

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Институт управления бизнес-процессами и экономики
Кафедра экономики и международного бизнеса горно-металлургического
комплекса

УТВЕРЖДАЮ
И.о. заведующий кафедрой
_____ Р.Р. Бурменко
подпись
« _____ » _____ 2017 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Исследование механизмов государственно-частного партнерства
сферы здравоохранения в отечественной и зарубежной практике

38.04.02 Менеджмент

38.04.02.12 Международный бизнес

Руководитель	_____	доц., канд. экон. наук	Р.Р. Бурменко
	подпись, дата		
Выпускник	_____		Ю.Д. Еремеева
	подпись, дата		
Рецензент	_____	главный кредитный аналитик	И.А. Гриднев
	подпись, дата	по корпоративному бизнесу Сибирского филиала ПАО Росбанк	
Нормоконтролер	_____		О.Е. Горячева
	подпись, дата		

Красноярск 2017

Содержание

Введение	6
1 Теоретические аспекты государственно-частного партнерства в здравоохранении	11
1.1 Регулирование здравоохранения: сущность, цели и задачи, основные принципы и модели	11
1.2 Изучение механизмов государственно-частного партнерства сферы здравоохранения	27
1.3 Законодательная база государственно-частного партнерства	50
2 Российская и зарубежная практика строительства/реконструкции объектов здравоохранения	57
2.1 Анализ технического состояния зданий и помещений медицинских организаций в России	57
2.2 Определение и изучение приоритетных направлений совершенствования системы территориального планирования в части строительства/реконструкции учреждений здравоохранения	61
2.3 Проектирование и строительство медицинских учреждений	69
3 Исследование механизмов государственно-частного партнерства на примере строительства/реконструкции объектов здравоохранения Красноярского края	73
3.1 Исследование механизмов строительства объектов, реализуемых за счет средств государственного бюджета на примере перинатального центра в г. Норильске	73
3.2 Исследование механизмов реконструкции государственных объектов, реализуемых за счет средств частных инвесторов на примере поликлиники в п. Таежный (Богучанский район)	103
3.3 Анализ проблем ГЧП в России и возможные пути их решения	106
Заключение	110
Список использованных источников	113
Приложения	121

Введение

Система здравоохранения играет важную роль в экономике любой страны.

Здоровье населения напрямую влияет на социально-экономическое развитие страны, а его обеспечение признается государством стратегической задачей.

Существует множество дефиниций понятия «здоровье». На мой взгляд, одной из наиболее полных является формулировка Всемирной организации здравоохранения, согласно которой «здоровье – это состояние полного физического, социального и душевного благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». [1]

Здравоохранение - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

В нашей стране ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения возлагает на себя государство. Конституцией РФ как основным законом нашей страны гарантируется охрана здоровья каждого гражданина РФ.

В широком смысле государственно-частное партнерство может рассматриваться как любое сотрудничество государства и бизнеса. В этом случае под этим термином понимают любое совместное участие публичной и частной стороны в инвестиционном проекте от софинансирования до создания экспертных советов из представителей государства и бизнеса. [2]

Однако данная трактовка дает слишком общее описание ГЧП как явления и затрудняет применение этого термина.

В более узком смысле государственно-частное партнерство - определенный тип отношений между государством и частным инвестором на оговоренных условиях, действующий ограниченный период времени, с разделением рисков, и, как правило, для реализации проектного финансирования в сфере инфраструктуры или оказания услуг. Речь идет о типе сотрудничества, среднем между полной приватизацией государственного имущества и представлением определенных частных услуг на уровне государственного заказа. Это так называемый “проектный” или “европейский” подход. [3]

Механизмы и принципы государственно-частного партнерства могут успешно реализовываться в любой сфере, где интересы бизнеса и государства пересекаются. Одной из таких сфер является здравоохранение: государство заинтересовано в улучшении оказания качественной и своевременной медицинской помощи, а бизнес может выгодно вложить средства, одновременно выполняя значимые для общества задачи.

Затраты на оказание медицинской помощи в России в шесть раз меньше, чем в странах Евросоюза, и в три-четыре раза ниже, чем в Европе в целом. Очевидно, что в дальнейшем будет происходить только рост затрат на здравоохранение: эта тенденция характерна для всего мира, так как появляются новые медицинские технологии, современные требования к учреждениям здравоохранения, новые лекарства. Государственно-частное партнерство позволяет увеличить эффективность вложения средств, использования ресурсов и управления.

Существуют и специфические российские проблемы, которые не характерны для Европы: отсутствие целостной политики реформирования отрасли; низкое качество управления; низкий уровень технологической оснащенности; существование зданий, имеющие физический износ, который достигает 80 и более процентов; теневая медицина, которая в России распространена значительно больше, чем в какой-либо развитой стране; неэффективное медицинское страхование — по сути оно даже не является

страхованием, в нем нет страховых принципов, на него не распространяется Закон о страховом деле. Также существуют серьезные административные барьеры для участия частного сектора здравоохранения в исполнении государственного заказа. В результате растет недовольство общества: более 60 % населения нашей страны не удовлетворены качеством медицинского обслуживания.

Современные условия предъявляют соответствующие требования к медицинским учреждениям здравоохранения в части организации выполнения стандартов диагностики, лечения, своевременности оказания экстренной и плановой медицинской помощи, соблюдения условий пребывания пациентов в учреждениях здравоохранения.

С точки зрения бизнеса, здравоохранение как сектор вложения больших государственных средств (сегодня государство тратит на эту сферу около 1,2 трлн рублей в год) — является перекрестком интересов и государства, и бизнеса. Бизнес заинтересован не только в получении прибыли, но и в увеличении эффективности деятельности, повышении доступности трудовых ресурсов, а также снижении социальных выплат. Показательно, что эти цели бизнеса во многом совпадают с целями государства и взаимопроникновение интересов здесь очень важно.

Расширение объемов медицинской помощи и внедрение новых видов медицинской помощи, позволяющих эффективно использовать имеющиеся ресурсы, диктуют новые современные требования к объектам здравоохранения. Качество строительства и реконструкции объектов здравоохранения прямо влияют на такие показатели работы учреждений здравоохранения, как например сокращение сроков амбулаторного лечения и нахождение больного в стационаре, снижение заболеваемости, снижение смертности населения, увеличение рождаемости, что является важными социально-экономическими показателями демографической ситуации каждой страны.

В России большая часть зданий учреждений здравоохранения введена в строй в 40-70-е годы 20 века, зачастую данные учреждения размещены в приспособленных помещениях. Все эти здания имеют физический износ, который достигает 80 и более процентов и нуждаются в проведении текущего или капитального ремонта. Кроме того, необходимо строительство новых объектов здравоохранения по территории всей России.

Перспективной моделью может стать осуществление частными партнерами работы по реконструкции и строительству государственных медицинских организаций, а также получение права эксплуатировать и обслуживать инфраструктуру данных учреждений в течение срока, окупающего их финансовые вложения.

Актуальность выбранной темы магистерской диссертации обусловлена тем, что уровень состояния здоровья населения зависит от создания условий для оказания качественных медицинских услуг. Государственно-частное партнерство - эффективный инструмент, способствующий повышению качества осуществления медицинской помощи.

Взаимодействие государства и бизнеса системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства более эффективно, чем исключительно на государственной основе, но существует ряд проблем, которые необходимо рассмотреть более подробно.

Обзор литературы показал, что данная тема исследования недостаточно раскрыта в научных и практических исследованиях на современном этапе развития общества, поэтому существует необходимость изучения проблем в новых социально - экономических условиях.

Целью магистерской диссертации является исследование механизмов государственно-частного партнерства сферы здравоохранения в России и за рубежом.

В соответствии с поставленной целью, выделяются задачи:

- исследование государственного регулирования здравоохранения;

- изучение механизмов взаимодействия государственного и частного сектора в здравоохранении;

- рассмотрение и анализ ключевых типов проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении;

- проведение сравнительного анализа проектов сферы здравоохранения, реализуемых в рамках государственно-частного партнерства и исключительно за счет средств государственного бюджета;

- анализ проблем государственно-частного партнерства в России и выявление возможных путей их решения.

Объект исследования: механизмы государственно-частного партнерства сферы здравоохранения.

Предмет исследования: механизмы ключевых типов проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении.

В данной выпускной квалифицированной работе используются следующие методы научного исследования:

- анализ и синтез;
- метод поиска аналогий;
- индукция и дедукция.

1 Теоретические аспекты государственно-частного партнерства в здравоохранении

1.1 Регулирование здравоохранения: сущность, цели и задачи, основные принципы и модели

Здравоохранение любого государства представляет собой комплекс государственных, социальных, экономических, медицинских и других мер, общества. Существующие в мире системы здравоохранения по ряду признаков подпадают под определение института - наличие целей, статусно-ролевые взаимодействия индивидов и т.д.

Здравоохранение обеспечивает возможность членам общества и различных социальных групп удовлетворять свои потребности, стабилизировать социальные отношения, вносит согласованность, солидарность, интегрированность в жизнь общества.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицина - это, прежде всего наука, имеющая целью лечение и предупреждение болезней, а здравоохранение - это комплекс мер для сохранения и укрепления здоровья.

Здравоохранение как деятельность по охране здоровья включает в себя не только медицинскую деятельность, но и деятельность в сфере физической культуры и спорта, и деятельность экологических организаций, ведущих борьбу против загрязнения окружающей среды, и многочисленную иную деятельность, которая не рассматривается как медицинская.

В нашей стране ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения возлагает на себя государство. Конституцией РФ как основным законом нашей страны гарантируется охрана здоровья каждого гражданина РФ.

Необходимость государственного регулирования здравоохранения обусловлено, во-первых высокой социальной значимостью данной сферы для общественного и государственного развития, во-вторых, сфера здравоохранения слабо регулируется рыночными механизмами в отличие, например, от экономических сфер.

Основные принципы государственного регулирования системы здравоохранения:

- провозглашение ответственности государства, общества за охрану здоровья граждан;
- организация рациональной подготовки кадров здравоохранения и осознание всеми медицинскими работниками своей высокой социальной ответственности перед обществом;
- развитие здравоохранения в первую очередь на основе широкого проведения мер, направленных на развитие общественной и индивидуальной профилактики;
- обеспечение всему населению страны наивысше возможного уровня квалифицированной, общедоступной профилактической и лечебной помощи;
- широкое использование в стране достижений медицинской науки и практики здравоохранения;
- санитарное просвещение и привлечение к участию в проведении всех программ широких кругов населения, являющееся выражением личной и коллективной ответственности всех членов общества за охрану здоровья людей.

Эти основные принципы были созданы Всемирной Организацией Здравоохранения (далее – ВОЗ) для всех членов Организации Объединенных Наций (далее – ООН), чтобы качество и доступность медицинских услуг были обеспечены в каждой стране независимо от статуса, расположения, политических позиций и других факторов. Нужно отметить, что ВОЗ - это специальный отдельный институт ООН, который призван решать глобальные проблемы в сфере здравоохранения.

В нашей стране определение здравоохранения как деятельности по охране здоровья закреплено в центральном нормативно-правовом акте в данной сфере - федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Статья 2 указанного нормативного акта содержит такое определение охраны здоровья граждан - «система мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления психического и физического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи».

Также в данном федеральном законе сформулированы принципы охраны здоровья в нашей стране:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны. [4]

К основным задачам здравоохранения можно отнести:

- уменьшение потерь населения за счет предоставления своевременной и качественной медицинской помощи;
- финансово рациональное оказание врачебных услуг;
- обеспечение медицинской сферы квалифицированными кадрами;

- устройство современных государственных и частных больниц и клиник.

Учреждения здравоохранения - это организации, деятельность которых направлена на обеспечение населения медицинскими услугами, перечень которых определен в законодательстве.

Все указанные цели и задачи должны выполняться на всех уровнях функционирования медицинской сферы: государственной, региональной и местной.

В отличие от частных больниц и клиник, государственные структуры полностью или частично (от 30% до 90%) финансируются из государственного бюджета. Их деятельность является некоммерческой, а потому не предусматривает получение прибыли или других доходов от деятельности. Такие медицинские учреждения существуют на основе оперативного управления, означает ограниченную автономию в несогласованных действиях. На практике данные заведения предоставляют медицинские услуги низкого или среднего качества из-за недостаточного финансирования.

По статистике частный сектор здравоохранения является доступным для людей с доходами выше среднего. Процент обращения бедного населения в подобные организации очень мал - 3,6%. Практика создания частных клиник показывает, что все они ориентируются на средний и богатый класс, что отображается в их ценовой, организационной и географической политике. Основной доход частных заведений составляют взносы за лечение, осуществляемые пациентами.

В таких организациях здравоохранение - это современный, совершенный комплекс мероприятий, позволяющий получить действительно высококвалифицированную помощь.

Сфера здоровья - одна из важнейших сфер деятельности государства, а потому ее финансирование является первоочередным.

Страны третьего мира, которые не могут самостоятельно финансово обеспечить эту сферу, получают дополнительные целевые средства. Для получения нужных источников дохода целесообразно ввести медицинское страхование, специальные налоги, систему штрафов за нарушение законодательства об охране здоровья. Финансирование здравоохранения - это сложная система мобилизации, использования, восстановления и рационального распределения средств, целью которых является предоставление медицинской помощи населению.

Уровень развития государства можно проследить именно за развитием таких важных социальных институтов, как здравоохранение, образование, культура и спорт. Именно они показывают истинную картину деятельности государства, благополучия, активности населения, заинтересованности в общественной жизни. Именно от здравоохранения зависит уровень рождаемости и смертности, прирост населения, мобильность, работоспособность. Игнорирование такого важного института приводит к деградации индивида, общественной апатии, равнодушию и нигилизму. Основным негативным следствием этого является невозможность последующего создания качественного и производительного человеческого капитала.

Здравоохранение - это не только эффективная система обеспечения населения медицинскими ресурсами, но и целый органический институт, который составляют индивиды в различных социальных ролях (врачи, чиновники, пациенты, общественные организации и др.). Однако в случае невыполнения своих обязанностей хотя бы одним из субъектов эта слаженная иерархия подвергается негативным изменениям.

Это может быть невыполнение чиновниками своей функции обеспечения больниц и поликлиник средствами, разглашение врачебной тайны, несанкционированное вмешательство общественных организаций в процесс лечения, пренебрежение пациентами правилами внутреннего распорядка и работы подобных заведений. Для этого в законодательстве

четко указаны права и обязанности каждого из субъектов данных правоотношений.

Министерство здравоохранения - это федеральное министерство, основной целью которого является правовое регулирование отношений в сфере охраны здоровья, координация и выполнение законов и других нормативно-правовых актов в данной сфере государственной деятельности.

Также данный институт призван выполнять узкоспециализированные задачи: проведение профилактики инфекционных заболеваний, обеспечение рынка здоровья медикаментами отечественного и иностранного производства, создание разнопрофильных больниц, поликлиник, диспансеров, курортов и оздоровительных комплексов.

Данная государственная структура также тесно связана с другими ветвями власти и нижестоящими органами. Особенно важной является тесная и прозрачная связь государственных, региональных и местных уровней, поскольку очень часто на практике последние не получают выделенных средств из-за хищения и присвоения их чиновниками.

Основная задача государства - это создание высокого уровня жизни населения. Если другие сферы могут временно ограничиваться в финансировании, то данное направление всегда должно получать средства, которые предусмотрены государственным бюджетом. Также не менее важным направлением работы является усовершенствование технологий и оборудования, поскольку для дальнейшего развития должна быть создана прочная организация здравоохранения. Это закреплено в государственных действующих программах и стратегиях развития оздоровительной сферы. Сфера здравоохранения - это отрасль социальной деятельности государства, которая обеспечивает быструю, доступную и в некоторых случаях бесплатную медицинскую помощь гражданам.

Второстепенной, но не менее важной задачей является подготовка высококвалифицированных кадров: врачей, фельдшеров, медсестер и санитаров. Надлежащий уровень подготовки специалистов поможет в

дальнейшем избежать небрежности, неаккуратности к выполнению трудовых обязанностей.

На данный момент отечественная система здравоохранения не отвечает всем постулатам оказания медицинской помощи, которые были признаны ВОЗ. Для построения демократичной социальной системы необходимо обеспечить доступ в медицинские учреждения всем слоям населения.

Услуги здравоохранения - это предоставление каждому нуждающемуся необходимой медицинской помощи в специализированных учреждениях, платных или бесплатных. Это могут быть отечественные и иностранные центры оказания помощи, широко или узкопрофильные заведения.

Учреждения здравоохранения - это места, где должен найти помощь каждый больной независимо от возраста, пола, социального и имущественного положения. Именно в демократизме строится европейская система здравоохранения. Это высокий прожиточный уровень, позволяющий всем слоям населения получать платную медицинскую помощь.

В России, к сожалению, дела обстоят несколько иначе. Здравоохранение - это, прежде всего, сбалансированная система финансирования, взаимопомощи, льгот и поддержки соответствующих слоев населения и отдельных индивидов. Это значит, что данная сфера считается общественной, несмотря на вид собственности (частная или государственная). Также она должна соответствовать определенным стандартам (равенству, дифференцированной ценовой политике, доступности, качества, удобное расположение). Данная сфера должна исключать произвол и несанкционированное вмешательство чиновников и других государственных структур, защищать интересы человека и гражданина, воспроизводить и обеспечивать надлежащий уровень жизни. [5]

Система здравоохранения - это единое целое составляющих элементов в их взаимосвязи и взаимообусловленности. Отсюда можно сделать вывод, что каждая страна обладает своей собственной системой здравоохранения.

Общая схема здравоохранения, отражающая принципы, заложенные в ней, составляет так называемую модель здравоохранения.

На текущий момент, все существующие в мире системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Общеизвестных названий у этих моделей нет, но характеристика их основных параметров, которое дается специалистами, в целом и общем одинаково.

Таким образом, выделяются следующие модели здравоохранения:

- система здравоохранения, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- система здравоохранения с бюджетной системой финансирования;
- система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Первая модель здравоохранения характеризуется тем, что медицинская помощь предоставляется преимущественно за счет самого потребителя медицинских услуг, то есть на платной основе, при этом отсутствует единая система государственного медицинского страхования. В рамках данной модели здравоохранения рынок медицинских услуг является основным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах. Та часть потребностей населения в медицинских услугах, которую не способен удовлетворить рынок (пенсионеры, безработные, малообеспеченные слои населения), входит в полномочия государства и финансируется путем реализации общественных программ медицинской помощи.

Наиболее наглядно описанная модель здравоохранения представлена в США, где основой организации системы здравоохранения является частный рынок медицинских услуг, дополненный государственными программами медицинского обслуживания пенсионеров «Medicare» и бедных «Medicaid».

Вторая модель здравоохранения, построенная на бюджетном финансировании последнего, характеризуется подавляющей ролью

государства в ее функционировании. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из государственного бюджета за счет поступления от налогов. В рамках данной модели население страны получает медицинскую помощь бесплатно.

Таким образом, в рамках данной модели здравоохранения государство является главным поставщиком и покупателем медицинской помощи, способствуя удовлетворению большей части общественных потребностей в услугах здравоохранения. Такая модель реализуется во многих странах, в частности в Великобритании, Ирландии, Дании, Италии и ряде других.

Третью модель здравоохранения определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель основана на принципах смешанной экономики и сочетает в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов.

