

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)»
Институт открытого и дистанционного образования
Кафедра «Современные образовательные технологии»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент

главный бухгалтер ООО «ЭВИМЕД»

_____ Н.Н. Просвирнина

_____ 20__ г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

_____ А.В. Прохоров

_____ 20__ г.

Пути развития государственно-частного партнерства в системе здравоохранения

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЮУрГУ – 38.04.04. 2021.11374. ВКР

Руководитель работы
доцент кафедры СОТ

_____ И.В. Максакова

_____ 20__ г.

Автор работы

студент группы ДО–396

_____ И.Ю. Суровцев

_____ 20__ г.

Нормоконтролер

ст. преподаватель кафедры СОТ

_____ Е.Н. Бородина

_____ 20__ г.

Челябинск 2021

АННОТАЦИЯ

Суровцев И.Ю. Пути развития государственно-частного партнерства в системе здравоохранения. – Челябинск: ЮУрГУ, 2021, ДО–396, 70 с., 2 ил., 8 табл., библиогр. список – 75 наим., 1 прил., 12 л. плакатов ф. А4.

Объект выпускной квалификационной работы – инструменты финансирования системы здравоохранения Российской Федерации (РФ).

Цель выпускной квалификационной работы – разработка рекомендаций по развитию новых возможностей механизма государственно-частного партнерства (модель для практического применения аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала) в финансировании системы здравоохранения, в том числе при оказании медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В выпускной квалификационной работе выявлены сущность здравоохранения как элемента общественного сектора экономики; рассмотрены сущность, функции и виды государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения; выявлен механизм влияния государства на качество образования; изучены инструменты финансирования системы здравоохранения РФ, включая механизмы государственно-частного партнерства; проведен анализ состояния государственно-частного партнерства в Свердловской и Челябинской области; оценен аутсорсинг и аутстаффинг как новые возможности государственно-частного партнерства для улучшения финансирования сферы здравоохранения РФ, в том числе в системе обязательного медицинского страхования; разработаны рекомендации использования моделей аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала в системе обязательного медицинского страхования.

Результатом выпускной квалификационной работы являются модели аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала при оказании медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, имеющие практическую значимость.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	8
1.1 Здоровоохранение как элемент общественного сектора экономики.....	8
1.2 Особенности финансирования системы здравоохранения РФ.....	16
1.3 Внедрение государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ.....	23
2 АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ.....	30
2.1 Анализ инструментов финансирования системы здравоохранения в РФ, включая механизмы государственно-частного партнерства.....	30
2.2 Сравнительный анализ реализации государственно-частного партнерства в Челябинской и Свердловской области.....	41
3 НАПРАВЛЕНИЕ РАСШИРЕНИЯ УЧАСТИЯ ЧАСТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРОДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ ОМС.....	48
3.1 Особенности и проблемы участия частных организаций в предоставлении услуг по программе ОМС.....	48
3.2 Предложения по моделям участия частных организаций в предоставлении услуг по программе ОМС.....	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	62
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	65
ПРИЛОЖЕНИЯ	
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Показатели Национального проекта «Здоровоохранение».....	70

ВВЕДЕНИЕ

Государство не всегда успевает стремительно развиваться и подстраиваться под условия жизни общества, под его меняющиеся потребности и также быстро решать возникающие проблемы. Кроме того, государство ограничено средствами федеральных, региональных и местных бюджетов, которые в свою очередь не всегда могут в полной мере решить данные проблемы за счет этих средств. В современных условиях экономического кризиса происходит активный поиск новых инструментов финансирования, прежде всего, для внедрения инновационных методов и повышения качества медицинской помощи. При поиске новых инструментов финансирования системы здравоохранения государство прибегает к помощи частного сектора все в больших объемах. Однако частный капитал не всегда готов полностью взяться за решение данных проблем в связи с тем, что отдача от вложенных средств минимальна и данные проекты характеризуются большой капиталоемкостью. В связи с этим происходит взаимодействие государственного и частного сектора, данный тандем имеет возможность более эффективно решать проблемы и задачи, такое сотрудничество называется государственно-частным партнерством (ГЧП).

Особая актуальность развития системы здравоохранения и инструментов ее финансирования в РФ в 2020 году обусловлена повышенным вниманием из-за ситуации с коронавирусной пандемией. Сфера здравоохранения РФ постоянно находится в процессе трансформации, в связи с принятием Государственных программ и в рамках Национальных проектов растут расходы федерального бюджета на здравоохранение, но в процентном эквиваленте доля их от валового внутреннего продукта (ВВП) кардинально не меняется, что не позволяет сократить разрыв по сравнению с развитыми странами европейского союза. Так, в 2019 году государственные расходы на здравоохранение в РФ составили 3,5 % ВВП, что минимум в 2 раза ниже, чем в странах европейского союза, в то время как Всемирная организация здравоохранения определила их минимум в размере 5,5–6 % ВВП. В результате чего РФ сталкивается с проблемой обеспечения финансовыми средствами своих обязательств в сфере здравоохранения. Таким образом, достижение стоящих перед государством задач невозможно без привлечения дополнительных финансовых ресурсов за счет частного сектора. Модели механизма ГЧП обладают большим ресурсосберегающим потенциалом и способны улучшить качество предоставляемых медицинских услуг населению. Развитие ГЧП в здравоохранении позволит не только снизить финансовую нагрузку, но и обеспечит инновационное развитие.

В условиях современного экономического кризиса в РФ частный сектор мотивирован на взаимодействие с государством в системе здравоохранения для диверсификации и стабильного развития своего бизнеса. В свою очередь для привлечения частных инвесторов государству необходим комплекс мер, включающий предоставление гарантий и льгот, который позволит эффективно использовать в РФ модели ГЧП в финансировании системы здравоохранения.

В последние годы использования ГЧП в разных отраслях экономики РФ были разработаны разнообразные инструменты и рекомендации по реализации ГЧП-

проектов. Правда, за рамками исследований оставались прикладные задачи в области применения аутсорсинга и аутстаффинга основной функции в сфере здравоохранения. Такие популярные формы развития бизнеса как аутсорсинг и аутстаффинг в сфере медицинских услуг в РФ встречаются редко, поэтому вопросы разработки практических рекомендаций по развитию моделей ГЧП на их основе являются актуальными.

Объект исследования – ГЧП в системе здравоохранения РФ.

Предмет исследования – инструменты развития ГЧП в системе здравоохранения РФ.

Цель выпускной квалификационной работы: разработка рекомендаций по развитию новых возможностей механизма ГЧП (модель для практического применения аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала) в финансировании системы здравоохранения, в том числе при оказании медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Задачи работы:

- рассмотреть систему здравоохранения как часть экономики социального сектора с особенностями ее финансирования в РФ;
- рассмотреть сущность, функции и виды ГЧП в сфере здравоохранения;
- изучить инструменты финансирования системы здравоохранения РФ, включая ГЧП;
- проанализировать состояние государственно-частного партнерства в Свердловской и Челябинской области;
- оценить аутсорсинг и аутстаффинг как новые возможности ГЧП для улучшения финансирования сферы здравоохранения РФ, в том числе в системе ОМС;
- разработать рекомендации (сформулировать модель) использования аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала в системе ОМС.

При написании работы были использованы статистические материалы, труды ученых посвященные данной теме, а также материалы профильных федеральных органов государственных власти и субъектов РФ.

Результатом выпускной квалификационной работы являются модели участия частных организаций при оказании услуг по программе ОМС, основанные на аутсорсинге медицинских услуг и аутстаффинге медицинского персонала, имеющие практическую значимость.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Здравоохранение как элемент общественного сектора экономики

Здравоохранение любой страны являет собой общественную систему государственных, экономических, социальных, медицинских и других мер. Здравоохранение любого государства определяется как институт – наличием целей, статусно-ролевым взаимодействием индивидов и другим. Этот институт предоставляет членам общества возможность удовлетворить свои потребности, вносит согласованность, солидарность и стабилизирует социальные отношения [65].

Здравоохранение один из основных элементов социальной сферы, целью которого является «сохранение и укрепление здоровья населения посредством профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений» [6]. Приоритетным направлением социальной политики Российской Федерации является охрана здоровья населения.

В статье 41 Конституции РФ закреплены права на охрану здоровья и медицинскую помощь, граждане в рамках ОМС имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения, а также дополнительные услуги в рамках программ добровольного медицинского страхования (ДМС) и иных источников [19].

Согласно статьи 2 Федерального Закона от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ (Федеральный Закон № 323–ФЗ) под охраной здоровья граждан понимается «система мер политического, экономического, правового, социального, 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 физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» [65].

Формирование экономико-социальных основ для уменьшения распространения факторов риска и снижения их влияния на человека, улучшения качества и увеличения доступности медицинских услуг, реализация федеральных и территориальных целевых программ, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, относится к базовым обязанностям государства в области охраны здоровья граждан [4]. Для обеспечения этих обязанностей государство разрабатывает и финансирует многочисленные программы, способствующие охране и укреплению здоровья граждан, также принимает меры по управлению созданию единой системы здравоохранения и развитию как государственного или муниципального, так и частного сектора, в этой связи.

Следует отметить, что в теории государства и права здравоохранение – это функция государства, «государственная функция охраны здоровья населения

страны может включать в себя здравоохранение в широком социально-организационном смысле и здравоохранение в узком собственно отраслевом смысле». «Здравоохранение рассматривается как система общественных и государственных социально-экономических и социальных мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшения здоровья народа» [12, с 9].

Ю.М. Козлов, Д.М. Овсянко, Л.Л. Попов определяют здравоохранение как комплекс мероприятий чисто медицинского характера, как предоставление медицинских услуг и медикаментов, терапию и восстановительный отдых в специализированных учреждениях. Также относят сюда мероприятия по улучшению материального благосостояния граждан, поддержанию их активной жизни и долголетия, предоставлению им медицинской помощи в случае утраты здоровья, по сохранению и укреплению физического и психического здоровья населения, и по оздоровлению окружающей среды [20, с 94].

Также здравоохранение необходимо понимать, как один из важнейших институтов безопасности государства, сферу жизнеобеспечения [20, с 61]. Авторы под редакцией Д.В. Валового определяют здравоохранение как социальный институт представляющий собой систему жизнеобеспечения, в таком контексте здравоохранение является важным фактором национальной безопасности. Это акцентирует особую важность здравоохранения в организации и методическом обеспечении структур государства охранными и профилактическими мероприятиями.

Ю.П. Лисицын и Н.В. Полунина предлагают признать здравоохранение медико-производственным комплексом, так как здравоохранение занимает исключительное место в социально ориентированной рыночной экономике, по аналогии с агропромышленным, топливно-энергетическим и военно-промышленным комплексами. Так как воспринимают здравоохранение как отрасль социальной сферы экономики, имеющую отраслевую структуру, которая представлена системой лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных, медицинских мер, а также государственными и муниципальными организациями. Таким образом, управление здравоохранением можно трактовать как управление обособленным отраслевым хозяйством, следовательно, необходимо отнести его к отрасли социальной сферы экономики.

В качестве отрасли государственного управления здравоохранение можно охарактеризовать такими признаками как:

- 1) часть социальной сферы управления;
- 2) цель заключаются в сохранении и укреплении здоровья граждан через эффективную государственную политику, так и других специфических видов деятельности;
- 3) полное удовлетворение потребностей граждан в качественных и доступных медицинских услугах, создание условий для активной и здоровой жизни;
- 4) к комплексу административного и нормативно-правового регулирования здравоохранением относятся медицинские организации всех форм собственности и органы управления системы здравоохранения.

С организационной и правовой точки зрения здравоохранение представляется неоднородным системным институтом для обеспечения государственных гарантий по охране здоровья граждан.

В РФ в соответствии с Конституцией, гарантирующей охрану здоровья каждого гражданина, вся ответственность за сохранение и укрепление здоровья граждан принадлежит государству. А это совокупность мер политического, правового, экономического, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной и долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья [21, с 199].

Высокая социальная значимость здравоохранения для общественного и государственного развития обуславливает потребность в государственном регулировании. Кроме того, на данный момент в РФ в этой сфере недостаточно прослеживаются рыночные механизмы регулирования, в отличие от других сфер [47, с 90].

К базовым принципам государственного управления системой здравоохранения можно отнести:

- 1) ответственность государства и общества в целом за охрану здоровья граждан;
- 2) рациональная кадровая политика, направленная на привлечение медицинских специалистов с высокой квалификацией и высокой социальной ответственности;
- 3) развитие общественной и индивидуальной профилактики;
- 4) обеспечение высокого уровня доступности качественных медицинских услуг;
- 5) широкое внедрение в клиническую практику современных достижений медицинской науки и ноу-хау;
- 6) санитарно-просветительская работа для привлечения широких масс населения.

Все это декларировалось Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) для всех членов Организации Объединенных Наций (ООН), ВОЗ специально созданный институт ООН, призванный решать глобальные вопросы в сфере здравоохранения [26].

В частности, в нашей стране Федеральным Законом № 323-ФЗ сформулированы следующие принципы в сфере охраны здоровья граждан:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны [21, с 147].

А к задачам относят:

- 1) снижение потерь населения за счет предоставления своевременных и качественных медицинских услуг;
- 2) финансово рациональное оказание медицинских услуг;
- 3) обеспечение квалифицированными кадрами;
- 4) устройство современных медицинских организаций государственной и частной форм собственности.

Эти принципы и задачи должны исполняться на всех уровнях функционирования системы здравоохранения.

Конституцией РФ предусмотрен институт частного сектора в целях свободного развития сферы здравоохранения, куда входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами, основным направлением работы которых является оказание платных медицинских услуг. Сюда относят лечебно-профилактические и аптечные организации, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Частный сектор системы здравоохранения следует рассматривать как систему отношений по оказанию платных медицинских услуг, возникающих с целью реализации конституционного права граждан на свободное развитие в сфере здравоохранения. Субъектами таких отношений могут быть как частные организации здравоохранения, так и те из государственных и муниципальных организаций здравоохранения, которым предоставлено право оказывать платные медицинские услуги. В случае отсутствия соответствующих условий, способствующих развитию частного сектора, государственные медицинские организации, для обеспечения реализации гражданами конституционного права на медицинскую помощь, получают возможность оказывать платные услуги, получая средства от приносящей доход деятельности. Организации здравоохранения являются некоммерческими организациями, а некоммерческие организации, за исключением казенных и частных учреждений, в соответствии со статьей 50 Гражданского кодекса РФ, могут оказывать платные услуги, если это предусмотрено их учредительными документами, если это соответствует достижению целей, для которых они созданы [7]. В соответствии со статьей 84 Федерального Закона № 323–ФЗ «Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования». В результате чего государственные и муниципальные организации здравоохранения получают существенные преимущества по сравнению с частными организациями при конкуренции с ними, вытесняют их с рынка при помощи административного ресурса и бюджетных ассигнований [12, с 14].

Охарактеризовать важность системы здравоохранения можно с социальной, экономической, правовой и гуманистической точки зрения. Социальный характер системы связан с обеспечением социальных гарантий в области охраны здоровья населения, государственной поддержкой семьи, материнства и детства, инвалидов и пожилых граждан. С экономической точки зрения система здравоохранения выполняет роль в общественном воспроизводстве, то есть воздействие на главную производительную силу и ресурсное обеспечение. Правовой характер системы связан с верховенством Конституции РФ и федеральных законов, признанием принятых норм международного права. Гуманистический характер объясняется высшей ценностью прав пациента для системы здравоохранения.

Система здравоохранения как объект государственного управления и регулирования представляет собой деятельность государства и систему социально-экономических, медико-санитарных мероприятий, осуществляемых организациями здравоохранения, комплекс которых направлен на обеспечение высокого уровня здоровья граждан путем выявления, предупреждения и лечения болезней, а также оказание качественных и высокотехнологичных медицинских услуг нуждающимся гражданам, с обеспечением их доступности.

Здравоохранение в свою очередь в качестве деятельности по охране здоровья граждан включает не только медицинскую деятельность, но и деятельность в сфере физической культуры и спорта, деятельность экологических организаций и многочисленную иную деятельность, которая не рассматривается как медицинская.

Сфера здравоохранения в РФ ограничена направлениями деятельности Министерства здравоохранения, такими как:

- 1) санитарно-эпидемиологическое благополучие населения;
- 2) медицинская помощь и санитарно-курортное дело;
- 3) лекарственное обеспечение и обращение медицинских изделий;
- 4) инновационное развитие;
- 5) инфраструктурное развитие и ГЧП;
- 6) организация медицинского образования и кадровой политики в сфере здравоохранения.

Получается, что система здравоохранения РФ это комплекс органов управления и совокупность организаций, функционирующих в целях сохранения и укрепления здоровья граждан через профилактику заболеваний и оказания качественных медицинских услуг.

Отрасль здравоохранения полностью зависит от общего экономического роста, выработки и реализации действенной общественной политики укрепления здоровья, создания благоприятной окружающей среды, от работы многих отраслей и сфер, обслуживающих здравоохранение или косвенно влияющих на изменение здоровья населения, включая поведенческие и биологические факторы. Контроль над этими факторами и управленческое воздействие на них в целях достижения ожидаемых результатов требуют не только развития корпоративных отношений в здравоохранении, объединения или координации усилий различных ведомств и учреждений, неправительственных и частных организаций, но и использования

регулирующих функций со стороны центральных и местных органов власти, прежде всего государства – гаранта исполнения Конституции страны, в которой Россия представлена социальным государством [50].

При реализации современной концепции системы здравоохранения в РФ нужно формировать гибкую модель корпоративного управления, что подразумевает союз, основанный на общности профессиональных интересов участников, работающих на рынке медицинских услуг, призванных обеспечивать процесс улучшения здоровья граждан. В таком смысле экономические отношения в здравоохранении соединяют разнопрофильные производства, отрасли и сектора экономики, регулируемые государством, которые прямо или косвенно обслуживают здравоохранение [52].

Общая схема здравоохранения, с заложенными в ней принципами, составляет модель здравоохранения, а в отдельности каждое государство обладает своей собственной системой здравоохранения, представленной единым целым составляющих элементов в их взаимосвязи и взаимообусловленности [59, с 79]. На современном этапе все существующие в мире системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям:

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

В первой модели здравоохранения медицинские услуги предоставляются преимущественно за счет самого потребителя на платной основе, при этом отсутствует единая система государственного медицинского страхования. Рынок медицинских услуг при такой модели является основным инструментом удовлетворения потребностей в них. 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. 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».

