

- Риски недофинансирования отрасли
- ГЧП – рычаг для роста капиталовложений
- Актуальные рабочие модели ГЧП
- ОМС – дополнительный источник возврата инвестиций
- Оптимизация законодательства для повышения эффективности ГЧП-проектов



Статистические данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют о постоянном росте расходов на здравоохранение (в процентном соотношении к ВВП) и о том, что обеспечивается эта динамика в основном за счет увеличения доли государственного финансирования¹.

Поскольку данная тенденция прослеживается и в России, увеличение доли частных инвестиций в отрасли является одной из ключевых задач государства, что отражено в государственной программе развития здравоохранения². В частности, одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения является создание конкурентных рынков путем обеспечения условий для развития государственно-частного партнерства (далее – ГЧП).

Программа не определяет конкретные механизмы / модели реализации ГЧП-проектов в отрасли, однако специфика законодательного регулирования ГЧП делает обоснованным использование в первую очередь двух моделей – концессионного соглашения и соглашения о ГЧП.



Модели реализации ГЧП-проектов в сфере здравоохранения

Существенные корректировки федерального концессионного законодательства создают новые возможности для реализации медицинских ГЧП-проектов:

- заключение концессионного соглашения без проведения конкурса;
- минимизация рыночных рисков концессионера благодаря платежам за эксплуатационную готовность объекта со стороны государства;
- включение в концессионный проект нескольких медицинских объектов.

Вышеперечисленные новеллы в совокупности с уже имеющимися возможностями по распределению рисков между частным и государственным партнером

позволяют структурировать различные схемы реализации ГЧП-проектов на основе концессионного соглашения.

Для региональных проектов альтернативой концессии является соглашение о ГЧП, привлекательность которого обоснована его нормативной регламентацией на уровне субъекта РФ. Это позволяет, в отличие от федерального законодательства о концессионных соглашениях, предусмотреть возможность осуществления проекта ГЧП с созданием объекта соглашения в собственности частного партнера на срок соглашения либо без ограничения срока.

КОНЦЕССИОННОЕ СОГЛАШЕНИЕ КАК БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Благодаря законодательному регулированию федерального уровня и наличию практики (единичные проекты в отдельных регионах) наиболее распространенным, «базовым», вариантом реализации

¹ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/ru/

² Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации № 294 от 15.04.2014).

медицинских проектов является концессия³.

По концессионному соглашению концессионер (частный инвестор) за свой счет создает или реконструирует объект здравоохранения и осуществляет предпринимательскую деятельность, связанную с его эксплуатацией, обладая правами владения и пользования. При этом право собственности на медицинский объект принадлежит концеденту (государству)⁴.

Концедент вправе принимать на себя часть расходов на создание и (или) эксплуатацию объекта соглашения и предоставлять концессионеру государственные или муниципальные гарантии в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации⁵. Данные механизмы могут использоваться в медицинских ГЧП-проектах для минимизации рисков, связанных с особенностями финансирования здравоохранения.

Законодательство предусматривает⁶, что отдельные права концедента могут осуществлять юридические лица, уполномоченные нормативными правовыми актами соответствующего концедента, что позволяет вводить в структуру концессионной сделки на стороне концедента государственные медицинские учреждения.

В соответствии с законодательством о концессионных соглашениях⁷, концессионер вправе с согласия концедента создавать объекты недвижимого имущества в своей собственности на земельном участке, предоставленном ему для создания объекта концессионного соглашения. В рамках медицинского концессионного проекта это позволяет концессионеру продолжать осуществление предпринимательской деятельности на объектах частной собственности после истечения срока концессионного соглашения и передачи объекта концессионного соглашения государству.

Привлекательность концессионных проектов в сфере здравоохранения заключается в том, что к эксплуатации может относиться как предоставление потребителям каких-либо дополнительных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), так и оказание непосредственно медицинских услуг⁸.

Таким образом, ограничений на виды деятельности,

которые могут подразумеваться под эксплуатацией объекта соглашения, законодательство не устанавливает. Главное, такие виды деятельности должны быть прямо указаны в концессионном соглашении и, естественно, не противоречить назначению объекта соглашения. В отношении объектов здравоохранения, соответственно, вполне возможна схема реализации проекта, при которой концессионер, обладающий желанием и возможностью (наличие соответствующих лицензий, персонала, оборудования), может предоставлять медицинские услуги населению, в том числе осуществляя деятельность в рамках системы обязательного медицинского страхования, что выгодно и государству, и концессионеру.

