

На правах рукописи

ХУЛУКШИНОВ ДЕНИС ЕГОРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА В
СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

Специальность 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Москва – 2019

Диссертация выполнена на кафедре «Финансы и кредит» экономического факультета ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН).

Научный руководитель:

Савенкова Елена Викторовна,

доктор экономических наук, доцент,
профессор кафедры «Финансы и кредит»
экономического факультета ФГАОУ ВО
«Российский университет дружбы народов»

Официальные оппоненты:

Ермакова Светлана Эдуардовна,

доктор экономических наук, доцент,
профессор кафедры корпоративного
управления Высшей школы корпоративного
управления ФГБОУ ВО «Российская
академия народного хозяйства и
государственной службы при Президенте
Российской Федерации»

Шилкина Ольга Анатольевна

кандидат экономических наук, доцент
кафедры государственных и
муниципальных финансов Высшей школы
государственного аудита (факультет)
ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова»

Ведущая организация:

**ФГБОУ ВО «Финансовый университет
при Правительстве Российской
Федерации»**

Защита состоится 13 марта 2019 года в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д 999.205.02 при ФГАОУ ВО «Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации» (МГИМО), ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (РУДН) по адресу 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6., зал № 1.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке РУДН и МГИМО по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6 и 119454, г. Москва, проспект Вернадского, д. 76.

Объявление о защите и текст автореферата размещены на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации и на сайте РУДН.

Автореферат разослан 11 февраля 2019 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 999.205.02

Голодова Ж.Г.

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертационного исследования. Современный этап экономического развития России ставит серьезные проблемы перед государством, которое отвечает перед обществом за качество предоставления социальных услуг, в первую очередь, в сфере здравоохранения. Во многом это обусловлено тем, что темпы роста ВВП в России более, чем в два раза уступают среднемировым. В результате государство сталкивается с проблемой обеспечения бюджетными фондами своих финансовых обязательств в общественном секторе, включая систему здравоохранения. Программа бюджетной консолидации, запланированная на 2018-2020 гг., ставит фундаментальный вопрос о реализации новых механизмов финансирования системы здравоохранения, поскольку государство вынуждено ограничивать его бюджетное финансирование, не сокращая объема предоставления услуг здравоохранения. Это возможно лишь на путях кооперации государства, частного бизнеса и самих граждан при переходе от бюджетной к страховой или смешанной системе финансирования здравоохранения. Речь идет о замещении бюджетного финансирования внебюджетным (страховым) с использованием разнообразных форм государственно-частного партнерства (далее – ГЧП), которое должно сопровождаться повышением качества контроля государством этой сферы. Другими словами, административный ресурс, гарантии получения стабильного дохода, льготирование при получении кредита и т.п. должно стать адекватным субститутом бюджетного финансирования в партнерских проектах с частными инвесторами в сфере здравоохранения. Кроме того, помимо проблемы нехватки бюджетного финансирования ключевой проблемой российской медицины является низкая эффективность использования бюджетных средств.

Значительный потенциал замещения бюджетных средств и повышения эффективности системы предоставления услуг здравоохранения населению представляет модель организации с привлечением разнообразных форм ГЧП. В сложившихся условиях частный бизнес должен быть мотивирован для участия в совместных с государством инвестиционных проектах в сфере здравоохранения. Для этого государство должно институционально обеспечить интересы частных инвесторов путем предоставления им определенных льгот и гарантий, снижающих риски инвестиционных вложений в долгосрочные проекты, внедрения специальных финансовых инструментов, обеспечивающих успешное финансирование и реализацию ГЧП-проектов в сфере здравоохранения. Это позволит разработать, апробировать и усовершенствовать модель механизма финансирования системы здравоохранения в России с учетом критерия роста его эффективности. Все обозначенные выше проблемы обуславливают актуальность темы диссертационного исследования, его научную новизну и практическую значимость.

Степень научной разработанности проблемы. Теоретические и практические основы изучения взаимодействия государственной власти и бизнес-структур, классификация форм и моделей ГЧП представлены в работах зарубежных экономистов Д. Делмона, Е. Йескомба, М. Булт-Спиринга и Г. Девульфа, М. Джеррарда. Среди отечественных авторов нужно выделить работы А.Я. Быстрякова, В.А. Кабашкина, В.Г. Варнавского, Д.М. Амунца, Е.В. Савенковой, К.С. Фиоктистова, М.А. Дерябиной, С.С. Литвякова, Т.К. Блохиной.

По теме государственных финансов, финансового менеджмента, проектного финансирования, являющихся методологической основой финансирования проектов ГЧП, опубликованы работы Г.Б. Поляка, И.Я. Лукасевича, Р. Мертонса, Р. Брейли, С. Майерса.

Несмотря на высокую степень изучения вопроса финансирования системы здравоохранения в западных странах и в России, данная проблема требует более глубокого анализа и обобщения, применительно к современным российским условиям.

Цель диссертационного исследования заключается в выявлении особенностей финансового механизма в системе здравоохранения России и разработке мер по его совершенствованию на основе комплексного анализа и оценки финансовых инструментов.

Поставленная цель обусловила необходимость решения **следующих задач:**

- систематизировать факторы оценки эффективности финансирования здравоохранения на основе ГЧП;
- обосновать необходимость использования механизма финансирования в рамках ГЧП в здравоохранении;
- провести анализ показателей эффективности проектов и предложить алгоритм отбора и оценки проектов ГЧП в сфере здравоохранения;
- разработать модель минимизации рисков ГЧП-проектов в сфере здравоохранения России;
- аргументировать направления совершенствования регулирования бюджетного финансирования проектов ГЧП и разработать предложения по расширению линейки инструментов ГЧП для их применения в здравоохранении.

Объектом исследования является финансовый механизм в системе здравоохранения России.

Предмет исследования – совокупность отношений, возникающих в процессе финансирования здравоохранения России.

Теоретической основой исследования стали работы отечественных и зарубежных ученых в области проектного финансирования, инвестиционного анализа и ГЧП, посвященные особенностям применения механизма ГЧП для реализации социально значимых объектов инфраструктуры, финансированию ГЧП-проектов, распределению рисков между публичным и частным партнером. Правовой основой исследования стали нормативно-правовые документы

Российской Федерации: федеральные законы, постановления и распоряжения Правительства, приказы Министерств и ведомств, методические рекомендации в области оценки и отбора инвестиционных проектов.

Информационно-статистической базой исследования явились законодательные и нормативные акты Российской Федерации о ГЧП, данные Министерства экономического развития Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики, Центра развития государственно-частного партнерства, а также информационно-аналитические материалы Всемирного Банка, Европейского инвестиционного банка, Международного валютного фонда, ресурсы информационной сети Интернет.

В качестве **методологической основы исследования** были использованы такие общенаучные методы как экспертный, статистический, сравнительный, факторный, сценарный, корреляционный и дисперсионный анализ. В процессе обработки информации использовались методы группировки, сравнения, табличного и графического представления данных, а также абстрактно-логический и экономико-статистический методы исследования.

Область исследования. Исследование выполнено в соответствии с п. 3.6. «Отраслевые финансы», п. 3.12. «Структура и взаимосвязь механизма финансового взаимодействия государства и корпоративных финансов в рыночных условиях» паспорта специальности ВАК 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит.

Научная новизна результатов исследования заключается в разработке мер по совершенствованию финансового механизма в системе здравоохранения России на основе предложенного алгоритма и модели реализации проектов ГЧП в здравоохранении.