Основой вторая модель здравоохранения является бюджетное финансирование с преимущественной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из государственного бюджета за счет поступления от налогов. В рамках данной модели население страны получает медицинскую помощь бесплатно, а 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, Дании, Италии и ряде других.

Третья модель здравоохранения определяется, как социально-страховая или как система 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 медицинских услугах 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.

Здравоохранение традиционно относится к социальному сектору экономики, также, как и физическая культура, социальное обеспечение, просвещение, культуру, науку и образование, страховое обслуживание, управление, деятельность общественных организаций. Доступность должного уровня сервиса является ключевым аспектом для удовлетворения социальных потребностей населения страны. И особенно это касается государственных услуг в сфере здравоохранения. В современном мире в условиях смешанной экономики государство не всегда может обеспечить должный уровень сервиса, а частным инвесторам не всегда хватает рентабельности, чтобы заниматься бизнесом в социальной сфере [10, с 14].

В этом отношении РФ не исключение, но также есть отрицательные моменты при оказании социальных услуг, такие как низкий уровень сервиса, низкая квалификация персонала, ограниченный характер предоставляемых услуг, малая доступность социальных объектов и другие. Привлечение частного сектора в эту сферу может стать драйвером трансформации сложившейся ситуации. Так ГЧП может послужить одним из механизмов подобных изменений.

Увеличение диапазона ГЧП и иных форм взаимодействия государства и частного бизнеса в социальной сфере связано с необходимостью обеспечения населения в социальных объектах и социальных услугах надлежащего качества. Развитие рынка услуг в социальной сфере обязательно должно включаться в модели модернизации социально-экономических отношений в РФ.

Медицинские услуги в силу своей значимости занимают особое место среди социальных услуг, как общественное или частное благо, предоставляемое в качестве рыночной категории в форме определенного объема и вида медицинской деятельности, существующее в момент получения.

Оказание медицинских услуг населению является основой системы здравоохранения, согласно Федеральному Закону № 323–ФЗ «медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».

В области сферы услуг существует потребность в нововведениях, которые формируют новые или модернизированные способы предоставления услуг получателям и иные способы взаимодействия с ними для предоставления специфического общественного сервиса. В последние годы эти нововведения в большей степени сосредоточивались в частном или в промышленном секторе, в то время как общественный сектор остро нуждается именно в них (образование, здравоохранение и другое). Но общественный сектор достаточно консервативный, забюрократизированный и развивается медленно, он не является предпринимательским и не вводит инноваций.

В области общественных услуг нововведения направлены на повышение уровня жизни и качественное обеспечение общественных потребностей, в то время как в частном секторе основной целью является возможность получения финансовой прибыли. Полный вывод из-под государства в социальной сфере невозможен так как большое число организаций осуществляют некоммерческую деятельность по предоставлению гарантированных бесплатных или льготных услуг населению, и не всегда привлекательна для частного бизнеса [8, с 161].

Тем не менее, реализация в общественном секторе крупных инновационных проектов невозможна без государственного финансового и институционального участия даже при наличии интереса со стороны частного сектора. То есть, взаимодействие государства и частного сектора просто необходимо для внедрения инноваций в социальной сфере, что позволит сократить дефицит средств и улучшить качество услуг, а также повысить эффективность управления организациями социальной сферы.

В последние годы в РФ увеличился общий объем социальных расходов в бюджетах всех уровней, особенно после указов 2018 года, тем не менее они не согласуются с реальной потребностью. Кроме того, в условиях экономического кризиса в мире сокращаются бюджетные расходы на здравоохранение, образование, культуру, туризм и другие социально-значимые сферы, что уменьшает поток инвестиций в капитальное строительство социальных объектов и замедляет инновационную активность [13, с 61]. Данную проблему решить только за счет улучшения эффективности бюджетных расходов не представляется возможным, что обуславливает актуальность притока частных инвестиций в социальную сферу, которые наиболее востребованы на региональном уровне в связи с большей чем на федеральном уровне социальной нагрузкой на бюджет.

Таким образом, в то время как наблюдается сокращение бюджетного финансирования растет спрос на создание социальных объектов, что подстегивает интерес частного бизнеса и приводит к созданию рынка социальной инфраструктуры, в основе которого находятся частные инвестиции.

Анализируя нормативно-правовую базу можно убедиться в том, что государство делает значимые шаги по привлечению частного бизнеса для решения наиболее сложных и капиталоемких вопросов, о чем также говорит принятие Федерального Закона от 13.07.2015 г. № 224–ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации» (Федеральный Закон № 224–ФЗ) [68].

В XXI веке в условиях увеличения продолжительности жизни населения, увеличения числа пациентов с хронической патологией, усовершенствования медицинских технологий, а также изобретения инновационных методов лечения значительно возрастает стоимость оказания медицинских услуг, в связи с чем необходим активный поиск новых моделей финансирования. В условиях экономического кризиса роль частного бизнеса в поиске новых моделей финансирования здравоохранения становится все более значимой.

Кроме того, для улучшения здоровья населения государству нужно особенно контролировать качество и доступность оказания медицинских услуг, разрабатывать программы по профилактике и ранней диагностики заболеваний, производить научные разработки, готовить специализированные медицинские и фармацевтические кадры, поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения. В связи с этим перед руководством РФ стоят значительные задачи по модернизации системы здравоохранения для улучшения общественного здоровья [11, с 15].

В настоящее время эффективность системы здравоохранения РФ мала, по ключевым показателям состояния здоровья граждан РФ отстает от развитых стран. Состояние российской экономики далеко от положительной динамики, а выполнение целевых экономических показателей зависит от развития человеческого капитала. Наряду со сферой образования, роль здравоохранения в данном случае ключевая.

1.2 Особенности системы финансирования здравоохранения в РФ

В РФ система финансирования здравоохранения бюджетно-страховая, основным источником финансирования является государственный бюджет, который формируется за счет налогов, взимаемых с населения и предприятий. Государство финансирует Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам, инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в том числе образовательных организаций, санитарно-эпидемиологическую службу и другие. Население оплачивает медицинские услуги путем оплаты медицинской помощи в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, и через систему добровольного медицинского страхования (ДМС). ДМС не приобрел особой популярности в РФ среди населения и работодателей [18, с 29].

В РФ законодательно закреплены следующие источники финансирования в системе здравоохранения при оказании медицинской помощи населению на бесплатной и платной основе:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства организаций и граждан;
- добровольные взносы и пожертвования граждан и юридических лиц;
- иные источники, не противоречащие законодательству РФ.

В соответствии со статическими данными среди вышеперечисленных источников преобладают первые два – денежные средства бюджетов всех уровней и средства фондов ОМС [23, с 116].

В бюджетах бюджетной системы РФ, согласно статьи 78.1 Бюджетного Кодекса РФ (БК РФ), предусматриваются субсидии бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания, рассчитанные с учетом нормативных затрат на оказание ими государственных услуг физическим или юридическим лицам и нормативных затрат на содержание государственного имущества [3].

Государственное или муниципальное задание формируется для бюджетных и автономных учреждений, а также казенных учреждений, определенных в соответствии с решением органа государственной власти (государственного органа), органа местного самоуправления, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств в соответствии со статьей 69.2 БК РФ. Также, из бюджетов бюджетной системы РФ могут предоставляться субсидии бюджетным и автономным учреждениям на иные цели в соответствии со статьей 78.1 БК РФ [3].

На сегодняшний день финансирование ОМС в РФ происходит посредством Федерального фонда ОМС (ФФОМС), действующий на основе Федерального Закона РФ от 29.11.2010 г. № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный Закон № 326–ФЗ) [63].

Программа государственных гарантий утверждается Постановлением Правительства РФ с целью реализации конституционных прав граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в РФ за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи субъекты РФ разрабатывают соответствующие территориальные программы. В них могут устанавливаться дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований согласно статей 80, 81 Федерального Закона № 326–ФЗ.

Государство в лице Минфина России выделяет средства на содержание и развитие здравоохранения. Уровень финансирования определяется из возможностей государства и современных требований. В первую очередь затраты составляются на уровне конкретных медицинских учреждений, затем составляется сводная проектная смета на очередной год на уровне местного бюджета. Далее рассчитываются расходы на уровне субъекта, сводимые в общую потребность в масштабе страны. Бюджет одобряется Правительством РФ, утверждается Федеральным Собранием. Согласно пункта 2 статьи 145 БК РФ, закон о бюджете

ФФОМС принимается одновременно с принятием государственного бюджета на очередной финансовый год [3].

К источникам финансирования ФФОМС относятся: страховые взносы, отчисляемые на ОМС хозяйствующими субъектами; средства, выделяемые из федерального и регионального бюджета на развитие здравоохранения; благотворительные взносы от физических и юридических лиц; средства, полученные в виде штрафов. Региональные бюджеты платят за неработающих, исходя из установленных правительством тарифов, эти взносы составляют около 40 % в бюджете ФФОМС [18, с 29].

В добавок к ФФОМС есть 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Субвенции федерального фонда ОМС являются основным источником финансового обеспечения обязательств территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и региональной программы модернизации здравоохранения. Также к дополнительным источникам реализации территориальных программ относятся межбюджетные трансферты.

Субвенции на выполнение территориальной программы ОМС представляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения, утвержденного законом о бюджете субъекта, размеру страховых взносов ОМС за неработающее население, рассчитанному в соответствии с федеральным законодательством и ежемесячному перечислению средств. Объем субвенций бюджетам ТФОМС составил в 2017 г. – 1537,2 млрд. рублей, в 2018 г. – 1870,45 млрд. рублей в 2019 г. – 2068,3 млрд. рублей.

Медицинские услуги по территориальной программе государственных гарантий предоставляются за счет средств федерального бюджета, средств бюджета субъекта, выделяемых на финансовое обеспечение данной программы, средств бюджета ТФОМС. В системе ОМС медицинские учреждения используют полученные финансовые средства за оказанные медицинские услуги на статьи затрат, включенные в структуру тарифа и установленные территориальной программой ОМС. Тарифы на оплату медицинских услуг устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, ТФОМС, страховыми медицинскими организациями (СМО), медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального Закона № 323–ФЗ, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте РФ в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального Закона № 326–ФЗ.

По сравнению с другими странами, расходы на здравоохранение в РФ низкие. Наше государство тратит на финансирование сферы здравоохранения вдвое меньше стран «большой семерки»: США, Франция, Великобритания, Канада, Япония – 9,1–17,1 % ВВП. РФ отстает даже от развивающихся стран, Венгрия, Польша, Болгария и Эстония тратят 6,7–8,1 % ВВП. Также, РФ не смогла

увеличить финансирование здравоохранения до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения – 5,5–6 % ВВП.

По оценке Всемирной организации здравоохранения, РФ сегодня по финансированию и эффективности здравоохранения находится на 54-ом месте, система финансирования здравоохранения неэффективна и расходует недостаточно средств [26]. Объем страховых выплат недостаточен для нормального функционирования системы здравоохранения [24, с 3]. В России высока доля личных расходов населения на здравоохранение, она составляет 35 %, что в 1,3 раза выше, чем в странах новых членов Европейского союза (ЕС) (27 %). Это связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение: в 2018 г. подушевые государственные расходы на здравоохранение в России были в 1,9 раза ниже, чем в странах новых членов ЕС (РФ 880 \$ППС в год, страны новые члены ЕС 1665 \$ППС, «старые» страны ЕС 3585 \$ППС). Государственные расходы на здравоохранение в России в 2018 г. составили 3,2 % ВВП, что 1,6 раз ниже, чем в странах новых членов ЕС (5,0 %), и в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9 %).

Увеличение расходов на здравоохранение будет говорить об усилении социальной роли государства, только в этом случае государство будет способно в действительности стать гарантом в улучшении здоровья населения. Только при ежегодном увеличении государственных расходов на здравоохранение на душу населения примерно на 15 % в постоянных ценах приведет к достижению целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» к 2024 г., что будет соответствовать 6,5 % ВВП в 2024 г. [58, с 12].

Изменения источников финансирования в системе здравоохранения привело к формированию сложной системы финансовых взаимоотношений федерального центра и регионов. К положительным моментам можно отнести повышение дисциплины регионов по уплате взносов ОМС неработающего населения и упрощения порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи. При этом большинство регионов являются дотационными и не собирают достаточно налогов, чтобы обеспечить соблюдение федерального норматива, что в свою очередь ставит исполнение их финансовых обязательств в системе ОМС в зависимость от трансферов из федерального бюджета.

Законом о бюджете ФФОМС предусмотрено, что в случае снижения доходов от уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения в 2019 году ниже 1 321 011 148,7 тыс. рублей необходимо предусмотреть повышение тарифа страховых взносов на ОМС неработающего населения с установлением субсидии из федерального бюджета на софинансирование расходных обязательств субъектов Федерации по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Финансовые отношения в сфере здравоохранения должны обсуждаться в контексте основных проблем федерального фискального федерализма, возникающего в поиске оптимального разделения финансовых прав и возможностей между Федерацией и регионами для содействия экономическому росту и социальному развитию в регионах. В условиях высокой дифференциации

между регионами сложно найти подходящие механизмы перераспределения ресурсов между регионами с совершенно разным потенциалом сбора налогов.

Существенной проблемой финансирования здравоохранения является то, как обеспечить здравоохранением необходимыми средствами в условиях недофинансирования на фоне роста спроса на медицинские услуги и их стоимости при объективной ограниченности ресурсов, которые общество может выделить на охрану здоровья населения.

Возможные варианты увеличения средств на здравоохранение:

- введение целевых налогов;
- введение со-платежей и доплат населения;
- развитие добровольного медицинского страхования;
- сберегательные медицинские счета и деривативы.

Спецификой нашей страны является ее федеративное устройство, что требует перераспределения ресурсов между уровнями государственного управления, что развивается в рамках бюджетного федерализма. Поиск способов распределения ресурсов между уровнями Федерации на основе объективизации критериев как основное направление решения данной проблемы. Централизация средств на уровне Федерации позволяет обеспечить равные услуги для граждан в независимости от места их проживания. Но более полному учету специфики потребностей населения способствует расширение прав регионов в плане сбора и распределения средств на своей территории. На лицо, в РФ действуют разнонаправленные тенденции, с одной стороны, высокий уровень социально-экономического неравенства регионов и неравная способность собирать доходы требует перераспределения средств между субъектами Федерации, а с другой, государство пытается активизировать регионы в вопросах финансирования здравоохранения. Однако финансовое положение регионов сложное, они зависят от разных форм финансовой помощи со стороны федерального центра.

Т.М. Скляр в своей статье рассматривает моделирование систем финансирования по результатам деятельности в здравоохранении и описывает международный опыт создания и развития подобных систем в амбулаторном и стационарном секторах. В российских реалиях существует несколько вариантов развития системы финансирования: перераспределение существующих потоков финансирования (финансирование из ТФОМС за счет сокращения средств, идущих в страховые медицинские организации), выплаты из сбереженных средств (соответствующего фонда страховой медицинской организации) и увеличение финансирования (субвенции из ФФОМС в ТФОМС). Учитывая международный опыт, необходимым условием для позитивных результатов подобных подходов в финансировании является обязательный учет интересов всех сторон, а также использование не только стимулов, но и штрафов в зависимости от ситуации. Использование моделей финансирования по результатам государством является стратегическим инструментом влияния как стимула оказания более качественных медицинских услуг со стороны поставщиков [54, с 53].

Также, при оценке результатов медико-гигиенических, экономических, социологических и иных системных исследований в сфере изучения общественного здоровья и системы здравоохранения необходимо следовать доказательному подходу, также, как и при решении проблем оказания медицинской помощи, вопросов планирования, закупок. Принятие управленческих решений о распределении ресурсов должно основываться на экономическом анализе, включающем использование аналитических методов. В конечном итоге, в здравоохранении это сопоставление затрат на охрану здоровья населения и получаемым медико-социальным и экономическим эффектом. Практика показывает, что качество и объем управленческой информации находятся в прямой зависимости от нужд ее основных потребителей. Наиболее эффективным инструментом получения объективных данных по экономическим показателям в здравоохранении является клинико-экономический анализ в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ 91500.14.0001-2002 (Клинико-экономические исследования). В стандарте выделены основные методы собственно клинико-экономического анализа и вспомогательные методы, способствующие получению достоверных и практически значимых результатов [1, 5].

При работе системы здравоохранения в рамках ОМС есть диспропорция в выделении финансовых средств и обязательствами государства по оказанию бесплатных медицинских услуг населению. Для решения этой проблемы была разработана Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, в которой определены минимальные объемы медицинских услуг и финансовые ресурсы для их обеспечения [50].

Кроме того, в настоящее время в области финансирования были выдвинуты такие инициативы как введение системы страхования «ОМС плюс» и разработка проекта закона об исключении частных медицинских страховых компаний из системы ОМС. Последний, в частности, приняла Госдума 24.11.2020 г. в окончательном чтении в виде закона о реформе обязательного медицинского страхования (ОМС), соответственно с 01.01.2021 г. снижаются расходы на ведение дел страховщиков и частные страховые компании исключаются из работы с федеральными клиниками.

Также, в соответствии с Посланием Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 г., для достижения указанных целевых показателей, Президиум Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам утвердил Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (протокол от 24.12.2018 г. № 16), который состоит из восьми под-проектов: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной

информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» и «Развитие экспорта медицинских услуг» [38]. Срок реализации национального проекта с января 2019 года по 2024 год.

Целевые показатели проекта «Здравоохранение»:

- увеличение ОПЖ до 78,0 лет к 2024 году;
- снижение смертности населения в трудоспособном возрасте до 350 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей в 2024 году;
- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населённых пунктов, расположенных в отдалённых местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на приём к врачу;
- увеличение объёма экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом.

Объём выделяемых средств на национальный проект составит 1725,8 млрд. рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета – 1366,7 млрд. рублей, за счет средств бюджетов субъектов – 265,0 млрд. рублей, за счет средств государственных внебюджетных фондов (ФФОМС) – 94,0 млрд. рублей, за счет внебюджетных источников (фонд социального страхования) – 0,1 млрд. рублей.