Вместе с тем, предоставленное концессионеру право на использование объекта концессионного соглашения предполагает возможность передачи объекта в пользование профильной медицинской организации, с выполнением концессионером обязательств по поддержанию эксплуатационных характеристик объекта и оказанием непрофильных услуг (организация питания, уборка, сервисное обслуживание оборудования, программное обеспечение деятельности медицинского объекта и иное).

При этом концессионер остается ответственным перед концедентом за сохранение профиля деятельности и организацию оказания медицинских услуг, в связи с чем взаимодействие концессионера с лицензированной медицинской организацией должно быть детально регламентировано подписанным между ними соглашением и предусматривать перенос на медицинскую организацию рисков, вытекающих из отраслевой специфики деятельности.

СОГЛАШЕНИЕ О ГЧП (НА ОСНОВЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА СУБЪЕКТА РФ)

Если речь идет о проектах ГЧП на уровне субъекта РФ, то имеет смысл обратить внимание на региональное законодательство и предлагаемые им формы регулирования данных отношений, так как в субъектах РФ могут предусматриваться отличные от концессионной модели реализации медицинских проектов. В настоящее время законы о ГЧП действуют более чем в 60 субъектах Российской Федерации, но проекты ГЧП на основе указанных норм были реализованы лишь в некоторых из них. Одним из положительных примеров является Закон Санкт-Петербурга «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнерствах» от 20 декабря 2006 года.

В отличие от ФЗ «О концессионных соглашениях» Закон Санкт-Петербурга устанавливает возможность

³ Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» (далее - ФЗ «О концессионных соглашениях»).

⁴ Ч. 1 ст. 3 ФЗ «О концессионных соглашениях».

⁵ Ч. 13 статьи 3 ФЗ «О концессионных соглашениях».

⁶ П. 1 ч. 1 ст. 5 ФЗ «О концессионных соглашениях».

⁷ Ч. 10 статьи 3 ФЗ «О концессионных соглашениях».

⁸ Ч. 2 ст. 8 ФЗ «О концессионных соглашениях».

создания объекта соглашения о ГЧП в собственности у частного партнера на срок соглашения либо без ограничения срока⁹.

Такая форма ГЧП целесообразна не при реконструкции или модернизации государственного имущества, а при создании новой медицинской организации. Частная собственность на объект здравоохранения выгодна и публичному, и частному партнерам: соглашение может включать в себя обязанность частного лица оказывать гражданам в определенном объеме услуги по ОМС или иные виды услуг, необходимые в регионе, что позволит повысить уровень услуг бесплатной медицины.

При подобной схеме реализации ГЧП-проекта в медицине частный партнер может использовать объект соглашения в качестве средства обеспечения заемного финансирования, а приобретение и монтаж медицинского и иного оборудования могут осуществляться по модели лизинга, что невозможно в рамках концессионного соглашения.

При заинтересованности публичного и частного партнеров в реализации подобной схемы в других регионах России возможно использование в качестве примера Закона «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнерствах» для внесения изменений в уже существующее законодательство субъекта РФ в сфере ГЧП или формирования законодательной базы ГЧП с нуля.

Система ОМС как один из источников доходности частного партнера в медицинских ГЧП-проектах

Нормативная регламентация обязательного медицинского страхования является ключевым фактором, влияющим на вариативность моделей реализации проектов ГЧП в медицинской сфере. Это связано с тем, что система ОМС предназначена для получения гражданами бесплатных обязательных медицинских услуг, а не для получения государством объектов здравоохранения без затрат бюджета. В связи с этим система ОМС может быть источником покрытия только части эксплуатационных затрат ГЧП-проекта, но не обеспечением возврата инвестиций. При этом все специалисты медицинской отрасли ориентируются на перспективы 2015 года, когда всё финансирование бесплатных медицинских услуг, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, будет осуществляться через

⁹ Ч. 1 ст. 5 Закона Санкт-Петербурга от 25.12.2006 № 627-100 «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частном партнерстве».