Государство в рамках данной модели здравоохранения является гарантом удовлетворения общественно необходимых потребностей подавляющего процента граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных основ оплаты медицинских услуг. В данной модели используется многоканальное финансирование здравоохранения (из отчислений от зарплаты, прибыли страховых организаций, а также государственного бюджета). Данная модель наиболее ярко представляется здравоохранением Германии, Нидерландов, Франции, Швейцарии, Австрии, Японии и Канады. [6]

Таблица 1 – Модели здравоохранения

Тип модели	Характеристика	Примеры стран	Преимущества	Недостатки
система здравоохранения, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования	<ul style="list-style-type: none"> основной источник финансирования медицинской помощи - личные средства граждан; отсутствие единой системы государственного медицинского страхования; государственная поддержка отдельных категорий граждан 	США, ряд арабских, африканских и латиноамериканских стран	<ul style="list-style-type: none"> большой выбор медицинских учреждений, врачей, создающих конкурентную среду на рынке медицинских услуг; высокие доходы врачей, других медицинских работников; 	<ul style="list-style-type: none"> высокая стоимость медицинских услуг, ограниченная доступность медицинской помощи для широких слоев населения
система здравоохранения с бюджетной системой финансирования (<i>модель Бевериджа</i>)	<ul style="list-style-type: none"> государство координирует работу всех медицинских учреждений и само обеспечивает производство медицинских услуг всему населению страны; государство несет ответственность за сбор средств, управление финансами, формирование госзаказа и установление цен на медицинские услуги всеобщий охват населения услугами здравоохранения финансирование из налоговых поступлений контроль со стороны парламента управление правительственными органами 	Великобритания, Ирландия, Дания, Италия	<ul style="list-style-type: none"> высокая степень социальной защищенности граждан путем установления всеобщих гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи; строгий государственный контроль за условиями оказания медицинской помощи 	<ul style="list-style-type: none"> политические риски, проявляющиеся колебанием доли финансирования здравоохранения в зависимости от политических приоритетов; склонность к монополизму; риск снижения качества медицинских услуг из-за отсутствия возможности осуществления контроля со стороны потребителей услуг; риск увеличения статей расхода без адекватного улучшения качества услуг; возможный рост

Окончание таблицы 1

<p>система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования <i>(модель Бисмарка)</i></p>	<p>возможность сдерживания государством расходов с помощью макроэкономических методов</p>	<p>Германия Франция Бельгия Нидерланды Австрия Швейцария Канада Япония Российская Федерация</p>	<p>✓ большое внимание со стороны финансирующих организаций к контролю качества медицинской помощи и объемам расходов при оказании медицинских услуг; ✓ регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразные формы и способов оплаты медицинской помощи; ✓ обеспечение высокого, гарантированного государством уровня качества оказания медицинской помощи</p>	<p>дефицита медицинских услуг, проявляющийся в увеличении срока ожидания оказания услуги; – излишняя бюрократизация, вследствие управления госорганами и госслужащими; – недостаток дополнительных платных и сервисных услуг и отсутствие конкурентной среды;</p>
	<p>• наличие нескольких основных источников финансирования (средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками); • высокая доля национального дохода, выделяемого на здравоохранение; • наличие централизованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях)</p>			<p>– удорожание услуг в виду отсутствия бюджетных ограничений; – возможные угрозы финансовой жизнеспособности модели, в случае экономических и демографических потрясений.</p>

Здравоохранение России

Охрана здоровья граждан в России — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. [7]

Число больничных учреждений в конце 2015 года составляло приблизительно 30 тыс. Доля частных клиник в России не превышает 5-10 % от их общего количества. В России 707 тыс. врачей различных специальностей (на конец 2015 года).

Совокупные расходы на здравоохранение в России в 2006 году составляли 3,9 % ВВП (из них 3,2 % ВВП — государственные расходы, 0,7 % ВВП — частные), 2007 году — 4,4 % ВВП. В 2016 году общие расходы на охрану здоровья из всех источников составили в России более 6 % ВВП.

Общие расходы на здравоохранение в России в 2007 году составили (в абсолютных цифрах) 493 долл. на человека. Этот показатель включает государственные расходы на медицину (составлявшие в том же 2007 году 316 долл. на человека), медицинские услуги, оплачиваемые за счёт пациента, и услуги, оплачиваемые через систему медицинского страхования (обязательное и добровольное медицинское страхование)[8]. В 2012 году соответствующие показатели составили 913 долл. (общие расходы) и 467 долл. (государственные расходы). [8]

Здравоохранение США

Согласно данным Института медицины Национальной академии наук США, Соединенные Штаты – единственная в мире развитая индустриальная страна, не имеющая универсальной системы здравоохранения. В США около 84% граждан имеют медицинскую страховку, 64% из них страховка

предоставлена работодателем, 9% – приобрели ее самостоятельно, 27% граждан страховка предоставляется в рамках государственных программ.

Определенные государственные программы позволяют получить медицинскую помощь инвалидам, лицам пожилого возраста, детям, ветеранам, малообеспеченным людям, а также обеспечивают неотложную помощь всем жителям страны независимо от их способности ее оплатить. Более 45% расходов страны в системе здравоохранения идет на финансирование подобных государственных программ, таким образом, правительство США является наибольшим страховщиком нации.

В 2014 г. в США медицинской страховки не имело 16% населения, а это 47 млн человек. Это обусловлено высокой стоимостью страховки, которая растет быстрее, чем заработная плата или инфляция. В 2007 г. из-за расходов на медицинское обслуживание в США обанкротилось около 50% компаний. Вокруг американской системы здравоохранения постоянно разворачиваются дебаты, идут споры о ее доступности, эффективности и качестве, а также об огромных суммах, которые расходуются на ее содержание.

В 2005 г. ВОЗ, проанализировав системы здравоохранения 191 страны мира, отдала США первое место в рейтинге наиболее стабильных систем, способных к быстрому реагированию при изменяющихся условиях. При этом США заняли 1-е место среди самых затратных систем здравоохранения и лишь 37-е место по уровню оказания медицинской помощи и 72-е по общему уровню здоровья. Однако это исследование ВОЗ было подвергнуто критике за его методологию и отсутствие анализа удовлетворенности системой здравоохранения самими потребителями.

Согласно CIA World Factbook, по уровню детской смертности США находится на 41-м месте в мире, по продолжительности жизни – на 45-м. Недавние исследования показали, что в период 2000-2010 гг. снижение уровня смертности, которая могла бы быть предупреждена, в США происходило значительно медленнее, чем в других 18 индустриальных

странах. С другой стороны, результаты проведенного в 2010 г. ежегодного Национального опроса состояния здоровья, осуществленного Центром контроля заболеваний Национального центра статистики в области здравоохранения, показал, что приблизительно 66% респондентов считают, что их здоровье «отличное» или «очень хорошее».

Система здравоохранения США представлена независимыми службами на трех основных уровнях, это семейная медицина, госпитальная помощь и общественное здравоохранение. Медицинские услуги в США оказываются частными лицами и юридическими учреждениями. Различные коммерческие, благотворительные и государственные организации предлагают пациентам как амбулаторные, так и стационарные услуги. Около 47% всех расходов на здравоохранение США составляют затраты на стационарное лечение, около 2% – домашнее обслуживание, 10% – медикаментозное лечение и 10% – на содержание в домах престарелых. Оставшиеся 11% охватывают услуги стоматологов, офтальмологов и других узких специалистов.

Семейная медицина – довольно развитая структура в США. Семейные врачи осматривают и наблюдают пациентов и при необходимости направляют их к узким специалистам или в стационар. Оплату такие врачи получают непосредственно от пациентов. Как правило, семейный врач имеет свой собственный офис или кооперируется с другими специалистами.

Больницы или госпитали – крупнейшая составная часть медицинских услуг США. Стационарное лечение является наиболее дорогостоящим и важным компонентом индустрии здравоохранения этой страны. Однако в последнее время происходят заметные сдвиги в сторону других учреждений, преимущественно поликлиник, пунктов скорой помощи и домов престарелых. Амбулаторные услуги медленно, но уверенно заменяют стационарное лечение, а помощь на дому – пребывание в домах для престарелых.

В США функционирует два типа госпиталей: имеющие право собственности, зачастую управляемые большими частными корпорациями, и неприбыльные госпитали, находящиеся в управлении окружных и государственных властей, религиозных общин или независимых общественных организаций. Структура госпиталей сходна с нашими больницами. В них оказывают определенный объем амбулаторной помощи в отделениях скорой медицинской помощи и специализированных клиниках, но в основном они предназначены для оказания госпитальной помощи. Наибольшее внимание уделяется отделению неотложной медицинской помощи. В отделениях скорой медицинской помощи и центрах неотложной терапии оказывают спорадическую, сфокусированную на проблеме помощь. Хирургический центр – пример специализированной клиники. Кроме того, в США широко развита сеть хосписов для терминальных больных с ожидаемой продолжительностью жизни шесть месяцев и менее, которые, как правило, субсидируются благотворительными организациями и правительством.

В США, впрочем, как и в других странах, понятие амбулаторной помощи включает оказание медицинских услуг без госпитализации пациента, что составляет большую долю оказания медицинской помощи населению. Лечение на дому в основном производится за счет сестринских организаций и обычно заказывается врачами. Частный сектор амбулаторной медицинской помощи представлен личными врачами (специалистами по внутренней и семейной медицине, педиатрами), узкими специалистами, например гастроэнтерологами, кардиологами, детскими эндокринологами, а также медсестрами и другим медицинским персоналом. В 1996 г. появились так называемые услуги *concierge medicine* – предоставление расширенного спектра услуг личным врачом за предоплату.

По данным ВОЗ мировым лидером по общим расходам на здравоохранение являются США, тратящие на медицину 16% от ВВП. Здравоохранение в США базируется на двух основных государственных

программах Medicare и Medicaid и системе частных медицинских страховых фондов. [9]

Здравоохранение Японии

Высокий уровень жизни обеспечивает Японии почётное десятое место по индексу развития человеческого потенциала. В Японии самая высокая ожидаемая продолжительность жизни, составившая в 2009 году 82 года.

Система здравоохранения в Японии — одна из самых развитых в мире. Ориентация на профилактику и реабилитацию позволила существенно снизить расходы на здравоохранение и повысить его качество. Система здравоохранения основана на полном охвате всего населения медицинским страхованием, обеспечиваемым государством и работодателями частного сектора.

Личные расходы населения на здравоохранение составляют около 12% общего объема расходов на эти цели в стране. В расходной части семейного бюджета граждан доля медицинской страховки невелика. Для семьи из четырех человек при одном работающем она составляет около 4%. Лишь небольшое число граждан, подпадающих под действие законов о помощи бедным, о борьбе с туберкулезом и лицам старше 70 лет, пользуются правом на бесплатную или льготную медицинскую помощь. К середине 1980-х годов государство начало испытывать некоторые трудности с выделением средств в бюджете на систему медицинского страхования. Основная причина возникавших проблем — рост общих расходов на медицину в связи с увеличением доли пожилого населения страны. Однако страна успешно преодолевает возникающие трудности и не намерена менять свою политику в данной сфере.

В настоящее время расходы на здравоохранение в Японии составляют 8,1% ВВП. На этом фоне показатели медицинского обслуживания намного лучше, чем в США, затрачивающих на эти цели в 2 раза больше. Страна добилась этого путём запрета на прибыль страховых компаний, а также введением ограничений на оплату врачей, допускающих серьёзные дефекты

в обслуживании пациентов. Это как раз то, чего так недостаёт российскому здравоохранению, где медицинское страхование откровенная кормушка для ловких предпринимателей, оккупировавших это очень выгодное дельце. Нельзя исключить того обстоятельства, что различия в объемах расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах Америки и Японии совершенно очевидно обусловлены как более низким уровнем заболеваемости в Стране Восходящего Солнца, так и менее «агрессивными» методами лечения. Сокращающаяся доля лиц трудоспособного возраста будет вынуждена принимать на себя постоянно растущие затраты на здравоохранение и выплату пенсий. В данный момент в Японии на трех работающих человек приходится один пенсионер, однако через 50 лет это соотношение приблизится к значению один к одному. К 2020 году стоимость новых медицинских технологий и старение населения повысят затраты на здравоохранение примерно на 75%, несмотря на установленный строгий контроль за расходованием средств на медицинское обслуживание. [10]

1.2 Изучение механизмов государственно-частного партнерства сферы здравоохранения

Государственно-частное партнерство не является каким-то новым экономическим механизмом. В XVIII и в начале XIX в. группа британских местных вельмож сформировала дорожно-строительные трасты, которые занимали деньги у частных инвесторов для ремонта дорог, а возвращали займ через взимание платы за проезд. Строительство большинства лондонских мостов также финансировалось за счет таких мостовых трастов вплоть до середины XIX в., а в конце XIX в. Бруклинский мост в Нью-Йорке был построен по такой же схеме с участием частного капитала. Если обратиться к Франции, то там строительство каналов с участием частного капитала началось еще в XVII в.

Этот тип ГЧП известен как «концессия», так называемая модель «платит пользователь», в которой частный участник (концессионер) имеет возможность получать оплату за пользование объектами — например, мостами, тоннелями или дорогами. Взимаемая плата компенсирует концессионеру затраты на строительство и обслуживание объекта, и эта оплата, как правило, возвращается под контроль публичного сектора в конце периода концессии.

Помимо дорог и смежных отраслей, концессии применялись во многих странах в XIX и начале XX в. для строительства таких объектов, как железные дороги, объектов водоснабжения и канализации очистных сооружений.

Дальнейшее развитие концессий выразилось в появлении франшизы (французский аналог — *affermage*). Франшиза — это право эксплуатировать уже построенный объект, т.е. это то же самое, что и концессия, но без первоначальной стадии строительства. Пользователь франшизы может сделать единовременную оплату публичному органу власти для получения этого права. Франшиза не рассматривается как ГЧП, потому что она не подразумевает финансирование строительства или развитие инфраструктуры, а только использование объекта. Тем не менее договорной и финансовый базис частично тот же.

Хотя использование концессий для строительства новых инфраструктурных объектов снизилось во многих странах после XIX в. (с увеличением роли государства), франшизы остались важным явлением, например, во французской водной отрасли. Концессии снова активизировались только в конце XX в., когда возрос интерес к ним и другим механизмам ГЧП как альтернативам фондовой модели (модели финансирования из собственных средств государства). Государственно-частное партнерство в его современном понимании зародилось в начале 1990-х гг. в Великобритании. В то время на смену традиционному сотрудничеству государства и подрядчика пришла модель,

называемая частная финансовая инициатива (англ. Private Finance Initiative), при которой государство лишь заказывало, но не оплачивало бизнесу те или иные капиталоемкие объекты. После окончания работ объект брался государством в долгосрочную аренду при условии, что подрядчик продолжал обеспечивать его эксплуатацию. Таким образом, инвестиции возвращались подрядчику за счет арендных платежей. Как правило, после окончания оговоренного срока аренды объект передавался заказчику по символической стоимости или бесплатно. В дальнейшем практика была существенно расширена — государственно-частное партнерство стало своеобразной альтернативой приватизации важных отраслей или объектов (электроэнергетики, транспорта, коммунального хозяйства и т.д.). Не имея финансовой возможности обеспечить расширенное воспроизводство в этих отраслях, государство передавало их в долгосрочную аренду (концессию) бизнесу, оставляя за собой право контроля за их деятельностью. Постепенно такие правоотношения стали распространяться и на отдельные масштабные проекты — от оказания общественных услуг до проведения НИОКР и внедрения инноваций.

Звание первопроходцев в деле развития ГЧП с Великобританией могут оспорить США. Там формы ГЧП возникали и развивались в двух направлениях: кооперационные исследования отдельных отраслевых и межотраслевых производств; привлечение научного потенциала штатов для решения национальных проблем и передача технологий, созданных на федеральные средства для развития производств в отдельных штатах. Приведем пример некоторых подобных форм. Кооперационные программы НИОКР в рамках инновационного цикла — участниками партнерств выступают фирмы, представляющие весь спектр разработки и освоение новых технологий. Государство в лице федеральных ведомств оказывает содействие в создании таких партнерств и непосредственно участвует в их деятельности. Стратегические межотраслевые партнерства — учреждаются для разработки и коммерциализации базовых технологий массового

применения. Региональные центры передачи технологий НАСА. Эти центры координируют технологические инициативы штатов и научно-технических организаций с НАСА. Региональные центры создаются при университетах, их деятельность финансируется в равных долях правительством, штатами и фирмами.

ГЧП в США изначально было разработано для концентрации средств, направляемых на создание и внедрение новых технологий для совместного использования полученных результатов. Это позволило США развить технологическую мысль, учесть реальные потребности новых рынков и добиться значительного успеха в данной отрасли. В настоящее время проекты ГЧП разрабатываются более чем в 60 странах мира.

Как правило, за границей государственно-частным партнерством обычно называют очень большой ассортимент бизнес-образцов и отношений. Данное понятие применяется при любых вариантах использования ресурсов частного капитала для удовлетворения общественно значимых потребностей. Первые места в области применения всевозможных механизмов государственно-частного партнерства мы с уверенностью можем отдать таким державам, как США, Великобритания, Франция и Германия. Исследуя проекты ГЧП некоторых зарубежных стран, заключенных в государствах с разным экономическим развитием, мы пришли к выводу, что государственно-частные партнерства успешно применяются в транспортной и социальной инфраструктуре (здравоохранение, образование, развлечение, туризм), ЖКХ (водоснабжение, электроснабжение, очистка воды, газоснабжение и др.), в других сферах (тюрьмы, оборона, объекты военной сферы). Лидирующей является транспортная инфраструктура, второе место занимает социальная инфраструктура.

Пик увеличения ГЧП в мире пришелся на конец XX в. По данным Всемирного банка, с 1990 г. в развивающихся странах и странах с переходной экономикой появилось около 2700 проектов ГЧП. При всей

привлекательности этой формы взаимодействия власти и бизнеса реализация проекта ГЧП требует решения огромного количества организационных, юридических, методических и других вопросов. Благодаря стандартизации подходов к выбору проектов, определению приоритетов социальных потребностей в конце 1990-х гг. эта форма получила новый толчок к своему развитию. Тем не менее в мировой практике до сих пор типового соглашения ГЧП не существует. Определено, что в нем должны быть закреплены позиции сторон — уровень обязательств государственного и частного сектора, право собственности на активы, распределение рисков, продолжительность во времени, источники финансирования и др.

В последние годы в странах Западной Европы наблюдается устойчивое развитие проектов ГЧП. Более того, численность стран, желающих и уже активно применяющих данный механизм взаимодействия, неуклонно растет. ГЧП наиболее востребовано общественным сектором, так как всегда есть потребность в модернизации уже изношенной инфраструктуры, обеспечении доступности услуг, экономии бюджета и т.п.

Стоимость инфраструктуры, созданной в рамках ГЧП, заметно растет в перспективе. Вложения в инфраструктуру, более того, в условиях мирового финансового кризиса, считаются наиболее надежными, так как, даже пытаясь сэкономить на формах потребления, мы гарантированно оплачиваем пользование такими объектами, как ЖКХ, водоотведение и т.д. Так, например, в Великобритании, Германии, Италии, Канаде, Франции, Японии проекты транспортной инфраструктуры стоят далеко не на 1-м месте. А на 1-м месте — здравоохранение, на 2-м — образование, на 3-м — автодороги.

Анализ зарубежного опыта использования проектов ГЧП показал, что в каждой из стран есть своя наиболее приоритетная отрасль по использованию ГЧП. Так, в США такой отраслью являются автодороги, в Великобритании

— здравоохранение и образование, в Германии — образование, в Италии, Канаде и Франции — здравоохранение.

Формы ГЧП зависят от того, насколько государство открыто для прямых инвестиций, и от желания передавать такие активы, как земля и инфраструктура, инвесторам или национальным компаниям. В таких странах, как Австрия, Дания, Австралия, Израиль, Финляндия, Испания, Португалия, Бельгия, Греция, Южная Корея, Ирландия, Сингапур, на 1-м месте по числу использования ГЧП находится отрасль, связанная со строительством и реконструкцией автодорог, а за ней уже следуют с весьма значительным отрывом здравоохранение, образование и средства размещения.

Давно доказано, что в развивающихся странах, а также в странах с переходной экономикой указанные отрасли (за исключением автодорог) не будут считаться главными и приоритетными. Учитывая более низкий уровень экономического развития в этих странах, на 1-е место по приоритетности привлечения инвестиций с помощью ГЧП должна выйти транспортная инфраструктура, а именно строительство и реконструкция автодорог, портов, железных дорог и др. Так, в странах с переходной экономикой — страны Центральной и Восточной Европы (Болгария, Чехия, Венгрия, Хорватия, Польша, Румыния); страны Балтии (Латвия); страны СНГ (Украина) — отрасли здравоохранение и образование находятся уже далеко не на 1-м месте по применению ГЧП — лидируют автодороги, строительство мостов и тоннелей, легкого наземного метро, аэропортов. В странах с переходной экономикой им уделяется внимание в первую очередь, в них вкладываются средства.

В развивающихся странах (Индия, Бразилия, Чили, Мексика), как и в предыдущей группе стран, на 1-м месте по количеству ГЧП находятся автодороги, на 2-м — аэропорты, тюрьмы и водоочистные сооружения. Такое распределение отражает в первую очередь заинтересованность стран в развитии этих отраслей (индивидуальных для каждого типа стран), так как

ГЧП позволяет привлечь инвестиции частного сектора, снизить затраты государственного сектора, распределить риски между партнерами. Нередкими являются примеры неэффективных проектов ГЧП из-за просчетов со стороны государства.