Учитывая сложности социально-экономического развития и дефицит средств, необходимо прибегать к негосударственным источникам финансирования системы здравоохранения для бесперебойной работы отрасли.

К негосударственным источникам финансового обеспечения относятся механизмы ГЧП, включающие концессионные соглашения и государственные контракты. Модернизация основных фондов происходит за счет средств частного бизнеса, в основном это строительство или реконструкция с последующим обслуживанием, государство при этом передает частному инвестору право пользования объектом на определенный срок.

Государственный контракт является видом контрактного механизма, при этом частному бизнесу передается объект с оплатой услуги по предоставлению его во

временное пользование с определенными гарантиями, также при этом есть различные льготы. Государство само может выступать в качестве инвестора в виде Инвестиционного фонда, в данном случае после отбора специальной комиссией выделяются определенные средства на проекты.

Создание благоприятных условий медицинскому персоналу для качественного оказания медицинской помощи пациентам посредством модернизации имеющихся лечебно-профилактических учреждений, обновления их материально-технической базы, строительства новых медицинских объектов возможно только при реализации всех механизмов финансирования. На данном этапе это развивается только в наиболее привлекательных направлениях для частного бизнеса - родовспоможение, высокотехнологическая медицинская помощь, диагностика и реабилитация.

При использовании средств частного бизнеса снижется бюджетная нагрузка на всех уровнях, внедряются в клиническую практику современные медицинские технологии, новейшее оборудование, улучшается материальная база инфраструктуры системы здравоохранения, в следствии чего обеспечивается инновационное развитие [50].

Инновационная модель развития здравоохранения предусматривает единство науки, образования и практики, международное партнерство с ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности и развитие ГЧП [53].

Основной целью ГЧП в сфере здравоохранения является развитие взаимодействия частного и государственного сектора для внедрения социально ориентированных проектов, для доступного оказания безопасных и качественных медицинских услуг. В этой связи надо стимулировать развитие ГЧП для активного привлечения частного сектора в систему ОМС в наиболее востребованные зоны амбулаторного звена для оказания населению бесплатных медицинских услуг.

1.3 Внедрение государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ

Развитие российской экономики находится под сильным влиянием современного экономического кризиса, в силу глобальных ограничений прослеживается снижение покупательской способности населения, снижение инвестиций в основной капитал. На фоне коронавирусной пандемии, санкционных ограничений в поставках импортных товаров, в том числе лекарственных препаратов и их составляющих, медицинской техники и комплектующих, волатильности мировых цен на энергоносители и как следствие падение курса российского рубля, сокращаются государственные расходы, включая социальную сферу. Выполнение своих обязательств в такой ситуации требует значительных усилий, в том числе и поиск новых источников и форм финансирования. Частный сектор экономики может стать весомым источником привлечения значительных инвестиционных ресурсов для решения сложившихся проблем. В таких реалиях российской экономики и существуют предпосылки для активного развития государственно-частного партнерства.

Получивший в РФ распространение, термин «государственно-частное партнерство» (ГЧП) в зарубежных научных источниках фигурирует как понятие Public-Private Partnership (PPP, P3, P-P Partnerships) или Private Finance Initiative (PFI), и отдельно выделяется соглашение о концессии.

Можно встретить разные подходы к ГЧП, с одной стороны это разнообразные формы сотрудничества государства и частного сектора для достижения единых целей в рамках социально-экономического развития страны, с другой – это институционально-организационное объединение государства и частного бизнеса с целью реализации конкретных проектов в различных сферах экономики, в том числе и развитие здравоохранения. В отечественных источниках понятие ГЧП употребляется для обозначения различных форм сотрудничества государства и частного бизнеса, закрепленных в Федеральном Законе № 224–ФЗ. Там фигурирует следующее определение ГЧП: юридически оформленное на конкретный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, осуществляемое на основании соглашения о ГЧП или МЧП в соответствии с настоящим Федеральным Законом для привлечения частных инвестиций в экономику и обеспечение органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

Сторонами при ГЧП выступают публичный и частный партнеры, предметом же выступают государственные и муниципальные объекты и связанные с ними услуги, ГЧП при этом характеризуется капиталоемкостью и имеет договорную форму с долгосрочным характером. ГЧП основывается на объединении ресурсов государства и частного сектора с распределением рисков и ответственности между ними.

На данном этапе ГЧП в России рассматривается как вариант привлечения частного сектора для эффективного и качественного выполнения задач, относящихся к публичному сектору, на условиях компенсации затрат, разделения рисков, обязательств и компетенций, с основной направленностью на инфраструктурные объекты в форме концессионных соглашений.

Основным фактором выступает право собственности на объект, активы и услуги не являются национализированными или приватизированными. Партнерство предполагает передачу частному сектору части экономических, организационных, управленческих функций в отношении государственных и муниципальных объектов, в то время как сами объекты остаются в государственной собственности. Приватизация же предполагает полный уход государства из экономики, ее отдельных сфер и производств. При партнерстве частный инвестор с одной стороны приносит свой организационный опыт, знания, ноу-хау, осуществляет вложения, минимизирует риски предпринимательской деятельности, государство с другой стороны получает экономический эффект для общества в виде улучшения качества товаров и услуг, повышения уровня обслуживания при низких издержках.

Государство заинтересовано в росте объемов и улучшении качества предоставляемых товаров и услуг, и организует свою регулирующую деятельность в сфере партнерства с частным бизнесом в трех основных направлениях:

- государство вырабатывает стратегию и принципы, на которых строятся отношения бизнеса с обществом и с публичной властью;
- государство формирует институциональную среду для разработки и реализации партнерских проектов;
- государство непосредственно занимается организацией и управлением ГЧП, разрабатывает формы и модели.

В проектах ГЧП у государства права собственника, возможности налоговых и иных льгот, гарантий, кроме этого получение определенных объемов финансовых средств, при этом неизбежные предпринимательские риски перераспределяются в сторону частного партнера. Возможности регулирования и контроля в любом случае остаются за государством. Частный партнер при этом привлекается для решения задач по всему спектру работ по расширению, реконструкции, техническому перевооружению, модернизации, реставрации или созданию новых объектов капитальных вложений, или для партнерства в предоставлении публичных услуг на условиях участия в финансировании проекта и разделении рисков. Государство как главенствующий субъект и основной регулятор вправе перераспределять при необходимости ресурсы с чисто производственных программ на социальные цели (образование, здравоохранение, наука, культура), а это во многих случаях не только способствует общему улучшению социально-экономического климата и повышению инвестиционного рейтинга страны, но и прямо сказывается на партнерских проектах. При реализации ГЧП проектов государство получает более благоприятную возможность заняться исполнением своих основных функций – контролем, регулированием, соблюдением общественных интересов. Так, по мере развития ГЧП в сфере инфраструктуры государство может сместить акценты своей деятельности с конкретных проблем на административно-контрольные функции, а в конечном итоге выигрывает общество как потребитель более качественных товаров и услуг. Основным механизмом формирования рынка проектов партнерства в соответствии с отраслевыми и региональными стратегиями развития должны стать тендеры на заключение и последующее выполнение ГЧП.

Частный бизнес при ГЧП вкладывает финансовые ресурсы, свой профессиональный опыт, способности по эффективному управлению, использует свою гибкость и оперативность в принятии решений, способности к новаторству, что сопровождается внедрением более эффективных методов работы, совершенствованием техники и технологии, развитием новых форм организации производства, созданием новых предприятий, налаживанием эффективных кооперационных связей с поставщиками и подрядчиками.

Частный сектор работает для получения стабильной прибыли, при стратегическом подходе выстраивает свои приоритеты не столько для быстрого получения максимальной прибыли как в интересах устойчивого получения доходов от проектов в долгосрочной перспективе. Особое значение ГЧП с

инвестициями в реальный сектор экономики имеет для экономики субъектов, где развиваются местные рынки капитала, товаров и услуг на его основе.

Развитие ГЧП определяется несколькими основными факторами:

- 1) механизм ГЧП позволяет развивать отношения государства и частного сектора;
- 2) ГЧП позволяет привлекать ресурсы частного бизнеса в процессы воспроизводства в отраслях и сферах, находящихся в собственности государства и местных органов власти, а также использовать частную предпринимательскую инициативу для повышения эффективности расходования бюджетных средств;
- 3) сочетание ресурсов и усилий частного сектора и государства создает дополнительные их конкурентные преимущества.

Партнерские отношения государства и частного бизнеса требуют согласования интересов, каждая сторона партнерства или проекта, решая конкретные задачи, преследует свои цели, при этом они обладают разными ресурсами и мотивацией.

Выделяют три формы взаимодействия государства и частного сектора:

- 1) традиционную – совместное использование финансовых и прочих ресурсов на основе партнёрства;
- 2) инвестиционную – совместное инвестирование государства и бизнеса в проекты развития инфраструктуры;
- 3) научно-образовательную – сотрудничество в рамках международных инновационных проектов в условиях интернационализации капитала [9, с 613].

Институциональными формами взаимодействия государства и частного сектора являются:

- 1) корпоративная, создание совместных предприятий;
- 2) контрактная или договорная.

Основой для ГЧП являются контрактные взаимоотношения на базе нормативно-правовых актов, которые регулируют возникающее сотрудничество государства и частного бизнеса.

Совместные действия государства и частного бизнеса продвигаются по направлению:

- функциональному – реализация проектов, что позволяют предприятиям получать доступ к рынкам и факторам производства;
- отраслевому – подписание договоров ГЧП по отдельным отраслям народного хозяйства с использованием разных форм сотрудничества;
- регионально-муниципальному – развитие отдельных территориальных производственных сегментов, рынков труда, выравнивание регионального дисбаланса в экономике [9, с 613].

Залогом успеха развития ГЧП является привлечение частного бизнеса к развитию государственной инфраструктуры, а также либерализация экономики.

Существуют разнообразные модели ГЧП.

1. BOT – Build, Operate, Transfer (Построй, Управляй, Передай) Концессионный механизм: создание, право пользования (без права собственности) в течение срока соглашения и передача государству (классическая модель или традиционная концессия).

2. BOOT – Build, Own, Operate, Transfer (Построй, Владей, Управляй, Передай) Аналогично вышесказанному, но право собственности на время действия контракта принадлежит частному партнёру и может остаться ему на постоянной основе (самая редко встречающаяся модель).

3. BTO – Build, Transfer, Operate (Построй, Передай, Управляй) Аналогично пункту 1, только объект передается государству сразу после строительства. Частный партнёр обслуживает объект в течение срока действия соглашения, а публичный возмещает затраты. регулярными платежами (контракт жизненного цикла).

4. BOO – Build, Own, Operate (Построй, Владей, Управляй) Разновидность классической концессии, но по истечении срока соглашения объект остается в собственности частного партнёра.

5. BOMT – Build, Operate, Maintain, Transfer (Построй, Управляй, Поддерживай, Передай) Акцент на поддержке жизнеспособности и обслуживании объекта. Право собственности остается у публичного партнёра

6. DBOOT – Design, Build, Own, Operate, Transfer (Спроектируй, Построй, Владей, Управляй, Передай) Аналогично пункту 2, но в обязанности частного партнёра входит и проектирование объекта соглашения.

7. DBFO – Design, Build, Finance, Operate (Спроектируй, Построй, Финансируй, Управляй) Акцент на обязанности частного партнёра финансировать строительство и мероприятия по обслуживанию. Публичный партнёр возмещает издержки регулярными платежами.

8. BOL – Build, Operate, Leasing (Построй, Управляй, Приобрети в лизинг) Аналогично пункту 2, но по истечении срока соглашения объект остается в собственности лизинговой компании, лизингополучатель частный партнёр.

9. DBOLT – Design, Build, Operate, Leasing, Transfer (Спроектируй, Построй, Управляй, Приобрети в лизинг-Передай) Право собственности на время действия контракта принадлежит лизинговой компании, затем переходит к частному партнёру.

10. DBOL – Design, Build, Operate, Leasing (Спроектируй, Построй, Управляй, Приобрети в лизинг) Проектирование, строительство или реконструкция объекта, по истечении срока соглашения объект остается в собственности лизинговой компании, лизингополучатель публичный партнёр.

11. DBFO – Design, Build, Finance, Operate (Спроектируй, Построй, Финансируй, Управляй) Специально оговаривается ответственность частного партнера за финансирование строительства инфраструктурных объектов.

12. ROT – Rehabilitate, Operate, Transfer (Реконструкция, Управление, Передача) В данной модели предполагается не строительство объекта, а реконструкция.

В РФ в основном медицинские услуги оказываются в государственных учреждениях здравоохранения, потенциал частных медицинских организаций в РФ не востребован в должной мере. Опыт многих стран мира по привлечению частного бизнеса в сферу здравоохранения говорит о достаточных ресурсах и опыте частного сектора, являющимся эффективным инструментом ресурсосбережения

для государства и способного эффективно выполнять задачи по оказанию медицинских услуг.

Для развития института ГЧП в системе здравоохранения и повышения качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам необходимо участие в рамках ОМС медицинских учреждений всех форм собственности для создания конкурентной среды между медицинскими учреждениями.

ГЧП в здравоохранении будет способствовать достижению поставленных целей, проекты сотрудничества государства и частного бизнеса наиболее востребованы в первичном звене и в области высокотехнологичной специализированной медицинской помощи.

Для обеспечения и повышения качества медицинских услуг в условиях экономического кризиса крайне необходимо объединение усилий, а в системе здравоохранения РФ развитие института ГЧП и усиление роли частного бизнеса должны рассматриваться как инструменты государственной политики.

В системе здравоохранения РФ развитие инфраструктуры определено как самое приоритетное направление, существуют проблемы доступа к бесплатному по отдельным видам и инновационному лечению пациентов, сокращение высоко квалифицированных кадров.

В условиях дефицита средств на здравоохранение для финансирования крупных социально значимых проектов государство использует ГЧП, но есть ряд проблем:

- 1) риска невозврата вложенных средств;
- 2) большой срок окупаемости;
- 3) отсутствие единообразия порядка и отбора проектов;
- 4) большой износ основных фондов;
- 5) отсутствию значимых гарантий от государства;
- 6) низкая конкуренция между инвесторами.

Препятствием развития государственно-частного партнерства в рамках ОМС в РФ являются низкие тарифы, непрозрачность процесса распределения квот, большой объем документооборота и завышенные требования к работе медицинских учреждений со стороны страховых медицинских организаций.

Для прогрессивного развития национальной системы здравоохранения необходим поиск новых решений для организации работы медицинских учреждений, для реализации поставленных задач необходимо привлечение дополнительного финансирования, в том числе предоставленного частным сектором. Привлечение частного сектора сможет принести новые решения для изменений в области организации медицинского обслуживания. Тесное взаимодействие государства и частного бизнеса поможет развитию новых форм и моделей сотрудничества для улучшения качества жизни населения.

Выводы по разделу 1

На основании выше приведенного исследования сделаны следующие выводы по главе 1.

1. Здравоохранение – это сфера общественных благ в виде комплекса управленческих и экономических функций государства по охране здоровья граждан, в виде отрасли социальной сферы экономики, которая представлена системой лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных, медицинских мер, а также государственными и муниципальными организациями.

2. Система финансирования здравоохранения РФ бюджетно-страховая, основной проблемой которой является дефицит бюджетного финансирования. В частности, в РФ высока доля личных расходов населения на здравоохранение, она составляет 35 %, что связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение, в 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в РФ составили 3,2 % ВВП, в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9 %). В то время как ВОЗ установила минимальный уровень финансирования здравоохранения в размере 5,5-6 % ВВП, следовательно, дефицит средств из бюджета составляет порядка 2-2,5 %.

3. В условиях дефицита бюджета за счет государственных средств на основные направления здравоохранения необходимо прибегать к негосударственным источникам финансирования, таким как механизмы ГЧП. Развитие ГЧП в здравоохранении позволит не только снизить финансовую нагрузку, но и обеспечит инновационное развитие.

4. ГЧП в здравоохранении РФ в основном направлены на развитие инфраструктуры и чаще всего реализуется через концессионные соглашения и государственные контракты. При этом существует ряд проблем, таких как большой срок окупаемости с риском невозврата вложенных средств, большой износ основных фондов и отсутствие значимых гарантий со стороны государства.

2 АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

2.1 Анализ инструментов финансирования системы здравоохранения в РФ, включая механизмы государственно-частного партнерства

Для выявления направлений развития и внедрения новых возможностей механизма ГЧП целесообразным будет осуществить анализ основных инструментов бюджетного и внебюджетного финансирования системы здравоохранения РФ.

Согласно статьи 82 Федерального Закона № 323–ФЗ источники финансирования здравоохранения подразделяются:

- 1) средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов;
- 2) средства ОМС;
- 3) средства организаций и граждан;
- 4) средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования;
- 5) иные не запрещенные законодательством РФ источники.

К основным инструментам бюджетного и внебюджетного финансирования системы здравоохранения РФ относятся:

- Программа государственных гарантий
- Государственные программы и Национальные проекты;
- ВЭБ.РФ;
- Российский фонд прямых инвестиций;
- АО «Российская венчурная компания»;
- Фонд развития промышленности;
- Фонд развития моногородов;
- контрактные формы.

Предоставляемые согласно статьи 116 БК РФ, государственные гарантии являются основным источником финансирования системы здравоохранения РФ, за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов, а также средств ОМС [3].

В рамках базовой программы за счет средств ОМС застрахованным лицам предоставляется первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, а также проводится диспансеризация и профилактические осмотры. Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, осуществляется с помощью субвенций из ФФОМС. Закупки лекарственных жизненно важных препаратов осуществляется из бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Все государственные расходы на здравоохранение в 2019 году составили 3805 млрд. рублей, в период 2018–2019 гг. (таблица 1) в текущих ценах они возросли на 14,8 %, в постоянных ценах 2018 года динамика в 11,4 %. Расходы федерального бюджета в 2019 году составили 713 млрд. рублей, с 2018 года по

2019 год в текущих ценах они увеличились на 32,7 %. Расходы бюджета ФОМС в 2019 году составили 2186,7 млрд. рублей, с 2018 года по 2019 год в текущих ценах они возросли на 10 %. Однако, в 2018–2019 гг. наблюдался дефицит бюджета ФОМС, 92,2 и 62,7 млрд. рублей соответственно. Кроме того, расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ в период 2018–2019 гг. в текущих ценах увеличились на 14,5 %. Это приводит к тому, что после уплаты в ФОМС взносов за неработающее население у регионов уменьшаются возможности для финансирования расходов на другие статьи по здравоохранению [70].