Лицензирование медицинской деятельности и его влияние на применение модели ГЧП

Регламентация порядка получения медицинской лицензии является исчерпывающей и не создает ограничений, которые могут стать препятствием для получения лицензии частным инвестором, не являющимся действующей медицинской организацией.

В связи с этим риск неполучения лицензии может быть полностью отнесен на частного партнера, а у государственной стороны нет необходимости требовать наличия лицензии при проведении конкурсных процедур.

Для управления риском неполучения лицензии достаточным механизмом может быть фиксация в соглашении по проекту обязанности частного партнера получить лицензию и предоставление им банковской гарантии, обеспечивающей исполнение данного обязательства.

Таким образом, требования законодательства о лицензировании медицинской деятельности не влияют на выбор модели реализации ГЧП-проекта в здравоохранении¹⁰ и не создают ограничений для рынка ГЧП-проектов.



¹⁰ П. 46 ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 04.05.11 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

систему обязательного медицинского страхования и без прямого финансирования из бюджета.

В последние годы законодательство в сфере ОМС претерпело существенные изменения, в том числе влияющие на возможности реализации медицинских ГЧП-проектов.

Изменения коснулись следующих вопросов:

1. Сформированы правовые основы участия в системе ОМС негосударственных медицинских организаций¹¹.
2. Установлено право граждан на выбор медицинской организации в сфере ОМС¹². Таким образом снято ключевое ограничение количественного прироста оплачиваемых за счет средств ОМС потребителей услуг одной медицинской организации, что обеспечивает практическую реализацию правила «деньги следуют за пациентом» как ключевого принципа формирования доходности медицинской организации в сегменте бесплатного предоставления медицинских услуг.
3. В начале 2013 года завершено формирование правовых основ для перехода на одноканальное финансирование медицинских организаций, в соответствии с которым все средства на содержание государственных медицинских организаций предоставляются им через систему ОМС, включающую в себя федеральный и территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации регионов, а не напрямую из бюджета. В связи с этим законодательно допускается корректировка структуры тарифа ОМС, а также использование дополнительных надбавок и коэффициентов к нему.
4. Расширены возможности финансирования через систему ОМС дополнительных услуг за счет дополнительных средств бюджетов субъектов РФ, что дает возможность устанавливать медицинскими организациями, являющимся участниками ГЧП-проектов, новые виды услуг, не покрывавшихся ранее выплатами ОМС.
5. С 2015 года финансирование высокотехнологичной медицинской помощи будет осуществляться исключительно через систему ОМС,

¹¹ Ст. 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

¹² Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 406н от 26 апреля 2012 г.).

что формирует предпосылки для реализации медицинских ГЧП-проектов, направленных на повышение объемов услуг современной высокотехнологичной медицины.

Вместе с тем, ключевой вопрос о наличии инвестиционной составляющей в структуре тарифа ОМС так и не решен нормативно, поэтому прямое включение инвестиционных затрат частного инвестора в структуру тарифа невозможно. В какой-то степени это обосновано тем, что наличие инвестиционной составляющей в тарифе в совокупности с бесспорным правом на участие в системе ОМС негосударственных медицинских организаций приведет к неконтролируемому росту бюджетных ассигнований на покрытие дефицита федерального и территориальных фондов ОМС.

В текущей ситуации данная потребность не может быть удовлетворена ни за счет государственных бюджетов, ни за счет увеличения отчислений юридических лиц, что объясняется низкой активностью в предпринимательской сфере. Таким образом, тарифное регулирование ОМС напрямую зависит от текущей ситуации в экономике, а негативные макроэкономические прогнозы не позволяют говорить о том, что положение изменится в ближайшей перспективе.

В связи с отсутствием инвестиционной составляющей в структуре тарифа ОМС применимым решением при реализации ГЧП-проекта в здравоохранении может быть трансформация «инвестиционной составляющей» в статьи расходов, включаемые в тариф ОМС¹³ и соответствующие его нормативно предусмотренным элементам.

Детальное описание структуры тарифа закреплено Правилами ОМС¹⁴. Для формирования источников доходности частного партнера в медицинском ГЧП-проекте можно выделить следующие затраты, включаемые в тариф:

- содержание имущества в виде затрат на коммунальные услуги и затрат на аренду недвижимого имущества;
- оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);

¹³ Расходы, включаемые в тариф ОМС, указаны в ч.7 ст. 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.