Так, в Чехии был реализован проблемный инфраструктурный проект. Привлечение частных инвестиций в этой стране осуществляется по британской модели частной финансовой инициативы. Чешский опыт свидетельствует о потенциальной опасности рисков и проблем, с которыми сталкивается недостаточно опытный и плохо подготовившийся государственный партнер.

Таким образом, на Западе частный бизнес участвует в самых разных проектах: строит объекты инфраструктурного, социального назначения, а также предоставляет услуги, обычно оказываемые государством. Это может быть управление детскими садами, больницами, тюрьмами. Затраты компенсируются за счет взимания тарифов с пользователей либо в виде предоставления льготных услуг, доплат. В России же государственно-частное партнерство применяется в большей степени при строительстве дорог, аэропортов, транспортных узлов.

В чем же отличие подходов к видам государственно-частных партнерств за рубежом и у нас? Принципиальных отличий со странами, находящимися с Россией примерно на одной стадии развития рынка ГЧП, нет. Есть небольшие особенности. С одной стороны, это относительно стабильная экономическая ситуация в России, наличие средств у государства и желание инвестировать их в развитие инфраструктуры. С другой — Россию всегда воспринимали как рискованную страну, хотя это не всегда соответствовало реальному положению дел. По крайней мере по сравнению с некоторыми популярными среди ГЧП-инвесторов странами Юго-Восточной Азии или Латинской Америки, Россия могла бы выглядеть более привлекательно, развивая политику информационной открытости и

формируя позитивный образ, как это делают другие государства с переходными экономиками.

Крупные, социально-значимые проекты всегда содержали и будут содержать в себе различные группы рисков: технические, финансовые, операционные, рыночные и, наконец, коммерческие. Последние во всем мире, как правило, несут частные инвесторы.

Государство и бизнес во всем мире, а в особенности на Западе, уже давно стали надежными и добрыми партнерами, которые не покушаются на сферы деятельности друг друга и сохраняют известную степень независимости. Все это, однако, не отменяет тот факт, что государство и в развитых странах выступает в роли первого и ведущего партнера во взаимодействии с бизнесом.

Не стоит забывать о том, что политическая традиция и своеобразное мышление русского народа оказывают существенное влияние на возможность использования ГЧП.

Российское государство нередко осуществляет вмешательство в автономные сферы жизни общества, в том числе и компетенцию бизнеса, не всегда обосновывая свои действия законодательно.

К сожалению, частный бизнес в России пока еще остается во многих отношениях с властью неуверенным в себе участником. Социальная ориентированность бизнеса, его заинтересованность в решении не только своих частных, но и общенациональных проблем, еще недостаточно развита. Таким образом, богатый опыт зарубежных стран, подкрепленный многообразием форм ГЧП, должен стать значительной поддержкой и неплохой платформой для внедрения механизмов взаимодействия государственной власти и бизнеса в России. Ориентация на Запад в совокупности с богатейшим потенциалом нашего государства сможет идеальным образом развить это по-настоящему перспективное направление и принести огромную пользу всему многонациональному населению России. [11]

Под механизмами государственно-частного партнерства следует понимать организационно-правовые конструкции, используемые при реализации ГЧП-проектов. К инструментам ГЧП относится достаточно широкий перечень различных государственных и финансовых институтов, организационно-правовых форм и источников финансирования. То есть понятие инструмент государственно-частного партнерства шире и включает в себя понятие механизма.

Развитие эффективных институтов взаимодействия государства и бизнеса в России выступает одним из важнейших условий формирования эффективной экономической политики, повышения инвестиционной и инновационной активности, роста конкурентоспособности страны, а также развития производственной и социальной инфраструктуры. Такое взаимодействие позволит увеличить темпы роста ВВП, повысить эффективность бюджетного сектора экономики, науки и образования с точки зрения соответствия потребностям развития экономики, снизить издержки всех уровней при реализации инфраструктурных проектов. При этом развитие инфраструктуры как одного из условий устойчивого развития экономики России должно являться не самоцелью, а реально способствовать качественному изменению структуры экономики. Эта задача может быть успешно решена лишь при активном участии бизнеса в инвестиционном процессе. [12]

Рассмотрим механизм ГЧП и его основных участников, их функции.

Каждый из элементов механизма имеет свои интересы, области деятельности, структуры, системы управления, нормативную и ресурсную базы, технологии работы и т. д.

Для государственного института интересами являются: защита прав граждан, обеспечение безопасности страны, создание правовой базы, формирование доходной части бюджета, распределение доходов между территориями и сферами жизни. Для данного элемента характерны государственная, муниципальная и смешанные формы собственности.

Технологии работы отличаются спецификой деятельности ветвей власти (исполнительной, законодательной, судебной), а также характером функционирования государственных и муниципальных учреждений.

Для бизнеса интерес заключается в максимальном извлечении прибыли в конкурентной борьбе. Для него характерны частная и акционерные формы собственности. Этот элемент механизма характеризует широкий спектр применяемых технологий работы в зависимости от сферы деловой активности.

Для общества - лоббирование общественных интересов, предоставление социальных услуг целевым группам, общественной экспертизе и др. Основной формой собственности элемента является общественная. Технологии работы разнообразны и зависят от профиля деятельности некоммерческих организаций и их взаимоотношений.

Подобный механизм взаимодействия дает:

- согласование стратегических интересов государства, бизнеса и общества;
- четкое определение целей;
- законодательно закрепляет прозрачные процедуры реализации конкретных проектов;
- определяет особый статус проектов и их участников; предоставляет публичные полномочия бизнесу;
- направленность на текущие интересы в первую очередь общества, а затем государства и бизнеса;
- возможность обеспечить стабильность и защиту интересов партнерства.

Использование организационно-экономического механизма ГЧП в управлении развитием сферы услуг позволит решить сложную задачу, требующую значительных усилий и финансовых затрат - увеличение прибыли и повышение качества товаров и услуг. Эти затраты при эффективном взаимодействии партнеров окупятся.

Механизмы реализации ГЧП весьма разнообразны, однако их объединяют некоторые характерные особенности, позволяющие выделить партнерство в самостоятельную экономическую категорию. Партнерство в управлении развитием сферы услуг строится как формализованная кооперация государства, частных структур и общества, специально создаваемая под те или иные цели и опирающаяся на соответствующие интересы и договоренности сторон.

Согласно последним исследованиям в России наиболее широко применяются следующие механизмы государственно-частного партнерства:

- долгосрочные инвестиционные соглашения;
- арендные соглашения;
- концессионные договоры;
- договоры управления;
- создание совместных предприятий;
- соглашение о разделе продукции;
- различные смешанные договоры.

Механизмы ГЧП отличаются правовой природой, степенью ответственности, которую государство или частный сектор берут на себя за создание объекта, эксплуатацию и техническое обслуживание, капитальные вложения и текущее финансирование, коммерческий риск, а также тем, кому принадлежат активы и длительностью сотрудничества.

Долгосрочные арендные отношения как механизм ГЧП - это организационно-правовая конструкция, форма имущественного договора, при которой государство (арендодатель) передает принадлежащее ему имущество во временное владение и пользование арендатору (частному лицу) за арендную плату на оговоренных условиях. Традиционные договоры аренды оставляют ответственность за проведение модернизации и развитие арендуемых основных фондов собственнику (государству). В практике ГЧП договор аренды зачастую дополняется инвестиционным соглашением и контрактом на обслуживание (восстановление, реконструкцию) основных

средств. Инвестиционное соглашение в данной схеме определяет, как правило, размер финансовых средств, которые арендатор должен вложить и объекты, которые должен построить (модернизировать). Вновь созданные и модернизированные в рамках инвестиционного соглашения объекты становятся до окончания действия договора аренды собственностью оператора, а затем передаются в публичную собственность. Контракт на восстановление основных средств регламентирует, каким образом будет производиться ремонт и обслуживание арендованного имущества.

Договор аренды является составной частью многих форм и моделей ГЧП.

Договор управления является следующим механизмом ГЧП. Ст. 1012 ГК РФ содержит определение договора доверительного управления имуществом, как договора в соответствии с которым одна сторона (учредитель управления) передает другой стороне (доверительному управляющему) на определенный срок имущество в доверительное управление, а другая сторона обязуется осуществлять управление в интересах учредителя управления или указанного им лица (выгодоприобретателя). [13]

Таким образом, государство (муниципальное образование) передает свое имущество управляющей организации, которая обязуется осуществлять управление этим имуществом за вознаграждение с одновременным проведением его модернизации, ремонта или реконструкции на оговоренных заранее условиях. Вознаграждение частному сектору выплачивается на фиксированной или дифференцированной основе, с учетом премий, связанных с достижением конкретных целевых показателей. Финансовые риски несет государство. Доверительное управление позволяет увеличить эффективность функционирования объекта, инвестиций и самого процесса предоставления услуг.

Соглашения о разделе продукции (далее – СРП) - форма ГЧП, которая стала легитимной в 1995 году, после принятия федерального закона «О

соглашениях о разделе продукции». СРП является таким договором, в соответствии с которым Российская Федерация предоставляет инвестору - субъекту предпринимательской деятельности «на возмездной основе и на определенный срок исключительные права на поиски, разведку, добычу минерального сырья на участке недр, указанном в соглашении, и на ведение связанных с этим работ, а инвестор обязуется осуществить проведение указанных работ за свой счет и на свой риск». [14]

Произведенная продукция подлежит разделу между государством и инвестором в соответствии с соглашением, которое должно предусматривать условия и порядок такого раздела. К сожалению, за прошедшее время в России не заключено ни одного соглашения о разделе продукции согласно действующему закону об СРП. Фактически, СРП в его нынешнем виде является отмирающим механизмом государственно-частного партнерства. Данный механизм имеет огромное количество недостатков, которые не оставляют возможности для развития этой организационно-правовой формы в России.

Еще одной широко распространенной в России формой ГЧП являются государственно-частные предприятия. Участие частного сектора в капитале государственного предприятия может предполагать акционирование (корпоратизацию) и создание совместных предприятий. Степень свободы частного сектора в принятии административно-хозяйственных решений определяется при этом его долей в акционерном капитале. Чем ниже доля частных инвесторов в сравнении с государством, тем меньший спектр самостоятельных решений они могут принимать без вмешательства государства или учета его мнения.

Долгосрочные инвестиционные соглашения - договор, заключаемый между государством и частным инвестором, предусматривающий обязательства инвестора и государство по инвестированию денежных средств в объекты инвестиционного проекта и взаимные обязательства по

партнерству между сторонами, объем и формы предоставления частного и государственного финансирования, а также иные условия. [15]

Финансирование может осуществляться за счет средств бюджетов Российской Федерации, региональных бюджетов, Инвестиционного фонда РФ, Внешэкономбанка, ЕБРР, целевых программ, других институтов ГЧП, а также средств частного инвестора.

Вышеперечисленные механизмы далеко не всегда используются отдельно. Реализация ГЧП-проекта требует комплексного подхода, и в рамках какого-либо одного отдельного механизма реализовать такой проект зачастую невозможно. В этом случае отношения публичного и частного партнеров оформляются смешанными договорами, содержащими элементы различных договоров: договора подряда на выполнение проектно-изыскательских работ, строительного подряда, договора аренды, доверительного управления имуществом, договора возмездного оказания услуг, оплаты в рассрочку и других. Данный тип отношений регламентируется Гражданским кодексом Российской Федерации.

Наконец, наиболее распространенной за рубежом формой ГЧП при осуществлении крупных, капиталоемких проектов являются концессии. Концессия - это система отношений между, с одной стороны, государством (концедентом) и, с другой стороны, частным юридическим или физическим лицом (концессионером), возникающая в результате предоставления концедентом концессионеру прав пользования государственной собственностью по договору, за плату и на возвратной основе, а также прав на осуществление видов деятельности, которые составляют исключительную монополию государства. [16]

Формы партнерства государства и частного сектора различаются по видам предоставляемых услуг и производимых товаров, по используемым методам и правовому режиму, но подчинены ряду общих принципов, нацеливающих на удовлетворение общественных интересов. Выделяются основные принципы ГЧП:

- равенство интересов сторон и свобода выбора действий
- стабильность контракта ГЧП и одновременно возможности его изменения и адаптации
- ответственность за исполнение условий контракта
- конкурентность
- прозрачность и обратная связь
- невмешательство государства в сферу ответственности частного партнера
- стимулирование и гарантии
- возмездность
- равноправное (недискриминационное) отношение к иностранным компаниям

Принцип равенства интересов сторон и свободы выбора действий. Этот главный принцип рыночной экономики проявляется в ГЧП в нескольких аспектах. Он подразумевает, во-первых, равенство всех экономических агентов в доступе к услугам, оказываемым частными компаниями в сфере общественных услуг, во-вторых, равенство всех частных компаний в праве заключения контрактов ГЧП и, в-третьих, свободу партнеров выбирать формы и методы достижения целей, стоящих перед партнерством.

Принцип стабильности контракта ГЧП и одновременно возможности его изменения и адаптации. Контракт ГЧП представляет собой сложный, комплексный документ, рассчитанный, как правило, на длительные сроки реализации. В нем прописываются права и обязанности сторон, формы государственной поддержки, минимальная норма прибыли частного партнера. Эти и другие аналогичные по содержанию положения контракта должны быть стабильны в течение всего времени его исполнения.

Однако существует ряд обстоятельств, требующих изменения контракта. Так, окружающая среда проекта постепенно меняется, соответственно может возникать необходимость в дополнении, конкретизации контракта применительно к новым условиям.

Другого рода обстоятельства таковы: государство или муниципальное образование как представитель власти могут в одностороннем порядке и без предварительных консультаций с частной компанией изменять условия договора и выдвигать требования, обусловленные наличием общественного интереса (общественной пользы или блага). При этом частная компания должна исполнять свои обязанности по договору в полном объеме и на соответствующем уровне, даже если она не согласна с органом власти. Но она может обжаловать принятое государством решение в судебном порядке.

Во многих странах такие права государства закреплены законодательно. Например, во Франции при наличии «общественной необходимости» и в интересах общества контракт ГЧП может прерываться государством в одностороннем порядке без существенных для него правовых последствий.

В практике Европейского суда по правам человека в Страсбурге неоднократно поднимался вопрос о праве государства на ограничение права собственности, в том числе и в контрактах ГЧП. Данный вопрос возникал в делах об изъятии земельных участков для общественных нужд, налоговых и таможенных льготах и т.п. Общим выводом из этих слушаний стало следующее: государство может ограничивать право собственности исходя из общественных интересов, однако баланс частных и общественных интересов должен быть соблюден.

Принцип ответственности за исполнение условий контракта. Частная компания – партнер государства должна предоставлять услуги экономическим агентам в полном соответствии с условиями контракта, причем ответственность за их выполнение выше, чем при соглашениях между частными фирмами, что определяется публично-правовым характером отношений ГЧП. Частная компания не имеет права приостанавливать свою работу в проектах ГЧП, поскольку это скажется на широком круге третьих лиц, являющихся потребителями общественных благ или услуг. Все возникающие проблемы и трудности частная компания должна разрешать с

государством путем диалога в упреждающем порядке, предвидя возможные риски.

Принцип конкурентности. Он проявляется на стадии проведения конкурса на подписание с государством контракта ГЧП. Конкуренция среди частных компаний за участие в проекте ГЧП позволяет государству выбрать эффективного партнера и снизить затраты по проекту в целом.

Принцип прозрачности и обратной связи. Гражданское общество, в интересах которого реализуются проекты ГЧП, должно обладать доступом к полной информации о состоянии предприятия, его финансовых, экономических и иные показатели, стандартах и качестве оказываемых услуг. Необходимо обеспечить потребителей информационными каналами связи с частными компаниями и государственными органами, контролирующими их работу.

Принцип невмешательства. После подписания контракта ГЧП государство не имеет права вмешиваться в хозяйственно-административную деятельность частной компании – партнера, которая самостоятельно принимает все административно-хозяйственные, управленческие, кадровые и иные решения. Ей на праве собственности принадлежат производимая продукция и получаемая прибыль. Так, например, в Законе № 115-ФЗ говорится: «Продукция и доходы, полученные концессионером в результате осуществления деятельности, предусмотренной концессионным соглашением, являются собственностью концессионера, если концессионным соглашением не установлено иное» (п. 7 ст. 3). Данное положение справедливо и для других форм ГЧП.

Принцип стимулирования и гарантий. Государство применяет широкую систему стимулов по привлечению частных компаний к участию в проектах ГЧП: софинансирование, дотации из бюджета, льготный режим налогообложения, специальные таможенные режимы, гарантии по прибыльности, займам, поставкам, закупкам, снижение размера (отмена) концессионных платежей, арендной платы и т.п. В концепции

государственно-частного партнерства гарантии понимаются в широком смысле слова и не сводятся только к бюджетным. В российской практике прецедент таких гарантий создан Законом № 115-ФЗ.

Федеральный закон «О концессионных соглашениях» (п. 13 ст. 3): «Концедент вправе принимать на себя часть расходов на создание и (или) реконструкцию объекта концессионного соглашения, использование (эксплуатацию) объекта концессионного соглашения и предоставлять концессионеру государственные или муниципальные гарантии в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Размер принимаемых концедентом на себя расходов, а также размер, порядок и условия предоставления концедентом концессионеру государственных или муниципальных гарантий должны быть указаны в решении о заключении концессионного соглашения, в конкурсной документации, в концессионном соглашении.»

Принцип возмездности. При прекращении действия контракта по инициативе государства частному партнеру возмещаются сделанные им инвестиции и компенсируется недополученный доход, за исключением случаев нарушения с его стороны условий контракта.

Принцип равноправного (недискриминационного) отношения к иностранным компаниям, обеспечивающий им равные права с отечественными предпринимателями. Этот принцип воплощается в нормах по обеспечению недискриминационного режима допуска зарубежных компаний к конкурсам по проектам ГЧП, валютного регулирования деятельности партнеров государства, их права свободного распоряжения чистой прибылью, полученной на объекте ГЧП, в том числе права вывоза чистой прибыли за границу, и т.п. Так, в ст. 19 Федерального закона «О концессионных соглашениях» говорится: «Концессионерам, в том числе концессионерам – иностранным юридическим лицам, гарантируются равные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации, правовой режим деятельности, исключая применение мер

дискриминационного характера и иных мер, препятствующих концессионерам свободно распоряжаться инвестициями и полученными в результате осуществления предусмотренной концессионным соглашением деятельности продукцией и доходами». [17]

Вхождение частного капитала в медицинский сектор сегодня является общемировой тенденцией. Внедрение инновационных практик лечения, технологическое оснащение клиник, улучшение качества оказания медицинской помощи, формирование новой институциональной структуры сферы здравоохранения обуславливают необходимость привлечения частных инвестиций.

Государственно-частное партнерство является эффективным инструментом решения ряда важных социально-экономических задач, в том числе способствующим повышению качества обслуживания пациентов и доступности дорогостоящих видов лечения, а также модернизации системы информирования, повышению уровня квалификации медицинского персонала. «Как показывает мировая практика, совместная работа государства и бизнеса и в системе обязательного медицинского страхования, и в проектах по модернизации системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства более эффективна, чем в тех случаях, когда система здравоохранения находится исключительно в ведении государства. В России интеграция частных инвесторов в государственное здравоохранение только начинает развитие. Государство готово использовать профессионализм и опыт частного сектора в развитии современных форм проектного финансирования, организации управления собственностью и хозяйственной деятельностью объектов», — сообщил Заместитель Министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. Задача устранения диспропорций в конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг закреплена в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020. Государственно-частное партнерство в России осуществляется в соответствии с Федеральным

законом от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Однако в России не существует достаточного нормативного обеспечения взаимодействия между государственными и частными поставщиками медицинских услуг. На сегодняшний день на национальном уровне регулируются только процессы привлечения частного капитала в строительство социально-значимых объектов, что поддерживается Федеральным законом «О концессионных соглашениях», принятым в 2005 году.

По данным Министерства здравоохранения РФ в рамках государственно-частного партнерства в 24 регионах РФ активно развиваются инфраструктурные проекты: фельдшерско-акушерские центры, кабинеты врачей общей практики, центры семейной медицины. Так, ГЧП в сфере здравоохранения развивают республики Татарстан, Северная Осетия-Алания, Кабардино-Балкария, а также Новосибирская, Самарская, Белгородская, Нижегородская, Ленинградская, Вологодская, Липецкая, Калужская, Рязанская, Свердловская и Ростовская области, Ставропольский край и город Москва. «Сейчас большинство регионов активно работают по методу аутсорсинга, когда непрофильные функции в деятельности учреждений здравоохранения передаются сторонним организациям — это тоже государственно-частное партнерство», — отмечала Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своем выступлении на XII Международном инвестиционном форуме в Сочи.