Таблица 1 – Расходы на здравоохранение РФ 2017–2019 гг.

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2018/2019 гг.
ВВП в текущих ценах, млрд. рублей	921 01	103 876	109 362	+5,3 %
Инфляция, %	2,5	4,3	3	-
Расходы бюджетной системы РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	2820,9	3315,9	3805	+14,8 %
Расходы, доля ВВП, %	3,1	3,2	3,5	-
Расходы федерального бюджета РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	439,8	537,3	713,0	+32,7 %
Расходы бюджета ФОМС				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	1655,0	1988,5	2186,7	+10 %
Субвенции бюджетам ТФОМС в текущих ценах, млрд. рублей	1537,2	1870,6	2069,9	+10,7 %
Дефицит/профицит бюджета ФОМС, млрд. рублей	+82,2	-92,6	-62,7	-32,3 %
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	726,1	790,1	905	+14,5 %

Источник: составлено по данным [31, 32, 42, 70]

Также планируемые расходы бюджетов бюджетной системы на здравоохранение в 2021 году по сравнению с 2020 годом в текущих ценах останутся на прежнем уровне, и в постоянных ценах 2019 года снизятся на 3 %, в большей степени это коснется расходов федерального бюджета (таблица 2).

Таблица 2 – Расходы на здравоохранение РФ 2019–2021 гг.

Показатель	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2020/2021 гг.
	факт	Росстат, данные предварите льные	прогноз	
Макроэкономические показатели				
ВВП в текущих ценах, млрд. рублей	109 362	112 900	114 900	+1,8 %
Инфляция, %	3	4,9	4,0	-
Расходы бюджетной системы РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	3805	4394	4428	+1 %
Расходы в ценах 2019 г., млрд. рублей	3805	4218,2	4080,8	-3 %
Расходы, доля ВВП, %	3,5	4,1	3,8	-
Расходы федерального бюджета РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	713,0	1264,7	1129,4	-11 %
Расходы в ценах 2019 г., млрд. рублей	713,0	1214,1	1040,9	-14 %
Расходы бюджета ФОМС				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	2186,7	2368,6	2545,4	+8 %
Расходы в ценах 2019 г., млрд. рублей	2186,7	2273,9	2345,8	+3 %
Субвенции бюджетам ТФОМС в текущих ценах, млрд. рублей	2069,9	-	-	-
Дефицит/профицит бюджета ФОМС, млрд. рублей	-62,7	-	-	-
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ				
Расходы в текущих ценах, млрд. рублей	905	760,7	753,2	-1 %
Расходы в ценах 2019 г., млрд. рублей	905	730,3	694,1	-5 %

Источник: составлено по данным [31, 32, 41, 70]

Анализируя расходы бюджетов бюджетной системы РФ на оказание медицинской помощи можно четко проследить незначительную положительную динамику, а также наличие определенного дефицита финансового обеспечения.

Для стимулирования системы здравоохранения РФ государство прибегает к использованию государственных программ (ГП), определяющие развитие на среднесрочную и долгосрочную перспективу. ГП – это элементы стратегического планирования, включающие планируемый комплекс мероприятий, взаимоувязанных по задачам, срокам осуществления, исполнителям и ресурсам, и механизмам государственной политики, обеспечивающих достижение приоритетов и целей государственной политики в сфере социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности РФ.

Перечень ГП был актуализирован Правительством РФ в 2018 году в целях приведения в соответствие с Указом Президента РФ от 7.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (Указ Президента РФ № 204) [60]. В настоящее время перечень ГП сформирован по 5 направлениям: I. Новое качество жизни; II. Инновационное развитие и модернизация экономики; III. Обеспечение национальной безопасности; IV. Сбалансированное региональное развитие; V. Эффективное государство. В соответствии с перечнем ГП разрабатывается 46 государственных программ, из них 43 утверждены Правительством РФ и 3 находятся в стадии разработки.

Три из пяти существующих направлений ГП в РФ затрагивают вопросы социального характера, в том числе здравоохранение, в четвертом непосредственно прописана программа развития последнего [27].

Направление «Новое качество жизни», общий объем финансирования которого составляет 5132,2 млрд. рублей, представлено социальной поддержкой граждан, развитием транспортной системы, развитием образования и культуры, развитием физической культуры и спорта, доступной средой и содействием занятости населения, обеспечением граждан РФ доступным и комфортабельным жильем, развитием здравоохранения и охраной окружающей среды, а также реализацией государственной национальной политики. На направление «Сбалансированное региональное развитие» предусмотрено 1 117 822,51 млн. рублей для обеспечения социально-экономического развития регионов РФ, а по направлению «Инновационное развитие и модернизация экономики» общим объемом средств 3628 млрд. рублей на развитие фармацевтической и медицинской промышленности 11 277,97 млн. рублей.

Финансирование здравоохранения по ГП «Развитие здравоохранения» в рамках направления «Эффективное государство» за последние годы увеличилось несмотря на снижение доли освоенных средств, в 2020 году на 18,5 % больше чем в 2019 году хотя планировалось на 66,7 % (таблица 3).

Таблица 3 – Финансирование ГП «Развитие здравоохранения» 2017–2020 гг.

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Плановые расходы, млрд. рублей	305,9	386,8	580,7	986,1
Кассовое исполнение, млрд. рублей	298,1	374	551,6	653,4
% исполнения	97,5	96,7	95	66,3

Источник: составлено по данным [27, 29]

ГП имеют недостатки частой корректировки нормативно-правовой базы, незначительных расходах по программе, большого круга исполнителей, неправильной интерпретации индикативных показателей. Для концентрации бюджетных ресурсов, во избежание рисков недостаточного финансирования и неэффективного расходования, следует предусматривать механизмы перераспределения бюджетных средств для реализации приоритетных задач и целей.

В рамках стратегии социально-экономического развития РФ появляются новые возможности для финансирования системы здравоохранения в виде национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение». Эти проекты в соответствии с Указом Президента РФ № 204 имеют целевые показатели [30]:

- 1) к 2024 году повышение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет, а до 80 лет к 2030 году;
- 2) снижение смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения;
- 3) снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения;
- 4) снижение смертности от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения;
- 5) профилактические мероприятия для всех граждан не реже одного раза в год;
- 6) оптимальная доступность для населения первичной медико-санитарной медицинской помощи (ПМСП);
- 7) оптимизация деятельности медицинских учреждений;
- 8) ликвидация кадрового дефицита.

На национальный проект «Здравоохранение» для решения проблем в сфере здравоохранения РФ, которые существуют в настоящее время, запланировано 1725,9 млрд. рублей до 31.12.2024 г. (Приложение А), для реализации этих задач сформированы под-проекты: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие экспорта медицинских услуг» «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Обеспечение медицинских

организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИЗС)». В частности, будет создано или заменено более 1550 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, на 31.12.2022 г. будет функционировать более 1300, ранее приобретенных, мобильных медицинских комплексов в рамках под-проекта по развитию системы ПМСП. А также на 31.12.2024 г. будет обеспечен 100,0 % охват застрахованных лиц старше 18 лет информированием страховыми медицинскими организациями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра, будет обеспечен охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами к концу 2024 года в 102,74 млн. человек [30].

В условиях быстро меняющихся реалий в России с целью прорывного развития Президентом РФ подписан Указ от 21.07.2020 года № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» (Указ Президента РФ № 474), в котором определены следующие цели развития до 2030 года:

- 1) сохранение населения, здоровье и благополучие людей;
- 2) возможности для самореализации и развития талантов;
- 3) комфортная и безопасная среда для жизни;
- 4) достойный, эффективный труд и успешное предпринимательство;
- 5) цифровая трансформация [61].

В связи с чем Правительство РФ должно предоставить предложения по приведению Указа Президента РФ № 204 в соответствие с настоящим Указом, привести свои акты в соответствие с ним, скорректировать или разработать при участии Государственного Совета РФ и представить на рассмотрение Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам национальные проекты, направленные на достижение национальных целей, определенных в пункте 1 и целевых показателей, установленных пунктом 2 данного Указа. А также, разработать и представить на рассмотрение Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам единый план по достижению национальных целей развития РФ на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года [61].

Еще одним инструментом финансирования социальной сферы является ВЭБ.РФ. Государственная корпорация развития способствует долгосрочному экономическому развитию России, как национальный институт развития, содействующий реализации государственной социально-экономической политики, повышению конкурентоспособности национальной экономики и ее модернизации. ВЭБ.РФ при партнерстве с коммерческими банками занимается финансированием масштабных проектов, направленных на развитие инфраструктуры, промышленности, социальной сферы, укрепление технологического потенциала и повышение качества жизни людей. Согласно меморандуму о финансовой политике ВЭБ.РФ участвует в реализации национальных проектов, направленных на выполнение майского указа Президента. В числе принципов деятельности – отсутствие конкуренции с коммерческими банками, открытость, безубыточность

при финансировании проектов. На основании решения Правительства РФ ВЭБ.РФ координирует деятельность институтов развития по вопросам обеспечения долгосрочного социально-экономического развития страны [28].

Ключевым приоритетом ВЭБ.РФ при реализации новой стратегии является содействие Правительству РФ в достижении национальных целей развития на период до 2030 года и выполнении целевых показателей, установленных Указом Президента РФ № 474. ВЭБ.РФ обеспечит консолидацию государственных и частных инвестиций для осуществления прорывного развития РФ, повышения качества жизни российских семей, создания комфортных условий для жизни и работы в российских городах, а также внедрение цифровых компетенций для новых технологических и цифровых продуктов, максимально повышающих качество жизни граждан.

Суверенный инвестиционный фонд РФ – Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) в соответствии с Федеральным Законом от 02.06.2016 г. № 154–ФЗ «О Российском Фонде Прямых Инвестиций» также является возможным источником финансирования социальной сферы. РФПИ осуществляет прямые инвестиции в лидирующие и перспективные российские компании совместно с ведущими инвесторами мира [69]. На данный момент инвестировал более 1,9 трлн. рублей, из них более 190 млрд. рублей – средства РФПИ и более 1,7 трлн. рублей – средства партнеров. РФПИ также привлек более \$40 млрд. иностранного капитала в российскую экономику, выстроив ряд долгосрочных стратегических партнерств [43].

Необходимо обратить внимание также на АО «Российская венчурная компания» (АО «РВК»), как государственный фонд фондов и институт развития рынка РФ финансирует юридические лица на конкурсной основе для реализации инновационных проектов. Для АО «РВК» приоритетными сферами являются:

- 1) цифровые технологии, обеспечивающие цифровую трансформацию приоритетных отраслей экономики и социальной сферы в рамках национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации»;
- 2) технологии, связанные с реализацией Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации (СНТР), в том числе в таких областях как биомедицина, энергетика, передовые производственные технологии, новые материалы, развитие микроэлектроники и компонентной базы;
- 3) осуществление проектного управления, организационно-техническая и экспертно-аналитическая поддержка, информационное и финансовое обеспечение разработки и реализации «дорожных карт» и проектов Национальной технологической инициативы (НТИ).

Все это АО «РВК» реализует через создание и инвестиции в венчурные фонды с участием профессиональных инвесторов и управляющих команд, а также за счет поддержки организаций, разрабатывающих и внедряющих отечественные технологии для создания и производства конкурентоспособной высокотехнологичной продукции, цифровой трансформации отраслей экономики и социальной сферы.

АО «РВК» вкладывает средства посредством венчурных фондов, создаваемых совместно с частными инвесторами. Всего АО «РВК» сформировало 34 фонда. На данный момент это 28 венчурных фондов, их суммарный размер оценивается в 58,2 млрд. рублей. Доля АО «РВК» – 31,1 млрд. рублей. Общее количество проинвестированных фондами АО «РВК» инновационных компаний достигло 290, с совокупным объемом проинвестированных средств в 23 млрд. рублей. Количество проинвестированных фондами АО «РВК» компаний в текущее время составляет 151 [25].

Импортозамещение, лизинг производственного оборудования, льготные условия софинансирования проектов, направленных на разработку новой высокотехнологичной продукции, реализацию станкостроительных проектов, цифровизацию действующих производств, производство предприятиями ОПК высокотехнологичной продукции гражданского или двойного назначения, производство комплектующих, маркировку лекарств и повышение производительности труда предлагает Фонд развития промышленности (ФРП). Фонд создан путём преобразования Федерального государственного автономного учреждения «Российский фонд технологического развития» по инициативе Министерства промышленности и торговли РФ в 2014 году. ФРП предоставляет целевые займы для реализации новых промышленных проектов, стимулируя приток прямых инвестиций в реальный сектор экономики. ФРП со-финансирует проекты с региональными фондами развития промышленности (РФРП) в соотношении 70 % (федеральные средства) на 30 % (средства регионов) с общим бюджетом около 100 млн. рублей [44].

ФРП принимает активное участие в реализации следующих национальных проектов: «Цифровая экономика», «Производительность труда и поддержка занятости», «Малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы», «Экология», «Здравоохранение». ФРП в 2015–2020 гг. выдал 37,1 млрд. рублей займов 178 предприятиям отрасли медбиофарма и запустил программу льготного заемного финансирования «Маркировка лекарств».

На перспективу 2020–2024 гг. ФРП запланировано более 10 млрд. рублей, направляемых на поддержку проектов в области производства медицинских изделий, оборудования и фармацевтики. А также, запуск 150 производственных линий, на которых будет установлена система мониторинга движения лекарственных средств в рамках программы ФРП «Маркировка лекарств».

Фонд развития моногородов (ФРМ) – некоммерческая организация, основной целью которой является формирование условий для создания новых рабочих мест и привлечения инвестиций в монопрофильные муниципальные образования (моногорода) РФ, развития городской среды. ФРМ осуществляет:

1) софинансирование расходов бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов для реализации мероприятий по строительству или реконструкции объектов инфраструктуры, необходимых для осуществления физическими и юридическими лицами инвестиционных проектов в моногородах;

- 2) содействие в подготовке и (или) участие в финансировании инвестиционных проектов в моногородах;
- 3) выполнение функций проектного офиса по проектам развития моногородов;
- 4) формирование команд, управляющих проектами развития моногородов, и организация их обучения;
- 5) деятельность, способствующая улучшению социально-экономического положения в моногородах и их развитию.

ФРМ участвует в финансировании инвестиционных проектов, реализуемых в моногородах, в форме займа с целью повышения конкурентоспособности экономики моногородов, ее диверсификации и стимулирования инвестиционной деятельности, а также в целях поддержки реализации инвестиционных проектов в моногородах, на территории которых введен режим Чрезвычайной ситуации федерального характера.

ФРМ предоставляет целевые займы от 5 до 1000 млн. рублей сроком до 15 лет по ставке 0 % для займов до 250 млн. рублей (включительно), 5 % годовых для займов свыше 250 млн. рублей.

Общий объем обязательств ФРМ по новым инвестиционным проектам в форме займа 10 362.55 млн. рублей. Общий объем инвестиций по реализуемым инвестиционным проектам 35 614.79 млн. рублей [45].

Одним из инструментов финансирования системы здравоохранения РФ является механизм ГЧП, в частности контрактные формы, такие как концессионные соглашения, гражданско-правовые договоры, контракты жизненного цикла (КЖЦ), государственные или муниципальные контракты [73, с 34]. Реализация финансирования с помощью механизма ГЧП уменьшает бюджетную нагрузку.

Самыми распространенными контрактными формами в настоящее время являются концессионные соглашения, для них разработана нормативно-правовая база и есть большой практический опыт. Концессионные соглашения действуют на основании Федерального Закона от 21.07.2005 г. № 115–ФЗ «О концессионных соглашениях» (Федеральный Закон № 115–ФЗ) [62]. В период 2009–2019 гг. в РФ заключено 280 концессионных соглашений с общим объемом инвестиционных обязательств около 1,8 трлн. рублей. Из них 18 соглашений – это соглашения категории мегапроектов, что составляет 6 % всех заключенных концессионных соглашений за период 2009–2019 гг. На них приходится 1,347 трлн. рублей или 72 % суммарного объема инвестиционных обязательств по заключенным соглашениям за 10 лет. Из 18 мегапроектов – 17 проектов в транспортной сфере, один проект – в коммунальной. Из 280 концессионных соглашений 50 % заключены на основе частной инициативы, на них приходится 756,2 млрд. рублей инвестиционных обязательств или 40% рынка.

С 2009 г. по 2019 г. наибольшее количество концессионных соглашений заключено на муниципальном уровне – 184 проекта или 66 % от общего количества. 83 концессионных соглашения или 29 % заключено на субфедеральном уровне, 13 или 5 % – на федеральном уровне. При этом по объему инвестиционных обязательств концессионные соглашения, заключенные на

субфедеральном и федеральном уровнях, составляют примерно равные доли – 40 % и 41 %. Объем инвестиционных обязательств по проектам муниципального уровня составляет – 353,6 млрд. рублей или 19 % от общего объема рынка. Наибольшее количество концессионных соглашений заключено в сфере ЖКХ – 164 проекта или 59 % от общего количества соглашений. Относительно равные доли занимают концессионные проекты в социальной и транспортной сферах – 62 и 52 проекта, что составляет 22 % и 19 % соответственно, на социальную сферу пришлось 69,2 млрд. рублей или 4 % от общего объема инвестиционных обязательств концессионных проектов [37].

Государственный или муниципальный контракт и КЖЦ регламентируются Федеральным Законом от 05.04.2013 г. № 44–ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (Федеральный Закон № 44–ФЗ), а гражданско-правовые договоры на основании Федерального Закона от 18.07.2011 г. № 223–ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (Федеральный Закон № 223–ФЗ) [63, 65, 71, с 59]. Расчет стоимости при КЦЖ проводится на основе Методических рекомендаций, определяющих начальную и максимальную цену контракта [47]. КЖЦ относят к смешанному типу так как может быть в виде различных договоров, таких как договор об оказании услуг, аренды или доверительном управлении.

Основным отличительным элементом в сфере закупок является то, что закупки товаров и услуг организациям с государственным участием осуществляются согласно Федерального Закона № 223–ФЗ, а Федеральный Закон № 44–ФЗ регулирует государственные закупки.