¹⁴ Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н.

- оплата услуг по организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).

В тех случаях, когда медицинская организация ОМС несет указанные расходы, она вправе возмещать их за счет средств, получаемых по тарифу.

Таким образом, действующее правовое регулирование ОМС формирует предпосылки базовой организационно-правовой схемы реализации медицинского ГЧП-проекта, при которой частный инвестор не только сам предоставляет медицинские услуги, но и использует объект соглашения (его обособленную часть) для передачи в пользование медицинской организации ОМС, а также для оказания ей ряда услуг (лабораторные исследования, организация питания).

Соответственно, предоставление права (в конкурсной документации и концессионном / ГЧП-соглашении) частному инвестору оказывать медицинские услуги путем передачи объекта в пользование привлеченной медицинской организации ОМС позволяет на протяжении всей эксплуатационной стадии инвестиционного проекта возмещать определенную долю кредитных средств и процентов по ним за счет арендных платежей и оплаты дополнительных услуг, поступающих инвестору от медицинской организации ОМС.

Единственным дополнительным обязательством субъекта РФ в рамках регулирования ОМС в таком случае становится дополнительное финансирование территориальной программы ОМС в части компенсации затрат на оборудование стоимостью свыше 100 000 рублей.

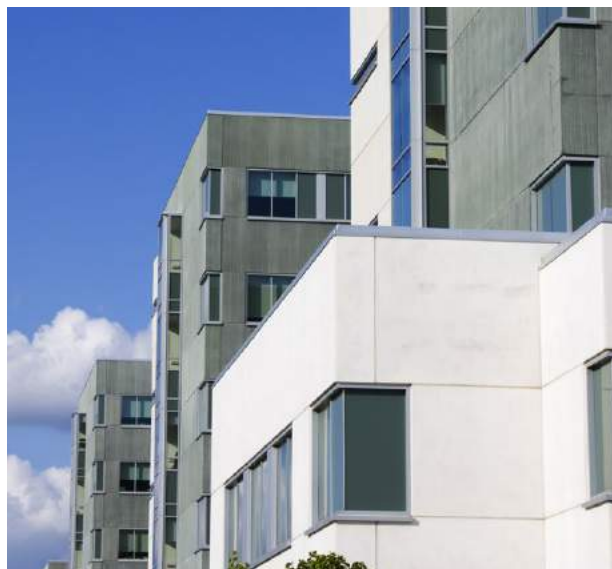
Возможные способы повышения эффективности реализации ГЧП-проектов в медицинской сфере

В связи с недостаточным практическим развитием ГЧП в здравоохранении необходимо также обратить внимание на возможные способы повышения эффективности реализации проектов ГЧП в медицинской сфере. Для этого потребуются активизация усилий и государства, и участников рынка по двум ключевым направлениям:

- отбор и запуск проектов, реализация которых в текущем правовом окружении возможна уже сейчас;
- анализ реализуемых проектов и выявление ограничений для корректировки применимого законодательства и расширения рынка ГЧП в медицине.

(i) Отбор и запуск проектов, реализация которых возможна в текущем правовом окружении.

При этом вне зависимости от модели реализации проекта огромное значение приобретает проводимая до объявления конкурса и заключения соглашения оценка локального рынка медицинских услуг. В первую очередь, должна быть учтена насыщенность рынка медицинскими услугами государственных учреждений в рамках программы обязательного медицинского страхования, поэтому планируемый к созданию новый объект должен строиться в местности, где ограничены возможности оказания таких услуг в связи с отсутствием или недостаточностью объектов государственной инфраструктуры



здравоохранения. При наличии технических ограничений, препятствующих реконструкции существующих государственных медицинских учреждений, и при избыточности объектов здравоохранения на локальном рынке в качестве подготовки к проекту ГЧП возможно проведение инвентаризации медицинских организаций, оценки набора оказываемых услуг и уровня оснащения оборудованием. Такой анализ позволит оценить эффективность обслуживания населения и принять решение о создании нового объекта по модели ГЧП с прекращением функционирования морально устаревших объектов и предоставлением их частному инвестору для обеспечения частичного возврата инвестиций.