Реализация механизмов государственно-частного партнерства предполагает осуществление долгосрочных проектов в социальной сфере, и снижение входных требований для частных инвесторов позволит усовершенствовать законодательство в области закупки новых технологий в биомедицине, усилить инновационную направленность системы закупок в

целом, а также увеличить эффективность вложения средств и использования ресурсов и управления.

Практика реализации таких проектов сегодня включает несколько ключевых моделей партнерства, в том числе ведение хозяйственной деятельности бизнес-организацией в течение определенного срока, строительство и эксплуатацию объектов инфраструктуры частными инвесторами, а также долевое финансирование создания новых объектов. Перспективной сферой внедрения ГЧП является система обязательного медицинского страхования. Введение в практику возможности частичного зачета средств обязательного медицинского страхования при лечении в частной клинике в значительной степени будет способствовать интеграции частного сектора в систему оказания медицинской помощи населению, развитию добровольного медицинского страхования, изменению налогообложения прибыли медицинских организаций и бизнеса, вкладывающего деньги в развитие здравоохранения.

«На снижение государственных расходов по поддержанию основных фондов здравоохранения влияет формирование открытой конкурентной среды на основе единых требований к качеству и доступности медицинской помощи в рамках участия в программе государственных гарантий медицинских организаций разной формы собственности. Хотелось бы отметить, что за период с 2013 года в два раза увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах ОМС. В 2016 году прирост частных организаций составляет 14,7% с 800 до 1451 организаций от их общего количества.

Для дальнейшего активного развития государственно-частного партнерства целесообразно рассмотрение вопроса о включении инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает это участие более привлекательным и экономически обоснованным. В настоящее время Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом ОМС такие расчеты проведены и разработаны предложения по алгоритмам

внедрения», — сообщила Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

В целом, программа ОМС на 2014–2016 годы являлась значительным шагом на пути к оптимизации расходов государства и созданию более понятных правил привлечения инвестиций для медицинских организаций.

Глобальная тенденция расширения практики партнерства в сфере здравоохранения между государством и бизнесом привела к выработке ряда тиражируемых моделей реализации проектов ГЧП. Внедрение механизмов ГЧП невозможно без учета специфики страны: организационной структуры, законодательства, инвестиционного климата. Поэтому для России приемлемы лишь некоторые из существующих в мировой практике форм взаимодействия.

В частности, перспективной моделью может стать осуществление частными партнерами работы по реконструкции государственных медицинских организаций, а также получение права эксплуатировать и обслуживать инфраструктуру данных учреждений в течение срока, окупающего их финансовые вложения.

Государству данная модель выгодна в случае отсутствия достаточных ресурсов для самостоятельной реконструкции медицинского объекта. Вариация данной модели предполагает доленое финансирование со стороны государства и бизнеса при котором на начальном этапе частный партнер осуществляет 100% вложений, а после ввода объекта в эксплуатацию государство на протяжении нескольких лет возмещает часть первоначальных затрат. Возведение нового учреждения должно решать актуальные проблемы региона в здравоохранении за счет возможности оказания дефицитных медицинских услуг.

Применимой в российской практике также является модель, при которой государство строит медицинскую организацию за свой счет, а затем передает ее частному партнеру в доверительное управление с правом выкупа. Выбор данной модели взаимодействия может быть обусловлен отсутствием

инвестора на начальном этапе строительства, а также необходимостью оперативного решения этого вопроса, а также невозможностью обеспечить эксплуатацию медицинской организации и оказание услуг без участия частного партнера.

Помимо этого, большой потенциал имеет модель, при которой строительство медицинской организации осуществляется частным партнером в соответствии с заданием государства, а по завершении строительства инфраструктура передается партнеру, который получает право на оказание медицинских услуг и управление медицинской организацией. При этом получаемая прибыль покрывает затраты и обеспечивает требуемый уровень рентабельности инвестиций с учетом рисков. Преимуществом такой модели является то, что и за оказание платных медицинских услуг, и за оказание услуг в системе ОМС платит государство. При этом каждая из приведенных моделей требует установления показателей для мониторинга и контроля за действиями частного партнера.

В России, несмотря на неразвитость ГЧП в медицине на федеральном уровне, существуют успешные региональные проекты. «Мы планируем в нашей отрасли создать концепцию развития ГЧП, отработать модели локальных проектов и подготовить на этой основе нормативный пакет документов, позволяющий тиражировать эти проекты, а бизнесу более активно включаться в работу. Кроме того, нам нужно оптимизировать тарифы таким образом, чтобы сделать их более привлекательными для инвесторов», — отмечала Помощник Министра здравоохранения РФ Ляля Габбасова.

Ключевые меры государственной политики в сфере оказания медицинских услуг сосредоточены на создании саморегулируемой модели, развитие которой будет происходить в условиях интенсивного взаимодействия государственного и частного секторов. Внедрение механизмов ГЧП на национальном уровне позволит ускорить развитие рынка медицинских услуг, а также будет способствовать формированию

эффективной конкурентной среды, оптимизации управления финансовыми ресурсами, повышению качества и увеличению числа оказываемых услуг. Помимо этого, развитие государственно-частного партнерства повлияет на повышение отдачи от вкладываемых в здравоохранение средств, формирование благоприятного инвестиционного климата, ускорение введения практики государственных гарантий. [18]

1.3 Законодательно-правовая база государственно-частного партнерства

Рассмотрев основные механизмы реализации государственно-частного партнерства, следует выделить законодательные и нормативно-правовые акты, касающиеся реализации механизмов государственно-частного партнерства в РФ:

Законодательные акты, регулирующие механизм ГЧП в России.

- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ.

Часть первая Гражданского кодекса содержит общие положения об обязательствах, единые для всех контрактных типов государственно-частного партнерства. [19]

- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ.

Часть вторая Кодекса содержит нормы, позволяющие применять в российской практике модели государственно-частного партнерства. [20]

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

Закон регулируют контрактные формы государственно-частного партнерства, в которых на стороне публичного субъекта выступает получатель бюджетных средств (государственный орган, орган местного

самоуправления, государственное (муниципальное) учреждение), создаются объекты государственной (муниципальной) собственности, а заключаемое соглашение о государственно-частном партнерстве имеет форму государственного контракта и не предполагает передачу прав владения и пользования в отношении государственного (муниципального) имущества. [21]

- Федеральный закон от 13.12.1994 г. № 60-ФЗ «О поставках продукции для федеральных государственных нужд».

Закон устанавливает цели, для достижения которых размещаются заказы на поставку товаров, работ, услуг для федеральных государственных нужд (нужд Российской Федерации и государственных заказчиков федерального уровня), определяет основы финансирования поставок, в том числе за счет средств, предусмотренных федеральными целевыми программами. [22]

- Федеральный закон от 29.10.1998 г. № 164-ФЗ «О финансовой аренде (лизинге)».

Закон принят в развитие норм Гражданского кодекса (§6 гл. 34) и регулирует отношения, вытекающие из договора финансовой аренды (лизинга). [23]

- Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая от 31.07.1998 г. № 146-ФЗ; часть вторая от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ).

Кодекс предусматривает особенности исчисления и уплаты налога на добавленную стоимость (ст. 174.1), налога на прибыль организаций и налога на имущество при заключении и исполнении концессионных соглашений. [24]

- Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

Закон регулирует отношения, возникающие в связи с подготовкой, заключением, исполнением и прекращением концессионных соглашений. [17]

- Постановление Правительства Российской Федерации от 15.06.2009 г. № 495 «Об установлении требований к концессионеру в отношении банков, предоставляющих безотзывные банковские гарантии, банков, в которых может быть открыт банковский вклад (депозит) концессионера, права по которому могут передаваться концессионером концеденту в залог, и в отношении страховых организаций, с которыми концессионер может заключить договор страхования риска ответственности за нарушение обязательств по концессионному соглашению».

Постановлением утверждены обязательные требования к концессионеру в отношении банков и страховых организаций, участвующих в обеспечении исполнения обязательств концессионера: наличие лицензии на осуществление банковских операций (период деятельности с момента выдачи такой лицензии не должен быть менее трех лет), безусловно положительное аудиторское заключение за прошедший год и другие требования. [25]

- Федеральный закон от 30.12.1995 г. № 225-ФЗ «О соглашениях о разделе продукции».

Закон устанавливает правовые основы отношений, возникающих в процессе осуществления российских и иностранных инвестиций в поиски, разведку и добычу минерального сырья на территории Российской Федерации, а также на континентальном шельфе и в пределах исключительной экономической зоны Российской Федерации на условиях соглашений о разделе продукции, определяет порядок заключения и исполнения таких соглашений, права собственности на имущество, используемое для выполнения работ по соглашению, условия передачи прав и обязанностей по соглашению, государственные гарантии прав инвестора, контроль за исполнением соглашений, ответственность сторон по соглашению, а также основания прекращения действия таких соглашений. [26]

- Федеральный закон РФ от 22.07.2005 г. №116-ФЗ «Об особых экономических зонах в РФ».

Предоставление бизнесу льгот на определенной территории - тоже вариант ГЧП в широком смысле. [27]

- Постановление Правительства РФ от 01.03.2008 № 134 «Об утверждении Правил формирования и использования бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда Российской Федерации».

Ключевые акты, регулирующие деятельность Инвестиционного фонда РФ в сфере ГЧП. [28]

- Постановление Правительства РФ от 30.10.2010 № 880 «О порядке распределения и предоставления за счет бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда Российской Федерации бюджетам субъектов Российской Федерации субсидий на реализацию проектов, имеющих региональное и межрегиональное значение». [29]

- Федеральный закон от 17.05.2007 № 82-ФЗ «О банке развития».

Ключевые акты, регулирующие деятельность Внешэкономбанка в сфере ГЧП. [30]

- Меморандум о финансовой политике государственной корпорации «Банк развития и внешнеэкономической деятельности (Внешэкономбанк)», утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 27.07.2007 № 1007-р. [31]

- Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». [32]

- Федеральный закон от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». [33]

- Федеральный закон от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике». [34]

- Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции». [35]

- Постановление Правительства РФ от 10 августа 2007 г. № 505 «О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества». [36]

- Постановление Правительства РФ от 12.08.2011 № 677 «Об утверждении Правил заключения договоров аренды в отношении государственного или муниципального имущества государственных или муниципальных образовательных организаций, являющихся бюджетными учреждениями, автономными учреждениями, бюджетных и автономных научных учреждений». [37]

Право Европейского союза не устанавливает никаких специальных правил для ГЧП. Тем не менее, любое действие – договор или односторонний акт, по которому государственный орган передает право осуществлять ту или иную экономическую деятельность третьему лицу, должно быть оценено с точки зрения прав и принципов проистекающих из Договора о создании ЕС, в частности принципов свободы учреждать юридические лица и свободы предоставлять услуги (статьи 43 и 49 Договора о создании ЕС), которые дали начало принципам прозрачности, равенства обращения, пропорциональности и взаимного признания. Кроме того, обязательно должны применяться детальные процедуры, установленные в Директивах ЕС относительно присуждения публичных контрактов.

Государственно-частное партнерство в Евросоюзе, в частности, регулируют:

- Директива от 31.03.2004 № 2004/18/ЕС «О координации процедур заключения публичных договоров на выполнение работ, поставку товаров, или оказание услуг»;

- Директива от 31.03.2004 № 2004/17/ЕС «О координации процедур закупок субъектов, действующих в сферах водных ресурсов, энергетики, транспорта и почтовых услуг».

Директива от 31.03.2004 № 2004/18/ЕС является основополагающим документом в области ГЧП и часто называется «классической», основывается на общем понятии «публичного договора», которое включает в себя концессионные соглашения и другие виды договоров ГЧП.

В США практика применения ГЧП значительно отличается от европейской. Самое главное отличие – отсутствие какого-либо федерального закона, устанавливающего единые подходы к реализации проектов на основе ГЧП. Однако в каждом штате существует правовая база, регулирующая конкретные формы сотрудничества и конкретные сферы применения этого механизма. В основном по отраслевому признаку.

В стране созданы институты, координирующие и направляющие применение ГЧП. Основной организацией в стране с такими задачами выступает (The National Council for Public Private Partnership NCPPP) – Национальный совет по ГЧП, созданный сравнительно недавно - в 2005 году. Он организован на правах некоммерческой организации для налаживания сотрудничества государства и частного бизнеса в социально-значимых сферах.

Наряду с основной задачей – урегулирования взаимоотношений в процессе заключения контрактов и распределения рисков - Совет осуществляет:

- общее информирование общественности и бизнеса о ГЧП в целях популяризации этой формы;
- информационный обмен между государством и частными партнерами в части практической реализации ГЧП;
- обучающие семинары и тренинги;
- методологическая поддержка в ходе подготовки и реализации проектов, включая анализ нормативно правовой базы, по вопросам ГЧП.

Среди государств мира на первом месте по числу проектов ГЧП находятся США. Однако в них осуществляются менее капиталоемкие

проекты, чем в других странах. Так, в США средняя стоимость проекта составляет 213 млн долл., а в Китае – в три раза больше: 643 млн долл. США.

На Европейском континенте безусловным лидером процесса ГЧП является Великобритания, а в Латинской Америке – Бразилия. По оценкам Министерства экономического развития России, совокупный объем вложений в российскую инфраструктуру за период 2008–2020 гг. составит более 1 трлн долл., причем 60% этой суммы будет инвестировано государством. [38]

2 Российская и зарубежная практика строительства/реконструкции объектов здравоохранения

Ключевыми типами проектов ГЧП в здравоохранении могут быть: строительство, реконструкция, капитальный ремонт основных фондов, оснащение их современным оборудованием, предоставление непосредственно медицинских услуг. Объектом моего исследования в данном вопросе будет строительство и реконструкция объектов здравоохранения.

Важными составляющими в выборе проекта являются:

- выявление необходимости и целесообразности в строительстве/реконструкции объектов здравоохранения (анализ технического состояния зданий и помещений медицинских организаций);
- анализ взаимовыгодного сотрудничества государства с частным инвестором и определение условий партнерства по выбранному проекту;
- определение и изучение приоритетных направлений совершенствования системы территориального планирования в части строительства/реконструкции;
- определение механизмов капитального строительства или реконструкции выбранного проекта.

2.1 Анализ технического состояния зданий и помещений медицинских организаций в России

Как уже говорилось выше, в России большая часть зданий учреждений здравоохранения введена в строй в 40-70-е годы 20 века, зачастую данные учреждения размещены в приспособленных помещениях. Все эти здания имеют физический износ, который достигает 80 и более процентов и нуждаются в проведении текущего или капитального ремонта. Кроме того,

необходимо строительство новых объектов здравоохранения по территории всей России.

Оценка технического состояния — установление степени повреждения и категории технического состояния строительных конструкций или зданий и сооружений сферы здравоохранения в целом, включая состояние грунтов основания, на основе сопоставления фактических значений количественно оцениваемых признаков со значениями этих же признаков, установленных проектом или нормативным документом.

Можно выделить четыре основных способа оценки, которые могут быть использованы для этих целей:

- На основе наличия дефектов и повреждений, либо необходимости ремонта.

Этим способом пользуются чаще всего. Специалисты по эксплуатации здания или представители подрядных организаций при осмотре здания составляют ведомости дефектов. Далее на основании этих ведомостей принимаются технические решения по устранению дефектов и повреждений и составляются сметы на выполнение ремонтных работ. Если денег на весь объем ремонтных работ не хватает, то обычно критерием отбора является стоимость. При таком способе крайне проблематично расставить приоритеты с учетом влияния дефектов и повреждений на эксплуатационную пригодность конструкций и безопасность здания.

- По проценту физического износа.

Этот способ используют при инвентаризации объектов и в некоторых случаях для оценки необходимости капитального ремонта или прекращения эксплуатации здания. Для оценки за основу берутся достаточно условные параметры, которые напрямую не связаны с эксплуатационной пригодностью и несущей способностью конструкций. Для целей планирования конкретных ремонтных мероприятий он также малоприменим.

- На основе внутренней системы оценок.

Зачастую специалисты по эксплуатации понимают необходимость выработки четких критериев оценки состояния конструкций и, не найдя ничего подходящего в правилах эксплуатации, вырабатывают собственную систему. Например, в эксплуатационной документации часто встречаются такие понятия для описания состояние конструкций: удовлетворительное, неудовлетворительное, хорошее, допустимое, нормальное, плохое и т.п. Обычно стороннему специалисту достаточно трудно понять, что же в действительности имелось ввиду под таким описанием. Но, тем не менее, такие системы оценок уже позволяют более обоснованно выбирать приоритетные для ремонта конструкции.

- На основе категорий технического состояния.

Единая система категорий технического состояния конструкций, состоит из четырех наименований:

- нормативное;
- работоспособное;
- ограниченно работоспособное;
- аварийное. [39]

Частные клиники, к которым государство не имеет отношения, находятся в достаточно удовлетворительном техническом состоянии. Конечно, ведь существует значительная конкуренция частных медицинских организаций и любой руководитель заинтересован в желании населения обращаться за медицинской помощью именно в его медицинскую организацию.

Рассмотрим техническое состояние зданий государственных медицинских учреждений здравоохранения Российской Федерации.

Таблица 2 - Техническое состояние зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения Российской Федерации

Год	Организации				
	2007	2012	2013	2015	2016
1	2	3	4	5	6
	Больничные организации				
Всего зданий, тыс.	23,8	18,8	18,8	18,8	18,7
находятся в аварийном состоянии	3,3	2,0	1,8	1,7	1,6
требуют реконструкции	6,4	5,9	5,0	4,9	4,1
требуют капитального ремонта	28,5	32,9	31,7	31,5	28,2
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:					
водопровод	8,8	6,0	5,9	5,3	3,9
горячее водоснабжение	33,1	24,9	24,5	22,5	20,6
центральное отопление	9,6	9,5	8,5	7,4	7,0
канализация	12,2	8,3	7,6	6,5	6,2
телефонная связь	7,7	5,8	6,3	5,5	4,0
	Амбулаторно-поликлинические организации				
Всего зданий, тыс.	20,0	19,2	18,8	19,4	18,9
из них по техническому состоянию, %:					
находятся в аварийном состоянии	1,6	1,2	1,1	1,1	1,1
требуют реконструкции	4,8	3,4	3,0	2,8	2,3
требуют капитального ремонта	24,0	25,7	24,6	23,3	21,8
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий:					
водопровод	13,8	6,6	6,1	7,1	6,1
горячее водоснабжение	42,3	31,8	31,8	30,9	29,6
центральное отопление	14,4	10,3	10,6	10,6	10,2
канализация	17,9	9,3	8,9	9,2	7,9
телефонная связь	9,8	5,8	5,1	5,9	4,6

В 2016 г. в системе Минздрава России насчитывалось 110,2 тыс. зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения (включая фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, патологоанатомические отделения), из них находилось в аварийном состоянии 1,9%; требовали реконструкции 2,9% и капитального ремонта – 22,1%. [40]

2.2 Определение и изучение приоритетных направлений совершенствования системы территориального планирования в части строительства/реконструкции учреждений здравоохранения

Организация территориального планирования включает в себя:

- закономерности развития социально-экономической системы территории;
- структуру территориальной экономики;
- основные показатели социально-экономического развития территории;
- основные методы территориального планирования;
- этапы разработки территориальных планов;
- оценку уровня социально-экономического развития территории;
- проектирование территориального развития;
- оценку эффективности деятельности органов государственной и муниципальной власти по территориальному планированию.

Территориальное планирование можно считать одной из основных составляющих систем стратегического планирования Российской Федерации и зарубежных стран, а также элементом градостроительной деятельности. Сложность и многоаспектность планирования обуславливаются его стратегической основой — способностью обеспечивать управляющее воздействие на все компоненты территории и адаптировать сложившуюся градостроительную организацию территории к изменяющимся условиям рыночной экономики и общественно-политического развития общества.

Территориальное планирование дает возможность оценить потенциал тех или иных территорий в стране (регионе, муниципальном образовании), спрогнозировать их долгосрочное развитие с учетом экологии, демографических процессов, историко-культурных традиций, ресурсного потенциала, потребностей внешнего и внутреннего рынков, а также определить направления привлечения инвестиций.

