксплуатацию государственного имущества. Принятие данного

закона автоматически не запустило процесс массового применения КС, но стало его началом [1].

Для более активного внедрения механизмов и проектов ГЧП в Российской Федерации на федеральном уровне в 2009 г. был создан Центр развития государственно-частного партнерства [10].

Ключевые направления развития и условия внедрения механизмов ГЧП в здравоохранении обозначены в Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период [19]:

- обеспечение окупаемости проектов, в том числе с государственной поддержкой, при сохранении социальных обязательств государства в части оказания населению медицинской помощи;
- создание условий доступа инвесторам к долгосрочным заемным источникам финансирования проектов;
- организационное сопровождение проектов квалифицированными специалистами на всех уровнях государственной власти, начиная от идеи проекта до создания готового продукта;
- повышение эффективности использования государственного имущества, включая совершенствование управления имуществом в здравоохранении.

В 2015 г. вышел приказ Минздрава РФ № 37 «Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, на 2015–2016 годы». Его приоритетами стали:

- создание Координационного совета при Минздраве РФ по ГЧП;
- совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения;
- разработка методических рекомендаций по применению КС для развития объектов инфраструктуры здравоохранения;
- совершенствование мер господдержки инфраструктурных проектов в здравоохранении на основе ГЧП.

Следующим этапом стало принятие в июле 2015 г. Федерального закона №224-ФЗ. «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Этот закон определил принципы открытости и доступности информации о ГЧП, обеспечения конкуренции, равноправия сторон СГЧП и равенства их перед законом, добросовестности исполнения сторонами СГЧП своих обязательств, справедливого распределения рисков и обязательств между сторонами СГЧП, свободы заключения СГЧП.

В законе отражены порядок определения сторон, объекты, элементы соглашения, утвержден порядок разработки проекта ГЧП (МЧП), регламентирован порядок заключения соглашения, определены права и ответственность сторон при заключении СГЧП (СМЧП), обозначены полномочия РФ, ее субъектов и муниципальных образований в ГЧП (МЧП).

При принятии управленческих решений, помимо указанных нормативных документов, органы государственной власти должны руководствоваться Федеральными законами «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Минздрава России «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» [17].

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на 2013–2020 гг. одной из основных задач является последовательная демонополизация экономики и развитие конкуренции. Улучшение инвестиционного климата, совершенствование нормативно-правовой базы и формирование системы государственных гарантий позволит привлечь частных инвесторов при реализации проектов ГЧП.

По мнению экспертов, реализация СГЧП в здравоохранении:

- привлечёт дополнительные финансовые средства в отрасль и позволит оптимизировать бюджетные затраты;
- распределит риски реализации проекта ГЧП;
- позволит применить новейшие научно-технические разработки и предоставить доступ к ресурсам на более высоком уровне;
- позволит привлечь дополнительные средства на реконструкцию уже существующих объектов;
- повысит качество, доступность и сервис медицинских услуг [10].

Развитие системы здравоохранения все больше зависит от реализации проектов ГЧП. По данным заместителя председателя Правительства РФ О. Ю. Голодец, на начало 2015 г. в 25 регионах России реализовывалось 62 проекта в области здравоохранения на основе ГЧП. По данным директора департамента инфраструктурного развития и ГЧП Минздрава России А. В. Казутина, в регионах в 2017 году реализовывалось 118 проектов ГЧП, что позволило внести в систему здравоохранения более 60 млрд руб., из которых около 50 млрд – частные инвестиции, с 01.07.2017 по 30.07.2018 общий объем инвестиций только по заключенным КС в сфере здравоохранения составил более 10 млрд рублей. Интерес к механизмам ГЧП неуклонно растет, о чем, в том числе, свидетельствует динамика представления заявок на участие во всероссийском конкурсе «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении» (в 2018 году поданы заявки из 44 субъектов Российской Федерации) [4, 24] (*Shachnev, Lyang, Kochetov, 2015*).

В последние годы в системе государственных гарантий доля частных организаций существенно возросла: если в 2010 г. доля частных организаций в системе ОМС составляла 7,6%, то в 2014 году – больше 21%, а в 2016 – почти 30%. Тем не менее, объем оказываемых ими услуг в денежном выражении остается небольшим, в 2016 г. –

18,2 млрд рублей, или 2,5% от общего финансирования программы госгарантий. [18, 24] (*Gritsenko, Levkovich, 2018*).