К наиболее важным научным результатам, полученным лично автором и характеризующим новизну исследования, относятся следующие:

- разработана двухуровневая система оценки эффективности финансирования системы здравоохранения России, которая включает на I уровне: оценку финансирования здравоохранения в целом на основе расчета социальной, структурной и медико-экономической эффективности с использованием методов оценки эффективности затрат по определенным критериям (эффективность расходования государственных средств, снижение заболеваемости населения, повышение качества предоставляемых услуг, увеличение ожидаемой продолжительности жизни); на II уровне отбор проекта и оценку его финансовой эффективности предлагается проводить с использованием финансовых показателей (чистая приведенная стоимость, внутренняя норма доходности, индекс прибыльности, срок окупаемости, рентабельность проекта) на основе критерия целевого результата;

- структурирован механизм финансирования проектов в здравоохранении путем систематизации инструментов финансирования по отдельным блокам (государственные и федерально-целевые программы;

государственные гарантии; институты развития ГЧП; контрактные формы), что создает методологическую базу для оптимизации использования бюджетных средств и повышения качества контроля за их использованием;

- предложен алгоритм отбора и оценки проектов ГЧП в сфере здравоохранения, основанный на пошаговом подходе к процедуре реализации проекта с привлечением показателей оценки эффективности (коммерческая, бюджетная, социальная (социально-экономическая)) и определения их значимости по объему финансирования, эффекту от реализации проекта с учетом распределения их по социально значимым, отраслевым, региональным (локальным) уровням;

- разработана модель минимизации рисков ГЧП-проектов, в основе которой лежит система взаимосвязанных составляющих элементов финансового механизма в здравоохранении России (взаимосвязь частного инвестора и государства в части окупаемости инвестиций, гарантии возврата денежных средств, гарантии минимального дохода, пропорционального распределения рисков, сохранения постоянных условий в течение всего срока действия соглашения), которая позволяет применять стандартизированный в рамках выделенных элементов подход к оценке проектных рисков для повышения инвестиционной привлекательности проектов ГЧП для частных инвесторов;

- обоснованы предложения по совершенствованию бюджетного финансирования и развитию инструментов ГЧП для финансирования проектов в социальных отраслях экономики на основе внедрения инфраструктурных облигаций и платежных инструментов с гарантией постоянного минимального дохода, которые эмитируются специализированной проектной компанией для привлечения денежных ресурсов при финансировании строительства и (или) реконструкции объектов инфраструктуры. Применение предлагаемых инструментов должно способствовать развитию практики применения проектного финансирования, уменьшению нагрузки на бюджеты различных уровней, а также созданию механизмов долгосрочного инвестирования в рублевом эквиваленте для негосударственных пенсионных фондов и страховых компаний.

Теоретическая значимость диссертационной работы определяется полученными автором выводами, развивающими методические основы формирования и развития ГЧП в России, в том числе: определен оптимальный механизм финансирования ГЧП-проектов в здравоохранении с учетом рассмотренных форм и моделей ГЧП; разработана двухуровневая система оценки эффективности финансирования системы здравоохранения России, структурирован механизм финансирования ГЧП в социальных отраслях.

Практическая значимость научного исследования состоит в возможности использования предложенных мер и рекомендаций при реализации проектов на основе ГЧП, направленных на улучшение результативности финансирования отраслевой инфраструктуры, которые могут

быть использованы органами государственной власти и бизнес-структурами, участвующими в партнерстве. Практическое значение имеют:

- алгоритм отбора и оценки эффективности проектов ГЧП в сфере здравоохранения;
- модель минимизации рисков ГЧП-проектов в сфере здравоохранения;
- предложения по совершенствованию финансирования за счет бюджетных средств и развитию инструментов ГЧП для финансирования проектов в социальных отраслях экономики и созданию условий для привлечения частного бизнеса в развитие сферы здравоохранения на основе внедрения инфраструктурных облигаций при реализации проектов ГЧП.

Апробация и внедрение результатов исследования. Отдельные положения докладывались на Международном финансово-экономическом форуме «Экономическая политика России в условиях глобальной турбулентности» (г. Москва, Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, ноябрь 2014 г.); Всероссийской молодежной научно-практической конференции «Начало в науке» (г. Уфа, Башкирский государственный университет, апрель 2015 г.); IV Научно-практической конференции молодых ученых «Мировые тенденции и перспективы развития инновационной экономики» (г. Москва, Российский Университет Дружбы Народов, май 2015 г.); XXVI Международной научно-практической конференции «Проблемы современной экономики» (г. Новосибирск, Новосибирский государственный технический университет, июнь 2015 г.); Межрегиональном форуме «Роль бизнеса в улучшении инвестиционного климата» (г. Москва, Правительство Москвы, октябрь 2015 г.); Международной научно-практической конференции «Innovation progress in the context of globalization of the world economy: Challenges, Trends, Prospects» (г. Прага, Центральный Богемский университет, Чешская республика, март 2016 г.); Международной научно-практической конференции «Современные вызовы и реалии экономического развития России» (г. Ставрополь, Северо-Кавказский федеральный университет, апрель 2016 г.); XVIII Международной научно-практической конференции «European Research: Innovation in Science, Education and Technology Source» (г. Лондон, Великобритания, июль 2016 г.); XII International Conference on Economic Sciences (г. Вена, Австрия, август 2016 г.); LIV Международной научно-практической конференции «Научная дискуссия: вопросы экономики и управления» (г. Москва, сентябрь 2016 г.); Международной научно-практической конференции «Наука нового времени: от идеи к результату» (г. Санкт-Петербург, август 2017 г.).

Материалы диссертационного исследования используются кафедрой «Финансы и кредит» ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» в преподавании дисциплин «Инвестиции», «Корпоративные финансы», «Ценообразование», «Иностранные инвестиции».

Публикации. По тематике диссертации опубликовано 18 статей общим объемом 5,04 п.л., из которых 7 – в периодических изданиях, входящих в

перечень рецензируемых научных журналов и изданий ВАК Минобрнауки России, объемом 2,11 п.л. авторского текста.

Структура и объем диссертации. Цель и задачи исследования предопределила логику и структуру диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы из 175 источников на русском и английском языках, 4 приложений. Основной текст диссертационного исследования изложен на 174 страницах, содержит 41 таблицу, 37 рисунков и 11 формул.

II. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Разработана двухуровневая система оценки эффективности финансирования системы здравоохранения России.

В диссертации предложена двухуровневая система оценки финансирования системы здравоохранения России (рис.1).



Рисунок 1. – Двухуровневая система оценки эффективности финансирования здравоохранения России.

Источник: составлено автором.

На I уровне проводится оценка финансирования здравоохранения в целом на основе расчета социальной, структурной и медико-экономической эффективности с использованием методов оценки эффективности затрат для каждого вида эффективности по определенным критериям (эффективность расходования государственных средств, снижение заболеваемости населения, повышение качества предоставляемых услуг, увеличение ожидаемой продолжительности жизни). На основании этого определяются наиболее необходимые учреждения здравоохранения, направленные на лечение

первостепенных заболеваний (например, сердечно-сосудистых, психоневрологических заболеваний, болезней эндокринной системы, органов пищеварения и др.).