(ii) Анализ реализуемых проектов и выявление ограничений с целью корректировки применимого законодательства, в частности, – создание правовых основ индивидуального включения инвестиционной составляющей в тариф на медицинские услуги ОМС при возникновении отдельных потребностей региональной или федеральной системы здравоохранения.

Вместе с тем, следует учитывать, что все изменения в законодательство требуют прогнозного моделирования для практической оценки их регулирующего эффекта в увязке с конкретными проектами, а принятие решения о внесении изменения должно предваряться реализованными в «ручном» режиме пилотными проектами.

Действующее законодательство в области здравоохранения не содержит специальных механизмов, направленных на реализацию ГЧП-проектов. В частности, несмотря на то что Правилами ОМС закреплена возможность устанавливать тариф по медицинским услугам на три года¹⁵, на практике его действие ограничивается одним. Структура тарифа не учитывает капитальные затраты и, несмотря на допустимость ее корректировки постановлением Правительства РФ¹⁶, остается неизменной. Наконец, объем услуг, оказание которых в рамках ОМС поручается медицинской организации на основании специального задания¹⁷ (далее – задание по ОМС), зависит от многих факторов, влияющих на окупаемость проекта. Кроме того, формирует данные задания специальная комиссия, которая не является участником ГЧП-проекта.

Минимизировать риски, связанные с названными внешними факторами, а также повысить инвестиционную привлекательность медицинской сферы можно, в том числе, с помощью следующих мероприятий:

1. Увеличение сроков действия тарифов и заданий по ОМС

При реализации долгосрочных инвестиционных проектов краткосрочное регулирование повышает риски частного партнера, так как отсутствуют гарантии стабильности финансовых потоков. Одним из вариантов решения данного вопроса является

введение долгосрочных параметров тарифного регулирования деятельности частного партнера или изменение срока действия тарифа и задания по ОМС с возможностью внесения в их числовые значения корректировок (при изменении каких-либо исходных данных, например, структуры тарифа или объема спроса¹⁸). Отметим, что концессионным законодательством предусматривается возможность введения долгосрочных параметров деятельности концессионера, которые позволяют установить предельные величины тарифа в соответствии с финансовой моделью проекта. В этом случае, если в течение срока действия концессионного соглашения, в соответствии с которым концессионер предоставляет услуги по тарифам, в законодательство вносятся изменения или устанавливаются иные долгосрочные параметры, не соответствующие такому соглашению, условия соглашения должны быть изменены по требованию концессионера¹⁹. На практике в отношении медицинских проектов данная норма в настоящее время не применяется.

2. Учет капитальных затрат частного партнера при определении объемов финансирования

Достижение указанной задачи возможно, например, одним из следующих способов:

- включение в структуру единого тарифа амортизационных и капитальных затрат, в том числе затрат на обслуживание привлеченного финансирования, для того чтобы обеспечить покрытие капитальных вложений за счет средств ОМС. Создание и реконструкцию основных средств государственных медицинских учреждений в таком случае также необходимо осуществлять за счет тарифа, а не путем предоставления бюджетных инвестиций (статья 79 Бюджетного кодекса РФ), чтобы у медицинских организаций не возникло необоснованного избыточного дохода;
- введение двух видов тарифов: тарифа для медицинских организаций в рамках текущей деятельности (без капитальных и амортизационных затрат) и тарифа для медицинских организаций при реализации ГЧП-проектов (с учетом капитальных и амортизационных затрат);
- введение повышающего коэффициента для тарифов медицинских организаций, реализующих ГЧП-проекты.

¹⁵ Пункт 157.1 Правил ОМС, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.11 № 158н.

¹⁶ Ч. 8 ст. 35 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

¹⁷ Задание по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

¹⁸ Проблема уменьшения объема дохода может быть также решена за счет субсидии из бюджета – так называемая «компенсация выпадающих доходов».

¹⁹ Ст. 20 ФЗ «О концессионных соглашениях».

3. Исключение принципа жесткой регламентации направлений расходования средств, полученных в рамках ОМС²⁰

В соответствии с действующим законодательством финансирование, полученное медицинской организацией по ОМС на определенные виды медицинской помощи, должно быть направлено строго целевым образом не только на указанные виды помощи, но и на отдельные ее составляющие (например, установленный объем средств на бинты, лекарства и др.). Между тем, участие в системе ОМС государственных и частных организаций имеет ряд отличий, связанных с необходимостью достижения окупаемости. В связи с этим в ряде случаев использование денежных средств на медицинскую услугу является более эффективным, если затраты на ее оказание распределяются в соответствии с особенностями собственного бюджета организации.