Инфраструктура здравоохранения как объекты КС и СГЧП (СМЧП) привлекательна для частных партнеров. Изначально закрепленная за медицинскими организациями государственной или муниципальной формы собственности формирует единый имущественный комплекс (территория, подъездные пути, инженерные коммуникации и т. д.). Поэтому при планировании заключения КС и СГЧП (СМЧП) необходимо:

- обоснование учредителя медицинской организации того, что планируемое к передаче частному партнеру недвижимое имущество является излишним, неиспользуемым либо используемым не по назначению;
- сохранение возможности для медицинской организации осуществлять определенную ее уставом деятельность при передаче недвижимого имущества;
- сохранение объема, видов, условий, доступности и качества медицинских услуг, оказываемых в рамках программы госгарантий, в том числе с учетом перспективного планирования [17].

В настоящее время успешно реализующиеся проекты в Российской Федерации можно разделить на три группы [10]:

- 1) инфраструктурные проекты;
- 2) проекты аутсорсинга;
- 3) крупные федеральные проекты по созданию социально значимого продукта.

По данным Минздрава России, сегодня в Российской Федерации действует 118 инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения, в реализацию проектов ГЧП в сфере здравоохранения в качестве инвестиций привлечено 77 млрд руб., из них объем частных инвестиций – 67,5 млрд [6] (*Grot*).

Во многих субъектах РФ давно реализуются инфраструктурные проекты ГЧП в сфере здравоохранения: республики Кабардино-Балкария, Северная Осетия – Алания, Татарстан, Белгородская, Вологодская, Калужская, Ленинградская, Липецкая, Новосибирская, Нижегородская, Ростовская, Рязанская, Самарская и Свердловская области, Ставропольский край, город Москва, где по такому принципу организованы кабинеты врачей общей практики, фельдшерско-акушерские пункты, центры семейной медицины [7].

Примерами привлечения внебюджетных инвестиций в федеральную инфраструктуру здравоохранения последних лет стали открытие КС между Минздравом России и АО «Инновационный медико-технологический центр (Медицинский технопарк)» (Новосибирск); КС по «Центру спортивной медицины в г. Сочи; КС между Минздравом России и АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» в отношении «Центра микрохирургии глаза в г. Екатеринбурге»; проект по развитию учебной инфраструктуры ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»; проект развития материально-техниче-

ской базы ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» [6].

Дословно термин «аутсорсинг» обозначает использование внешнего ресурса. Так обозначают передачу организацией-заказчиком стороннему исполнителю (аутсорсеру) ряда производственных и вспомогательных процессов – от ИТ-сервиса до высокотехнологичных видов медицинской помощи (стоматология, офтальмология, онкология, радиология и др.) [3].

В России на аутсорсинг медицинские организации чаще всего передают сбор, обезвреживание, транспортировку и размещение медицинских отходов, оказание транспортных услуг, организацию лечебного питания, охрану, стирку белья, то есть, непрофильные функции. В последнее время все чаще передаются сторонним организациям функции по медицинскому управлению, бухгалтерское обслуживание, проведение лабораторных исследований и др. [3, 7].

Примерами проектов по созданию социально-значимого продукта могут служить федеральные проекты в фармацевтической промышленности. ГЧП в лекарственном обеспечении может реализоваться на базе соглашения «объем – цена», которые распространены в Европейском союзе и США. Их участниками являются крупные фармацевтические компании «Рош», «Новартис», «Санofi» и др. Государство заключает с производителем контракт относительно лечения пациентов определенными препаратами в течение фиксированного периода времени или же фиксированного количества приема лекарств. Если лечение пациента оказалось неэффективным, компания-производитель препарата продолжает лечение пациента из собственных средств. Данный вид контракта позволяет ограничить использование препарата не по показаниям или же при отсутствии доказательной базы по продолжительности терапии [10].