На II уровне определяется проект и осуществляется его оценка финансовой эффективности с помощью определенных финансовых показателей (чистая приведенная стоимость, внутренняя норма доходности, индекс прибыльности, срок окупаемости, рентабельность проекта) на основе критерия (целевой результат). Также определяется срок реализации, способ финансирования проекта (бюджетное, смешанное, внебюджетное) и оценивается ожидаемый эффект от реализации проекта с учетом количественных параметров неопределенности на основе технико-экономических показателей.

Предложенная система оценки позволит определить эффективность расходования государственных средств на программы в сфере здравоохранения России, а также даст возможность реализовывать необходимые проекты по строительству и (или) реконструкции объектов здравоохранения с применением инструментов ГЧП, повышению качества предоставляемых медицинских услуг и увеличению продолжительности жизни населения.

2. Структурирован механизм финансирования системы здравоохранения России.

В ходе исследования был проведен анализ существующих инструментов финансирования системы здравоохранения России, в том числе: государственных и федерально-целевых программ, национальных проектов, государственных гарантий, институтов развития ГЧП, контрактных форм. Было выявлено, что между объемом финансирования здравоохранения и показателем здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни) и качеством жизни наблюдается прямая зависимость (чем больше бюджетных средств поступает в систему здравоохранения, тем выше показатели здоровья населения и качества жизни) (рис. 2).

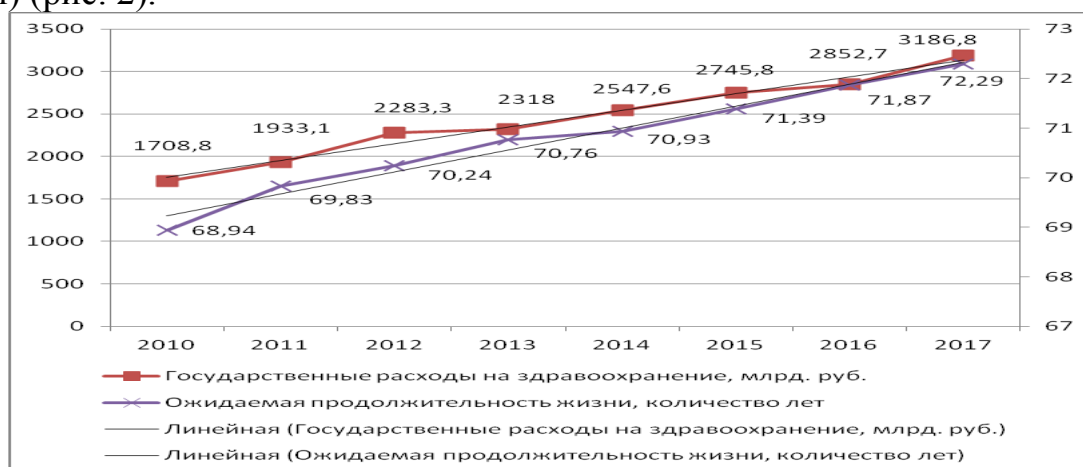


Рисунок 2. – Взаимозависимость между уровнем бюджетного финансирования здравоохранения и показателем здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни) в России за период 2010-2017 гг.

Источник: составлено автором.

Расходы на здравоохранение за период 2010-2017 годов увеличились на 1478 млрд рублей до 3186,8 млрд рублей (3,4% к ВВП). Тем временем, ОЖП за этот же период выросла с 68,94 до 72,29 лет (+3,35 года).

Таким образом, оценку эффективности инструментов финансирования предлагается проводить с помощью зависимости объема финансирования здравоохранения и достижения его целевых показателей.

Объем финансирования Государственной программы «Развитие здравоохранения» (блок I) в 2017 году составило 233,7 млн рублей (по сравнению с 2016 годом снижение составило 95,3 млн рублей). В 2018 году объем финансирования будет на уровне 254,8 млн рублей, 2019 – 245,7 млн рублей, 2020 – 245,7 млн рублей. В условиях уменьшения бюджетных средств существует риск неисполнения целевых показателей к 2020 году, в том числе по показателю ОПЖ на уровне 75 лет.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» начинают свое действие новые инструменты финансирования системы здравоохранения России, а именно, национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение» (срок реализации с 01.10.2018 по 31.12.2024). В них определены следующие целевые ориентиры:

- повышение ОПЖ до 78 лет к 2024 году и до 80 лет к 2030 году;
- снижение показателей смертности населения (трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения, от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения, от новообразований до 185 случаев на 100 тыс. населения);
- проведение профилактических мероприятий для всех граждан не реже одного раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для предоставления медицинской помощи населению, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь;
- оптимизация деятельности медицинских учреждений (упрощение процедуры записи на прием к врачу, сокращение времени ожидания в очереди).

Паспорт национального проекта «Здравоохранение» включает ряд федеральных проектов. К ним относятся: «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» и др.

Например, федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» предусматривает, что в 62 регионах будут созданы новых 350 и модернизированы более 1200 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий. К 2022 году ожидается, что будет функционировать более 1300 мобильных медицинских комплексов, а к

2025 году охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами должен составить 132 млн человек или 90%, проводимые не реже одного раза в год.

Федеральные проекты направлены на решение проблем в системе здравоохранения России, которые существуют в настоящее время (высокий уровень смертности населения, низкий уровень ОПЖ, высокий износ материально-технической базы, дефицит кадрового обеспечения, недостаток лекарственных средств), для реализации этих направлений потребуется более 1,3 трлн рублей. В этой связи, возрастает необходимость осуществления контроля за целевым использованием бюджетных средств и анализа их эффективности для успешного достижения установленных показателей.

В 2018 году подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов установлен на уровне 14 301,3 рублей, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) – 10 812,7 рублей (обеспеченность средствами ОМС составляет 75,6%). Рост показателя по сравнению с 2017 годом составил 13,4% (в 2017 году подушевой норматив был в размере 12 384,6 рублей, в том числе за счет средств ОМС – 8 896 рублей (71,8%)).

В 2016 году расходы на оказание медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи составили 1 543,8 млрд рублей (2,9% ВВП). Дефицит финансового обеспечения территориальных программ составил 164,3 млрд рублей (35,3% потребности в бюджетных ассигнованиях) и наблюдался в 72 субъектах Российской Федерации, из них наибольшая потребность отмечена в следующих регионах (табл. 1).

Таблица 1. – Наибольший размер дефицита финансового обеспечения территориальных программ здравоохранения в субъектах Российской Федерации по состоянию на 01.01.2017

| № | Наименование субъекта | Потребность в бюджетных ассигнованиях, % |
|----|---------------------------------|--|
| 1 | Республика Дагестан | 81,4 |
| 2 | Забайкальский край | 79,3 |
| 3 | Республика Марий-Эл | 70,0 |
| 4 | Республика Ингушетия | 69,5 |
| 5 | Карачаево-Черкесская Республика | 69,2 |
| 6 | Брянская область | 66,4 |
| 7 | Республика Хакасия | 66,4 |
| 8 | Ивановская область | 65,9 |
| 9 | Алтайский край | 64,2 |
| 10 | Республика Алтай | 63,5 |
| 11 | Республика Карелия | 62,6 |
| 12 | Чеченская Республика | 61,7 |

Источник: составлено автором по данным доклада Министерства здравоохранения Российской Федерации о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год.

Максимальный размер потребности в бюджетных ассигнованиях наблюдается в Республике Дагестан (81,4%). Бездефицитными территориальными программами были в 13 регионах: города федерального значения Москва и Санкт-Петербург, Ленинградской области, Тюменской области, Магаданской области, Тульской области, Камчатском крае, Ямало-Ненецком автономном округе, Республике Саха (Якутия), Ханты-Мансийском автономном округе, Сахалинской области, Чукотском автономном округе, Ненецком автономном округе.