Таким образом, законодательство должно предусматривать разные требования к отчетности в отношении частных и «публичных» медицинских учреждений.

4. Учет параметров проекта при формировании задания по ОМС для частного партнера

Задание по ОМС утверждается для всех медицинских организаций в общем порядке специальной комиссией по разработке территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

²⁰ Отметим, что средства, полученные частной медицинской организацией по добровольному медицинскому страхованию, расходуются без ограничений. Нормативному регулированию подлежат только тарифы на платные услуги, оказываемые бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, однако даже им предоставлена относительная свобода. Например, Приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н утвержден Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации. Комитетом по здравоохранению утвержден порядок формирования цен в отношении подведомственных ему учреждений (Приказ от 19.09.2013 №28).

Таким образом, формально ни частный, ни публичный партнеры по ГЧП-проекту не могут влиять на объем финансирования в рамках ОМС. Между тем, если на публичном партнере лежит обязательство по компенсации выпадающих доходов, он будет заинтересован в использовании административных инструментов для обеспечения частному лицу установленной нормы доходности.

Еще раз отметим, что хотя концессионное законодательство предусматривает возможность введения долгосрочных параметров деятельности концессионера (что позволяет установить предельные величины тарифа применительно к ОМС), на практике в сфере медицины данная норма пока не используется.

Также следует обратить внимание на такое важное обстоятельство, как риск спроса. Задание по ОМС фиксирует общий объем услуг, которые могут быть оказаны медицинской организацией. Однако в силу различных обстоятельств поток потребителей может быть недостаточным для выборки задания в полном объеме. В таком случае необходимо использовать дополнительные инструменты бюджетной поддержки (например, упомянутую ранее компенсацию выпадающих доходов).

5. Преобразование системы ОМС как системы единого плательщика в систему управляемой конкуренции, в рамках которой допускалась бы доплата за оказание медицинской услуги за счет частных средств

В частности, это позволило бы рассматривать добровольное медицинское страхование как дополнение к ОМС не только в части оплаты тех услуг, которые не покрываются обязательным страхованием, но и как доплату за услугу, стоимость эффективного оказания которой не покрывается в полной мере за счет ОМС. В настоящее время возможность доплаты существует лишь как доплата за сервис, непосредственно медицинские услуги оплачиваются исключительно в рамках ОМС.

Следует отметить, что указанные выше механизмы (с учетом определенных особенностей) будут способствовать также привлечению в систему ОМС уже существующих частных медицинских организаций.



Capital Legal Services – одна из ведущих российских юридических фирм, предоставляющая поддержку широкому кругу крупнейших международных и российских компаний. Фирма была основана в 1999 году и имеет офисы в Москве, Санкт-Петербурге и Хельсинки.

Практика государственно-частного партнерства Capital Legal Services рекомендована Chambers & Partners и Legal 500 в качестве консультанта для компаний, реализующих инфраструктурные проекты в России. Эксперты рейтинговых агентств отмечают выдающийся опыт и компетенции руководителя практики – Партнера Capital Legal Services Павла Карпунина.

Capital Legal Services – одна из немногих российских юридических фирм, которая стояла у истоков применения механизма ГЧП в России. Capital Legal Services выступала консультантом правительства Санкт-Петербурга при реализации первого и самого масштабного ГЧП-проекта в России – реконструкции аэропорта Пулково.

На сегодняшний день юристы практики ГЧП имеют обширный опыт комплексного сопровождения стратегически важных проектов в различных отраслях: автомобильные дороги, аэропорты, тоннели, коммунальная инфраструктура, здравоохранение, спортивные сооружения, деловые объекты и др.

Capital Legal Services активно участвует в работе по совершенствованию российского законодательства в сфере ГЧП. Руководитель практики ГЧП Павел Карпунин входит в Экспертный совет Государственной Думы по ГЧП, а также принимает участие в рабочих группах, формируемых Министерством транспорта РФ.



КОНТАКТЫ:



Павел Карпунин
Партнер

+7 (812) 346 79 90
pkarpunin@cls.ru