В России в 2009 г. была принята Стратегия развития фармацевтической промышленности РФ до 2020 года, которая определяет приоритеты развития отечественной фарминдустрии; служит основой для ГЧП в отрасли; обеспечивает в долгосрочной перспективе согласованность действий по развитию отрасли органов государственной власти всех уровней; определяет стратегический вектор разработки и корректировки нормативно-правовой базы; регламентирует базовые принципы разработки и реализации программ и проектов.

Согласно Стратегии, предусмотрено выделение 177,62 млрд руб., из них на создание инфраструктуры и повышение квалификации кадров – 35,22 млрд руб.; на проведение производственных процессов к стандарту GMP – 36 млрд руб.; на разработку лекарственных средств – 106,4 млрд руб.

В числе ожидаемых конечных результатов Стратегии к 2020 г.:

- удельный вес продукции отечественного производителя на внутреннем рынке должен составлять 50%;
- доля инновационных препаратов в портфелях отечественных производителей должна составлять 60%;

- экспорт продукции отрасли должен увеличиться в 8 раз по сравнению с 2008 годом;
- обеспечение фармацевтического суверенитета России в части обеспечения обязательств по снабжению жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными средствами (не менее 8 5% перечня ЖНВЛС).

По мнению экспертов, российская фармацевтическая индустрия не сможет выжить без государственной поддержки, испытывая давление, с одной стороны, транснациональных фармацевтических корпораций, диктующих правила игры в области технологий и интеллектуальной собственности и, с другой стороны, производителей из стран Юго-Восточной Азии (Индия, Китай, Пакистан) с их беспрецедентной ценовой политикой. Сегодняшние инвесторы готовы участвовать в развитии проектов, не требующих, с одной стороны, значительных рискованных инвестиций, а с другой – дающих прибыль в короткие сроки: производство готовых лекарственных форм или биологически активных добавок, аптечные сети и др. [16].

Создание нового лекарственного препарата – процесс очень затратный, он занимает около 12–14 лет и обходится в 2 млрд долл. США, а из 10 тыс. перспективных разработок только одна молекула ложится в основу лекарственного препарата, способного выйти на рынок. Поэтому без значительных инвестиций в сферу разработки видимых прорывов в фармацевтической индустрии можно не ждать. Так, в США на разработку и испытание новых препаратов тратится 40 млрд долл. в год, при этом регистрируется около 40 новых молекул. В России при объеме инвестиций 60 млн долл. США регистрируется 2–3 инновационных молекулы. Однако, как показывает международный опыт, в странах-лидерах по инновациям в фармацевтике государство не инвестирует значительных средств в эту отрасль, в США подобные разработки финансируются, главным образом, за счет венчурных инвестиций [8] (*Glebova, 2016*).

Стратегия предполагает два сценария развития фармацевтической отрасли: инерционный и инновационный. В первом случае речь идет о пассивном отношении государства к развитию фармацевтической отрасли и предполагающем активную деятельность международных фармацевтических компаний, при этом высока вероятность того, что отечественная фарминдустрия практически прекратит существование.

Инновационный сценарий предполагает, что государство умеренно участвует в развитии и стимулировании фармацевтической отрасли через регуляторные мероприятия по локализации лицензионного производства инновационных препаратов, не имеющих аналогов, а также современных дженериковых препаратов, доказавших свою клиническую эффективность. При таком сценарии государство выделяет средства на запуск проекта, а дальнейшее ресурсное обеспечение исследований и разработок осуществляется за счет рефинансирования средствами фарминдустрии. В результате российская фарминдустрия, получив стимул к развитию, увеличит долю своей продукции и повысит свою конкурентоспособность на внутреннем рынке, однако не сможет дать продукт, интересный мировому рынку [16].

В направлении прорыва

Взятый курс на инновационную модель позволил на сегодняшний момент инициировать разработку и производство высокотехнологичной фармпродукции, повысить уровень российской фармацевтики и успешно конкурировать с зарубежными производителями. Толчок к развитию получила отечественная прикладная наука и инженерия. На встрече премьер-министра Д. А. Медведева и генерального директора госкорпорации «Ростех» С. В. Чемезова в конце апреля 2014 года обсуждались вопросы развития российской фармацевтической промышленности. Итогом встречи стало решение о создании на базе корпорации центра компетенций в области разработки и производства лекарств. Такая работа будет стимулировать отечественное фармацевтическое производство и позволит обеспечить независимость России в сфере поставок и производства большинства лекарственных препаратов уже к 2020 году. Государственная поддержка позволила, по данным министра Минпромторга Д. В. Мантурова, в 2018 г. достичь доли отечественного производства препаратов по перечню ЖНВЛС в 86% [9, 15] (Korobeynikov, 2018).