Таким образом, необходимо совершенствовать финансовый механизм в системе здравоохранения России с целью сокращения дефицита финансирования. Наиболее приемлемой формой совершенствования финансового механизма является ГЧП, в котором используются контрактные инструменты для привлечения частных инвестиций.

За период 2016-2018 годов более 2200 инфраструктурных проектов реализуются или будут реализованы в форме концессионного соглашения. В социальной сфере реализуется 137 концессионных соглашений (общий объем финансирования составляет 65,6 млрд рублей), находящихся на различных стадиях реализации, из них на здравоохранение и санаторно-курортное лечение приходится 43 контракта (или 31% от общего числа соглашений).

С учетом изложенного, на рисунке 3 представлен механизм финансирования социальных отраслей России на примере здравоохранения.

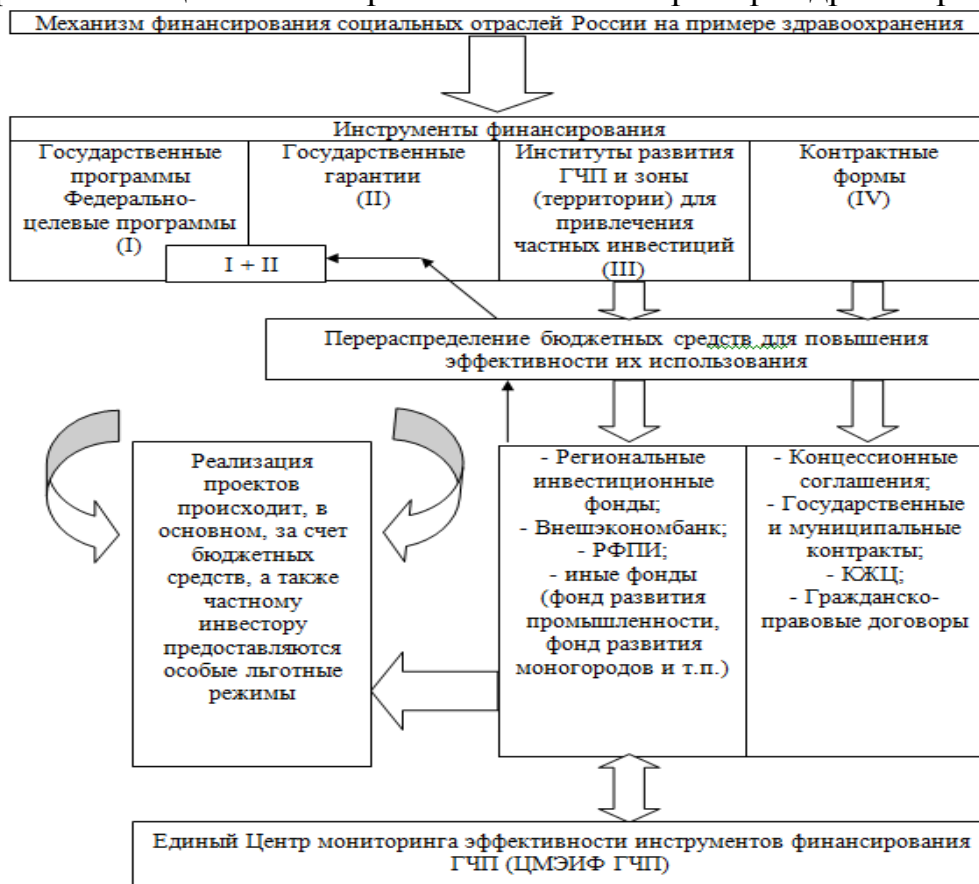


Рисунок 3. – Механизм финансирования системы здравоохранения России с применением различных инструментов финансирования.

Источник: составлено автором.

Разработанный механизм финансирования социальных отраслей на примере здравоохранения России в структурированном виде предполагает перераспределение части бюджетных средств из блока III (Институты развития ГЧП и зоны (территории) для привлечения частных инвестиций) в пользу Государственной программы «Развитие здравоохранения» (блок I), национального проекта «Здравоохранение» и Программы государственных гарантий (блок II) с целью оптимизации использования бюджетных средств.

Кроме того, предлагается создать единый Центр мониторинга эффективности инструментов финансирования ГЧП (ЦМЭИФ ГЧП). Основной задачей ЦМЭИФ ГЧП будет мониторинг и анализ эффективности расходования средств из бюджета для реализации социально значимых проектов, а также недопущение дублирующих функций у различных фондов по отраслевой принадлежности.

3. Предложен алгоритм отбора и оценки эффективности инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения.

Реализация инфраструктурных проектов в области здравоохранения требует достаточных финансовых ресурсов. В настоящее время источниками финансирования могут выступать бюджеты различных уровней (федеральный, региональный, местный), частные инвестиции, заемные средства.

Каждый проект несет в себе социальную, бюджетную и финансовую эффективность. Публичный партнер заинтересован в социальной (насколько будет полезен проект для населения) и бюджетной эффективности (какое количество денежных средств от реализации проекта вернется в бюджет), для частого партнера важна финансовая эффективность (насколько рентабелен проект).

В зависимости от значимости (объем финансирования, эффект от реализации) проекта предлагается подразделять их на социально значимые, отраслевые (региональные), локальные проекты.

Социально значимые проекты – проекты, влияющие на экономическое и социальное положение в стране.

Отраслевые (региональные) проекты – это проекты, реализуемые на региональном уровне по отдельным направлениям деятельности (здравоохранение, образование, транспорт, ЖКХ) и оказывающие влияние на экономическое и социальное положение в отдельном регионе и (или) на отрасль.

Локальные проекты – проекты с небольшим объемом финансирования, которые реализуются на муниципальном уровне.

С учетом изложенного, отбор и оценку проектов в здравоохранении России можно представить в виде следующего алгоритма (рис. 4).