Опираясь на п. 1 ст. 9 Градостроительного Кодекса Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ (далее — ГрК РФ), можно утверждать, что территориальное планирование позволяет осуществлять специализацию (назначение) той или иной территории, с учетом экологических, социально-экономических и других факторов, а также развитие общественной инфраструктуры (в данном случае отрасль здравоохранения). Оно направлено на организацию рационального природопользования и осуществление рациональной организации территории с точки зрения размещения в ее пределах объектов здравоохранения на основе анализа архитектурно-строительных, географических, экономических и инженерно-строительных условий и факторов. [41]

Для определения желаемых социальных, экономических и прочих эффектов, которые необходимо достичь, до разработки документации территориального планирования должен проводиться предпроектный маркетинговый анализ территории, одним из инструментов которого является проведение социологических опросов населения.

С целью выявления предпочтений жителей относительно градостроительных характеристик территории в части строительства/реконструкции объектов здравоохранения такой опрос был проведен на территории Красноярского края.

В ходе социологического исследования было опрошено 500 респондентов из 42 районов Красноярского края (42% мужчин и 58% женщин) в возрасте от 18 лет и старше.

На основе данных социологического опроса были выявлены следующие предпочтения жителей края по строительству/реконструкции медицинских учреждений:

- больше половины жителей Красноярского края не удовлетворены месторасположением учреждений здравоохранения. В основном к ним относятся жители сел, поселков, так как лечебные объекты находятся в районных центрах, проезд к которым труднодоступен из-за протяженного расстояния, недостаточного количества транспортных средств и затрат длительного времени к объектам здравоохранения и как следствие – ограничение доступа населению в получении своевременной медицинской помощи. Данное население выявляет желание к возможности строительства новых медицинских учреждений.

- 20% удовлетворены территориальным расположением объектов здравоохранения.

- 22% удовлетворены территориальным расположением объектов здравоохранения, но считают необходимым проведение в них реконструкций или капитальных ремонтов.

На протяжении всего времени в Правительство Красноярского края, министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства и министерство здравоохранения края поступают обращения граждан по вопросам необходимости строительства новых учреждений здравоохранения, их реконструкций и капитальных ремонтов. Жалобы и предложения населения играют важную роль в формировании документации приоритетных направлений схем территориального планирования. В дальнейшем они учитываются и являются основополагающим фактором внесения объектов здравоохранения в части строительства и реконструкции в государственную программу.

Основные принципы территориального планирования условно можно разбить на две группы — общие и специфические.

Общие принципы.

- системность, то есть учет всех факторов землепользования и функций земли;

- объективность и обоснованность — принцип основан на том, что исходная информация, отраженная в схеме территориального планирования, и ее анализ отражают реальную ситуацию, прогноз является строго научным, а в основе принятия проектных решений лежит эффективное методическое обеспечение;

- динамичность, т.е. при разработке проектной документации необходимо анализировать территории в развитии от прошлого к будущему;

- принцип горизонтальной и вертикальной связи заключается в преемственности и взаимосвязи как проектной документации всех органов государственного управления и ведомств одного уровня, занимающихся проблемами землепользования, так и схем территориального планирования различных уровней (от Российской Федерации в целом до поселений и городских округов);

- принцип реальности основывается на возможности реализации, осуществимости проектов территориального планирования;

- принцип актуальности проекты должны соответствовать современным условиям и иметь возможность для корректировки на основе полученной новой информации;

- принцип комплексности, т.е. территориальное планирование должно охватывать все территории субъектов РФ;

- принцип вариантности — в системе территориального планирования необходимо предусмотреть различные схемы решения задач;

- принцип эффективности — в результате территориального планирования должна быть получена социальная и экономическая польза.

Специфические принципы.

- принцип зональности — подразумевает подразделение всей территории региона и муниципального образования на функциональные зоны, по отношению к которым должны разрабатываться проекты

планировки территорий (жилые зоны; зоны транспортной инфраструктуры; общественно-деловые зоны; производственные зоны; рекреационные зоны; зоны инженерной инфраструктуры и др.);

- принцип экономической безопасности — предполагает учет санитарных нормативов предельно допустимых концентраций и выбросов, сбросов вредных веществ, на размещение санитарно-защитных зон, складирования отходов и т.п.;

- принцип рациональной организации территории предполагает учет градостроительных нормативов на размещение жилых, административных зданий, дорог, зон отдыха и т.д.

Территориальное планирование объектов здравоохранения затрагивает проблемы не только территориальных ресурсов, оно также обозначает перспективы развития в экономической, социальной, историко-культурной и многих других сферах. В настоящее время ужесточаются экологические стандарты, повышается уровень жизни людей. Все эти и многие другие аспекты должны быть учтены в процессе территориального планирования. [42]

Кроме исследований закономерностей территориального планирования и землеустройства в России (на примере Красноярского края) проведен анализ и в зарубежных странах, в ходе которого сделаны следующие выводы:

а) Планирование и организация рационального использования земель и их охраны в зарубежных странах является основным рычагом реализации земельной политики государств и регулирования земельных отношений. Все земельные преобразования и перераспределение земельных участков в экономически развитых странах осуществляются только на основе землеустроительной, а в городах - землеустроительной и градостроительной документации с участием квалифицированных специалистов по геодезии и землеустройству.

Основной задачей планирования и организации рационального использования земель и их охраны за рубежом является регулирование

отношений земельной собственности, прав её реализации (купли-продажи, аренды, дарения, наследования и т. п.) и создание условий для эффективного использования земельных участков.

б) Во всех экономически развитых зарубежных государствах Европейского Союза, США, Канаде, Японии, Китае и других странах с высокой плотностью населения в последние десятилетия усиливается государственное воздействие на земельный строй и регулирование земельных отношений, что является объективным процессом и выражается в целенаправленном управлении земельными ресурсами на всех уровнях: государства, региона, муниципалитета.

В отличие от России, где роль землеустройства за последние годы заметно снизилась, а внутрихозяйственное землеустройство не стало проводиться вообще, землеустроительные мероприятия в развитых зарубежных странах постоянно расширяются и усиленно финансируются. Если в странах Европейского Союза удельные затраты на землеустройство составляют от 5 до 20 евро на человека или от 10 до 50 евро в год на гектар, то в Российской Федерации в 2001-2015 годах в среднем в год в расчёте на человека они равнялись всего 16 евроцентов, а в расчете на гектар площади - менее 2 центов.

в) Во всех демократических странах, отличающихся развитой системой управления земельными ресурсами, планы развития территорий и проекты землеустройства являются основными документами, определяющими целевое назначение и характер использования земли, и носят открытый характер. Они подлежат обязательному обнародованию и широкому обсуждению на стадии разработки предварительного проекта (плана) и его согласования. Это делается для того, чтобы учесть совокупность интересов государства, регионов, муниципалитетов и отдельных физических и юридических лиц в области развития землевладения и землепользования в перспективе, а также в целях появления возможных альтернативных вариантов организации рационального и эффективного

использования земель и их охраны, которые могут быть лучше предлагаемых проектировщиками.

г) В условиях рынка содержание и задачи землеустройства существенным образом изменяются. Земля становится не только главным средством производства, пространственным базисом, природным ресурсом, но превращается также в объект недвижимого имущества и в товар. Возникают новые функции землеустройства, в том числе:

- формирование земельных участков, включаемых в земельный оборот, с установлением их местоположения, площадей и границ, определением их качественных и стоимостных характеристик;

- оценка всех земель, установление спроса и предложения на землю и отслеживание динамики земельного рынка;

- осуществление операций с землей (разделение, объединение, предоставление, изъятие и др.), выдача документов, удостоверяющих права на землю;

- регистрация земельных сделок;

- обеспечение реализации прав собственности на землю экономическими и правовыми мерами, определение особых режимов и условий использования земли;

- подготовка необходимой информации при передаче прав собственности, налогообложении, применении мер экономического стимулирования и экономических санкций.

д) Практика зарубежных стран показала, что включение земли в товарный оборот требует создания законодательной (правовой) и экономической базы, сложной инфраструктуры земельного рынка (регистрационных и кадастровых бюро, земельных банков, земельных судов и т. д.), реорганизации системы земельного кадастра, мониторинга земель и землеустройства. Расширяется состав землеустроительных действий, усложняются землеустроительный процесс и документация, изменяются цели землеустроительной службы, ее функции и задачи, возникает

необходимость в подготовке, переподготовке и повышении квалификации кадров.

е) Анализ роли землеустройства в зарубежных странах позволяет установить следующие закономерности:

- на всех исторических этапах общественного развития землеустройство является орудием в руках государства, предназначенным для укрепления прав собственности на землю и организации ее использования в интересах различных слоев населения, проведения в жизнь государственной земельной политики.

- успех земельных реформ и крупных земельных преобразований обеспечивался только в тех случаях, когда государство создавало новые или укрепляло существующие землеустроительные органы, подготавливало соответствующую законодательную базу, осуществляло финансирование землеустройства и подготовку кадров.

- преследуя первоначально чисто технические и юридические цели по измерениям, отводам, отграничению земель и закреплению прав земельной собственности, землеустройство в последующем перерастает в сложное и многогранное социально-экономическое явление.

Экономические интересы землевладельцев и землепользователей удовлетворяются не только путем закрепления и охраны их прав. Закономерно возникают вопросы, связанные с плодородием и местоположением земель, конфигурацией, составом угодий и т.д. Тем самым землеустройство приобретает организационно-хозяйственное содержание и начинает непосредственно влиять на экономику устраиваемых хозяйств.

В условиях, когда экономика вступает в противоречия с требованиями охраны природы, посредством землеустроительных действий находится необходимое решение, удовлетворяющее как экологическим, так и социально-экономическим требованиям.

ж) В большинстве экономически развитых зарубежных государств территориальное (пространственное) планирование является одним из главных рычагов осуществления земельной политики. Оно не входит в сферу градостроительной деятельности, а находится в системе землеустройства, которая решает все вопросы, связанные с планированием, организацией рационального использования земель и их охраны, а также контролем развития землепользования.

Землеустроительные проекты, разрабатываемые в зарубежных странах, имеют инвестиционный характер. То есть они рассматриваются в качестве объекта вложения денежных средств и получения прибыли. При этом инвестором в осуществлении землеустроительных мероприятий может быть как государство, покупая, обустривая, а затем и продавая земельные участки, например, под застройку, так и частные предприниматели. [43]

2.3 Проектирование и строительство медицинских учреждений

В странах Западной Европы, США, Канаде и ряде других проектирование и строительство больниц осуществляется в основном по индивидуальным проектам. Нормы и требования к проектированию и строительству больниц имеют в основном рекомендательный характер. В США, странах Латинской Америки и некоторых странах Европы практикуется строительство высотных зданий для больниц (в Нью-Йорке высота ряда больниц 28 этажей, в Буэнос-Айресе — 24, в Гетеборге (Швеция) — 18, Черинг-Кросс (Англия) — 17 этажей и др.). В большинстве случаев строятся больницы моноблочные (до 20 и более этажей) мощностью от 600 до 2000 и более коек. Это обусловлено ростом численности жителей городов и увеличением плотности населения в них, повышением цен на землю. Преимущество высотных зданий больниц состоит в экономичности (строительной и эксплуатационной), в сокращении маршрутов движения больных и персонала, в концентрации всех специализированных, лечебно-

диагностических и вспомогательных отделений, что позволяет организовывать обследование и лечение больных комплексно, на месте; значительно проще решаются вопросы стерилизации, системы связи, доставки кислорода, закиси азота и др. к палатам, операционным и реанимационным блокам. Недостатками больниц, размещенных в высотных зданиях, являются большая плотность больных, персонала и посетителей, меньшая изоляция помещений, что создает условия для повышенного контакта и возможности внутрибольничных заражений; большое количество лифтов (пассажирских, грузовых), людей в коридорах, помещениях и на лестничных клетках увеличивает шум.

Распространен и другой тип застройки, при котором лечебно-диагностические службы расположены в высотном моноблоке, а палатные секции — крестообразно или радиально в одно-, двухэтажных зданиях. Есть проекты, предусматривающие размещение палатных секций в моноблоке, а лечебно-диагностических служб в одно-, двухэтажных зданиях. По последнему типу построены больницы с радиологическими отделениями, где имеются аппараты с источниками высоких энергий. Павильонная система застройки практически не применяется, за исключением отдельных сельских и мелких городских больниц в США, Швеции, Англии и др.

В большинстве зарубежных стран, за исключением Франции, Швеции и Дании, при строительстве больниц не всегда выдерживается ориентация палатных секций на Юге и Юго-Востоке.

Это обусловлено тем, что применяется планировка зданий Т-образной формы, гребневидной, U-образной, дугообразной, Н-образной, крестообразной и др. Свободная ориентация палат требует широкого применения установок для создания искусственного климата.

Высота палатных секций в больницах Англии, Франции, Италии, Швеции — от 3 ж до 3,3 м; при кондиционировании воздуха считают допустимым снижение высоты до 2,8 м. Некоторые современные больницы, напр. Гринвичская (Англия), имеют различную высоту этажей стационара:

технические этажи (для размещения технических средств и систем управления) высотой 2,4 м палатные — 3,3 м. В ряде новых больниц США, Англии, Франции в палатных секциях имеется по два коридора, а между ними подсобно-вспомогательные помещения.

Операционные блоки освещаются естественным (в ряде новых больниц Швеции и ФРГ) и искусственным светом (многие новые больницы в США, Англии, Франции).

В большинстве больниц операционные блоки строятся по централизованной (горизонтальной) системе. Планировка операционных блоков самая разнообразная: в США применяют квадратные, круглые, восьмиугольные и радиальные операционные блоки; во Франции — круглые, овальные; в Швеции — в основном четырехугольные и прямоугольные; в ФРГ — овальные и т. д.

В ряде новых больниц над операционной для удобства визуального наблюдения за операцией предусматриваются куполообразная надстройка из прочного стекла, а также телевизионные устройства. Размеры операционных составляют в основном 25—35 м², но не более 40—45 м².

В современных больницах ряда стран нет приемных отделений, больные направляются непосредственно в соответствующее специализированное отделение без санобработки и переодевания (в своей одежде). В ряде больниц имеются специальные помещения в виде полусферы для машины, прибывающей с больным; после въезда санитарного транспорта полусферы закрываются. Эти помещения «отапливаются» инфракрасными лучами; в машине больного осматривают, после чего направляют в соответствующее отделение.

Вместимость палатных секций — от 20 до 50 коек. Обычно секция планируется из расчета 20—35 коек; палаты рассчитывают на 1, 2, 3 и более коек. Наметилась тенденция к уменьшению вместимости палат. Одно- и двухкоечные палаты с ванной (душем), бидэ, умывальником, уборной и с регулируемыми устройствами отопления и вентиляции — наиболее

комфортабельны, но резко удорожают стоимость пребывания пациентов в больнице. Наибольшее распространение получили двух- и четырехкочные палаты, т. к. они более экономичны.

В большинстве зарубежных больниц соотношение палат по вместимости чаще составляет следующую пропорцию: однокочные — 10—12%, двухкочные — 18—20%, трех-, четырех-, пяти- и шестикочные — 65—70%. Размеры однокочных палат — 9—11 м², в остальных палатах площадь составляет 7,5—8 м², 9—10 м², на 1 койку. В больницах США, Англии, Франции и других капиталистических стран предусматриваются «люксы» из нескольких комнат для лечения и пребывания особо богатых пациентов.

В новых больницах широко применяется кондиционирование воздуха.

Особенность планировки инфекционных больниц — наличие открытого балкона для посетителей, опоясывающего палаты, что позволяет видеть больного в окно, а при наличии переговорных устройств и разговаривать. В США туберкулезные отделения устраивают в общих больницах без должной изоляции; в Англии и некоторых других капиталистических странах проектируются единые пульмонологические или фтизио-пульмонологические больницы (отделения) для лечения больных туберкулезом и другими заболеваниями органов дыхания (в этих странах принято, что антибактериальная терапия при туберкулезе является достаточным средством от заражения окружающих). [44]

3 Исследование механизмов государственно-частного партнерства на примере строительства/реконструкции объектов здравоохранения Красноярского края

Для оценки эффективности взаимодействия частного и государственного сектора необходимо рассмотреть практические примеры с использованием проектов государственно-частного партнерства, а также примеры в рамках финансирования государственного бюджета.

3.1 Исследование механизмов строительства объектов, реализуемых за счет средств государственного бюджета на примере перинатального центра в г. Норильске

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 09.12.2013 № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации (далее – Программа).

Программа направлена на дальнейшее улучшение демографической ситуации в Российской Федерации и укрепление здоровья населения.

Ответственным исполнителем Программы является Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Участниками Программы являются Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Целями Программы являются обеспечение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской и младенческой смертности.

Задачами Программы являются:

- строительство региональных перинатальных центров;
подготовка и переподготовка медицинских кадров для работы в перинатальных центрах;

- совершенствование территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи;

- повышение эффективности перинатальной помощи и снижение материнской и младенческой смертности. [45]

Реализация Программы осуществляется в 2013 - 2017 годах в 3 этапа:

I этап (ноябрь 2013 г. - июль 2014 г.) - организационный (разработка технического задания, проектной документации, выбор подрядчика, разработка программы подготовки и переподготовки медицинского персонала);

II этап (август 2014 г. – июль 2017 г.) - строительство перинатальных центров, реализация программы подготовки и переподготовки медицинских кадров;

III этап (август - декабрь 2017 г.) - ввод в эксплуатацию перинатальных центров и получение лицензии на осуществление медицинской деятельности в перинатальных центрах.

Показателями эффективности реализации Программы являются:

снижение материнской смертности;

снижение младенческой смертности;

снижение ранней неонатальной смертности;

увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, в общем количестве женщин с преждевременными родами;

увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела в акушерском стационаре.

В настоящее время в Российской Федерации функционируют 98 перинатальных центров, в том числе 58 самостоятельных и 40 в составе многопрофильных больниц.

В 2006 году в России показатель материнской смертности составил 23,7 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми. В 2012 году этот показатель снизился в 2,1 раза до 11,5 случая на 100 тыс. детей, родившихся живыми. Однако его значение в 1,5 раза выше соответствующего показателя в развитых западноевропейских странах.

Наиболее низкий уровень материнской смертности отмечается в странах с развитой экономикой, высокой плотностью населения и хорошо развитой транспортной инфраструктурой. В странах Западной Европы этот показатель составляет 7 - 12 случаев на 100 тыс. детей, родившихся живыми.

Показатель младенческой смертности в Российской Федерации в 2006 году составил 10,2 случая на 1000 детей, родившихся живыми, в 2011 году - 7,4 случая на 1000 детей, родившихся живыми. Однако в 2012 году в связи с переходом на критерии регистрации рождений, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, этот показатель составил 8,6 случая. По итогам 10 месяцев 2013 года отмечено снижение младенческой смертности до 8,2 случая на 1000 детей, родившихся живыми, или на 24 процента к уровню 2006 года.

В странах Западной Европы показатель младенческой смертности существенно ниже. Например, в Германии в 2010 году этот показатель составил 3,5 случая на 1000 детей, родившихся живыми, во Франции - 4,1, в Великобритании - 5, Бельгии - 3,5 и Австрии - 3,9.

Показатели материнской и младенческой смертности в Российской Федерации имеют резерв для снижения. Совершенствование перинатальной помощи должно осуществляться одновременно по 2 направлениям - развитие инфраструктуры службы и оптимизация организационных моделей.

Основной организационной моделью развития перинатальной помощи, признанной и используемой в развитых зарубежных странах, является трехуровневая система оказания помощи матери и ребенку, предусматривающая:

- достаточное число коек для беременных женщин, рожениц и новорожденных;
 - систему мониторинга состояния здоровья беременных женщин и новорожденных и системы дистанционного консультирования;
 - использование выездных форм оказания медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию в зависимости от географических условий и транспортной доступности автомобильного или авиационного транспорта.
- [46]

Мероприятия Программы развития перинатальных центров

Министерством здравоохранения Российской Федерации был произведен отбор субъектов Российской Федерации для строительства перинатальных центров в 2013 - 2017 годах в соответствии с методикой распределения по субъектам Российской Федерации субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по строительству перинатальных центров в 2013 году, предусмотренной приложением к Правилам финансового обеспечения в 2011 - 2013 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2013 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования». [47]

Указанной методикой определены следующие критерии отбора субъектов, которым предоставляются субсидии из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

- уровень материнской, младенческой и перинатальной смертности в субъекте Российской Федерации;

- характеристика инфраструктуры перинатальной помощи в субъекте Российской Федерации, включая обеспеченность койками для беременных и рожениц и койками патологии беременности в акушерских стационарах третьей группы, для патологии новорожденных и недоношенных детей, а также обеспеченность койками в акушерских стационарах третьей группы, построенных до 2000 года с учетом числа родов в субъектах Российской Федерации.