Рассмотрим сильные и слабые стороны ГЧП в здравоохранении с помощью SWOT-анализа (табл.).

Таблица

SWOT-анализ практики применения ГЧП в здравоохранении

S (СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ)	W (СЛАБЫЕ СТОРОНЫ)
1. Привлечение в экономику инвестиций частного сектора. 2. Экономия государственных ресурсов. 3. Строительство и восстановление объектов здравоохранения, развитие инфраструктуры отрасли	1. Сложность процедуры заключения и согласования СГЧП. 2. На практике необходимо дополнительное организационное сопровождение проектов квалифицированными специалистами. 3. Сроки окупаемости проектов для инвесторов могут исчисляться десятилетиями. 4. Ограничения по обслуживанию пациентов, накладываемые условиями государственного заказа
O (ВОЗМОЖНОСТИ)	T (УГРОЗЫ)
1. Обеспечение органами власти доступности медицинской помощи. 2. Повышение качества оказываемых медицинских услуг. 3. Внедрение информационных технологий. 4. Разработка и производство инновационного медицинского оборудования, изделий, фармпрепаратов	1. Утрата госсобственности, продажа государственных медицинских организаций за небольшую сумму частным компаниям. 2. Передача «неиспользуемого» объекта частному инвестору приведет к нарушению функционирования медицинской организации или к нарушениям в этапности оказания медицинской помощи. 3. Привлечение инвестиций частного сектора в фарминдустрию сможет дать стимул к развитию, увеличит долю отечественного производителя и повысит его конкурентоспособность на внутреннем рынке, однако не сможет дать продукт, интересный мировому рынку

Источник: составлено авторами

Заключение

Таким образом, все системы здравоохранения можно обобщить в три основные организационные формы: государственную, страховую и преимущественно частную. Государственные системы, как правило, неэффективно тратят средства и тяжело управляемы, а частные фактически недоступны для людей с низкими доходами. Указанные недостатки привели к тому, что в большинстве стран сегодня можно наблюдать тесное сотрудничество между общественными и частными медицинскими структурами, ярким примером которого является ГЧП. Механизмы реализации ГЧП позволяют избежать приватизации объектов социальной инфраструктуры, но при этом повышают эффективность управления ими. За счет привлечения частных структур возможно достичь соответствия между целью работы объекта, запросами потребителей и выполняемыми работами, осуществлять более качественное управление рисками, ускорить реализацию проекта, оптимизировать затраты, привлечь передовые технологии. Учитывая мировой опыт, устойчивое и эффективное развитие здравоохранения России должно основываться на ГЧП, однако внедрение его механизмов невозможно без всестороннего изучения зарубежного опыта, включая трудности в реализации проектов, это поможет российской стороне избежать проблем при функционировании отечественных проектов ГЧП.

ИСТОЧНИКИ:

1. Анесянц С.А., Голотина В.Ю. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России // Новые технологии, 2015. – № 2.
2. Анопченко Т.Ю., Сироткина Е.Н. Взаимодействие государства и бизнеса как приоритетное направление повышения инвестиционной привлекательности регионального здравоохранения // Рыночная трансформация здравоохранения: опыт, проблемы, перспективы: Международная научно-практическая конференция. – Кисловодск, 2015
3. Боровик А.О., Боровик О.А. Аутсорсинг в здравоохранении: сравнение отечественной и зарубежной практики // Российское предпринимательство, 2014. – № 12(258).
4. В Минздраве России прошло совместное заседание рабочих групп Координационного совета по вопросам ГЧП. Минздрав РФ. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/09/05/8922-v-minzdrave-rossii-proshlo-sovmestnoe-zasedanie-rabochih-grupp-koordinatsionnogo-soveta-po-voprosam-gchp>.
5. Героева А. Врачи ждут партнеров. Коммерсантъ Business Guide. Приложение № 33. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/1509378>.
6. Грот А.В. О повышении информационной открытости государственно-частного партнерства в системе здравоохранения. Минздрав РФ, Комитет по экономике здравоохранения и государственно-частному партнерству. [Электронный ресурс].