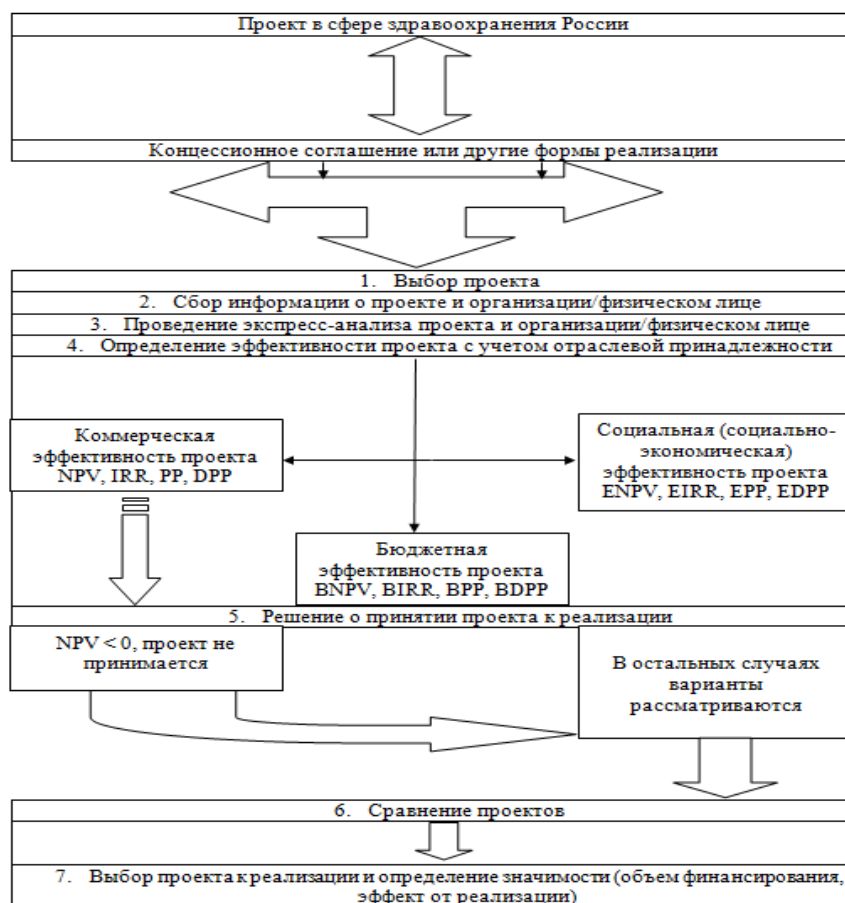


Рисунок 4. – Алгоритм отбора и оценки эффективности проектов в здравоохранении России.

Источник: составлено автором.

На первом этапе происходит выбор проектов для проведения оценки из перечня проектов, которые могут быть реализованы с помощью механизма ГЧП.

На втором этапе проводится сбор информации о проекте и организации/физическом лице, реализующей данный проект.

На третьем этапе осуществляется экспресс-анализ проекта и организации. На данном этапе проводится анализ параметров (характеристик) проекта, а также организации, что включает в себя следующие сведения: общие сведения (история создания и развития организации, цели и задачи, организационно-правовую форму, количество и состав учредителей, численность сотрудников, разрешительная документация, лицензии на ведение деятельности, основные конкурентные преимущества, источники финансирования текущей деятельности); анализ внешней и внутренней среды (SWOT-анализ); характеристика организационной, производственной и кадровой структуры (перечень и состав структурных подразделений, функции подразделений, основные бизнес-процессы, трудовые ресурсы, организационная культура, производственная инфраструктура); маркетинговые характеристики (целевой сегмент, общее состояние рынка, сезонность бизнеса, деловая репутация); анализ рисков.

На четвертом этапе определяется эффективность проекта с учетом отраслевой принадлежности. Осуществляется расчет показателей коммерческой (NPV, IRR, PP, DPP), бюджетной (BNPV, BIRR, BPP, BDPP) и социальной (социально-экономической) эффективности (ENPV, EIRR, EPP, EDPP). Для государства приоритетной будет социальная (социально-экономическая) эффективность проекта, то есть насколько тот или иной проект принесет пользу для населения в виде предоставленных им медицинских услуг.

На пятом этапе принимается решение о принятии проекта к реализации. При расчете коммерческой эффективности проекта, он будет принят к реализации при условии, что $NPV > 0$.

На шестом этапе проводится сравнение проектов с учетом полученных результатов.

На седьмом этапе осуществляется выбор проекта к реализации и определяется значимость (объем финансирования, эффект от реализации) проекта на основе предложенной классификации (социально значимые, отраслевые (региональные), локальные).

Предложенный алгоритм отбора и оценки эффективности проектов основан на пошаговом подходе к процедуре реализации проекта с привлечением показателей оценки эффективности (коммерческая, бюджетная, социальная (социально-экономическая)) и определении значимости проекта по объему финансирования, эффекту от реализации с учетом распределения по социально значимым, отраслевым, региональным (локальным) уровням, что позволяет максимально учитывать специфику отрасли здравоохранения России. Это достигается путем определения оптимальной формы реализации и эффективности проекта.

4. Разработана модель минимизации рисков ГЧП-проектов в здравоохранении.

Реализация проектов ГЧП сопровождается различными рисками, которые присущи концессионным соглашениям и не только. Основное количество рисков приходится на частного инвестора, данное положение оказывает негативное влияние на заинтересованность потенциальных инвесторов в участии в ГЧП-проектах.

В этой связи, для совершенствования финансового механизма в здравоохранении автором разработана модель минимизации рисков ГЧП-проектов (рис. 5).

С учетом имеющихся рисков ГЧП-соглашений государственному партнеру необходимо гарантировать возврат вложенных инвестиций частному инвестору с помощью государственной гарантии со стороны региона для обеспечения обязательств по возврату привлеченных средств, а также компенсировать потерянный доход из-за низкого уровня спроса до минимально установленной планки. В свою очередь, частный партнер при реализации ГЧП-

проекта должен дать гарантии исполнения своих обязательств по выполнению работ, связанных с реконструкцией и (или) строительством объекта.

Кроме того, необходимо равномерно распределять риски между государственным и частным партнером. Также важно гарантировать неизменность условий соглашения, так как законодательная база в области ГЧП несовершенна и всегда дорабатывается с учетом изменений, происходящих в других странах.



Рисунок 5. – Модель минимизации рисков ГЧП-проектов в сфере здравоохранения России.

Источник: разработано автором.

С целью определения надежности/рискованности инфраструктурного проекта ($ИП_{нр}$) предлагается присвоить каждому показателю удельный вес (балл). Данный показатель предлагается рассчитывать по следующей формуле:

$$ИП_{нр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_n - I_f \quad (1)$$

Γ_1 – гарантии возврата денежных средств + гарантия минимального дохода от государства;

Γ_2 – гарантия осуществления реконструкции и (или) строительства объекта частным инвестором;

P_3 – пропорциональное распределение рисков проекта в зависимости от размера финансирования;

Γ_4 – гарантия неизменности условий соглашения между государством и частным инвестором;

M_n – меры поддержки от государства;

I_f – источники финансирования проекта у частного инвестора.

Удельный вес показателей может быть в диапазоне от 0 до 3 баллов в зависимости от того насколько они надежны или рискованны (табл. 2).

Таблица 2. – Распределение балльных значений показателей для расчета надежности/рискованности инфраструктурного проекта

| Показатель | Значение показателя | Описание |
|----------------|---------------------|--|
| Г ₁ | 0 баллов | Государством не обеспечена гарантия возврата денежных средств и гарантия минимального дохода |
| | 1 балл | Государством обеспечена гарантия возврата денежных средств или гарантия минимального дохода |
| | 2 балла | Государством обеспечена гарантия возврата денежных средств и гарантия минимального дохода |
| Г ₂ | 0 баллов | Частным инвестором не предоставлена гарантия осуществления реконструкции и (или) строительства объекта |
| | 1 балл | Частным инвестором предоставлена гарантия осуществления реконструкции и (или) строительства объекта |
| | 2 балла | Частным инвестором реконструкция и (или) строительство объекта завершено в полном объеме |
| Р ₃ | 0 баллов | Пропорциональное распределение рисков проекта в зависимости от размера финансирования обеспечено |
| | 1 балл | Пропорциональное распределение рисков проекта в зависимости от размера финансирования не в полной мере обеспечено |
| | 2 балла | Пропорциональное распределение рисков проекта в зависимости от размера финансирования не обеспечено |
| Г ₄ | 0 баллов | Гарантия неизменности условий соглашения между государством и частным инвестором отсутствует |
| | 1 балл | Гарантия неизменности условий соглашения между государством и частным инвестором присутствует |
| М _п | 0 баллов | Меры поддержки от государства отсутствуют |
| | 1 балл | Меры поддержки от государства присутствуют (налоговые льготы или субсидии или нефинансовые меры поддержки) |
| | 2 балла | Меры поддержки от государства присутствуют (налоговые льготы и (или) субсидии и (или) нефинансовые меры поддержки) |
| | 3 балла | Меры поддержки от государства присутствуют (налоговые льготы, субсидии, нефинансовые меры поддержки) |
| И _ф | 0 баллов | Финансирование за счет собственных средств |
| | 1 балл | Финансирование за счет собственных и заемных средств |

Источник: составлено автором.

При расчете показателя ИП_{нр} он может принимать следующие значения: ИП_{нр} ≥ 6 баллов – проект весьма надежный, ИП_{нр} = 5 баллов – проект надежный, ИП_{нр} ≥ 3 баллов – проект с высоким уровнем риска, ИП_{нр} < 2 баллов – проект ненадежный.

Для более подробного анализа надежности/рискованности инфраструктурного проекта при его реализации следует учитывать следующие риски:

- финансовый риск (объем вложенных средств государственным и частным партнером, регулярность платежей по финансированию проекта);
- риск, связанный с уровнем квалификацией работников;
- риск, связанный с изменением законодательства;
- риск, связанный с валютными колебаниями;
- транспортный риск;
- риски прочего характера (техногенные, пожароопасные, взрывоопасные, террористические).

Для совершенствования механизма финансирования проектов в здравоохранении подразделять объем вложенных средств между государственным и частным партнером предлагается следующим образом (табл. 3).

Таблица 3. – Соотношение объема вложенных средств между государством и бизнес-структурами при осуществлении ГЧП-проектов.

| | | |
|--|-------------|------------------|
| | Государство | Частный инвестор |
| ГЧП-проект (100%) | 75% | 25% |
| | 50% | 50% |
| | 25% | 75% |
| | 0% | 100% |
| Средства частного инвестора | | |
| Финансирование проекта частным инвестором (100%) | Собственные | Заемные |
| | 0-30% | 70-100% |
| | 30-60% | 40-70% |
| | 60-90% | 10-40% |
| | 100% | 0% |
| Регулярность платежей | | |
| Регулярность осуществления платежей по финансированию проекта | Регулярные | Нерегулярные |
| | + | - |
| | - | + |

Источник: составлено автором.

Финансирование ГЧП-проектов может быть полностью частным (100%), смешанным (государство – 25-50%, частный инвестор 50-75%) и государственным (с большим объемом вложенных средств со стороны государства – 75%, частный партнер – 25%). Как правило, частный сектор прибегает к заемному финансированию для реализации того или иного проекта, в среднем объем предоставленных средств составляет 30-50%.

В этой связи, предлагается каждому показателю риска присвоить весовой коэффициент в соответствии со степенью влияния Q (табл. 4).

Таблица 4. – Факторы рисков, оказывающие влияние на решение о целесообразности принятия проекта к реализации.

| Наименование группы рисков | Описание | Весовой коэффициент |
|-----------------------------|---|---------------------|
| 1 уровень Q ₁ | Риски, возникающие во время строительства и (или) реконструкции объекта здравоохранения | 3,0 |
| 2 уровень Q ₂ | Риски, связанные с закупкой необходимо медицинского оборудования и оснащением помещений | 2,0 |
| 3 уровень Q ₃ | Риски, которые могут появиться во время эксплуатации объекта здравоохранения | 1,0 |

Источник: составлено автором.

К рискам первого уровня (Q₁) следует относить финансовый и законодательный риск, а также риск, связанный с уровнем квалификацией работников.

К рискам второго уровня (Q₂) следует относить валютный и транспортный риск.

К рискам третьего уровня (Q₃) следует относить прочие риски.

С учетом имеющихся методик вес каждой группы рисков устанавливаем в соответствии со степенью их влияния по следующей формуле (начиная с группы третьего уровня):

$$W_k = \frac{2}{n(g+1)} \quad (2)$$

W_k – вес простых рисков группы наименьшего уровня;

n – количество групп рисков;

g – величина, обозначающая отношение весового коэффициента первого уровня к последнему.

Удельные веса остальных групп определяются по формуле:

$$W_j = W_k \times \frac{(n-j) \times g + (j-1)}{n-1} \quad (3)$$

W_j – вес простых рисков по группам уровней;

j – номер группы рисков.

Вес каждой группы риска устанавливается в пределах от 0 до 1 при выполнении следующего условия:

$$\sum_{j=1}^n W_j = 1 \quad (4)$$

Расчеты удельных весов групп рисков представлены в таблице 5.

Таблица 5. – Результат расчета удельных весов групп рисков по степени влияния на принятие решения.

| Группа уровня, Q _j | Удельные веса рисков, W _j |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Q ₁ | 0,5 |
| Q ₂ | 0,333 |
| Q ₃ | 0,167 |

Источник: составлено автором.

Исходя из расчета удельных весов влияние рисков первого уровня (Q_1) выше, чем влияние рисков второго (Q_2) и третьего уровней (Q_3).

Градацию коэффициента W_j предлагается производить на основе шкалы желательности Е. Харрингтона (табл. 6).

С учетом полученных результатов группа рисков первого уровня (Q_1) оказывает незначительное влияние на принятие решение по реализации проекта, так как W_1 находится в диапазоне от 0,37-0,63.

Таблица 6. – Уровень влияния риска на принятие решения по реализации проекта.

| Значение W_j | Характеристика состояния W_j |
|----------------|---|
| 0,80-1,00 | Высокий уровень влияние риска на принятия решения по реализации проекта |
| 0,63-0,80 | Средний уровень влияние риска на принятия решения по реализации проекта |
| 0,37-0,63 | Ниже среднего уровень влияние риска на принятия решения по реализации проекта |
| 0,20-0,37 | Низкий уровень влияние риска на принятия решения по реализации проекта |
| 0,00-0,20 | Отсутствует влияние риска на принятие решения по реализации проекта |

Источник: составлено автором.

Таким образом, исходя из того на каком этапе находится реализация проекта будет зависеть показатель определения надежности/рискованности инфраструктурного проекта ($ИП_{пр}$).

В случае если проект находится на стадии строительства и (или) реконструкции объекта здравоохранения, то в таком случае формула примет следующий вид:

$$ИП_{пр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_{п} - И_{ф} - W_1 \quad (5)$$

В случае если проект находится на стадии ввода в эксплуатацию, то в таком случае формула примет следующие вид:

$$ИП_{пр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_{п} - И_{ф} - W_2 \quad (6)$$

В случае если проект находится на стадии эксплуатации, то в таком случае формула примет следующие вид:

$$ИП_{пр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_{п} - И_{ф} - W_3 \quad (7)$$

В случае если проекту присущи все группы рисков, то в таком случае формула примет следующие вид:

$$ИП_{пр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_{п} - И_{ф} - W_{общ.} \quad (8)$$

Также возможно учитывать группы рисков в следующем виде:

$$ИП_{пр} = (\Gamma_1 + \Gamma_2 - P_3 + \Gamma_4) + M_{п} - И_{ф} - W_1 \text{ и (или) } W_2 \text{ и (или) } W_3 \quad (9)$$

С учетом изложенного, для проведения более подробного анализа и принятия решения о целесообразности реализации проекта следует учитывать рассмотренные факторы риска при расчете показателя надежности/рискованности инфраструктурного проекта.

Таким образом, разработанная автором модель минимизации рисков ГЧП-проектов в сфере здравоохранения России, в основе которой лежит система взаимосвязанных составляющих элементов финансового механизма в

здравоохранении России (взаимосвязь частного инвестора и государства в части окупаемости инвестиций, гарантии возврата денежных средств, гарантии минимального дохода, пропорционального распределения рисков, сохранения постоянных условий в течение всего срока действия соглашения), позволяет применять стандартизированный в рамках выделенных элементов подход к оценке проектных рисков для повышения инвестиционной привлекательности проектов ГЧП для частных инвесторов.

5. Обоснованы предложения по совершенствованию бюджетного финансирования и развитию инструментов ГЧП для финансирования проектов в социальных отраслях экономики.

Особенностью проектов, реализуемых с помощью концессионных соглашений и контрактов жизненного цикла, является их долгосрочность (средний период реализации проекта составляет от 10-30 лет). В данной связи для государства увеличиваются риски в части принятия высокого уровня долгосрочных обязательств, так как решение о реализации того или иного проекта в области здравоохранения происходит без учета долгосрочного бюджетного планирования. Таким образом, появляется риск несбалансированности бюджета, вызванный тем, что наибольший объем обязательств возникает на этапе эксплуатации объекта здравоохранения, который находится во внеплановом периоде бюджетного планирования.

В этой связи, представляется целесообразным ввести предельные значения для расходных обязательств, выходящих за пределы срока реализации государственных (муниципальных) программ с целью сбалансированности бюджета. Данные предельные значения будут представлять собой механизм, который будет запрещать концеденту принимать решения о заключении концессионных соглашениях, по которым объем обязательств будет превышать объем бюджетных ассигнований за пределами планового периода. Механизм по установлению предельных значений для расходных обязательств может быть отражен в Государственной программе «Развитие здравоохранения» или национальном проекте «Здравоохранение».

При реализации проектов ГЧП в здравоохранении основным источником частных инвестиций выступает заемное финансирование, в том числе в виде банковских кредитов. Потенциальными кредиторами проектов ГЧП могут выступать кредитные организации, входящие в перечень системно значимых кредитных организаций, на долю которых приходится свыше 60% совокупных активов банковского сектора России.

В связи с чем представляется возможным использовать инфраструктурные облигации для финансирования проектов ГЧП в здравоохранении. Под инфраструктурной облигацией понимается облигация, эмитируемая специализированной проектной организацией с целью привлечения денежных средств, предназначенных для финансирования создания и (или) реконструкции инфраструктуры. В связи с тем, что инфраструктурные облигации будут выпускаться под финансирование

определенного инфраструктурного проекта, частный инвестор будет нести гораздо меньше рисков по проекту, а именно, только риски реализации конкретного проекта, а не все корпоративные риски заемщика. Использование инфраструктурных облигаций при реализации проектов способствует развитию практики применения проектного финансирования, уменьшению нагрузки на бюджеты различных уровней, а также даст возможность пенсионным фондам осуществлять долгосрочное инвестирование в рублевом эквиваленте. Кроме того, механизм выпуска инфраструктурных облигаций актуально использовать в тех отраслях экономики, где достаточно тяжело привлечь внебюджетные источники финансирования из-за невозможности передать в залог государственное имущество.

Помимо инфраструктурных облигаций для реализации проектов ГЧП в здравоохранении также можно использовать платежные инструменты, которые распределяют финансовые потоки между государственным и частным партнером для осуществления финансовых обязательств при строительстве и (или) реконструкции объекта здравоохранения. С помощью применения данных инструментов имеется возможность эффективно распределять риски между партнерами. Наиболее распространенные платежные схемы представлены на рисунке 6.

| Платежные схемы | | |
|---|--|--|
| Shadow toll (Система скрытых платежей) | Availability payment (Плата за доступность) | Direct toll (Система прямых пользовательских сборов) |
| Применяется, в основном, при реализации средних и малых инфраструктурных проектах | Реализуется по схеме DBFO, то есть частному инвестору поступают платежи от публичного партнера на ежегодной и (или) квартальной и (или) ежемесячной основе | Применяется, в основном, при реализации крупных инфраструктурных проектов, реализуемых по схеме BOT (Build-Operate-Transfer – «строительство-эксплуатация-передача») |

Рисунок 6. – Виды платежных инструментов.

Источник: составлено автором.

Shadow toll (Система скрытых платежей) применяется при реализации небольших по размеру и объему финансирования проектах. При использовании подобного инструмента выплаты производятся за счет средств государственного партнера, размер которых зависит от степени использования объекта здравоохранения. Таким образом, используя данный инструмент, отсутствует риск социального недовольства.

Availability payment (Плата за доступность). Данный инструмент реализуется в рамках DBFO, который предполагает, что государственный партнер перечисляет платежи частному инвестору на основании того, что объект доступен для населения. Размер бюджетных средств заранее определен и производится регулярно равными долями после начала эксплуатации. Как правило, такие проекты реализуются для строительства городских объектов здравоохранения, где предоставляется основной перечень услуг на бесплатной

основе. Таким образом, размер выплат из средств бюджета не зависит от уровня спроса населения на данные услуги.

Direct toll (Система прямых пользовательских сборов) предполагает реализацию проекта ГЧП, при которой частный инвестор после завершения строительства объекта здравоохранения взимает платежи с населения за предоставление услуг для возмещения своих финансовых затрат. Такой инструмент позволяет частному инвестору собрать достаточно выручки за счет прямых платежей пользователей услуг для того чтобы покрыть затраты на строительство, эксплуатацию и обслуживание объекта здравоохранения.

Вместе с тем, частная сторона несет определенные риски (риск, связанный с проектированием, риск по созданию и эксплуатации объекта, риск невозврата вложенных средств, риск трафика (спроса), прочие риски) по проекту. В случае если по проекту будет труднопредсказуем трафик (спрос) на предоставляемые услуги, то публичный партнер может взять на себя данный риск частично или в полном объеме с помощью гарантии минимального дохода. В этом случае государство компенсирует частному инвестору потерянный доход из-за низкого уровня спроса до минимального уровня.

Таким образом, предлагаемые изменения, связанные с совершенствованием инструментов, необходимых для успешного внедрения контрактных форм путем использования инфраструктурных облигаций и платежных схем с применением гарантий минимального дохода, будут способствовать увеличению количества заключенных концессионных соглашений и КЖЦ в сфере здравоохранения России.

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе диссертационного исследования был проведен анализ действующих инструментов финансирования системы здравоохранения России, представляющих в совокупности ее финансовый механизм, в том числе: государственные программы, федерально-целевые программы, государственные гарантии, национальные проекты, институты развития, контрактные формы, государственно-частное партнерство.

В результате анализа выявлены и систематизированы факторы повышения эффективности финансирования здравоохранения на основе ГЧП, показана их ключевая роль для совершенствования современного финансового механизма в системе здравоохранения России, возможность в условиях дефицита бюджетного финансирования здравоохранения посредством инструментов ГЧП привлекать дополнительные ресурсы для развития отрасли в процессе взаимодействия государства и бизнес-структур.

В диссертации доказано, что применение ГЧП в здравоохранении России не только способствует повышению объема финансирования отрасли, но и обеспечивает целевое исполнение программ, гарантирование результатов, минимизацию рисков за счет контроля со стороны частного бизнеса, что для здравоохранения является новым и весьма перспективным инструментом развития.

IV. НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Научные статьи, опубликованные в изданиях рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства науки и высшего образования Российской Федерации:

1. Хулукшинов Д.Е. Сущность категории «государственно-частное партнерство» с учетом мировой и отечественной практики / Д.Е. Хулукшинов, Е.В. Савенкова // Экономика и предпринимательство. – 2015. – № 12-3 (65-3). – С. 761-765. (0,31/0,25 п.л.).
2. Хулукшинов Д.Е. Особенности отраслевого финансирования проектов ГЧП / Д.Е. Хулукшинов // Предпринимательство. – 2016. – № 1. – С. 98-104. (0,44 п.л.).
3. Хулукшинов Д.Е. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития / Д.Е. Хулукшинов, Е.Ц. Норбоева // Экономические науки. – 2016. – № 5 (138). – С. 79-84. (0,38/0,34 п.л.).
4. Хулукшинов Д.Е. Механизмы финансирования системы здравоохранения России / Д.Е. Хулукшинов // Перспективы науки. – 2017. – № 6 (93). – С. 58-64. (0,44 п.л.).
5. 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. (0,25 п.л.).
6. Хулукшинов Д.Е. Отбор и оценка эффективности проектов ГЧП в сфере здравоохранения России / Д.Е. Хулукшинов // Глобальный научный потенциал. – 2017. – № 8 (77). – С. 31-33. (0,19 п.л.).
7. Хулукшинов Д.Е. Финансовый механизм в здравоохранении России и пути его совершенствования / Д.Е. Хулукшинов, Е.В. Савенкова // Вопросы экономики и права. – 2018. – № 6 (120). – С. 75-78. (0,25/0,20 п.л.).

Научные публикации в иных изданиях (не входящих в перечень ВАК):

8. Хулукшинов Д.Е. К вопросу об эффективных инструментах управления государственными ресурсами / Д.Е. Хулукшинов, Л.В. Чебуханова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции школьников, магистрантов и аспирантов «Начало в науке» - в 2-х частях – ч.1. Уфа: Аэтерна. – 2015. – С. 351-353. (0,19/0,10 п.л.).
9. Хулукшинов Д.Е. Государственно-частное партнерство по приоритетным инновационным проектам: механизмы взаимодействия / Д.Е. Хулукшинов // Материалы IV научно-практической конференции молодых ученых «Мировые тенденции и перспективы развития инновационной экономики». – Москва: РУДН. – 2015. – С. 290-295. (0,38 п.л.).
10. Хулукшинов Д.Е. Проблемы развития государственно-частного партнерства в социальной сфере в экономике России (на примере здравоохранения) / Д.Е. Хулукшинов // Сб. матер. XXVI Международной

- научно-практической конференции «Проблемы современной экономики» / Под общ. ред. Ж.А. Мингалева, С.С. Чернова. – Новосибирск: Издательство ЦРНС. – 2015. – С. 194-199. (0,38 п.л.).
11. Хулукшинов Д.Е. Концессионные соглашения как основная форма государственно-частного партнерства: современное состояние и перспективы развития / Д.Е. Хулукшинов // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов / Гл. ред. В.В. Иванова. – Курск: Призма. – 2015. – № 12. – С. 45-47. (0,19 п.л.).
 12. Хулукшинов Д.Е. Страновые различия моделей государственно-частного партнерства / Д.Е. Хулукшинов // Сборник научных трудов II Международной научно-практической конференции «Innovation progress in the context of globalization of the world economy: Challenges, Trends, Prospects» / Под ред. П.А. Неверова, Б.А. Аманжоловой – Прага. Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – 2016. – С. 142-144. (0,19 п.л.).
 13. Хулукшинов Д.Е. Применение механизма государственно-частного партнерства в зарубежной практике / Д.Е. Хулукшинов // Материалы II Международной научно-практической конференции «Современные вызовы и реалии экономического развития России» – Ставрополь: ООО «Издательско-информационный центр «Фабула». – 2016. – С. 231-233. (0,19 п.л.).
 14. Хулукшинов Д.Е. Источники финансирования инфраструктурных проектов на основе государственно-частного партнерства / Д.Е. Хулукшинов // Молодой ученый. – 2016. – № 10. – С. 927-929. (0,19 п.л.).
 15. Хулукшинов Д.Е. Виды эффективности и методы оценки инвестиционных проектов в социально значимых отраслях / Д.Е. Хулукшинов // European Research № 7 (18) / XVIII Международная научно-практическая конференция «European Research: Innovation in Science, Education and Technology / Европейские научные исследования: инновации в науке, образовании и технологиях» (Лондон. Великобритания. 28-29 июля 2016 года). – С. 39-42. (0,25 п.л.).
 16. Хулукшинов Д.Е. Общие положения и ключевые направления государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» / Д.Е. Хулукшинов // Proceedings of the 12th International Conference on Economic Sciences. «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. – 2016. – С. 64-69. (0,38 п.л.).
 17. Хулукшинов Д.Е. Анализ проекта стратегии развития здравоохранения России на период 2015 – 2030 годов / Д.Е. Хулукшинов // Научная дискуссия: вопросы экономики и управления: сб. ст. по материалам LIV Международной научно-практической конференции «Научная дискуссия: вопросы экономики и управления». – № 9 (53). – М., Изд. «Интернаука». – 2016. – С. 72-75. (0,25 п.л.).
 18. Хулукшинов Д.Е. Инвестиционная привлекательность России как фактор устойчивого развития механизма государственно-частного партнерства /

Д.Е. Хулукшинов // Сборник научных статей по итогам Международной научно-практической конференции «Наука нового времени: от идеи к результату», г. Санкт-Петербург. – СПб.: Изд-во «КультИнформПресс». – 2017 – С. 180-182. (0,19 п.л.).

ХУЛУКШИНОВ ДЕНИС ЕГОРОВИЧ (Россия)
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА В
СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

В диссертации проведен анализ современных подходов к совершенствованию финансового механизма в системе здравоохранения России, основное внимание уделяется государственно-частному партнерству, играющему ключевую роль в структуре инструментов этого механизма и способствующему повышению эффективности реализации проектов в здравоохранении России.

Автором разработана двухуровневая система оценки эффективности финансирования системы здравоохранения России, предложен алгоритм отбора и оценки инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения, структурирован механизм финансирования системы здравоохранения России, разработана модель минимизации рисков ГЧП-проектов в здравоохранении, обоснованы предложения по совершенствованию бюджетного финансирования и развитию инструментов ГЧП для оптимизации финансирования проектов в здравоохранении России в современных условиях.

Предложенные меры и рекомендации в диссертации могут быть использованы органами государственной власти и бизнес-структурами при реализации проектов социальной инфраструктуры.

KHULUKSHINOV DENIS (Russia)
IMPROVEMENT OF THE FINANCIAL MECHANISM IN THE
RUSSIAN HEALTH CARE SYSTEM

The thesis analyzes modern approaches to improving the financial mechanism in the Russian health care system, focuses on public-private partnership, which plays a key role in the structure of the tools of this mechanism and contributes to improving the efficiency of projects in health care in Russia.

The author has developed a two-tier system for evaluating the effectiveness of financing the health system in Russia, proposed an algorithm for selecting and evaluating infrastructure projects in the health sector, structured the financing mechanism for the health system in Russia, developed a model for minimizing the risks of PPP projects in health care, justified proposals for improving budget financing and developing PPP tools for optimization of financing projects in the Russian healthcare in modern conditions.

The proposed measures and recommendations in the thesis can be used by public authorities and business structures in the implementation of social infrastructure projects.