Также учитывались отсутствие перинатального центра или учреждения здравоохранения, выполняющего его функции (акушерский стационар третьей группы), в субъекте Российской Федерации при числе родов в 2012 году более 10 тыс. родов и дефицит коек патологии новорожденных (расчетная потребность в койках патологии новорожденных и недоношенных детей в субъекте Российской Федерации превышает их фактическое число более чем на 10 коек в расчете на 1 тыс. родов при плотности населения более 80 человек на 1 кв. км).

В соответствии с указанными критериями определена необходимость строительства 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации - Республике Башкортостан, Республике Бурятия, Республике Дагестан, Республике Ингушетия, Республике Карелия, Республике Саха (Якутия), Республике Хакасия, Кабардино-Балкарской Республике, Алтайском, Краснодарском, Красноярском (2 центра) и Ставропольском краях, Архангельской, Белгородской, Брянской, Калужской, Ленинградской, Липецкой, Московской (2 центра), Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Самарской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях, а также в г. Москве (новая территория).

Субъекты строительной деятельности. Взаимодействие Органов власти – Заказчик-Подрядчик в процессе строительства объекта «Перинатальный центр в г. Норильске»

Программой развития перинатальных центров был определен перечень субъектов Российской Федерации, на территории которых необходимо строительство перинатальных центров. Среди данных субъектов – Красноярский край, в котором предусмотрено проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию двух перинатальных центров в г. Ачинске и в г. Норильске.

Объектом изучения механизмов строительства выбран перинатальный центр в г. Норильске (далее – Объект).

Государственным заказчиком строительства перинатального центра в г. Норильске является Краевое государственное казенное учреждение «Управление капитального строительства», генеральной проектной организацией является ЗАО «Гипроздрав», генеральной подрядной организацией является ОАО «Инженерный центр ЕЭС».

Постановлением Правительства Красноярского края от 29 марта 2011 года № 152-п «Об утверждении программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011 - 2017 годы» (далее – Постановление Правительства края) в части проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию Объекта определен орган исполнительной власти, ответственный за главное распоряжение бюджетных средств – министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства Красноярского края. Заказчик строительства Объекта находится в ведомстве данного министерства. Министерство здравоохранения края выполняет регулирующие и контролирующие вопросы по реализации данного объекта, в части своей компетенции и находится в непосредственной связи с главным распорядителем бюджетных средств. [48]

Финансовое обеспечение Программы осуществляется в соответствии с заключенным 07.03.2014 Соглашением и дополнительным Соглашением к

нему между Правительством Красноярского края, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Постановлением Правительства края утвержден сетевой график строительства Объекта.

По осуществлению объекта «Перинатальный центр в г. Норильске» заключен государственный контракт на выполнение работ. Согласно условиям дополнительного соглашения к данному контракту, срок завершения работ – декабрь 2017 года.

Строительство (в широком смысле) включает деятельность следующих субъектов.

Инвестор — лицо, вкладывающее собственные или заёмные средства в строительство. [49]

Застройщик — лицо, обеспечивающее строительство на принадлежащем ему земельном участке. [41]

Заказчики — уполномоченные инвесторами лица, которые осуществляют реализацию инвестиционных проектов. Заказчиками могут быть сами инвесторы.

По российским законам заказчик, не являющийся инвестором, наделяется правами владения, пользования и распоряжения капитальными вложениями на период и в пределах полномочий, которые установлены договором и (или) государственным контрактом.

Подрядчики — лица, которые выполняют работы по договору подряда (непосредственные исполнители), либо посредники, которые заключают договоры субподряда с исполнителями-субподрядчиками. [50]

Саморегулируемые организации (далее – СРО) изыскателей, проектировщиков и строителей.

Профессиональные научные и творческие организации (например, РААСН, Союз архитекторов России), международные организации (ФИДИК).

Государство в лице органов государственной власти и местного самоуправления является специфическим субъектом строительной деятельности. Оно определяет градостроительную и жилищную политику, осуществляет правовое (в том числе техническое) регулирование, а также государственный строительный надзор. [51]

В простых случаях инвестор, застройщик, заказчик и подрядчик могут совпадать в одном лице, а СРО и иные некоммерческие организации — не участвовать в таких отношениях вовсе.

Анализ конкурентной среды

Главное звено рыночного механизма — конкуренция. Конкуренция — это состязание между экономическими субъектами, борьба за рынки сбыта товаров и услуг с целью получения более высоких доходов, других выгод. Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — закон рыночной экономики.

На рынке товаров и услуг здравоохранения конкурентными участниками могут быть:

- государственные, муниципальные учреждения здравоохранения;
- организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения;
- частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения. [52]

Если до недавнего времени единственным монополистом в сфере предоставления медицинских услуг являлось государство, то в наши дни его господствующие позиции пошатнулись благодаря работе конкурентов - частных клиник, медицинских центров, кабинетов врачей и т.д. Несмотря на платный характер предоставления медицинских услуг в упомянутых учреждениях, их деятельность оказывает позитивное влияние на развитие системы здравоохранения в целом, ибо конкуренция - двигатель прогресса.

[53]

Как известно, рыночная экономика не мыслится без таких понятий как «конкуренция» и «конкурентоспособность». Конкурентоспособность лечебно-диагностических, медицинских и сервисных услуг, услуг медицинского страхования, лекарственных средств, медицинского оборудования, материалов и прочего определяется совокупностью их качественных и стоимостных характеристик, представляющих интерес для потенциальных потребителей - пациентов и медицинских работников - в плане удовлетворения потребности граждан в квалифицированной медицинской помощи.

Продукт медико-производственной деятельности должен обладать набором параметров, которые характеризуют конкурентоспособность медицинских услуг и товаров медицинского назначения. Эти параметры подразделяются на три группы:

- параметры, характеризующие соответствие продукта нормативным документам (нормативно-правовым актам, экономическим стандартам, условиям лицензирования, аккредитации и так далее);

- качественные параметры, характеризующие потребительские свойства продукта;

- экономические параметры, характеризующие величину затрат потребителя на приобретение и потребление продукта (включая стоимость сопутствующих товаров, работ, услуг).

Основными факторами, влияющие на восприятие качества услуг, оказываемых населению субъектами деятельности здравоохранения, являются:

- компетентность: персонал медико-производственной структуры должен обладать необходимыми профессиональными знаниями, умениями и навыками;

- надежность: субъект здравоохранительной деятельности должен работать стабильно, обеспечивать требуемый уровень медицинской помощи,

выполнять принятые обязательства;

- отзывчивость: все работники медико-производственной структуры должны стремиться оперативно отвечать на запросы клиентов;

- доступность: установление физического и психологического контакта персонала с пациентами происходит легко, без лишних негативных эмоций;

- понимание: менеджеры медико-производственной структуры должны стремиться приспособиться к специфическим потребностям конкретных пациентов;

- коммуникация: субъект здравоохранительной деятельности должен подробно информировать своих клиентов на понятном им языке;

- доверие: определяется репутацией медико-производственной структуры, надежностью гарантий качества;

- безопасность: защита пациента от риска (физического, финансового, морального), связанного с медицинским вмешательством;

- обходительность: вежливость, уважительность, внимание и дружелюбие персонала;

- осязаемость; материальная компонента оказываемых услуг - помещения, оборудование, персонал.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важны для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Конкурентные преимущества — это уникальные, особенные черты медицинских организаций, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги. Определяя конкурентные преимущества, важно ориентироваться на пациентов, на их потребности и быть уверенным, что эти преимущества воспринимаются ими как таковые

Можно выделить следующие конкурентные преимущества:

- высокая репутация организации здравоохранения;
- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- ориентация на пациента, его запросы и пожелания;
- достаточная материально-техническая база, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, устойчивое финансовое обеспечение;

- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- приемлемые для пациентов цены, не превышающие или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования. [52]

Анализ предполагаемой конкурентной способности перинатального центра в г. Норильске

Конкурентоспособность лечебно-диагностических, медицинских и сервисных услуг, услуг медицинского страхования, лекарственных средств, медицинского оборудования, материалов и прочего определяется совокупностью их качественных и стоимостных характеристик, интересующих потенциальных потребителей для удовлетворения потребности в качественной и своевременной медицинской помощи. [54]

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важны для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке.

Конкурентные преимущества следует рассматривать как основу стратегии поведения участников на рынке медицинских товаров и услуг, что особенно важно в условиях развития обязательного и добровольного медицинского страхования.

Изучив конкурентов, а ими оказалось всего 2 частных медицинских

центра, выделим конкурентные преимущества строящегося перинатального центра:

- высокое качество оказываемых медицинских товаров и услуг;
- высококвалифицированный персонал,
- современное оборудование,
- уникальность предлагаемых медицинских товаров и услуг;
- своевременное оказание качественной бесплатной медицинской помощи (в условиях обязательного медицинского страхования);
- предоставление платных услуг по приемлемым для пациентов ценам, не превышающих или ниже цен на аналогичные медицинские товары и услуги других участников рынка;
- обеспеченность учреждения кадрами в полном объеме и как следствие быстрое реагирование в экстренных случаях;
- данного масштаба учреждений/организаций нет;
- широкий профиль услуг по направлению родовспоможения.

Социально-экономическое обоснование эффективности строительства перинатального центра в г. Норильске (Красноярский край)

Обоснование целесообразности, объема и сроков осуществления капитальных вложений

Характеристика объекта капитального строительства.

Наименование объекта: Перинатальный центр в городе Норильске.

Вид строительства: новое строительство.

Краткая характеристика объекта.

Межрайонный перинатальный центр на 110 коек: 50 коек для беременных и рожениц, 30 коек патологии беременности, 30 коек выхаживания недоношенных новорожденных детей (второй этап выхаживания). В структуру перинатального центра входит приемное отделение и помещение выписки с консультативно-диагностическим центром, родовое отделение на 5 индивидуальных родовых, два операционных блока для родового, отделение реанимации и интенсивной

терапии новорожденных на 12 коек, дезинфекционное отделение, гистологическая лаборатория и группа административно-служебных и бытовых помещений, здание кислородной станции, здание блочно-модульной котельной. Здание шестиэтажное, включая технический этаж, с проветриваемым подпольем здание. Размещение подразделений перинатального центра исключает перекрещивание «грязных» и «чистых» потоков в технологическом процессе.

Послеродовое палатное отделение будет занимать один 4 этаж и состоять из двух унифицированных секций на 25 коек каждая. В отделении предусмотрены палаты для совместного пребывания матери и ребенка на 1 койку и 1 кроватку и палаты на 2 койки и 2 кроватки. Часть палат объединена в блоки из двух палат - одноместной и двухместной. Все палаты и блоки палат имеют приближенный санузел с душем. В секциях расположены необходимые лечебные и вспомогательные помещения: пост медсестры с подсобным помещением, процедурный кабинет, помещение дневного пребывания, санитарная комната и др. В центральной части здания расположены общие помещения отделения, в том числе малая операционная с предоперационной, и 2 отсека для новорожденных по 10 кроваток с постами медсестры и необходимыми вспомогательными помещениями, что позволяет планировочно изолировать одну секцию послеродового отделения от другой.

В отделение патологии беременности предусмотрены палаты на 1 койку и палаты на 2 койки. Все палаты имеют санузлы с душами непосредственно при палатах. В составе отделения предусмотрены: смотровая, процедурный кабинет, буфетная с моечной, вспомогательные помещения.

Проект соответствует требованиям СанПиН, разделены «чистые» и «грязные» потоки пациенток, помещения функциональны, имеется необходимый набор помещений, имеется достаточное количество санитарных узлов и шлюзов. Палаты спроектированы с учетом современных перинатальных технологий. Имеются лифты: грузовые, пассажирские, для

доставки пищи. Предусмотрены требования к созданию среды лицам с ограниченными возможностями.

Для облегчения перемещения больных и труда персонала во всех помещениях используются средства малой механизации – тележки, подъемники для больных. Передвижение различных грузов (пищевых продуктов из пищеблока в отделения, чистого и грязного белья, расходных материалов по подразделениям корпуса) осуществляется при помощи специальных тележек. Уборка помещений осуществляется с помощью специальных пылесосов и специализированных уборочных тележек.

Предусмотрена система вентиляции и кондиционирования, а в помещениях операционного блока, отделений реанимации, родовых залах предусмотрена система вентиляции с ламинарными потоками.

При проектировке здания перинатального центра предусмотрен надземный отапливаемый переход в здание КГБУЗ «Норильская межрайонная больница №1»

Цель и задачи, достигаемые при вводе объекта капитального строительства в эксплуатацию:

При вводе перинатального центра в эксплуатацию решаются следующие основные задачи:

а) Здание родильного дома введено в эксплуатацию в 1968 году, последний капитальный ремонт производился в 2001 году во всем здании поэтажно. Последующие капитальные и текущие ремонты производились выборочно в рамках выделенных ассигнований.

На сегодняшний день необходима полная замена системы приточно-вытяжной вентиляции. Срок службы вентиляционного оборудования превышает нормативный в 2-3 раза. Значительная часть помещений здания, родильные залы, палаты реанимации, палаты акушерского и детского отделений, санитарные узлы и душевые не оборудованы системой вентиляции для подачи и удаления воздуха из помещений. Отсутствует индивидуальная система приточной вентиляции для операционных блоков.

Существующие электросети не соответствуют требованиям ПУЭ. Отсутствуют источники бесперебойного электроснабжения в аварийной ситуации.

Требуется полная замена системы подачи медицинских газов, в том числе кислорода, с установкой модульных систем. Имеется предписание отдела ГПН по МО г.Норильск ГУ МЧС РФ по Красноярскому краю от 09.11.2009 г.

Разрушается внутренний трубопровод канализации, выполненный из чугунных труб. Последний ремонт производился в 1984 году.

Система тепловодоснабжения и тепловые пункты устарели и требуют замены.

Необходимо пробурить температурные скважины для контроля за устойчивостью здания.

Необходима реконструкция помещений пищеблока, так как они не соответствуют нормативам.

Необходима замена дверных и оконных блоков в связи с их износом (частичная замена была произведена в 2011-2013 годах, в рамках выделенного финансирования).

Конструкция тамбура центрального входа, особенно фасадная стена с входной дверью, угрожают обрушением. Кровля тамбура не предохраняет от дождей и тающего снега.

Имеющиеся площади здания КГБУЗ «Норильский МРД» не соответствуют нормативам СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», и не позволяют разместить необходимый набор помещений для осуществления медицинских технологий. [55]

б) Перспектива снижения акушерских осложнений и материнской смертности, улучшение акушерских показателей в условиях повышенной заболеваемости беременных, на фоне неблагоприятных климатоэкологических факторов отдаленных северных территорий возможно

лишь путем своевременного выявления осложнений во время беременности, внедрения в практическое акушерство современных научных знаний и новых технологий, а также организации II этапа выхаживания новорожденных детей.

КГБУЗ «Норильский межрайонный родильный дом» (далее – КГБУЗ «Норильский МРД») не имеет в своем составе отделения реанимации новорожденных и II этапа выхаживания новорожденных. Реанимация новорожденных на 3 койки и отделение патологии новорожденных на 25 коек функционирует в составе КГБУЗ «Норильская МДБ», расположенной в 1,5 км от родильного дома.

Условием наиболее эффективного ведения патологии раннего неонатального периода, что в результате приведет к снижению уровня перинатальной и младенческой смертности, а также снижению экономических затрат на выхаживание детей, является проведение интенсивной терапии новорожденных по месту рождения. При этом устраняется ряд неблагоприятных факторов, оказывающих негативное влияние на исход, таких как переохлаждение, потеря времени на транспортировку и адаптацию новорожденных, риск инфицирования при наличии явных преимуществ: близость матери, возможность вскармливания грудным молоком, преимущество в оказании специализированной помощи. Для достижения поставленных задач возникла необходимость организации отделения II этапа выхаживания новорожденных детей на 30 коек.

Здание существующего родильного дома по адресу: г.Норильск, район Центральный, ул. Богдана Хмельницкого, 18, планируется использовать под размещение другого медицинского учреждения.

Показатели (для северной группы районов края):

- отсутствие материнской смертности;
- снижение удельного веса преждевременных родов с 6,1% до 6%;
- снижение перинатальной смертности с 6,1‰ до 5,7‰ с учетом новых критериев живорождения, в том числе ранней неонатальной смертности с

3,9% до 2,5%;

- сохранение раннего выявления пороков развития плода (увеличение охвата раннего выявления с 71% до 80%);

- сохранение репродуктивного здоровья населения северной группы районов края;

- снижение показателей абортов с 38,6 до 37 на 1000 женщин фертильного возраста;

- повышение показателя ранней явки с 85,1% до 86,8%.

Предполагаемое количество родов в перинатальном центре г. Норильска – от 2500 до 3000 (за счет перераспределения потоков беременных женщин с учетом группы риска из учреждений здравоохранения Таймырского муниципального района).

Главный распорядитель средств краевого бюджета: Министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства Красноярского края.

Нормативная потребность в оказании государственной услуги, для предоставления которой будет осуществляться капитальное строительство объекта.

Таблица 3 - Расчет обеспеченности населения государственной услугой с учетом реализации капитального строительства

№ п/п	Показатели	Наименования, значения
1	2	3
1	Наименование объекта	Перинатальный центр в г. Норильске
2	Мощность объекта, ед. изм.	110 коек: - отделение для беременных и рожениц на 50 коек; - отделение патологии беременности на 30 коек; - отделение 2 этапа выхаживания недоношенных новорожденных детей на 30 коек (койки патологии новорожденных и недоношенных детей).

Продолжение таблицы 3

1	2	3
3	Территория оказания услуги (край, муниципальное образование и т.д.)	Красноярский край: - г. Норильск - Таймырский Долгано-Ненецкий район
4	Численность населения (численность пользователей государственной (муниципальной) услугой)	Численность пользователей государственной услугой (женщины фертильного возраста 15-49 лет) 60 391 чел. (статистические данные на 01.01.2014), в том числе: - г. Норильск – 51 754 чел. - Таймырский Долгано-Ненецкий район – 8 637 чел.
5	Социальные нормативы и нормы обеспеченности населения по данному виду услуги, Кнорм.	Приказ Минздрава России от 12.02.2014 № 65н «Об утверждении методических рекомендаций по определению норматива числа коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности в акушерских стационарах III группы, норматива числа коек патологии новорожденных и недоношенных детей».
6	Нормативная потребность населения в данном виде услуг, Кпотр.	Расчет норматива числа коек <i>для беременных и рожениц</i> : $(2793+551)*5,4 /252 = 72$ койки Расчет норматива числа коек <i>патологии беременности</i> : $(72+30)*0,3 = 30$ коек Кпотр.¹ = 72 + 30 = 102 койки (акушерские) Расчет норматива числа коек <i>патологии новорожденных и недоношенных детей</i> : Кпотр.² = 3*12 = 36 коек Всего 138 коек
7	Фактическая обеспеченность населения в данном виде услуг до реализации строительства, реконструкции или технического перевооружения объекта капитального строительства	Подлежат закрытию 115 коек: 25 – патологии новорожденных (КГБУЗ «Норильская МДБ») 55 – для беременных и рожениц (КГБУЗ «Норильский МРД ») 35 – патологии беременности (КГБУЗ «Норильский

Окончание таблицы 3

1	2	3
7		МРД») Не подлежат закрытию 22 акушерские койки: - 17 коек (КГБУЗ «Таймырская районная больница», г. Дудинка); - 4 койки (КГБУЗ «Таймырская районная больница №1», с. Хатанга); - 1 койка (КГБУЗ «Таймырская районная больница №3», с. Караул).
8	Обеспеченность населения в данном виде услуг с учетом реализации строительства, реконструкции или технического перевооружения объекта капитального строительства, Кобес.	Акушерские койки: $\text{Кобес.}^1 = 22 + 50 + 30 = 102$ койки – соответствует нормативной потребности Патологии новорожденных и недоношенных детей: $\text{Кобес.}^2 = 0 + 30 = 30$ – не превышает нормативную потребность 36 коек

Нормативная потребность рассчитана на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении методических рекомендаций по определению числа коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности в акушерских стационарах III группы, норматива числа коек патологии новорожденных и недоношенных детей». [56]

Сроки строительства объекта представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Сроки строительства объекта

Наименование показателя	Значение
Срок окончания размещения заказа на изготовление проектной документации и проведение изыскательских работ	2014
Срок разработки проектно-сметной документации, получение заключения государственной экспертизы и заключения о достоверности сметной стоимости	2014-2015
Срок окончания размещения заказа на определение подрядной организации	2014
Дата начала реализации строительства	2015
Дата окончания реализации строительства, реконструкции или технического перевооружения объекта капитального строительства	2017

Требуемый объем капитальных вложений представлен в таблице 5.

Таблица 5 - Технологическая структура капитальных вложений

Наименование работ и материалов	Значения показателя по проекту в базовых ценах 2001г, тыс. рублей	Значения показателя по проекту в текущих ценах 4 кв. 2012 г, тыс. рублей
1	2	3
Сметная стоимость объекта капитального строительства, включая НДС по заключению государственной экспертизы либо предполагаемая стоимость строительства	621 086,57	3 347 706,44
1	2	3
в том числе:		
затраты на подготовку проектной документации	5 386,57	27 986,15
строительно-монтажные работы	235 489,43	1 833 991,67
приобретение машин и оборудования	339 365,99	1 160 837,54

Отношение сметной стоимости строительства к значениям количественных показателей (показателя) результатов реализации проекта близкого с разрабатываемым по мощности и строительным характеристикам (проекта-аналога).

Наименование проекта-аналога: «Перинатальный центр в г. Красноярске».

Форма реализации проекта-аналога: новое строительство.

Территория оказания услуги (субъект Российской Федерации, муниципальное образование и т.д.): г.Красноярск.

Таблица 6 - Количественные показатели результатов реализации строительства, реконструкции или технического перевооружения объекта капитального строительства и проекта-аналога

N п/п	Наименование показателя	Значение показателя	
		по объекту капитального строительства в базовых ценах <2001г>, тыс. рублей*	проекта-аналога в базовых ценах <2001г>, тыс. рублей
1	2	3	4
1	Сметная стоимость объекта в базовых ценах, тыс. рублей	621 086,57	911 043,25
	в том числе:		
	затраты на подготовку проектной документации	5 386,57	24 603,61
	строительно-монтажные работы	235 489,43	294 764,60
	приобретение машин и оборудования	339 365,99	576 308,41
	прочие затраты	40 844,58	15 366,63
2	Показатели, характеризующие прямые результаты реализации проекта в соответствующих единицах измерения: (мощность и т.д.)		
	мощность	110 коек	190 коек

1	2	3	4
	площадь	22 600,0 кв. м.	33 499,0 кв. м.
3	Удельная стоимость единицы количественных показателей в соответствующих единицах измерения (на 1 единицу оказываемой услуги, на 1 кв. метр, на 1 куб. метр)		
	на 1 кв. метр	27,48	27,2

Значения показателей по объекту капитального строительства указаны по достоверности сметной стоимости строительства.

Обоснование в части соответствия показателей критериям эффективности проводилось в соответствии с Постановлением Правительства Красноярского края «О Порядке оценки эффективности капитальных вложений в объекты капитального строительства за счет средств краевого бюджета». [57]

На данное время оценка эффективности капитальных вложений в объект строительства «Перинатальный центр в г. Норильске» проведена и выдано положительное заключение. [58]

Проблемы строительства

Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации изначально была предусмотрена на 2011-2016 гг. Перинатальный центр в г. Норильске должен был вестись в эксплуатацию в декабре 2016 г., но в силу многих причин долгожданный проект не завершился. В остальной части субъектов Российской Федерации в рамках данной Программы по состоянию на 01.01.2017 также ввод в эксплуатацию объектов не состоялся.

Отставание от графика выполнения работ по Объекту обусловлено следующими факторами:

- для объекта «Перинатальный центр в г. Норильске» планировалось использовать проектные решения «Перинатальный центр в г. Ачинске». Однако, проектной организацией ЗАО «Гипроздрав» нарушены сроки

изготовления проектно-сметной документации на 96 дней, что привело к вынужденной пролонгации мероприятий первого этапа реализации Программы;

- в связи с неоднократной публикацией открытых конкурсов «На право заключения контракта на строительство объекта «Перинатальный центр в г. Норильске», государственный контракт на строительство объекта заключен 16.06.2015;

- неучтенными объемами земляных работ по завозу, отсыпке, планировке и уплотнению грунта;

- климатические условия.

Проектом строительства объекта, прошедшим государственную экспертизу, определен срок производства работ по устройству свайных фундаментов в многолетнемерзлых грунтах – 11 месяцев. С целью выполнения сетевого графика планировалось сократить срок производства фундаментных работ за счет использования современного высокопроизводительного оборудования и завершить строительно-монтажные работы с вводом объекта в эксплуатацию до 01.01.2016. Однако сократить сроки строительства не удалось из-за особенностей технологических процессов устройства свайного фундамента ввиду специфической геологии вечномерзлых грунтов г. Норильска.

Согласно приказам министерства здравоохранения Красноярского края от 27.02.2015 № 110-орг, от 03.02.2014 №36-орг. осуществляется мониторинг хода строительства перинатального центра, проводятся заседания рабочей группы. [59] , [60]

Г. Норильск – один из самых экологически загрязнённых городов в мире. Экологическая опасность для населения города и прилегающих к нему районов обуславливается тем, что город является «производной» одного из крупнейших в мире горнодобывающего и металлопроизводящего комбината. Аналогов Норильского промышленного района (включая город) нигде в мире больше нет.

Норильск отличается крайне суровым климатом субарктического типа. Это один из наиболее холодных городов мира. Климатическая зима длится с начала второй декады сентября по первую декаду мая. Снежный покров сохраняется от 7,5 до 9 месяцев в году.

Лето короткое (с конца июня по конец августа), прохладное (+10,7 °С) и пасмурное; климатическое лето наступает лишь в отдельные тёплые годы. Норильск входит в пятёрку самых ветреных населённых пунктов планеты. [61]

Именно поэтому реализация Программы представляет высокую социальную значимость для Красноярского края. Строительство и ввод в эксплуатацию перинатального центра в г. Норильске позволит организовать полноценное функционирование трехуровневой системы перинатальной помощи в регионе, снизить материнскую и младенческую смертность, улучшить качество клинической работы и обеспечить дальнейшее улучшение демографической ситуации в Красноярском крае и укрепление здоровья населения.

3.2 Исследование механизмов реконструкции государственных объектов, реализуемых за счет средств частных инвесторов на примере поликлиники в п. Таежный (Богучанский район)

В рамках масштабного проекта по развитию Нижнего Приангарья Красноярского края осуществляется строительство Богучанского алюминиевого завода. [62]

Богучанский алюминиевый завод (далее – БоАЗ) — строящееся предприятие цветной металлургии в посёлке Таежный Богучанского района Красноярского края России. Строительство ведётся в рамках Богучанского энерго-металлургического объединения (БЭМО), совместного проекта компании «РУСАЛ» и энергетической компании «РусГидро» (сторонам принадлежит по 50% объединения). [63]

Площадь территории промплощадки в ограде – 231 Га. Площадь застройки – 91 Га.

Этот государственно-частный проект предусматривает дальнейшее освоение природно-ресурсного потенциала территории, будет способствовать обеспечению энергетической безопасности Сибири. Схема проекта базируется на привлечении частных инвестиций для сооружения крупных промышленных объектов при финансировании государством инфраструктуры.

Строящийся в поселке Таежный алюминиевый завод создаст более трех тысяч рабочих мест — в первую очередь для местных жителей. «Будет и косвенный эффект для других отраслей, — сказал губернатор, — алюминиевая отрасль даст загрузку для железной дороги, стройиндустрии, для энергетиков, других производств». [64]

Планируемая мощность предприятия — 588 тыс. тонн алюминия в год; энергетическая база — строящаяся Богучанская ГЭС. Предприятие будет оснащено электролизёрами РА-300 и четырьмя установками сухой газоочистки, вследствие чего ожидается, что объём вредных выбросов будет минимален.

БоАЗ будет состоять из двух серий производительностью около 296 тыс. тонн алюминия в год каждая. Каждая серия включает в себя два производственных корпуса. Всего на БоАЗе будет установлено 672 электролизера. Также предусмотрены четыре газоочистки, использование замкнутой системы очистки воды, которая будет впервые в России использоваться на алюминиевом производстве. На заводе планируется установить оборудование производителей из Канады, Франции, Австралии и Германии. В ходе строительства БоАЗа в Сибири, как ожидается, будет создано около 3,5 тыс. новых рабочих мест. [65]

Объём инвестиций в проект, как ожидается, составит около 33 млрд рублей, из которых 21,9 млрд — кредитная линия, открытая государственным Внешэкономбанком. Пуск завода планировался на 2012 год

[66], затем был перенесён на 2015 год [67]. 11 ноября 2015 года губернатор Красноярского края Виктор Толоконский сообщил, что Богучанский алюминиевый завод стал выдавать первую продукцию [68]. Позднее в РУСАЛе подтвердили, что в 2015 году в пусконаладочном режиме запущена первая очередь предприятия мощностью 147 тыс. тонн алюминия в год. По данным ОАО «РЖД», в первом квартале 2016 года алюминий с БоАЗ начал отправляться на экспорт. [69]

Между ЗАО «Боаз» и Правительством Красноярского края заключено Соглашение о социально-экономическом сотрудничестве.

Предметом данного Соглашения является взаимодействие сторон в области финансирования и строительства рабочего поселка для сотрудников ЗАО «БоАЗ» в п. Таежный Богучанского района Красноярского края, включая объекты жилищного фонда, инженерной инфраструктуры жилищно-коммунального комплекса, социально-культурной сферы.

Стороны строят свои взаимоотношения, направленные на достижение баланса интересов в соответствии с принципами:

- обеспечения стабильности социально-экономического развития края;
- развития районов Нижнего Приангарья края;
- реализации краевых социально-экономических и энергетических программ;
- привлечения инвестиций в экономику края;
- развития кооперационных и производственных связей между организациями края и Компании;
- проведения согласованной экологической политики;
- обеспечения взаимной заинтересованности сторон в решении стоящих перед ними задач;
- партнерства, как консолидации ресурсов сторон и установления между ними долгосрочных отношений сотрудничества в решении задач социального и экономического развития края;

- социальной ответственности, как обеспечения достойных условий труда и быта, решения социальных проблем населения края.

В рамках Соглашения, ЗАО «БоАЗ» обязуется:

- обеспечить до 31 декабря 2020 года строительство рабочего поселка для сотрудников Завода в п. Таежный Богучанского района Красноярского края, включая объекты жилищного фонда, инженерной инфраструктуры жилищно-коммунального комплекса, социально-культурной сферы в объемах и сроки согласно Приложению к данному Соглашению;

- обеспечить безвозмездную передачу в муниципальную собственность законченных строительством объектов инженерной инфраструктуры жилищно-коммунального комплекса, социально-культурной сферы, указанных в пунктах 2, 3 Приложения к данному Соглашению, в порядке, заблаговременно и совместно определенном сторонами Соглашения;

- представлять по запросу Правительства края информацию, необходимую для анализа исполнения бюджета края текущего года, формирования бюджета края на очередной финансовый год и плановый период по согласованным формам. Компания имеет право на уточнение плановых показателей, при бюджетном планировании каждого последующего года;

- в случае принятия инвестиционных планов, иных решений, которые могут оказать значительное влияние на финансово-хозяйственную деятельность, налоговую и инвестиционную политику, размер, структуру и географию налоговых и неналоговых платежей Компании, информировать Правительство края в течение 30 рабочих дней;

- принимать меры по наращиванию производственных мощностей, в результате которых увеличится налогооблагаемая база в крае. Не допускать задолженности по выплате заработной платы Компанией;

- предоставлять по запросу письменное согласие Компании на получение министерством финансов Красноярского края информации от Управления Федеральной налоговой службы России;

- в рамках действующего законодательства содействовать развитию кооперационных и производственных связей между Компанией и иными организациями края, заключать договоры на поставку продукции производственно-технического назначения, оказание услуг (выполнение работ) с организациями, зарегистрированными на территории края, при условии соответствия продукции (услуг, работ) последних требованиям, предъявляемым к ней Компанией;

- обеспечивать выполнение Компанией краевых соглашений в области социально-трудовых и связанных с ними экономических отношений;

- обеспечивать создание благоприятных условий и охрану труда работников Компании. Осуществлять производственный и экологический контроль, проведение своевременной аттестации рабочих мест по охране труда с участием профсоюзной организации.

В свою очередь Правительство края в рамках действующего законодательства обязуется:

- оказывать государственную поддержку при реализации Компанией инвестиционных проектов на территории края в порядке, установленном законодательством Красноярского края;

- осуществлять совместно с Компанией мероприятия, направленные на обеспечение социальной стабильности в районах края, на территориях которых расположены производственные мощности дочерних и зависимых обществ Компании;

- оказывать содействие в информировании населения и общественности края о социально-экономических программах, осуществляемых Компанией на территории края.

Пристальное внимание к объектам Богучанского района обусловлено логикой законодательного процесса Красноярского края.

Принятый в декабре 2015 года закон «О внесении изменений в статьи 2 и 5 Закона края «О налоге на имущество организаций» освобождает от

уплаты налога организации, производящие алюминий, на период с 2013 по 2020 год. [70]

По факту речь идет о налоговой льготе в размере около 4,2 млрд рублей для частного инвестора, ведущего строительство Богучанского алюминиевого завода. Взамен ЗАО «БоАЗ», взяв целевой кредит во Внешэкономбанке, обязалось построить жилье и объекты инфраструктуры для работников завода в поселке Таежном Богучанского района.

Набор необходимых социальных благ вполне понятен, люди должны закрепляться здесь, жить, работать, отдыхать. Нужны и садики, и больницы, и школы. Поселок Таежный и строительство Богучанской ГЭС — это колоссальный проект. Строительство завода практически в чистом поле, создание тысяч рабочих мест — все это требует комплексных усилий на самых разных уровнях. Совместными усилиями краевой, районной, муниципальной власти необходимо достигнуть понимания, как будет развиваться поселок, что здесь уже есть, а чего еще не хватает. Когда будет четкое понимание развития территории, тогда можно говорить, что вот эти части проекта закрывает компания, а эти — краевая власть. Только тогда можно будет выстроить стратегию развития. Ресурсов очень много. Достаточно посмотреть на программу развития — в проект вкладываются огромные средства. Но их ведь можно перераспределить в соответствии с нуждами и определенными обязательствами. Сотни людей с зарплатой 50—60 тысяч рублей в месяц, естественно, будут тратить ее на этой территории. Инфраструктура досуга, отдыха, быта должна обеспечивать людей всем необходимым. Сейчас та конструкция, которая выстроилась, предполагает партнерство бизнеса и власти.

Налоговая льгота на имущество обеспечивает дополнительные выделения средств на строительство, например, жилого комплекса в поселке. Кредитные средства будут компенсироваться через краевую льготу. И не надо забывать, что объекты инженерной, социальной инфраструктуры

впоследствии будут переданы территории. Развитие инфраструктуры со стороны государства — самый главный, обязательный момент в жизни людей. Это в целом и стратегия развития самого государства.

В соответствии с приложением к вышеуказанному Соглашению запланирована реконструкция поликлиники на 100 посещений в смену с дневным стационаром на 12 койко-мест в смену (две смены) со сроком реализации 2018-2020 гг.

Осуществлять строительные работы по данному проекту будет «Организатор строительства Богучанского алюминиевого завода» («ОС БоАЗ»).

В настоящее время по объекту разработано медико-техническое задание, утверждены планировочные решения. Между «ОС БоАЗ» и Министерством здравоохранения Красноярского края в полной мере организовано взаимодействие по вопросам реконструкции поликлиники.

«ОС БоАЗ» - опытная и ответственная организация в части организации работ по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию объектов. На сегодняшний день уже реализованы такие объекты как:

- жилищный фонд;
- объекты инженерной инфраструктуры жилищно-коммунального комплекса.

Реализация данных объектов осуществлялась в сроки, соответствующие графику их строительства, поэтому с уверенностью можно говорить о вводе в эксплуатацию интересующего нас объекта «Реконструкция поликлиники в п. Таежном, Богучанский район» в установленные сроки.

3.3 Анализ проблем ГЧП в России и возможные пути их решения

В современной России практика государственно-частного партнерства только нарабатывается, что дает уникальную возможность эффективного использования мирового опыта. Но для этого всем регионам Российской Федерации необходимо решить ряд проблем, затрудняющий реализацию механизмов ГЧП. Отсутствие необходимых условий для развития института ГЧП в России приводит к его нескоординированному и неэффективному внедрению.

Проблема 1. Отсутствие законодательной базы.

В настоящее время деловые взаимоотношения государства и бизнеса регулируются целым сводом законов и постановлений федерального уровня, относящихся к административному, гражданскому, бюджетному, налоговому, земельному законодательству. Основными из них являются федеральные законы №225-ФЗ «О соглашениях о разделе продукции» от 30.12.1995 г., №115-ФЗ «О концессионных соглашениях» от 21.07.2005 г., №116-ФЗ «Об особых экономических зонах в Российской Федерации» от 22.07.2005 г. Этот перечень дополняет множество законодательных инициатив на региональном уровне, а также нормативная база для институтов развития (Инвестиционного фонда РФ, ВЭБ, РВК и др.), государственных корпораций и акционерных обществ.

Таким образом, современная нормативно-правовая база, регламентирующая функционирование ГЧП, отражает сложившееся положение, при котором принятый свод законов регулирует ту или иную сферу деятельности изолированно друг от друга, не образуя целостной системы. Из-за неполной проработки федеральное законодательство по ГЧП подкрепляется нормативно-правовой базой регионального и местного самоуправления. Это приводит к громоздкой законодательной структуре. Предложения по решению проблемы:

- продолжить работу по формированию и совершенствованию правовой базы государственно-частного партнерства, в том числе, создание законодательной основы государственно-частного партнерства;

- общественным организациям предпринимательства изучить, обобщить и использовать положительный опыт реализации целевых программ и проектов на условиях государственно-частного партнерства;
- предпринимательскому сообществу активнее инициировать предложения, реализация которых возможна на условиях ГЧП как со стороны органов власти, так и со стороны делового сообщества;
- инициировать подготовку специалистов в области ГЧП, создание благоприятного общественного мнения для передачи частному сектору функций владения и пользования объектами государственной и муниципальной собственности, обеспечение доверия общественности к данному типу хозяйственных отношений, а также обеспечение прозрачности деятельности бизнеса;
- при подготовке и корректировке концепций и программ социально-экономического развития территорий, отдельных отраслей экономики учитывать специфику организации и осуществления государственно-частного партнерства.

Проблема 2. Участие субъектов малого и среднего бизнеса в проектах ГЧП.

За счет механизма ГЧП можно не только существенно расширить источники финансирования проектов, но также сократить сроки строительства и реконструкции объектов, повысить производительность труда персонала, снизить инвестиционные и эксплуатационные затраты. При существующем порядке реализации проектов ГЧП данные задачи решить будет очень сложно.

На конкурсной основе в настоящее время выбирается только стратегический партнер государства. Партнер от частного капитала - это, как правило, крупный бизнес. Выступая в роли управляющей организации по реализации проекта ГЧП, бизнес-партнер организует выполнение поставленных задач в соответствии с собственной позицией. Законом не закреплен порядок подбора субподрядных организаций, как правило,

привлекаются «свои» компании, которые зачастую создаются специально под проект, при этом не имеют соответствующей квалификации персонала и опыта производства. Если тендер и проводится, то формально. При этом именно от субподрядных организаций зависит выполнение тех задач, которые ставит заказчик.

Таковыми субподрядными организациями могли бы выступить субъекты малого и среднего предпринимательства, развитие которых является одной из приоритетных задач государства.

Реализация проектов ГЧП требует привлечения большого количества субподрядных организаций, поэтому проверка эффективности инвестиционных и эксплуатационных затрат при непрозрачности бюджетных потоков становится нереальной, а цель партнерства - недостижимой.

Предложения по решению проблемы: Распространить действие Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в части обязательного участия в проектах ГЧП субъектов малого и среднего предпринимательства, условий формирования заказов и др.;

В рамках базового Федерального закона «О государственно-частном партнерстве» предусмотреть нормы, обязывающие основного исполнителя по проекту осуществлять отбор субподрядчиков на конкурсной основе.

Проблема 3. Контроль над реализацией проектов ГЧП.

В настоящее время как государственный, так и общественный контроль за выполнением задач проектов ГЧП практически отсутствует (сроки строительства и реконструкции объектов, инвестиционные и эксплуатационные затраты и т.п.). Если исходить из того, что ГЧП - это отношения равных субъектов, то система контроля должна быть представлена не только органами власти, но и представителями предпринимательской общественности.