URL: <http://opora.ru/upload/iblock/5fa/5fa2cfb75dc80041151c0a484a667ff6.pdf>.

7. ГЧП в сфере здравоохранения. Журнал «Стратегия». [Электронный ресурс]. URL: <http://strategyjournal.ru/news/ekonomika-i-biznes/gchp-v-sfere-zdravoohraneniya>.
8. Глебова Е. Импортозамещение в фармацевтике: миф или реальность?. Известия. [Электронный ресурс]. URL: <https://iz.ru/news/608256>.
9. Импортозамещение в фармацевтике – смогут ли русские фармацевты обеспечить страну лекарствами? ScienceDebate2008.com. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.sciencedebate2008.com/importozameshcheniye-v-farmatsevtike>.
10. Канева М.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития в Новосибирской области // Региональная экономика: теория и практика, 2016. – № 1(424).
11. Климовских Н.В., Лебедева И.С., Лебедев П.В. Аспекты финансирования здравоохранения Российской Федерации // Экономика и предпринимательство, 2018. – № 2(91).
12. Лебедева И.С. Развитие предпринимательского сектора в современной медицине // Социально-экономические и естественно-научные парадигмы современности: Сборник материалов XIII Всероссийской научно-практической конференции (30 марта 2018 г.): в 2-х ч. Ч 2. – Ростов-на-Дону, 2018.
13. Лебедева И.С. Тенденции социального инвестирования в России // Приоритеты социально-экономического развития Юга России: Сборник статей XI региональной научно-практической конференции молодых ученых. Краснодар, 2014.
14. Лебедева И.С., Шильцова Т.А. Финансирование здравоохранения как элемента социальной сферы России // Вестник Алтайской академии экономики и права, 2014. – № 3(35).
15. Коробейников Д. Мантуров назвал отрасли с максимальной независимостью от импорта. Федеральное агентство новостей (Riafan.ru). [Электронный ресурс]. URL: <https://riafan.ru/1085696-manturov-nazval-otrasli-s-maksimalnoi-nezavisimostyu-ot-importa>.
16. Приказ Минпромторга РФ от 23.10.2009 № 965 «Об утверждении Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года».
17. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики. – М.: Министерство экономического развития Российской Федерации, 2016.
18. Гриценко П., Левкович А. Скворцова: мы не хотим делить медицину на частную и государственную. Vademecum. [Электронный ресурс]. URL: <https://vademec.ru/news/2018/05/24/skvortsova-my-ne-khotim-delit-meditsinu-na-chastnyu-i-gosudarstvennyu>.
19. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный

- период. Минздрав РФ. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>.
20. Таппасханова Е.О., Мустафаева З.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Российское предпринимательство, 2012. – № 13(211).
 21. Указ Президента России от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Pravo.gov.ru. [Электронный ресурс]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038>.
 22. Хашева З.М., Лебедев П.В., Лебедева И.С. Социально-экономическая эффективность медицинских услуг. / Монография. – Краснодар: Изд-во ЮИМ, 2016.
 23. Черненко Э.М., Лебедева И.С. Экономические основы социальной защиты населения // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия: Экономика, 2013. – № 4(131).
 24. Шачнев Е.Н., Лянг О.В., Кочетов А.Г. Государственно-частное партнерство в системе здравоохранения России: возможности реализации на современном этапе // Лабораторная служба, 2015. – № 2. – doi: 10.17116/labs20154259-62.
 25. Bloomberg: рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. ИАА Центр гуманитарных технологий. [Электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>.
 26. Dezzani L. The World's Healthiest Countries 2017. Igeahub. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.igeahub.com/2017/08/02/the-worlds-healthiest-countries-2017>.
 27. Health Care Index for Country 2018. Numbeo. [Электронный ресурс]. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2018-mid.
 28. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016// The Lancet, 2018. – № 391. – doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.
 29. Schneider E.C., Sarnal D.O., Squire D., Sjah A., Doty M.M. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. Interactives. [Электронный ресурс]. URL: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror>.
 30. The Legatum Prosperity Index 2017. Eleventh edition / Legatum Institute, 2017.
 31. World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems. Thepatientfactor.com. [Электронный ресурс]. URL: <http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems>.