С учетом выше перечисленного, инструменты финансирования социальной сферы РФ, системы здравоохранения РФ в частности, можно структурировать следующим образом.

1. Программа государственных гарантии, ГП и Национальные проекты – это бюджетные средства на поддержание в надлежащем виде системы здравоохранения РФ и ее дальнейшее развитие.

2. Институты развития ГЧП и привлечения частных инвестиций (Региональные инвестиционные фонды, ВЭБ.РФ, РФПИ, АО «РВК», ФРП, ФРМ и т.п.) за счет бюджетных средств и частных инвестиций, являются основой для развития ГЧП в РФ и реализации проектов на федеральном уровне.

3. Контрактные формы (Концессионные соглашения, Государственные и муниципальные контракты, КЖЦ, Гражданско-правовые договоры) представляют спектр методов финансирования за счет средств бюджета и за счет частных инвестиций.

Методы финансового обеспечения отрасли здравоохранения РФ подразумевают механизмы перераспределения бюджетных средств с целью повышения эффективности расходования, в том числе из институтов развития ГЧП и привлечения частных инвестиций в ГП «Здравоохранение» и программу государственных гарантий.

Расходы на здравоохранение в период 2018–2021 гг. постепенно увеличиваются согласно «Основным направлениям бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», утвержденной Минфином РФ. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» запланировано увеличение финансирования на медицинскую помощь: средние подушевые нормативы финансирования (без учета расходов федерального бюджета), составляют за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в 2019 году – 3488,6 рубля, 2020 году – 3621,1 рубля и 2021 году – 3765,9 рубля; за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций ФФОМС в 2019 году – 11 800,2 рубля, 2020 году – 12 696,9 рубля и 2021 году – 13 531,4 рубля. Общий объем территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2020 году составил 3138,2 млрд. рублей и возрос по сравнению с 2018 годом на 497,3 млрд. рублей, или на 18,8 % [2, с 36].

Увеличение подушевого норматива финансового обеспечения позволит повысить качество предоставляемых медицинских услуг населению, ведь достижение целевых показателей ГП находятся в прямой зависимости от уровня финансирования. Как видно из программы государственных гарантий на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов данный подход закреплен на законодательном уровне.

Закономерно с увеличением уровня финансирования показатели здоровья населения будут меняться, к примеру, ОПЖ в 2018 году при рождении повысилась до 72,9 года, в 2019 году превысила 73,3 года по данным Росстата [42]. Таким образом, с помощью взаимосвязи достижения целевых показателей и объема финансирования здравоохранения можно проводить оценку эффективности инструментов финансирования.

В отличие от РФ, в большинстве развитых и в части менее развитых стран мира ОПЖ в последние десятилетия не стагнировала, а устойчиво и довольно быстро повышалась. Отставание от них, несмотря на устойчивый рост последних лет, постепенно сокращается, но до сих пор остается значительным. Так, отставание России от Европейского союза (ЕС–27, без Великобритании), в котором ОПЖ при рождении больше 80 лет в течение последних лет (2011–2018 годы), все еще превышает восемь лет (81,0 года в ЕС–27 против 72,9 года в России в 2018 году). Однако не стоит забывать, что совсем недавно отставание от ЕС–28 достигало 13 лет (в 2003–2005 годах) [75].

В РФ для достижения ОПЖ 78 лет к 2024 году нужно ежегодно расходовать на здравоохранение на душу населения на 15 % больше в постоянных ценах, это будет соответствовать 6,5 % ВВП в 2024 году, что на уровне стран ЕС в среднем [58, с 18]. Как видно из анализа, динамика роста расходов с 2019 по 2021 гг. составит всего 7,25 % в постоянных ценах. Таким образом на данный момент темпа прироста финансирования недостаточно для достижения целевых показателей. В этой связи,

во избежание критических проблем в отрасли следует предусмотреть дополнительные объемы финансирования.

Анализируя все выше перечисленное, можно сделать вывод, что, несмотря на разнообразие источников и форм финансирования, в сфере здравоохранения РФ существует дефицит средств не только для инновационного развития и достижения обычных целевых показателей в сравнении с развитыми странами, но и для планового выполнения функций по оказанию качественной медицинской помощи населению.

Таким образом, при реализации социально значимых задач у государства существует дефицит бюджетных средств, а более широкое использование различных инструментов привлечения частных инвестиций для реализации социальных проектов может нивелировать его отрицательный эффект.

2.2 Сравнительный анализ реализации государственно-частного партнерства в Челябинской и Свердловской области

В современных условиях в РФ в разных муниципальных образованиях совершенно разные подходы к ГЧП и проектам на его основании. Поэтому интересно проанализировать два субъекта РФ Уральского Федерального округа – Свердловскую и Челябинскую области.

Хотя данные субъекты РФ и относящихся к одному Федеральному округу географически и схожи по качественному составу населения, они имеют существенные различия. Так, Свердловская область в два раза больше по площади (194 307 км² против территории Челябинской области в 88 529 км²), плотность населения ее в два раза меньше чем в Челябинской, но примерно на 850 000 человек больше. Челябинская область занимает 13 место в рейтинге субъектов РФ по объему Валового регионального продукта (1473,7 млрд. рублей), Свердловская область на 6 позиции (2277,6 млрд. рублей). Валовый региональный продукт на душу населения в Челябинской области составляет 423,0 тыс. рублей против 527,2 тыс. рублей в Свердловской области [42].

В рейтинге регионов по уровню развитости ГЧП по методике согласно приказу Минэкономразвития России от 25.11.2019 г. № 762, составленным Департаментом развития секторов экономики, Свердловская и Челябинская области расположились следующим образом (таблица 4, 5), оба региона второй год подряд входят в топ–30.

Таблица 4 – Рейтинг развитости ГЧП в субъектах РФ в 2019 году

Место	Регион	Развитость ГЧП в баллах	Динамика (2018/2019)		Факторы	
			Место в 2018	Δ	Опыт в баллах	ИС*и НПБ** в баллах
7	Свердловская область	93,5	14	+7	66,1	27,5
17	Челябинская область	66,6	17	-	38,7	28,0

Таблица 5 – Развитость ГЧП в Уральском Федеральном округе в 2019 году

Место	Регион	Развитость ГЧП в баллах	Факторы	
			Опыт в баллах	ИС*и НПБ**в баллах
1	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	93,9	66,2	27,8
2	Свердловская область	93,5	66,1	27,5
3	Тюменская область	75,4	47,6	27,7
4	Челябинская область	66,6	38,7	28,0
5	Ямало-Ненецкий автономный округ	65,7	38,5	27,2
6	Курганская область	20,8	2,4	18,3

*ИС – институциональная среда

**НПБ – нормативно-правовая база

Источник: составлено по данным [32]

Ежегодный рейтинг субъектов РФ по развитости ГЧП в регионе РФ подсчитывается Минэкономразвития России на основе ранжирования регионов по показателю «Уровень развития сферы государственно-частного партнерства в субъекте Российской Федерации» [29, 32].

Более высокий уровень развития сферы ГЧП в регионе относительно других регионов соответствует более высокому его месту в рейтинге. Развитые регионы характеризует большой инвестиционный потенциал, развитость нормативно-правовых основ, регулирующих организацию партнерства государственного и частного сектора, наличествует успешный опыт реализации крупных концессионных проектов, договоров аренды с инвестиционными обязательствами. То есть, в регионах РФ с благоприятным инвестиционным климатом и привлекательностью наиболее развито ГЧП. Экономическая отдача будет более значительное чем больше объектов будут возводиться и управляться механизмами ГЧП, поскольку эти механизмы позволяют заметно снизить государственные и муниципальные расходы [36].

Последние три года подряд Свердловская область входит в десятку лидеров рейтинга регионов по развитости ГЧП, наиболее распространенной формой ГЧП является концессионное соглашение, рост числа проектов показывает положительную динамику, в том числе в финансовом выражении.

Нормативной базой в регионе служит Закон Свердловской области «Об участии Свердловской области в государственно-частном партнерстве» № 157-ОЗ (№ ОЗ-157) 21.12.2015 г., вступивший в силу в 2016 году [14]. Свердловская область может участвовать в государственно-частном партнерстве в следующих в форме участия в соглашениях о государственно-частном партнерстве, в форме участия в концессионных соглашениях.

По состоянию на 01.09.2020 г. на территории Свердловской области реализуются 65 концессионных соглашений с объемом инвестиций 32,5 миллиарда рублей, в том числе:

- 58 проектов на муниципальном уровне;
- 6 проектов на региональном уровне;
- 1 проект на федеральном уровне.

Согласно результатам мониторинга реализации соглашений о ГЧП за период 2018–2019 гг. соглашения не заключались. Рассмотрено одно предложение о реализации проектов ГЧП публичными партнерами. Так одно предложение направленно на оценку уполномоченному органу о реализации проектов, разработанных частными партнерами, и одно предложение о реализации проектов, по которым уполномоченным органом было дано положительное заключение об эффективности и наличии сравнительного преимущества [33].

Сравнивая планы регионов по реализации проектов ГЧП в области социальной инфраструктуры (учреждения образования и здравоохранения) становится очевидно преимущество Свердловской области. Так, на данный момент имеются 3 разрабатываемых и планируемых к разработке предложения о реализации проекта.

1. Проект ГЧП «Создание, обеспечение функционирования и техническое сопровождение Цифровой образовательной платформы Свердловской области»;

2. Проект ГЧП «Строительство здания общеобразовательной организации 1275 мест в Березовском городском округе»;

3. Проект ГЧП по строительству образовательных организаций на территории города Екатеринбург, города Нижний Тагил, городского округа Первоуральск и городского округа Краснотурьинск с прогнозируемым объемом выплат публичного партнера частному партнеру 14 237,0 млн. рублей:

- 1) школа на 1500 мест в г. Екатеринбург, ул. Роцинская;
- 2) школа на 1500 мест в г. Екатеринбург, район ЖК CLEVER PARK;
- 3) школа на 1500 мест в г. Екатеринбург, ул. Советская;
- 4) школа на 400 мест в г. Екатеринбург, ул. Шейнкмана;
- 5) школа на 1275 мест в г. Первоуральск, ул. Вайнера;
- 6) школа на 1200 мест в г. Нижний Тагил, район «Александровский», II очередь;
- 7) школа на 500 мест в г. Краснотурьинск.

В настоящее время исполнительными органами государственной власти Свердловской области осуществляется разработка предложения о реализации данных проектов ГЧП.

В 2020 году планировалось заключение концессионных соглашений в отношении следующих объектов здравоохранения согласно Распоряжения Правительства Свердловской области от 23.01.2020 г. № 10–РП «Об утверждении перечня объектов, в отношении которых планируется заключение концессионных соглашений в 2020 году»:

- здание детской поликлиники по адресу Свердловская область, г. Серов, ул. Толстого, д. 15а;

- клинико-диагностический центр по адресу «Охрана здоровья матери и ребенка»: Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Флотская, д. 52;
- здание детской поликлиники по адресу Свердловская область, г. Кировград, ул. Свердлова, д. 41а.

Правительство Свердловской области и Сбербанк России 02.12.2020 г. составили дорожную карту сотрудничества на 2020–2021 годы. В числе приоритетных направлений совместной работы стороны отметили дальнейшую цифровизацию региона, государственно-частное партнерство, расширение сферы применения технологий искусственного интеллекта в здравоохранении, повышение доступности безналичных платежей, развитие транспортного эквайринга, а также финансирование проектов, приуроченных к проведению Всемирных студенческих игр 2023 года. Отдельное направление сотрудничества связано с продвижением финансового рынка региона и сектора услуг – это мероприятия по развитию облигационных инструментов, повышения финансовой грамотности жителей Свердловской области.

Речь также идет о цифровых технологиях, которые позволяют модернизировать инфраструктуру здравоохранения, это голосовой помощник заполнения медицинской документации и модель определения патологии легких, в том числе пневмоний при COVID-19 на основе нейросети [33].

Также, 11 декабря заключено соглашение о реализации проекта в форме ГЧП в сфере здравоохранения. Министр здравоохранения Свердловской области Андрей Карлов и директор Уральского медицинского центра Елена Миронова подписали концессионное соглашение (первое в своем роде) о создании диализного центра в Березовском. Для этого концессионер обязуется за свой счет реконструировать неиспользуемое помещение в здании городской больницы. Объем частных инвестиций в данный проект оценивается в 40 миллионов рублей, новый диализный центр должен быть построен в течение полугода.

Уральский медицинский центр при содействии министерства инвестиций и развития и агентства по привлечению инвестиций планирует построить пять диализных центров на территории Свердловской области. В настоящее время ведется строительство диализного центра в Нижнем Тагиле, а также подписано соглашение о намерениях по строительству центра в Богдановиче. В числе других локаций рассматриваются Полевской и Сысерть. В июле 2020 года частный центр сети был открыт в районе Сортировки в Екатеринбурге, услуги диализа предоставляются по полису ОМС, то есть, бесплатно для жителей области [39].

Отрасль здравоохранения является привлекательной для частных инвестиций ввиду возможности компенсации операционных затрат за счет внешнего источника – через платежи системы ОМС.

Подобные меры благоприятны для повышения инвестиционной привлекательности региона и уровне его социально-экономического положения. Ведущее положение Свердловской области в общем рейтинге закономерно, так как власти региона эффективно совершенствуют нормативно-правовую базу и активно используют положительные стороны геополитического расположения. Тем не менее, в регионе предстоит еще большая работа по усовершенствованию

механизмов взаимодействия государства и частого бизнеса, доработке и развитию этих проектов.

В Челябинской области выработаны и реализуются законодательные инициативы по развитию механизмов ГЧП, благодаря доработке нормативно-правовой базы и реализации проектов на практике она удерживает свои позиции в рейтинге. Нормативной основой для проектов ГЧП служит закон Челябинской области от 24.09.2009 г. № 475–ЗО «Об участии Челябинской области в государственно-частном партнерстве» [15]. На Южном Урале действует 147 проектов ГЧП, из которых 96 – это концессионные проекты, что в два раза превышает их число в Свердловской области. В финансовом выражении на общую сумму 14,8 млрд. рублей, что по объему инвестиций в два раза меньше показателей Свердловской области.

В 2018 году список объектов, по которым планировалось заключение концессионных соглашений, состоял из 5 позиций, в отношении трех последних работа перешла на следующий этап:

- 1) многопрофильный медицинский центр в городе Магнитогорске;
- 2) кабинеты лучевой диагностики (реконструкция) в Челябинской области (ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Златоуст», ГБУЗ «Городская больница № 3 г. Миасс», ГБУЗ «Областная больница г. Троицк», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2», ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Челябинская областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ «Челябинская областной клинический противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 4»);
- 3) водогрейная и паровая котельные для нужд ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»;
- 4) Челябинская станция переливания крови (реконструкция здания лабораторного корпуса);
- 5) межмуниципальная система коммунальной инфраструктуры на территории Челябинской области в отношении обработки, размещения твердых коммунальных отходов на территории кластера (мусоросортировочный комплекс – МСК, полигон ТКО, 5 мусороперерабатывающих станций – МПС).

В 2019 году к оставшимся добавилось следующее:

- 1) дублер федеральной автомобильной дороги М-5 «Урал» – платная автомобильная дорога Сатка–Миасс;
- 2) имущественный комплекс Универсальная крытая ледовая арена «Ледовая академия «Высота»» в городе Озерске.

Кроме того, по данным 2020 года существует обширный перечень инфраструктурных проектов Челябинской области планируемых к разработке, включая 4 объекта здравоохранения [35].

Все вышеперечисленное можно структурировать следующим образом (таблицы б).

Таблица 6 – Сравнение показателей Челябинской и Свердловской обл.

Показатель	Челябинская область	Свердловская область
Население, чел. (2020 г.)	3 466 369	4 310 681
Плотность населения, чел./км ²	39,16	22,18
Объем валового регионального продукта, млрд. рублей (2018 г.)	1473,7	2277,6
Уровень валового регионального продукта на душу населения, тыс. рублей (2018 г.)	423,0	527,2
Развитость ГЧП в баллах	66,6	93,5
Количество концессионных соглашений, ед. (2020)	96	65
Объем инвестиций по концессионным соглашениям, млрд. рублей (2020 г.)	14,8	32,5
Количество концессионных соглашений в сфере здравоохранения в 2020 году, ед.	4	3

Источник: составлено по данным [32, 33, 34, 42]

Представленные показатели свидетельствуют о неуклонном развитии сферы ГЧП в Челябинской области. Однако, по сравнению с показателями Свердловской областью, развитие ГЧП в Челябинской области остается на более низком уровне на протяжении изученного периода. По данным анализа можно сделать вывод о недостаточной степени развития ГЧП в Челябинской области, соответственно более низкой инвестиционной привлекательности региона. У региона дефицит средств для создания соответствующих условий по формированию благоприятной среды.

В связи с выше изложенным, ведение планомерной политики региона по улучшению инвестиционной привлекательности и совершенствование институциональной среды и нормативно-правовой базы, может способствовать возникновению в регионе проектов, отправных точек экономического роста и несущих позитивные социально-экономические эффекты при снижении государственных расходов.

Выводы по разделу 2

По результатам анализа современного состояния инструментов финансирования системы здравоохранения РФ, структурирования их в отдельные блоки, а также сравнения развитости ГЧП в Челябинской и Свердловской области представляется возможным сделать следующие выводы по главе 2.

1. Отмечается положительная динамика в финансировании системы здравоохранения РФ на современном этапе в текущих ценах, включая увеличение бюджетных расходов, финансирования институтов развития ГЧП и использование многообразия ГП. Несмотря на это, государству не удастся кардинально изменить ситуации, так как динамика роста расходов с 2019 по 2021 гг. составит всего 7,25 % в постоянных ценах в то время как нужно ежегодно расходовать на 15 % больше чтобы привести их к уровню 6,5 % ВВП к 2024 году для достижения ОПЖ 78 лет как основного целевого показателя.

2. В системе здравоохранения РФ необходимо более широкое применение механизма ГЧП, так как существует дефицит средств не только для инновационного развития и достижения целевых показателей в сравнении с развитыми странами, но и для планового выполнения функций по оказанию качественной медицинской помощи населению.

3. У Челябинской области низкая инвестиционная привлекательность по сравнению с соседним субъектом, в следствии чего, существуют ограниченные условия по формированию благоприятной среды, в виду этого в регионе необходимы более активные действия по интенсивному привлечению частных инвестиций.

3 НАПРАВЛЕНИЕ РАСШИРЕНИЯ УЧАСТИЯ ЧАСТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ ОМС

3.1 Особенности и проблемы участия частных организаций в предоставлении услуг по программе ОМС

Формирование государственного и муниципального заказа по территориальной программе государственных гарантий осуществляется профильной комиссией по формированию территориальной программы ОМС в соответствии с пунктом 9 статьи 26 Федерального Закона № 326–ФЗ. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением к правилам ОМС. На данный момент отсутствуют конкурсные механизмы распределения объемов медицинской помощи между всеми медицинскими организациями, выразившими желание принять участие в программе государственных гарантий, то есть отсутствуют равные конкурентные возможности в целом.

В Челябинской области комиссией по формированию территориальной программы ОМС для повышения доступности и качества медицинских услуг для жителей региона за счет формирования сбалансированной системы оплаты медицинской помощи были определены критерии распределения объемов медицинской помощи между всеми медицинскими организациями, выразившими желание принимать участие в программе государственных гарантий. К ключевым показателям были отнесены возможности медицинских организаций по оказанию всех видов медицинской помощи, их многопрофильности и возможности оказания экстренной помощи круглосуточно. Также, отдельные показатели работы были выделены по проведению ЭКО и профилю «онкология». То есть, чем больше медицинская организация соответствует данным критериям, тем больше объемов медицинской помощи в рамках ОМС она получит. Несмотря на это, забюрократизированность процесса налицо и есть открытая возможность применения административного ресурса, так как секретарем комиссии является представитель территориального фонда, а председателем является представитель органа исполнительной власти региона.

С 2011 года медицинские организации частной формы собственности получили возможность участия в оказании медицинских услуг по программе ОМС. Постоянное увеличение количества частных медицинских организаций и усиление конкуренции между ними, при сопутствующем снижении покупательской способности населения в виду усиления экономического кризиса и на фоне коронавирусной пандемии, способствует повышению привлекательности механизмов ГЧП. Механизм ГЧП будет крайне эффективен в системе ОМС, если частные медицинские организации возьмутся за выполнение предложенного государством заказа в рамках свободного распределения объемов медицинской помощи (отмена квотирования).

На рынке медицинских услуг в рамках программы ОМС в Челябинской области в 2019 году было порядка 180 медицинских организаций различных форм

собственности, доля частных среди них постепенно увеличивается. По состоянию на 2019 год желание принять участие в программе государственных гарантий изъявили 49 частных клиник, объем их финансирования оценивается в 2–3 % от общей структуры финансирования медицинских учреждений. В соответствии с программой государственных гарантий на 2020 год и плановый период 2021–2022 гг., в территориальной программе ОМС запланировано участие 197 медицинских организаций, среди них 73 частной формы собственности.

В данный момент большинство частных медицинских организаций в рамках ОМС оказывают дорогостоящие виды высокотехнологичной медицинской помощи, инструментальную диагностику и стоматологические услуги. В то время как, практически не оказывается наиболее востребованная амбулаторно-поликлиническая помощь частными клиниками в рамках ОМС. Хотя по некоторым направлениям медицинской помощи частные медицинские организации берут на себя оказание основного объема медицинской помощи. К примеру, в Челябинской области более 50 % от общей суммы финансирования по профилю «гемодиализ» приходится на две частные клиники, оказывающим помощь пациентам с почечной недостаточностью. Также, значительная часть в финансировании частных медицинских организаций прослеживается в КТ/МРТ диагностике и ЭКО [40].

Большинство участников рынка определяют экономически неэффективной деятельность по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи по ОМС, потому что государственные тарифы по данному виду медицинской помощи порой не полностью покрывают себестоимость оказываемых услуг и не позволяют достаточно заработать. В следствие чего, выгоду от взаимодействия в рамках ОМС с государством можно получить только при оказании ЭКО и высокотехнологичной медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального Закона № 326–ФЗ, к примеру в Челябинской области, тарифным соглашением между Министерством здравоохранения Челябинской области, ТФОМС Челябинской области, страховыми медицинскими организациями (СМО), профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии со статьей 76 Федерального Закона № 323–ФЗ, их представители включаются в состав комиссии по разработке территориальной программы ОМС, создаваемой в Челябинской области в соответствии с законодательством об ОМС в РФ. Амбулаторно-поликлиническая помощь в рамках ОМС оплачивается по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, также за единицу объема медицинской помощи (экстерриториальное обращение) и по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации [55].

Медицинские организации выбирают направления участия в ОМС исходя из доступных им компетенций. На данный момент 15 % частных клиник оказывают

амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках ОМС несмотря на недостаточную экономическую привлекательность (рисунок 1).

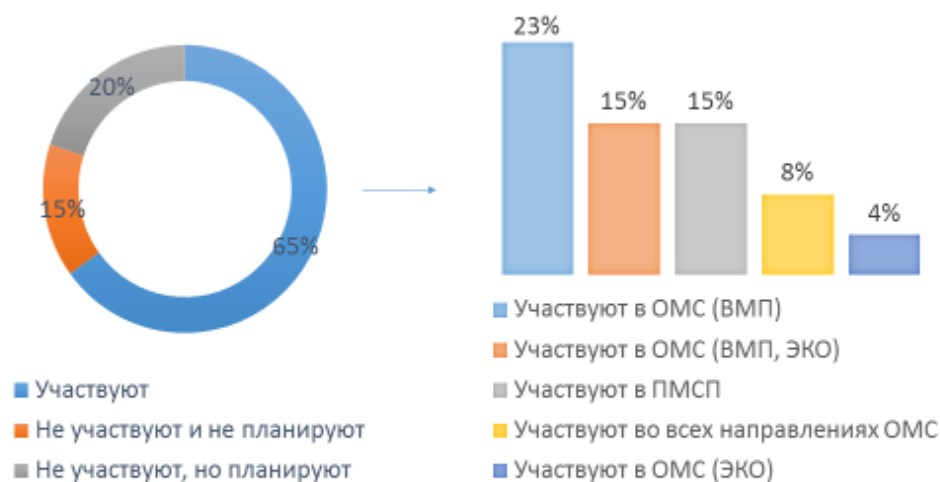


Рисунок 1 – Участие частных медицинских организаций в ОМС

В сфере оказания ПМСП населению в Челябинском области существует успешный опыт реализации механизма ГЧП. Так, в 2017 году между Министерством здравоохранения Челябинской области, ТФОМС Челябинской области и ООО «Медицинская инвестиционная группа» было подписано инвестиционное соглашение о сотрудничестве в части оказания ПМСП населению города Челябинска, и в результате в систему ОМС вступила частная медицинская организация «Полимедика». «Полимедика» работает исключительно в рамках программы ОМС, все затраты на ремонт помещения и необходимое медицинское оборудование взял на себя частный партнер [22].

Одним из ключевых драйверов рынка частных медицинских услуг является предоставление возможности частным медицинским организациям частично закрывать потребность в необходимых услугах, включенных в ОМС, и планомерное расширение их спектра. Частные клиники обладают нужными компетенциями для оказания качественных услуг и имеют дорогостоящее оборудование, для которого требуется максимальная загрузка, чтобы обеспечить отдачу от вложений. Оказание услуг в рамках ОМС в период снижения платежеспособности населения и низкой отдачи рынка ДМС является одним из направлений дальнейшего развития частной медицинской помощи.

В регионах РФ есть и обратные тенденции, частные медицинские организации, получившие опыт работы в системе ОМС, покидают ее. Большинство участников рынка при оказании услуг в рамках ОМС отмечают значительные ограничения и неопределенности, связанные с получением государственного заказа и взаимоотношения с государственным сектором [16, с. 63]. В первую очередь это связано с непрозрачностью процесса распределения объемов медицинской помощи

между участниками, что приводит к невозможности нормального планирования. Кроме того, при распределении объемов медицинской помощи между участниками предпочтение отдается государственным клиникам, у которых зачастую бывает ограниченный набор компетенций и порой недостаточно инфраструктуры. Отмена распределения объема медицинской помощи в рамках ОМС между медицинскими организациями поспособствует повышению качества оказываемых медицинских услуг за счет здоровой конкуренции, пациенты сами решат в какие клиники обращаться по ОМС, где бы им хотелось получить медицинскую услугу.

Проблемы при оказании медицинских услуг в рамках ОМС, в целом же, для частного сектора заключаются в следующем:

- 1) низкие тарифы ОМС;
- 2) низкий объем государственного заказа, краткосрочность контрактов;
- 3) сложности с получением объемов по ВМП и ЭКО, в том числе административного характера;
- 4) проверки и штрафные санкции по результатам оказания услуг;
- 5) непрозрачность процедур и неясные перспективы развития на рынке медицинских услуг в рамках ОМС.

Тем не менее, участники рынка медицинских услуг продолжают сотрудничество с государственным сектором в рамках ОМС. Кроме того, крупные представители частного бизнеса планируют усилить в регионах свое участие, в том числе для получения возможности оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Правда, новым препятствием на их пути могут стать изменения законодательства по ОМС, в частности, вносимые Федеральным Законом от 08.12.2020 г. № 430–ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный Закон № 430–ФЗ). Федеральный Закон № 430–ФЗ позволит субъектам РФ высвободить средства обязательного страхования, которые могут быть направлены на реализацию территориальных программ ОМС, с другой стороны появляются неконкурентные механизмы финансирования федеральных медицинских организаций при ВМП со стороны государства, по сути «механизм целевого финансирования федеральных медицинских организаций». Кроме того, согласно Федеральному закону № 430–ФЗ ТФОМС становятся обязательным третьим участником договорных отношений при оплате медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС [71].

3.2 Предложения по моделям участия частных организаций в предоставлении услуг по программе ОМС

Как было описано в первой главе и проанализировано во второй главе сфера здравоохранения имеет широкий спектр инструментов финансирования, но тем не менее на данный момент все они не могут в полной мере удовлетворить имеющиеся потребности, что приводит к необходимости большего привлечения частных инвестиций.

В аналитической главе ГЧП представлено одной из распространенной и популярнейшей формой взаимодействия государства и бизнеса, также анализ

показал, что в двух соседних регионах в Свердловской и Челябинской области развитие в данной сфере происходит с разной интенсивностью, и существует необходимость ведения соответствующей региональной политики с совершенствованием правовой и институциональной среды в сфере ГЧП для повышения инвестиционной привлекательности регионов.

И как стало понятно из предыдущего параграфа, для большего привлечения частных инвестиций в сферу здравоохранения, а в частности для участия частных медицинских организаций в оказании медицинских услуг в системе ОМС, существуют значимые преграды. На сегодняшний момент, учитывая устойчивый характер проблем для широкого участия частных медицинских организаций по оказанию помощи населению в системе ОМС, или усугублением в случае с ВМП в связи с принятием Федерального Закона № 430–ФЗ, необходим поиск новых точек сопряжения частного и государственных секторов в здравоохранении.

Если на данный момент невозможно перейти к свободному распределению объемов медицинской помощи в рамках ОМС из-за положений соответствующего законодательства (Федеральный Закон № 326–ФЗ), и не приходится рассчитывать на большие объемы для частных клиник со стороны комиссии по формированию территориальной программы ОМС, то хотя бы необходимо аргументированно пересматривать существующие тарифы в рамках тарифных соглашений, но они все равно не предполагают возмещение капитальных затрат, или находить модели взаимодействия уже на уровне государственных медицинских учреждений оказывающих медицинские услуги в рамках ОМС [55]. К последним можно отнести такие новые возможности как аутсорсинг и аутстаффинг.

Аутсорсинг от английского слова «outsourcing» – использование внешних ресурсов. Аутсорсинг – это схема оптимизации организации, заключающаяся в перераспределении функций между разными субъектами, то есть передаче определенной деятельности на исполнение другой организации. Эта схема реализуется через договорные отношения, на основании гражданско-правовых договоров, а также в порядке публично-правовых отношений.

Аутсорсинг при использовании государством ресурсов частных организаций, когда идет речь о партнерстве государственного и частного сектора, относится к контрактному ГЧП, который может быть реализован в рамках государственного или муниципального контракта, заключаемого по конкурсу, аукциону или запросу котировок согласно соответствующего законодательством РФ. При ГЧП с аутсорсингом субъекты, частные партнеры способствуют осуществлению деятельности государственного партнера (публичные полномочия, хозяйственно-организационные функции) [74, с 3].

Позитивными моментами аутсорсинга являются:

- 1) концентрация заказчика на основной деятельности со снижением затрат;
- 2) использование ноу-хау, заимствование технологий;
- 3) повышение качества деятельности, переданной на аутсорсинг, аутсорсер предоставляет гарантии качества и обеспечение исполнения своих обязательств;
- 4) повышение доступности услуг, в случае с государственными организациями;
- 5) решение проблемы текучести кадров [46, с 63].

Заказчик при заключении договора о аутсорсинге оплачивает количество выполненной работы, ее качество и объем, режим работы сотрудников заказчика мало интересует. Заказчик при этом не оплачивает налоговые сборы, больничные, отпуска, премии. При привлечении специалиста аутсорсером его график может быть не нормирован при этом необходимо лишь выполнить поставленную задачу. При аутсорсинге оплачивается конкретный результат, то есть не интересуют способы, которыми он был достигнут.

При аутсорсинге возможно не достижение положительного эффекта, к рискам аутсорсинга можно отнести непредсказуемость в исполнении контракта, зависимость от аутсорсера, затруднение доступа заказчика к значимой информации или неконтролируемое ее распространение, ограничение деятельности заказчика в случае неисполнения аутсорсером своих обязательств, то есть трудности при возрождении в организации процесса, ранее переданного на аутсорсинг. Также могут возникнуть убытки от некачественного исполнения своих обязанностей аутсорсером или убытки от увеличения стоимости услуг аутсорсера, особенно при отсутствии конкуренции на рынке данных услуг. Возможны репутационные потери организации-заказчика из-за низкого качества исполнения услуг аутсорсером.

В зависимости от вида передаваемой функции аутсорсинг можно подразделить на:

- 1) аутсорсинг основной деятельности (части);
- 2) аутсорсинг вспомогательной деятельности, являющейся необходимой для основной деятельности;
- 3) аутсорсинг вспомогательной деятельности, не являющейся необходимой, но создающей более благоприятные условия [74, с 110].

Чаще всего в здравоохранении государственные учреждения передают сторонним организациям в форме аутсорсинга деятельность, не связанную с процессом оказания медицинских услуг, как поиск и управление персоналом, эксплуатация оборудования и инфраструктуры, лекарственное обеспечение, лечебное питание, клининг и вывоз медицинских отходов, ИТ-сервис, аудиторские услуги, юридическое обеспечение, создание дополнительных условий для повышения уровня комфортности и сервиса [17, с 982].

Аутсорсинг основной функции здравоохранения (оказание медицинской помощи) в РФ развит фрагментарно, медицинские организации передают на аутсорсинг: лабораторные услуги (анализы, диагностика, забор на дому и в условиях стационарной клиники); патронаж (уход за тяжелобольными дома и на стационаре, плановое посещение пациентов на дому); мониторинг жизнедеятельности и реабилитационная поддержка при помощи аппаратных средств; узкоспециализированные услуги (ортопедия, ортодонтия, технические работы в стоматологии, редкие специалисты в клиниках); высокотехнологичные медицинские услуги (радиология, онкологическое лечение и хирургия, пересадка органов, офтальмологическая хирургия); аппаратная диагностика и т. д.

На уровне государственного медицинского учреждения, оказывающего медицинские услуги в рамках ОМС, аутсорсинг медицинских услуг практически не развит, но становится актуальным в случае временных или постоянных

технических ограничений, ведущих к невыполнению взятых на себя обязательств в рамках государственных гарантий, то есть отсутствие или поломка медицинского оборудования, несоответствие или нехватка помещений и нехватка кадров всех уровней специализации для обеспечения непрерывной работы. Особенно актуально, при увеличении востребованности в кадрах, подобной как при лечении пациентов с коронавирусной инфекцией.

В современных условиях здравоохранения РФ эффективное функционирование медицинской организации непростое дело, особенно в небольших по численности медицинских организациях отдаленных районов (районные поликлиники (РП), центральные районные больницы (ЦРБ) и городские больницы (ГБ) небольших городов), когда постоянно существует дефицит ресурсов, в таких частных случаях как отпуск, временная нетрудоспособность, тем более единственных специалистов, когда требуется закрыть ночные и праздничные дежурства.

В случае с удалёнными районами аутсорсинг медицинских услуг может быть «на месте», то есть государственное медицинское учреждение предоставляет свою инфраструктуру, а частный партнер оказывает на ней медицинскую помощь в рамках ОМС, при этом платит арендную плату.

Кроме того, некоторые основные функции медицинских организаций могут быть оказаны удаленно посредством телекоммуникационных технологий, например, медицинские услуги врачей по патоморфологической или цитологической диагностике и рентгенологическая диагностика, в том числе КТ/МРТ. А также при привлечении для консультации и экспертизы лидеров мнения, имеющих необходимые знания, навыки и опыт работы.

Также воспользоваться аутсорсингом медицинских услуг можно в следующих случаях:

- 1) при поломке и долгосрочном ремонте медицинского оборудования;
- 2) при привлечении супервайзера для обучения специалистов на месте (мастер-классы, тренинги);
- 3) использование мобильных установок для рентгенологической диагностики;
- 4) использование мобильного ФАП или мобильного офиса врача общей практики;
- 5) при проведении диспансеризации;
- 6) при проведении выездной работы и медицинской помощи на дому (патронаж, реабилитация, помощь пациентам с тяжелыми формами хронических заболеваний).

Рассмотрим пример возможного аутсорсинга в нашем регионе. Так в Челябинской области есть дефицит в ФАП, запланировано с 2021 года в течении 5 лет строительство 78 новых ФАПов в рамках новой программы модернизации первичного звена, но помощь в рамках государственных гарантий должна оказываться уже сейчас и в период 2021–2024 гг. К тому же, по данным Министерства здравоохранения Челябинской области, нехватка персонала в ФАПах составляет 20 % [34]. В таком случае с помощью механизма аутсорсинга в нужный район уже сейчас может быть поставлен модульный или мобильный ФАП с персоналом, подотчетный ЦРБ соответствующего района (рисунок 2).

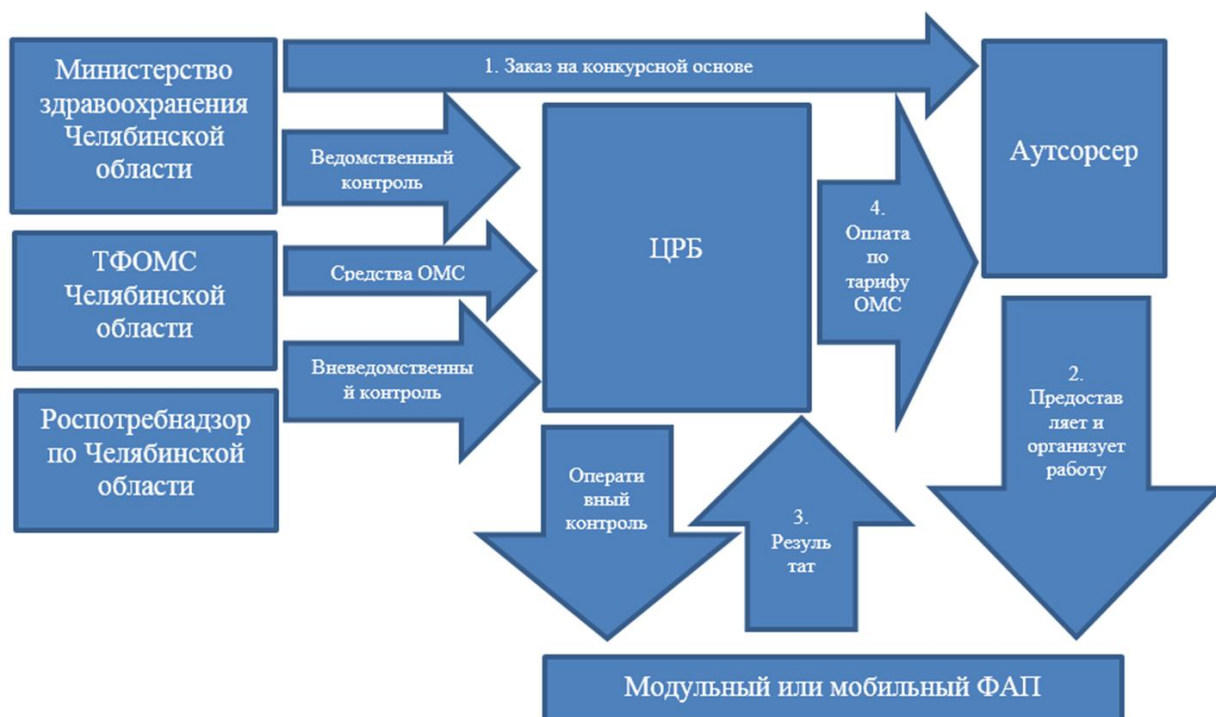


Рисунок 2 – Схема аутсорсинга медицинских услуг в системе ОМС на уровне ПМСП

Среднегодовое рекомендованное расчетное число посещений на одну должность среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, с учетом корректирующих коэффициентов к нагрузке на должность, 5160 в год [49]. Таким образом, при тарифе за посещение с профилактической целью фельдшер за 1 год наработает 1 124 880 рублей средств ОМС, акушерка 1 083 600 рублей соответственно, а при тарифе за обращение и того больше.

Капитальные затраты аутсера в основном будут складываться из стоимости мобильного ФАПа, в полной комплектации это около 5 млн. рублей (по рыночным ценам 2020 года), или в 3–4 раз дешевле за полный комплект модульного фельдшерско-акушерского пункта. Разницу в стоимости из-за автомобильного шасси у мобильного варианта можно нивелировать использованием полуприцепов в качестве базы.

Второй, менее весомой, строкой затрат со стороны аутсера будет общий фонд оплаты труда, учитывая уровень средней заработной платы фельдшера ФАП в Челябинской области в 55 000 рублей. По информации Челябинскстата в 2019 года средний медперсонал получал в среднем 34,7 тысячи рублей, а младший медперсонал зарабатывал в среднем 30,9 тысячи рублей в месяц [41].

Третьими по объему, но не по значимости будут расходы на лицензирование медицинской деятельности, вместе с юридическим сопровождением отнимут порядка 50–60 тысяч рублей.

Таким образом, учитывая выше перечисленные расчеты и данные таблицы 7, сотрудничество с подобным механизмом для аутсера будет выгодно в среднесрочной перспективе, а для государственного партнера с первого дня работы аутсорсингового ФАПа.

Таблица 7 – Финансовое обеспечение, тарифы и штатные нормативы ФАП

Фельдшерский пункт Фельдшерско-акушерский пункт		Обслуживаемое население 100-900 жителей	Обслуживаемое население 900-1500 жителей	Обслуживаемое население 1500-2000 жителей
финансовое обеспечение на 2020 год, тыс. рублей		1064,41	1686,24	1893,51.
Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, медицинским организациям и не участвующим и в подушевом финансировании ОМС Челябинской области, руб.	За посещение	Фельдшер 218,00	Фельдшер 218,00	Фельдшер 218,00
		Акушерка 270,00	Акушерка 270,00	Акушерка 270,00
	За обращение	Фельдшер 436,00	Фельдшер 436,00	Фельдшер 436,00
		Акушерка 540	Акушерка 540	Акушерка 540
	За посещение с профилактической целью	Фельдшер 218,00	Фельдшер 218,00	Фельдшер 218,00
		Акушерка 210,00	Акушерка 210,00	Акушерка 210,00
Число должностей, ед.	Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер, акушерка	1	1	1
	Акушерка	-	1	1,5
	Санитар	0,5	1	1

Источник: составлено по данным [30, 56]

Современные события с коронавирусной пандемией навевают такие возможности для аутсорсинга при оказании медицинских услуг в рамках ОМС как мобильный коечный фонд. При повышении потребности в стационарных койках того или иного профиля у государственных медицинских организаций частными партнерами предоставляется соответствующее всем необходимым нормам полностью оборудованные коечные места в нужном количестве. При этом всю ответственность за хозяйственно-административную часть в этом случае берет на себя частный партнер, также он может предоставить услуги медицинского персонала при необходимости, публичный же партнер по договору оплачивает эти

услуги за счет средств, полученных за оказание медицинской помощи в рамках ОМС. Эту схему можно использовать, например, в службе родовспоможения, когда учреждения закрываются для профилактических мероприятий на длительный срок, либо при ремонте или реконструкции имеющегося стационара.

В условиях кадрового дефицита и/или недостаточной подготовке персонала становится актуальна услуга кадровой аренды или аутстаффинг. Кроме того, если работодателю нужна новая рабочая сила, но при этом он не хочет оформлять ее в свой штат, то он может арендовать сотрудников другой компании для выполнения нужных работ.

Особенностью кадровой аренды в данном случае является юридическое оформление сотрудников по основному месту в компании провайдера (аутстаффер, аутстаффинговое агентство). С заказчиком их связывает договор предоставления персонала, после окончания работ по которому он должен выплатить определенную сумму. Сотрудник компании провайдера получает определенное рабочее место и должностные инструкции, то есть находится в прямом подчинении на территории заказчика с соблюдением внутреннего устава и трудового распорядка, фактически ничем не отличаясь при этом от штатного сотрудника.

При аутстаффинге заказчик оплачивает человеческие ресурсы, предоставленные аутстаффером, но при этом снимает с себя обязанности по налоговым сборам, больничным, отпускам, премиям. Но при этом он может контролировать ее ход, исполнение и оплачивает именно рабочий процесс, также предъявляя претензии и требования по его осуществлению, ведь процесс работы происходит на его территории. Соответственно, аутстаффинг отличается от договора подряда при аутсорсинге и не обязательно подразумевает конечный результат.

При аутстаффинге присутствуют риски изменения ценообразования, непризнание налогообложения расходов, и возможны претензии трудовой инспекции. К преимуществам аутстаффинга можно отнести: уменьшение фонда оплаты труда; привлечение специалистов редких или непопулярных профессий; решает проблему с текучестью кадров; снижает налоговую нагрузку.

Изменения, внесенные Федеральным Законом от 05.05.2014 г. № 116–ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ», действующие с января 2016 года, регламентируют использование аутстаффинга в РФ [67].

Для проведения кадровой аренды заказчик обращается к аутстафферу. Компания провайдера, оказывающая такую услугу, оформляет к себе в штат, соответствующий специалистов в рамках трудового законодательства, таким образом становясь формальным их работодателем, а затем направляет заказчику для работы на его территории по договору предоставления персонала. Так компания провайдера, как официальное место трудоустройства, берет на себя обязанности по начислению зарплаты, ведению кадрового делопроизводства, выступает налоговым агентом и несет перед государственными службами всю юридическую ответственность за них, вместо заказчика.

Только частные агентства занятости, отвечающие соответствующим требованиям законодательства, могут предоставлять услуги по аутстаффингу в РФ,

для этого им необходима государственная аккредитация. Для получения аккредитации у частного кадрового агентства занятости должна отсутствовать задолженность по налогам, сборам и другим обязательным платежам в бюджет, а уставной капитал должен составлять не менее 1 000 000 рублей и должно работать на общей системе налогообложения. Кроме того, генеральный директор компании провайдера обязан иметь высшее образование и стаж работы в сфере трудоустройства или содействия занятости населения минимум два года в течение последних трех лет, при этом у него должны отсутствовать судимости за экономические преступления и преступления, совершенные против личности.

Аренда персонала аутстаффинговой компании сторонним организациям возможна на срок не более 9 месяцев. Оплата труда такого персонала не может быть ниже штатных сопоставимых сотрудников заказчика. При этом заказчик, привлекая работника на работы, связанные с вредными и опасными условиями труда, обязан компенсировать, соответственно характеристике условий труда на рабочем месте. Кроме того, при использовании аренды персонала более 10 % от собственного штата необходимо согласовывать с профсоюзной организацией, образованной в компании.

Аутстаффинг медицинского персонала будет востребован для организации непрерывной работы медицинской организации в случаях отпуска или временной нетрудоспособности штатных сотрудников, особенно актуален в небольших по численности медицинских организациях, таких как РП, ЦРБ и ГБ небольших городов, тем более единственных специалистов и когда требуется закрыть ночные или праздничные дежурства.

На сегодня в медицинских организациях в системе ОМС эта проблема решается за счет перераспределения нагрузки на оставшиеся кадры, либо если заменить и перераспределить обязанности специалиста невозможно, то на плечи пациентов. Что снижает качество оказываемой медицинской помощи и напрямую уменьшает ее доступность, что в свою очередь ограничивает права населения в рамках государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь. Отрицательный результат этого – медицинская организация не вырабатывает весь выделенный объем по ОМС по конкретному направлению, то есть не зарабатывает, а в худшем случае вынуждена затратить средства для получения медицинских услуг для своих пациентов на стороне.

Рассмотрим данный механизм на примере планового отпуска единственного специалиста по эндоскопии ЦРБ в Челябинской области длительностью 28 дней. В 2020 году 248 рабочих дней, в среднем в месяц 20,6 рабочих смен, для удобства расчетов округлим до 21 рабочего дня. Расчетная норма нагрузки на врача эндоскописта составляет 39 условные единицы за 6,5 часов рабочего времени непосредственно на процедуры при продолжительности рабочего времени не более 39 часов в неделю, согласно ч. 1 ст. 350 Трудового кодекса РФ, при этом за условную единицу принимается работа продолжительностью 10 минут [57]. Согласно расчетным нормативам времени на исследования по приказу № 222 от 31.06.1996 г. «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях Российской Федерации» при плановой работе за одну рабочую смену врач

эндоскопист может выполнить, например, 7 эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС), то есть за 21 рабочий день в месяц он выполнит минимум 147 таких исследований. Для примерного расчета возьмем тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (таблица 8).

Таблица 8 – Стоимость ЭГДС согласно тарифного соглашения в сфере ОМС

Показатель	Количество ЭГДС, ед.	Тарифы на оплату медицинской услуги ЭГДС, оказываемых по ОМС, руб.*	Тарифы на оплату медицинской услуги ЭГДС в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения в поликлинике, руб.
Медицинская услуга ЭГДС	1	1273,20	1605,80
Количество процедур за рабочую смену	7	8912,40	11240,60
Количество процедур за 21 рабочий день	147	187 160,40	236 052,60

Источник: составлено по данным [56]

Средняя зарплата врача в Челябинской области на 01.10.2020 г. составляет 80,8 тыс. рублей по данным Контрольно-счётной палаты Челябинской области. Учитывая эти данные и данные таблицы 8, у медицинской организации в системе ОМС и компании провайдера могут быть экономические основания для взаимодействия при подмене единственного специалиста на период его отпуска. Для врача специалиста, оформленного у аутстаффера, плюсы подобного трудоустройства в непрерывном стаже и стабильной заработной плате, независимой от взаимоотношений с руководством заказчика, и зачастую выше чем у коллег в государственных учреждениях. Особенно это актуально в период нынешнего экономического кризиса, когда снижается покупательская способность населения, как следствие снижаются доходы у частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций, что влечет высвобождение или снижение занятости квалифицированных кадров. Подобный механизм может быть применен

при существовании объективного дефицита кадров в государственных медицинских организациях согласно Федеральному проекту «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

На примере работы врача эндоскописта также можно рассмотреть комбинацию методов аутсорсинга и аутстаффинга в медицинской организации или аутсорсинг «на месте», добавив в нее аренду эндоскопического оборудования в случае поломки имеющегося у организации.

Используя аутсорсинг и аутстаффинг в случае необходимости, государственная медицинская организация не должна заниматься организационными вопросами по поиску соответствующих поставщиков, эти вопросы должны решаться оперативно квалифицированным представителем. Так же для быстрого использования механизма аутсорсинга нужен предварительный конкурсный отбор компаний с необходимыми ресурсами. Для этого необходим координационный механизм между местным органом исполнительной власти, ТФОМС и аутстаффинговым агентством, созданным в рамках частной инициативы. С одной стороны, будет существовать компания провайдер, которая будет аккумулировать медицинские кадры, следя за их обучением и аккредитацией, а с другой Министерство здравоохранения в рамках оперативного управления всегда в курсе, где есть или возникнет кадровый дефицит и на какой срок. В качестве рекомендации, в целях координации необходимо предусмотреть организацию Центра аутсорсинга и аутстаффинга, который будет заниматься отбором участников согласно соответствующим требованиям и организацией конкурсных процедур.

Таким образом, координационные механизмы с предварительной конкурсной составляющей позволят в полной мере отнести аутстаффинг и аутсорсинг к методам ГЧП, при котором частный партнер ответственен за выполняемые работы или оказываемые услуги, а конкурсные процедуры способствуют выбору наиболее подходящего подрядчика для выполнения государственного заказа.

Предлагается более шире подходить к развитию партнерства государственного и частного сектора в сфере здравоохранения РФ, и в качестве альтернативы классическому ГЧП применять аутсорсинг медицинских услуг и аутстаффинг медицинских кадров как эффективные формы для выполнения профильных видов деятельности в сфере здравоохранения РФ за счет:

- 1) оказание медицинских услуг частными организациями в рамках ОМС и программ государственных гарантий;
- 2) привлечения для работы лидеров мнения, супервайзеров, имеющих необходимые знания, навыки и опыт работы. Расширения участия частнопрактикующих медицинских работников в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- 3) аренды инфраструктуры государственной медицинской организации при условии участия частного бизнеса в оказании бесплатной медицинской помощи населению в рамках программ государственных гарантий.

В итоге государственный сектор получает:

1) повышение качества и доступности медицинских услуг для населения, повышение эффективности оказания медицинских услуг населению за счет поиска дополнительных резервов и сокращения затрат без потери качества, при сохранении непрерывности работы медицинских учреждений в системе ОМС;

2) привлечение дополнительных финансовых ресурсов, уменьшение финансовых и производственных рисков, и внедрение современных методов управления в здравоохранение.

Частный сектор при этом:

1) доступ к государственным активам и ресурсам в сфере здравоохранения;

2) возмещение части инвестированных средств (налоговые льготы, субсидии при работе в социальной сфере);

3) стабильность развития бизнеса (гарантии стабильных финансовых поступлений в долгосрочной перспективе).

Выводы по разделу 3

На основании выше приведенного исследования сделаны следующие выводы по главе 3.

1. На данном этапе в РФ при работе частных организаций в системе ОМС существуют непреодолимые трудности, связанные с низкими тарифами и отсутствием свободного распределения объемов медицинской помощи в виду непрозрачности процедур, итогом чего являются низкие объемы государственного заказа и краткосрочность контрактов.

2. Новой возможностью ГЧП с ресурсосберегающей целью в сфере здравоохранения РФ, в том числе в системе ОМС, может стать аутсорсинг и аутстаффинг основной функции.

3. Предложенные модели ГЧП в системе ОМС, основанные на аутсорсинге медицинской помощи и аутстаффинге медицинских кадров, способны повысить доступность и улучшить качество медицинской помощи для населения при сохранении государственных финансовых ресурсов.

4. В условиях современного экономического кризиса выгоды при использовании моделей аутсорсинга медицинской помощи и аутстаффинга медицинских кадров в виде более широкого доступа к государственным ресурсам на основе выделенных объемов медицинской помощи в рамках ОМС и работы в сфере социального предпринимательства с возможностью возмещения части инвестированных средств способны привлечь частные организации для работы в системе ОМС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрев здравоохранения как часть экономики социального сектора и особенности ее финансирования в РФ можно прийти к выводу, что – это сфера общественных благ в виде комплекса управленческих и экономических функций государства по охране здоровья граждан. Здравоохранение является отраслью социальной сферы экономики, которая представлена системой лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных, медицинских мер, а также государственными и муниципальными организациями.

Системе здравоохранения РФ необходима организационная и экономическая модернизация и очень остро стоит вопрос о поиске новых источников финансирования, так как основной ее проблемой является дефицит бюджетного финансирования. Следует подчеркнуть, что на сегодняшний день перед системой здравоохранения России стоят задачи повышения доступности и качества медицинской помощи, а не только создание и развитие инфраструктуры. Но существующее отношение в сфере здравоохранения не может в полной мере гарантировать поступательное развитие и улучшение качества медицинской помощи, и соблюдение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению России. В частности, в РФ высока доля личных расходов граждан на медицинские услуги, она составляет 35 %, что связано с недостаточными расходами государства на здравоохранение, в 2018 г. государственные расходы на здравоохранение в РФ составили 3,2 % ВВП, в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9 %). В то время как ВОЗ установила минимальный уровень финансирования здравоохранения в размере 5,5–6 % ВВП, следовательно, дефицит средств из бюджета составляет порядка 2–2,5 %.

В условиях дефицита бюджета за счет государственных средств на основные направления здравоохранения необходимо прибегать к негосударственным источникам финансирования, таким как механизмы ГЧП. Развитие ГЧП в здравоохранении позволит не только снизить финансовую нагрузку, но и обеспечит инновационное развитие. Рассмотрев сущность, функции и виды ГЧП в сфере здравоохранения ГЧП можно сделать вывод, что в основном в РФ оно направлено на развитие инфраструктуры и чаще всего реализуется через концессионные соглашения и государственные контракты. При этом существует ряд проблем, таких как большой срок окупаемости с риском невозврата вложенных средств, большой износ основных фондов и отсутствие значимых гарантий со стороны государства.

По результатам анализа современного состояния инструментов финансирования системы здравоохранения РФ, включая ГЧП, структурирования их в отдельные блоки можно отметить положительную динамику в финансировании на современном этапе в текущих ценах, включая увеличение бюджетных расходов, финансирования институтов развития ГЧП и использование многообразия ГП. Несмотря на это, государству не удастся кардинально изменить ситуации, так как динамика роста расходов с 2019 по 2021 гг. составит всего 7,25 % в постоянных ценах в то время как нужно ежегодно расходовать на 15 % больше чтобы привести их к уровню 6,5 % ВВП к 2024 году для достижения ОПЖ 78 лет

как основного целевого показателя. В связи с чем в системе здравоохранения РФ, в том числе в рамках ОМС, необходимо более широкое применение механизма ГЧП, так как существует дефицит средств не только для инновационного развития и достижения целевых показателей в сравнении с развитыми странами, но и для планового выполнения функций по оказанию качественной медицинской помощи населению. Но на данном этапе в РФ при работе частных организаций в системе ОМС существуют непреодолимые трудности, связанные с низкими тарифами и отсутствием свободного распределения объемов медицинской помощи в виду непрозрачности процедур, итогом чего являются низкие объемы государственного заказа и краткосрочность контрактов.

В качестве альтернативы классическому ГЧП в системе здравоохранения РФ с ресурсосберегающей целью в данной работе предлагается аутсорсинг и аутстаффинг основных функций, при развитии которых основными выгодами будут предоставление более качественных медицинских услуг населению и повышение их доступности, а не улучшение инфраструктуры.

В рамках данной исследования с целью привлечения частных инвесторов в сферу оказания медицинской помощи в рамках ОМС разработаны модели для практического применения на основе аутсорсинга медицинских услуг и аутстаффинга медицинского персонала, способные повысить доступность и улучшить качество медицинской помощи для населения при сохранении государственных ресурсов, что и являлось целью данной выпускной квалификационной работы. В таких проектах основная задача государства, будет заключаться в мониторинге проблем государственных медицинских организаций с оперативной временной заменой, конкурсном отборе компаний провайдеров аутсорсинговых и аутстаффинговых услуг, соответствующих необходимым требованиям.

Учитывая по данным исследования низкую инвестиционную привлекательность Челябинской области, по сравнению с соседним субъектом Уральского Федерального округа наш регион более остро нуждается в активном привлечении частных инвестиций. Исследованием показано, что в условиях современного экономического кризиса выгоды при использовании моделей аутсорсинга медицинской помощи и аутстаффинга медицинских кадров в виде более широкого доступа к государственным ресурсам на основе выделенных объемов медицинской помощи в рамках ОМС и работы в сфере социального предпринимательства с возможностью возмещения части инвестированных средств способны привлечь частные организации для работы в системе ОМС. В связи с чем в регионе следует создать условия по формированию благоприятной среды для развития данных моделей как более успешных в целях повышения доступности и качества медицинских услуг. Что в свою очередь окажет позитивное влияние и будет способствовать возникновению в регионе новых проектов, отправных точек экономического роста, несущих позитивные социально-экономические эффекты при снижении государственных расходов.

Подводя итог, для эффективного привлечения частного сектора в систему здравоохранения, в том числе оказание медицинской помощи в системе ОМС, необходимо использовать все возможные в рамках законодательства РФ и зарекомендовавшие себя модели, особенно популярные и понятные для частного бизнеса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александров, М.А. Доказательная медицина и экономический анализ в здравоохранении / М.А. Александров // Главный врач. – 2017. – № 3. – С. 37–43.
2. Альвианская Н.В. Особенности финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2018–2020 гг. / Н.В. Альвианская // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. – №. 2 – С. 27–44.
3. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 г. № 145–ФЗ с изм. и доп. – СПС «Гарант».
4. Вицелярова, К.Н. Здравоохранение как элемент социальной сферы / К.Н. Вицелярова, К.Л. Басанова // Концепт. – <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravooohranenie-kak-element-sotsialnoy-sfery>
5. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи и клиничко-экономический анализ в ЛПУ / А.И. Вялков, П.А. Воробьев // Экономист лечебного учреждения. – 2012. – №. 9. – С. 3.
6. Горин, Т.Я. Здравоохранение: комплексный подход / Т.Я. Горин. – М.: Статистика, 2010. – 448 с.
7. Гражданский Кодекс Российской Федерации: Принят Государственной Думой 21.10.1994 г. – СПС «Гарант».
8. Дабагян, Е.К. Особенности развития государственно-частного партнерства в общественном секторе экономики / Е.К. Дабагян // РИСК: Ресурсы, информация, снабжение, конкуренция. – 2015. – №. 4. – С. 161–166.
9. Дабагян, Е.К. Развитие государственно-частного партнёрства в Российской Федерации / Е.К. Дабагян // Российское предпринимательство. – 2015. – №. 4 – С. 611–622.
10. Дабагян, Е.К. Роль частного сектора в реформировании системы здравоохранения: мировой опыт и российская практика: дис.... канд. эконом. наук / Е.К. Дабагян. – М., 2019. – 167 с.
11. Добычина, О.Н. Анализ состояния организации услуг здравоохранения в РФ / О.Н. Добычина, Ю.Е. Попов // Интернаука. – 2019. – №. 41–1. – С. 15–20.
12. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: дис.... канд. юрид. наук / Т.В. Ерохина. – Саратов, 2006. – 216 с.
13. Завьялова, Е.Б. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы / Е.Б. Завьялова, М.В. Ткаченко // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. – 2018. – Т. 26. – №. 1. – С. 61–75.
14. Закон Свердловской области от 21.12.2015 г. № 157–ОЗ «Об участии Свердловской области в государственно-частном партнерстве». – СПС «Гарант».
15. Закон Челябинской области от 24.09.2009 г. № 475–ОЗ «Об участии Челябинской области в государственно-частном партнерстве». – СПС «Гарант».
16. Исследование рынка коммерческой медицины в России 2018–2019 гг. – https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru_ru/news/2020/03/ey_healthcare_research_2018-2019_24032020.pdf

17. Календжян, С.О. Анализ основных особенностей аутсорсинга в здравоохранении / С.О. Календжян, С.Э. Ермакова, Н.С. Измалков // Российское предпринимательство. – 2016. – Т. 17. – №. 8. – С. 981–988.
18. Катаева, А.Д. Особенности системы финансирования здравоохранения в России и за рубежом / А.Д. Катаева // Вестник современных исследований. – 2019. – № 2.20. – С. 28–30.
19. Конституция Российской Федерации: Принята всенарод. голосованием 12.12.1993 г. – М.: Юрид. лит, 2009. – 64 с.
20. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Професионал, 2009. – 432 с.
21. Медицинское право: учебник для юридических и медицинских вузов / С.Г. Стеценко, Н.Г. Гончаров. В.Ю. Стеценко., А.Н. Пищата. – М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. – 568 с.
22. Михалевская, И.С. Государственно-частное партнерство как неотъемлемый фактор развития здравоохранения Челябинской области / И.С. Михалевская. – [http://foms74.ru/Uploaded/files/3-19\(pdf_io\).pdf](http://foms74.ru/Uploaded/files/3-19(pdf_io).pdf)
23. Молчанова, М.Ю. Государственно-частное партнерство в системе финансирования здравоохранения регионов / М.Ю. Молчанова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. – №. 2 (44). – С. 114–131.
24. Нелюбова, А.А. Финансирование обязательного медицинского страхования в России / А.А. Нелюбова, Т.В. Зайцева // Экономика и управление: проблемы, тенденции, перспективы развития. – 2017. – С. 250–252.
25. Официальный сайт АО «Российская венчурная компания». – <https://www.rvc.ru/>
26. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – <https://www.who.int/ru>
27. Официальный сайт государственных программ Российской Федерации. – <https://programs.gov.ru/>
28. Официальный сайт государственной корпорации развития «ВЭБ.РФ». – <https://veb.ru/>
29. Официальный сайт государственной автоматизированная информационная система «Управление». – <https://gasu.gov.ru/>
30. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. – <https://minzdrav.gov.ru/ru>
31. Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации – <https://minfin.gov.ru/ru/>
32. Официальный сайт Министерства экономического развития Российской Федерации. – <http://old.economy.gov.ru/>
33. Официальный сайт Министерства инвестиций и развития Свердловской области. – <http://www.mir.midural.ru/>
34. Официальный сайт Министерства здравоохранения Челябинской области. – <https://www.zdrav74.ru>
35. Официальный сайт Министерства экономического развития Челябинской области. – <https://mineconom74.ru/>

- 36.Официальный сайт Национального Центра государственно-частного партнерства. – <http://pppcenter.ru/>
- 37.Официальный сайт Национальной ассоциации концессионеров и долгосрочных инвесторов в инфраструктуру. – <https://investinfra.ru/>
- 38.Официальный сайт Президента Российской Федерации. – <http://kremlin.ru/>
- 39.Официальный сайт Правительства Свердловской области. – <http://midural.ru/>
- 40.Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области. – <http://foms74.ru/>
- 41.Официальный сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области. – <https://chelstat.gks.ru/>
- 42.Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – <https://rosstat.gov.ru/>
- 43.Официальный сайт Российского фонда прямых инвестиций. – <https://rdif.ru/>
- 44.Официальный сайт Фонда развития промышленности. – <https://frprf.ru/>
- 45.Официальный сайт Фонда развития моногородов. – <http://xn--80afd4affbbat.xn--p1ai/>
- 46.Пищита, А.Н. Классификация видов государственно-частного партнерства, используемых в здравоохранении / А.Н, Пищита, Л.Д. Просяник, В.П. Клочков, Н.А. Иванова // Медицина. – 2019. – Т. 7. – №. 1. – С. 61–69.
- 47.Плесовский, П.А. Роль государства в регулировании рынка медицинских услуг / П.А. Плесовский // Корпоративное управление и инновационное развитие экономики Севера: Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета. – 2008. – №. 1. – С. 80–91.
- 48.Приказ Министерства экономического развития Российской Федерации от 02.10.2013 г. № 567 «Об утверждении Методических рекомендаций по применению методов определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем)». – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153376/
- 49.Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области № 1360 от 26.07.2017 г. «Об утверждении нормативов нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (отделений) медицинских организаций Челябинской области». – <http://docs.cntd.ru/document/450298658>
- 50.Репринцева, Е.В. Механизмы финансирования здравоохранения РФ / Е.В. Репринцева // Иннов: электронный научный журнал. – <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-finansirovaniya-zdravoohraneniya-rf>
- 51.Решетников, А.В. Экономика здравоохранения: учебник / А.В. Решетников // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 191 с.
- 52.Решетников, А.В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум / А.В. Решетников, Н.Г. Шамшурина, В.И. Шамшурин. – М.: Юрайт, 2019. – 328 с.
- 53.Руцки, Ю.О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы) / Ю.О. Руцки // Проблемы современной экономики. – <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya->

innovatsionnyh-resheniy-i-problemy-modernizatsii-zdravoohraneniya-na-primere-stran-evropy

- 54.Скляр, Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении / Т.М. Скляр // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №. 3. – С. 51–57.
- 55.Сухов, Д.Р. ГЧП в сфере здравоохранения: проблематика ОМС и выбор платежного механизма / Д.Р. Сухов. – https://mineconom74.ru/sites/default/files/imceFiles/user-318/no_3_-_08.11.2018_suhov_damir_gchp_v_sfere_zdravoohraneniya.pdf.
- 56.Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 г. № 822–ОМС – http://foms74.ru/page/tarifnoe_soglashenie_v_sfere_oms
- 57.Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 г. № 197–ФЗ с изм. и доп. – СПС «Гарант».
- 58.Улумбекова, Г.Э. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения / Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – №. 4 (18). – С. 4–19.
- 59.Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, Б.А. Райзберг и др.; под ред. А.М. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 664 с.
- 60.Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Российская газета. – 2018. – 9 мая.
- 61.Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» // Российская газета. – 2020. – 22 июля.
- 62.Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115–ФЗ «О концессионных соглашениях» // Российская газета. – 2005. – 26 июля.
- 63.Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. – 3 декабря.
- 64.Федеральный закон от 18.07.2011 г. № 223–ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» // Российская газета. – 2011. – 22 июля.
- 65.Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» // Российская газета. – 2011. – 23 ноября.
- 66.Федеральный закон от 05.04.2013 г. № 44–ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» // Российская газета. – 2013. – 12 апреля.
- 67.Федеральный закон от 05.05.2014 г. № 116–ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ» // Российская газета. – 2014. – 7 мая.
- 68.Федеральный закон от 13.07.2015 г. № 224–ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации» // Российская газета. – 2015. – 17 июля.

69. Федеральный закон от 02.06.2016 г. № 154–ФЗ «О Российском Фонде Прямых Инвестиций» // Российская газета. – 2016. – 6 июня.
70. Федеральный закон от 15.10.2020 г. № 314–ФЗ «Об исполнении федерального бюджета за 2019 год» // Российская газета. – 2020. – 20 октября.
71. Федеральный закон от 08.12.2020 г. № 430–ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// Российская газета. – 2020. – 11 декабря.
72. Хулукшинов, Д.Е. Механизмы финансирования системы здравоохранения России / Д.Е. Хулукшинов // Перспективы науки. – 2017. – № 6 (93). – С. 58–64.
73. Хулукшинов, Д.Е. Контакты жизненного цикла как наиболее перспективный механизм финансирования проектов ГЧП в здравоохранении России / Д.Е. Хулукшинов // Наука и бизнес: пути развития. – 2017. – № 7 (73). – С. 34–37.
74. Шайдуров, С.А. Аутсорсинг в сфере оказания государственных и муниципальных услуг: дис.... канд. юрид. наук / С.А. Шайдуров – М., 2017. – 186 с.
75. Eurostat Database. Life table (Last update 28.04.20. Extracted on 20.08.20). – <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Приложение А

Показатели Национального проекта «Здравоохранение»

Национальный проект "Здравоохранение"

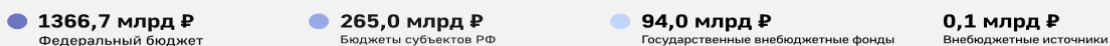
Сроки реализации проекта

01.01.2019 — 31.12.2024

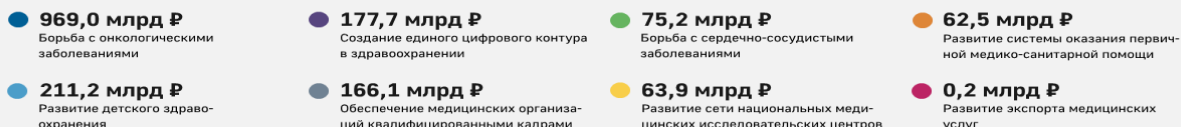
Бюджет национального проекта "Здравоохранение"

1725,8 млрд ₽

Источники финансирования национального проекта

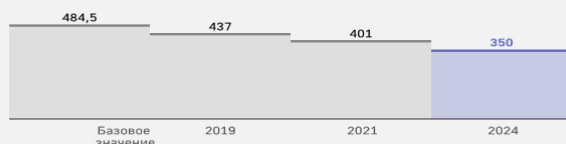


Федеральные проекты, входящие в национальный проект "Здравоохранение"

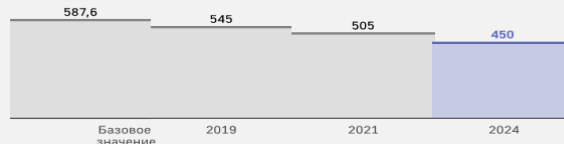


Цели и целевые показатели

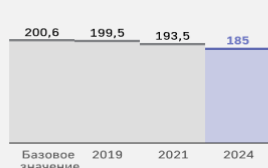
Снижение смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев (на 100 тыс. населения)



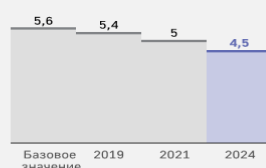
Снижение смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев (на 100 тыс. населения)



Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных до 185 случаев (на 100 тыс. населения)



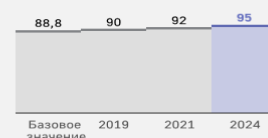
Снижение младенческой смертности до 4,5 случая (на 1 тыс. родившихся)



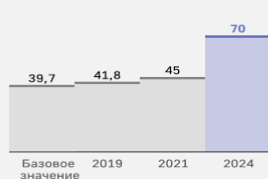
Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь



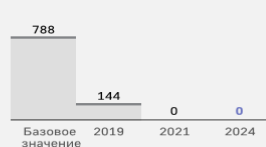
Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала (%)



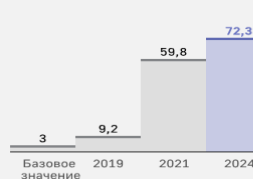
Охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год (%)



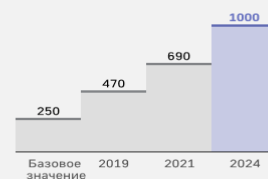
Число пунктов с населением от 100 до 200 тыс. человек, находящихся вне зоны доступности от организации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ед.)



Доля медучреждений, участвующих в создании и тиражировании "новой модели медицинской организации" (%)



Увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (млн долларов США)



© ТАСС, 2019. Источники: паспорта национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г.

Рисунок А.1 – Показатели Национального проекта «Здравоохранение»