Государственный подход в решении задач ГЧП, с одной стороны, и профессионализм и ответственность заинтересованных общественных предпринимательских организаций, с другой, позволит не только контролировать выполнение условий ГЧП, но и систематизировать полученную информацию о ходе реализации проектов ГЧП. Это в свою очередь будет способствовать накоплению и применению опыта в следующих проектах ГЧП, а значит, эффективность и полезность применения такой формы сотрудничества, как ГЧП, будет возрастать.

Предложения по решению проблемы: В рамках базового Федерального закона «О государственно-частном партнерстве» предусмотреть нормы о формировании координационных советов в целях контроля над выполнением условий ГЧП. Необходимо обеспечить участие в работе данных структур представителей ключевых министерств и ведомств, а также предпринимательского сообщества. Реализация данного предложения, во-первых, будет препятствовать коррупции, во-вторых, даст возможность объективно оценивать ход реализации проекта, в - третьих, это позволит решать возникшие проблемы между партнерами не в суде, а на переговорах.

[71]

Проблема 4. Низкий уровень квалификации и компетентности.

Не менее важной, чем развитие законодательной базы, является проблема низкого уровня квалификации государственных чиновников и (в меньшей степени) представителей бизнеса. Со стороны чиновников это выражается в непонимании того, что такое ГЧП, в отсутствии навыков проектного подхода, неготовности представителей госсектора к партнерским отношениям с бизнесом, распространенности бюрократического мышления, в рамках которого чиновники стараются максимизировать свои полномочия и минимизировать собственную ответственность. Проблема заключается в том, что сама система не создает условий для роста числа компетентных и мотивированных чиновников, а, скорее, препятствует этому.

Предложения по решению проблемы:

- Формирование институциональной среды в сфере ГЧП.
- Повышения квалификации специалистов в сфере ГЧП.
- Создание законодательной базы для регулирования и контроля деятельности чиновников с целью минимизирования их полномочий.

Проблема 5. Неравноправие сторон, участвующих в ГЧП.

Некомпетентность чиновников усугубляется тем, что взаимодействие между государством и бизнесом носит неравноправный характер. Чиновник изначально обладает большим числом полномочий и не готов к партнерскому взаимодействию. А в том случае, если его действия еще и мотивируются личной материальной заинтересованностью, то это неравноправие неизбежно приводит к появлению коррупционных схем, особенно в ситуации непрозрачной схемы принятия решений на стороне государства. Партнерство невозможно без доверия, без прозрачности во взаимоотношениях.

Предложения по решению проблемы: Создание благоприятного общественного мнения для передачи частному сектору функций владения и пользования объектами государственной и муниципальной собственности, обеспечение доверия общественности к этому новому для современной России типу хозяйственных отношений, а также обеспечение прозрачности деятельности бизнеса и чиновников. В отношениях государства и бизнеса должен быть и третий игрок - гражданское общество, которое гарантирует публичность и открытость взаимодействия частных компаний и госструктур в рамках ГЧП, поэтому функция контроля над решениями в области экономики полностью должна принадлежать какому-то контрольному органу, а не чиновникам, чтобы не порождать коррупцию.

Проблема 6. Отсутствие идеологии партнерства и проблема субъектности.

Нет культуры и практики партнерства. Не выстроено самое главное - отношения между различными секторами экономики, скажем, государственным сектором и частным предпринимательством. Это самая

большая проблема для России, тем более, при переходе от одной системы к другой. Понятно, что это самая сложная зона, которая не может сформироваться сразу, и отсюда - ничего не получалось и не получается до сих пор. Бизнес либо прорывается в монополию, естественно, покупает, приватизирует власть или часть ее функций и ставит своих людей. Отсюда естественно возникает зона теневых и коррупционных отношений. И если не будет полноценного контроля со стороны гражданского общества, перемен в этой сфере ожидать бесполезно.

Предложения по решению проблемы: Кто должен выстраивать отношения с бизнесом со стороны государства в рамках ГЧП на макроуровне? Кто будет управлять, координировать и контролировать выполнение соглашений и контрактов по проектам ГЧП? Для этого необходимо:

- создание специального министерства или некоммерческого партнерства, как в ряде зарубежных стран;

- создание координационного центра содействия развитию ГЧП. Им могла бы стать Государственная комиссия при Правительстве РФ или подразделение Администрации Президента РФ, которая бы объединила усилия законодательной и исполнительной власти по созданию правовых условий для развития государственно-частного партнерства;

- нужна единая методология реализации ГЧП, которая исключит использование различных узковедомственных подходов при осуществлении различных форм партнерства. При этом нельзя допускать проявлений иждивенчества предпринимательского сектора или их развития только за счет государственных средств и возможностей.

Проблема 7. Короткий горизонт стратегического планирования.

На практике до сих пор применяется устаревший подход к выработке стратегии развития страны («найти задачу под имеющиеся бюджетные средства, а не средства под задачу»). Для развития ГЧП

требуются изменения в системе стратегического планирования на стороне государства.[72]

Предложения по решению проблемы: необходимы долгосрочное финансовое планирование, разработка системы гарантирования инвестиций частного сектора, вложенных в объекты государственной собственности, разработка системы мониторинга проектов ГЧП, оценки экономической эффективности проектов. При этом правила должны быть понятными и стабильными, тогда есть надежда на долгосрочность стратегий со стороны бизнеса. Проекты ГЧП в основной своей массе долгосрочные, поэтому необходима система, которая может работать на горизонт 25 и более лет. Сейчас же таких горизонтов планирования нет ни у государства, ни у бизнеса.

Как видно, проблем у государственно-частного партнерства в России немало. Проблемы носят срочный характер, т.к. от их решения зависит перспектива ГЧП в России. Все это приводит к тому, что проекты государственно - частного партнерства реализуются в России скорее не «благодаря» существующей системе, а «вопреки» ей, и то только в том случае, если на стороне государства есть «заинтересованные энтузиасты». В настоящее время таковые имеются на федеральном уровне и в некоторых регионах, однако сама система не способствует их воспроизводству. Низкий уровень квалификации госчиновников является для развития ГЧП не меньшим злом, нежели коррупция. [73]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях реструктуризации государственного сектора здравоохранения Российской Федерации, всё больше потребности в инвестициях для развития медицины: на разработку новых методов лечения, новых препаратов, на строительство новых учреждений, и имеющейся при этом негативной тенденции сокращения бюджетного финансирования государственных учреждений в рамках реформы здравоохранения, актуальной становится проблема поиска оптимальной формы взаимодействия государственного и негосударственного секторов здравоохранения, которая позволила бы эффективно объединить усилия государства и бизнеса, обладающих своими уникальными ресурсами и преимуществами.

В ходе диссертационного исследования осуществлен анализ существующих в мире систем здравоохранения. Выявлено, что все системы здравоохранения сводят к трем основным моделям:

- система здравоохранения, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- система здравоохранения с бюджетной системой финансирования;
- система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Система здравоохранения России относится к третьей модели и в ней преобладает государственный сектор.

К положительным чертам системы регулируемого страхования можно отнести высокую степень охвата населения медицинским страхованием, свободный выбор страховых организаций, как работодателем, так и населением, разделений функцией финансирования и оказания медицинских услуг. Основным недостатком является высокая степень влияния на устойчивость такой системы макроэкономических и демографических показателей.

За годы своего существования частная система здравоохранения стала одной из наиболее динамично развивающихся отраслей российской экономики. Однако анализ текущей ситуации в частном секторе здравоохранения Российской Федерации, выявил ряд особенностей:

– обособленность от государственного сектора, отсутствие конкуренции между государственными и негосударственными учреждениями;

– концентрация в достаточно узком сегменте медицинских специальностей (стоматология, гинекология, урология, диагностика и др.);

– «паразитирование» на государственном секторе с использованием его помещений, оборудования, врачей.

Очевидно, что при грамотной политике государства в отношении модернизации последнего частный сектор способен стать инструментом модернизации и органичной частью интегрированной системы российского здравоохранения.

Проанализированный в ходе диссертационного исследования зарубежный опыт применения форм ГЧП в здравоохранении показал, что на практике существует 3 модели реализации таких проектов:

1) ГЧП осуществляется только в рамках строительства объектов здравоохранения и соответствующей инфраструктуры;

2) строительство и техническое обслуживание объекта, а также оказание сопутствующих услуг;

3) строительство объекта, его техническое обслуживание и оказание медицинских услуг в рамках соглашения с государственным ведомством здравоохранения, по которому частный инвестор обязуется оказывать помощь населению за фиксированную плату со стороны государства.

Анализ ГЧП-проектов, реализованных и реализуемых в различных регионах России выявил, что партнерство в сфере здравоохранения представлено, как правило, лишь инвестиционными договорами на строительство, реконструкцию или модернизацию точечных социально

значимых объектов. Таким образом, применение механизма ГЧП с привлечением частных инвестиций имеет огромный потенциал в реализации проектов в секторе здравоохранения Российской Федерации.

Для решения поставленных задач был произведен сравнительный анализ строительства и реконструкции объектов здравоохранения Красноярского края, реализуемых в рамках государственно-частного партнерства и за счет средств государственного бюджета.

В ходе исследования выявлено, что совместная работа государства и бизнеса в проектах по модернизации системы здравоохранения на основе государственно-частного партнерства более эффективна, чем в тех случаях, когда система здравоохранения находится исключительно в ведении государства, но существует ряд проблем, не решенных на данный момент и требующих срочной ликвидации для реализации эффективного взаимодействия частного сектора и государства. Кроме того, предложены пути возможных решений данных проблем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/about/mission/ru>.
2. Национальный доклад «Риски бизнеса в частно-государственном партнерстве» // М.: Ассоциация Менеджеров, 2010 г. - 116 с
3. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство: теория и практика / В.Г. Варнавский, А.В.Клименко, В.А.Королев // М.: ГУ-ВШЭ, 2010. - 287 с.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.
5. Джульетта Бранко. Система и учреждения здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fb.ru>.
6. Управление и экономика здравоохранения / под ред. А.И. Вялкова. М., 2013. С. 79.
7. Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» Раздел I. Общие положения.
8. Алла Астахова. Приоритеты «тощих» лет. Блог о здравоохранении (18.01.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://alla-astakhova.ru>.
9. SOS-Система. Социально-рыночная, территориально-управляемая, семейно-организованная система здравоохранения, параллельно-функционирующая и комплексно-замещающую систему здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sos-system.org.ua>.
10. Виртуальная Япония. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://miuki.info>.
11. Алпатов А.А. Государственно-частное партнерство: Механизмы реализации / А.А. Алпатов А.В. Пушкин, Р.М. Джапаридзе // М.: 2010 – 196 с.

12. Национальный доклад «Бизнес в частно-государственном партнерстве» // М.: Ассоциация Менеджеров, 2010 г. - 116 с.
13. Гражданский кодекс Российской Федерации: Часть вторая // Справочно-правовая система «Консультант Плюс»: [Электронный ресурс] / Компания «Консультант Плюс». - Ст.1012. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>.
14. Федеральный закон № 225-ФЗ «О соглашениях о разделе продукции». Ст. 2. П. 1.
15. Федеральный закон от 25 февраля 1999 г. №39-ФЗ «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитальных вложений» // Собрание законодательства Российской Федерации. - 1999. - №9. Ст.1096.
16. Путин В.В. Вступительное слово на XIV съезде Российского союза промышленников и предпринимателей. Москва, 16 ноября 2004 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/22686>.
17. Федеральный закон «О концессионных соглашениях» от 21.07.2005 № 115-ФЗ.
18. ГЧП в сфере здравоохранения. Журнал стратегия. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://strategyjournal.ru>.
19. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ.
20. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ.
21. Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».
22. Федеральный закон от 13.12.1994 г. № 60-ФЗ «О поставках продукции для федеральных государственных нужд».

23. Федеральный закон от 29.10.1998 г. № 164-ФЗ «О финансовой аренде (лизинге)».

24. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая от 31.07.1998 г. № 146-ФЗ; часть вторая от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ).

25. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.06.2009 г. № 495 «Об установлении требований к концессионеру в отношении банков, предоставляющих безотзывные банковские гарантии, банков, в которых может быть открыт банковский вклад (депозит) концессионера, права по которому могут передаваться концессионером концеденту в залог, и в отношении страховых организаций, с которыми концессионер может заключить договор страхования риска ответственности за нарушение обязательств по концессионному соглашению».

26. Федеральный закон от 30.12.1995 г. № 225-ФЗ «О соглашениях о разделе продукции».

27. Федеральный закон РФ от 22.07.2005 г. №116-ФЗ «Об особых экономических зонах в РФ».

28. Постановление Правительства РФ от 01.03.2008 № 134 «Об утверждении Правил формирования и использования бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда Российской Федерации».

29. Постановление Правительства РФ от 30.10.2010 № 880 «О порядке распределения и предоставления за счет бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда Российской Федерации бюджетам субъектов Российской Федерации субсидий на реализацию проектов, имеющих региональное и межрегиональное значение».

30. Федеральный закон от 17.05.2007 № 82-ФЗ «О банке развития».

31. Распоряжение Правительства РФ от 27.07.2007 № 1007-р. «Об утверждении Меморандума о финансовой политике государственной корпорации «Банк развития и внешнеэкономической деятельности (Внешэкономбанк)».

32. Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

33. Федеральный закон от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц».

34. Федеральный закон от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике».

35. Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

36. Постановление Правительства РФ от 10 августа 2007 г. № 505 «О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества».

37. Постановление Правительства РФ от 12.08.2011 № 677 «Об утверждении Правил заключения договоров аренды в отношении государственного или муниципального имущества государственных или муниципальных образовательных организаций, являющихся бюджетными учреждениями, автономными учреждениями, бюджетных и автономных научных учреждений».

38. Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) «Законодательная база как основа внедрения ГЧП-проектов (опыт зарубежных стран)». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru>.

39. ГОСТ 31937-2011 «Здания и сооружения. Правила обследования и мониторинга технического состояния».

40. Здравоохранение в России – 2015г. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

41. Градостроительный кодекс РФ от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ Система ГАРАНТ: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12138258/>

42. Градостроительный кодекс РФ от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ Система ГАРАНТ. - Режим доступа: http://base.garant.ru/12138258/1/#block_100.

43. Научная библиотека диссертаций и авторефератов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com>

44. Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://бмэ.орг>.

45. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в РФ».

46. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 года № 2890-р «О внесении изменений в Программу развития перинатальных центров в Российской Федерации».

47. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011 - 2013 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

48. Постановление Правительства Красноярского края от 29 марта 2011 года № 152-п «Об утверждении программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011 - 2017 годы».

49. Федеральный закон от 25.02.1999 № 39-ФЗ «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитальных вложений».

50. Федеральный закон от 25.02.1999 № 39-ФЗ «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитальных вложений».

51. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

52. Лечение за рубежом [Электронный ресурс]. Режим доступа:<http://medbe.ru>.

53. Особенности услуг в здравоохранении [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://www.0zd.ru>

54. Маркетинг в отраслях и сферах деятельности: Учеб. пособие Ред. Нагапетьянц Н.А. – М.: Вузовский учебник 2007 г. 272 с.

55. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

56. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2014 №65н «Об утверждении методических рекомендаций по определению числа коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности в акушерских стационарах III группы, норматива числа коек патологии новорожденных и недоношенных детей»

57. Постановлением Правительства Красноярского края от 10.11.2011 № 681-п «О Порядке оценки эффективности капитальных вложений в объекты капитального строительства за счет средств краевого бюджета».

58. Заключение от 07.04.2016 № 2-2016 «О результатах оценки эффективности капитальных вложений в объекты капитального строительства за счет средств краевого бюджета».

59. Приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 27.02.2015 № 110-орг.

60. Приказ министерства здравоохранения Красноярского края от 03.02.2014 №36-орг.

61. Время восхода и захода солнца в г. Норильск [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://voshod-solnca.ru>.

62. Инвестиционный проект «Комплексное развитие Нижнего Приангарья» [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://econ.krskstate.ru/priangarye>.

63. Юлия Федоринова. Алюминий подождет // Ведомости, № 24 (2294), 11 февраля 2009. [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.ukrudprom.ua/digest/Alyuminiy_podogdet.html?print.

64. Нижнее Приангарье [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://npriangarie.ru/2012/1028>.

65. Пресс-релизы «РУСАЛ до конца года установит на БоАЗе все катодные кожухи для запуска первого корпуса завода» [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://rusal.ru> .

66. Ввод в эксплуатацию Богучанского алюминиевого завода переносится на 2012 год. Газета.ru [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.gazeta.ru>.

67. «О заводе» Официальный сайт БоАЗ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://boaz-zavod.ru>.

68. Андрей КУРОЧКИН. 2016 год будет особо значимым // Краевая государственная газета «Наш Красноярский край», 13.11.15 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://gnkk.ru>

69. Анатолий Джумайло. Алюминий любит тишину // Коммерсантъ, №61/П (5811), 11 апреля 2016 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/2961079>

70. Закон Красноярского края от 02.12.2015 № 9-3927 «О внесении изменений в статьи 2 и 5 Закона края «О налоге на имущество организаций».

71. Варнавский В.Г. «Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления» / Журнал «Отечественные записки» // М., 2010 – с. 172-180.

72. Аретова Е.В. «Барьеры развития механизма ГЧП в России» / Е.В. Аретова, К.О. Литвинский // -М.; НПФ «Экспертный институт», 2011 – с. 138-142.

73. Николаев А.И. «Государственно-частное партнерство в РФ: экономическое содержание и правовое обеспечение» // Недвижимость и инвестиции. Правовое регулирование № 1-2 (30-31) Июль 2011 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistematizatsiya-podhodov-k-ponimaniyu-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-rossii-i-za-rubezhom>

Приложение А

Пояснительная записка

к расчету обеспеченности населения государственной услугой с учетом реализации строительства, реконструкции или технического перевооружения объекта капитального строительства

1. Коечный фонд объекта «Перинатальный центр в г. Норильске» согласно проектной документации составляет 110 коек:

- 50 коек для беременных и рожениц,
- 30 коек патологии беременности,
- 30 коек патологии новорожденных.

Кроме того, проектом предусматривается 12 коек в отделении реанимации

и интенсивной терапии новорожденных (первый этап выхаживания новорожденных). Указанные койки являются сверхсметными и не входят в общий коечный фонд в связи с тем, что предназначены только для реанимации и интенсивной терапии остро возникших состояний.

Расчет нормативного значения коек *реанимации и интенсивной терапии*

для новорожденных осуществлялся на основании приказа Минздрава России от 12.02.2014 № 65н «Об утверждении методических рекомендаций по определению норматива числа коек для беременных и рожениц и коек патологии

беременности в акушерских стационарах III группы, норматива числа коек патологии новорожденных

и недоношенных детей» (далее – Приказ), исходя из норматива 4 койки на 1000 родов,

и составил **12 коек**.

2. Нормативы числа коек по профилям рассчитаны на основании

Приказа.

Норматив числа коек для беременных и рожениц рассчитан по формуле:

$K=A \cdot P/D$, где:

K – необходимое число среднегодовых коек для беременных и рожениц на территории оказания услуги (г. Норильск, Таймырский Долгано-Ненецкий район);

A – число родившихся в г. Норильске и Таймырском Долгано-Ненецком районе

за 2014 год по статистическим данным (**3 344 чел.**);

P – средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц, установленная постановлением Правительства Красноярского края от 29.03.2011 № 152-п «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011-2016 годы» для обоснования коечной мощности перинатальных центров (**5,4 дня**);

D – рекомендуемый норматив средней занятости койки для беременных и рожениц в году для регионов с низкой плотностью населения (**252 дня**).

Таким образом, $(3344) \cdot 5,4/252 = 72$ койки.

Удельный вес коек *патологии беременности* в структуре акушерских коек (коек для беременных и рожениц и коек патологии беременности суммарно) должен составлять не менее 30%.

Таким образом, $(72+30) \cdot 0,3=30$ коек.

$K_{\text{потр.}}^1 = 72+30 = 102$ койки (акушерские).

Принимая в расчет акушерские койки Таймырского Долгано-Ненецкого района,

не подлежащие закрытию (22 койки), обеспеченность населения с учетом реализации строительства будет равна нормативной потребности (22+50+30=102 койки).

Норматив числа коек *патологии новорожденных и недоношенных детей* рассчитан исходя из норматива 3 койки на каждую койку реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (12 коек).

Таким образом, $K_{\text{потр.}}^2 = 3 \cdot 12 = 36$ коек.

Обеспеченность населения с учетом реализации строительства (30 коек)

не превысит нормативную потребность (36 коек).