REFERENCES:

- Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 (2018). *The Lancet*. (391). doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.
- Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики [Recommendations for the implementation of public-private partnership projects. Best practices] (2016). М.: Министерство экономического развития Российской Федерации. (in Russian).
- Anesyants S.A., Golotina V.Yu. (2015). Problemy razvitiya gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v oblasti zdravookhraneniya v usloviyakh sovremennoy Rossii [Problems of development of public-private partnership in the field of health care in modern Russia]. *Novye tekhnologii*. (2). (in Russian).
- Anopchenko T.Yu., Sirotkina E.N. (2015). Vzaimodeystvie gosudarstva i biznesa kak prioritnoye napravlenie povysheniya investitsionnoy privlekatelnosti regionalnogo zdravookhraneniya [Interaction of the state and business as a priority direction of increasing investment attractiveness of regional health care] *Market transformation of health care: experience, problems, prospects*. (in Russian).
- Borovik A.O., Borovik O.A. (2014). Outsorsing v zdravookhraneni: sravnenie otechestvennoy i zarubezhnoy praktiki [Outsourcing in public healthcare service: the comparison of national and foreign practice]. *Russian Journal of Entrepreneurship*. (12(258)). (in Russian).
- Chernenko E.M., Lebedeva I.S. (2013). Ekonomicheskie osnovy sotsialnoy zaschity naseleniya [Economic foundations of social protection of the population]. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Ekonomika»*. (4(131)). (in Russian).
- Dezzani L. The World's Healthiest Countries 2017. Igeahub. Retrieved from <https://www.igeahub.com/2017/08/02/the-worlds-healthiest-countries-2017>
- Kaneva M.A. (2016). Gosudarstvenno-chastnoye partnerstvo v zdravookhraneni i napravleniya ego razvitiya v Novosibirskoy oblasti [Public-private partnerships in healthcare and the development directions in the Novosibirsk oblast]. *Regional Economics: Theory and Practice*. (1(424)). (in Russian).
- Khasheva Z.M., Lebedev P.V., Lebedeva I.S. (2016). Sotsialno-ekonomicheskaya effektivnost meditsinskikh uslug [Social and economic efficiency of medical services] Krasnodar: Izd-vo YuIM. (in Russian).
- Klimovskikh N.V., Lebedeva I.S., Lebedev P.V. (2018). Aspekty finansirovaniya zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii [Aspects of Healthcare Financing in Russian Federation]. *Journal of Economy and Entrepreneurship*. 12 (2(91)). (in Russian).

- Lebedeva I.S. (2014). Tendentsii sotsialnogo investirovaniya v Rossii [Social investment trends in Russia] Priorities of social and economic development of the South of Russia. (in Russian).
- Lebedeva I.S. (2018). Razvitie predprinimatelskogo sektora v sovremennoy meditsine [Business sector development in modern medicine] Socio-economic and natural-scientific paradigms of our time. (in Russian).
- Lebedeva I.S., Shiltsova T.A. (2014). Finansirovanie zdravookhraneniya kak elementa sotsialnoy sfery Rossii [Healthcare financing as an element of Russia social sector]. Vestnik altayskoy akademii ekonomiki i prava. (3(35)). (in Russian).
- Schneider E.C., Sarnal D.O., Squire D., Sjah A., Doty M.M. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care Interactives. Retrieved from <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror>
- Shachnev E.N., Lyang O.V., Kochetov A.G. (2015). Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v sisteme zdravookhraneniya Rossii: vozmozhnosti realizatsii na sovremennom etape [Public-private partnership in the healthcare system of Russia: the possibility of implementation at the present stage]. Laboratornaya sluzhba. 4 (2). (in Russian). doi: 10.17116/labs20154259-62.
- Tappaskhanova E.O., Mustafaeva Z.A. (2012). Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v zdravookhraneni [Development of Public-Private Partnerships in Healthcare]. Russian Journal of Entrepreneurship. (13(211)). (in Russian).
- World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems Thepatientfactor.com. Retrieved from <http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems>