



Аналитическая записка на тему: Развитие здравоохранения на основе ГЧП. Сравнительный анализ.

Автор: Семенин Александр Алексеевич, аналитик Центра развития ГЧП

Контрактные отношения между властью и бизнесом в сфере здравоохранения строятся на повышении эффективности и качества услуг и, как правило, в мировой практике включают следующие модели: сервисные контракты, контракты на управление, контракты на строительство, эксплуатацию и переоборудование, аренду и различные гибридные контракты в специфических случаях.

Сервисные контракты используются для обеспечения объектов здравоохранения определенными видами услуг (такими как лабораторные услуги, обслуживание питанием и т.п.), они нацелены на использование сравнительных преимуществ, имеющихся у частного партнера, таких как опыт и передовые технологии.

Контракты на управление представляют собой соглашения, предполагающие передачу полномочий государства в руки частному сектору вместе с полной ответственностью и необходимыми функциями (включая набор и управление персоналом, закупку медикаментов и оборудования), такие контракты нацелены на использование более эффективного менеджмента.

Контракты на строительство, обслуживание и переоборудование обычно связаны со строительством, реконструкцией и эксплуатацией объектов здравоохранения.

Гибридные контракты используются для специфических нужд, например, для контрактов, связанных с информационными технологиями и предполагающими построение и управление информационными системами, или, например, для контрактов на обновление или модернизацию медицинского оборудования.

Аренда предполагает оплату частным партнером возможности управления и обслуживания государственного имущества в обмен на получения прибыли от эксплуатации объекта, предполагающей более эффективное управление за счет знаний и навыков частного партнера. Как правило, арендные отношения предполагают ответственность государства за инвестиции в объект государственной собственности.

Концессии представляют собой соглашения государства с частным партнером, в которых, в случае с существующим объектом, имущество возвращается в руки государства после инвестиций частного партнера, эксплуатации и обслуживания частным партнером существующего имущества. Также концессии используются для строительства новых объектов, при этом частный партнер отвечает за проектирование, строительство и эксплуатацию нового объекта.

Например, концессия обычно предполагает финансирование строительства объекта частным партнером и со временем возврат средств на основе оговоренных в контракте выплат государства, дохода от эксплуатации или одновременно того и другого. Необходимо отметить, концессии подразумевают передачу большей части инвестиционных рисков частному партнеру, хотя государство часто предоставляет явные или скрытые гарантии защиты частного сектора от риска получения доходов, ниже запланированного уровня.

В международной практике принято отдельно выделять **проекты** в рамках **частной финансовой инициативы** (ЧФИ). Как правило, проект ЧФИ (ГЧП) основывается на концессионном соглашении, выделяющемся на практике финансированием капитальных инвестиций в здравоохранении частными партнерами. В Великобритании, которая является основоположницей ЧФИ, частные консорциумы заключают долгосрочные контракты с государством для финансирования, строительства и режиссуры управления новыми объектами (то есть консорциум может финансировать строительство новых мощностей, а затем они сдаются в аренду государству). ЧФИ часто является предметом политических дебатов, здесь необходимо осторожно относиться к оценкам и детально разбирать конкретные проекты.

Частичная или полная приватизация предполагает продажу объекта государственного имущества и передачу прав собственности частному партнеру, включая передачу коммерческих рисков. Операционные и инвестиционные риски ложатся на плечи частного партнера. Тогда как государство обычно не предоставляет каких-либо гарантий, оно имеет возможность косвенно помочь, создав необходимую правовую среду или предложив налоговые льготы частному партнеру.

Важно понимать, модель ГЧП в каждом случае зависит от сложившейся институциональной среды, которая часто нуждается в реформировании для успешного взаимодействия бизнеса и власти. Основы регулирования непосредственно или косвенно играют важную роль в обеспечении качества медицинских услуг, зависящих от такого рода соглашений. Мониторинг, механизмы принуждения, аккредитации и системы лицензирования, эффективный надзор и контроль со стороны государственных структур - неотъемлемые атрибуты перспективного партнерства государства и частного сектора.

Рынок ГЧП / ЧФИ стран ЕС

Итальянский рынок обладает наибольшим потенциалом роста: сумма заявленных контрактов в 2007 г. около 30 млрд. евро

Наиболее развитыми европейскими рынками проектов ГЧП / ЧФИ кроме Великобритании являются Испания, Франция, Италия, Ирландия, Греция и Германия

ГЧП в Европе								
Количество подписанных контрактов, € млн.							2001-08	Осуществляемые проекты, янв. 2007, € млн
	2001-04	2005	2006	2007	2008	Всего		
Испания	1,000	1,154	1,664	309	-	4,127	38	2,931
Франция	-	1,798	735	329	1,241	4,093	34	3,964
Италия	890	2,179	439	55	-	3,563	20	29,799
Ирландия	720	121	623	1,489	300	3,253	19	
Греция	-	798	1,600	3,885	1,000	2,398	8	6,270
Германия	440	830	177	465	117	2,029	40	9,495
Бельгия	1,300	480	-	300	680	1,780	6	3,635
Нидерланды	1,302	-	431	-	1,020	1,733	9	1,211
Польша	1,520	-	-	-	-	1,520	2	1,317
Австрия	49	-	850	-	-	899	6	20
Финляндия	-	700	-	-	-	700	1	
Болгария	-	366	288	366	-	654	6	2,202
Венгрия	-	-	38	15	500	556	11	264
Кипр	-	500	-	-	-	500	1	
Португалия	278	-	32	140	-	450	7	1,515
Другие страны	485	2	490	-	-	977	7	4,957
Всего (за искл. Великобритании)	7,984	8,918	7,367	7,353	4,858	36,583	215	67,580
Великобритания	21,849	6,237	14,111	10,698	8,236	61,131	536	

Источник: www.ifsl.org.uk

Рынок ГЧП / ЧФИ стран ЕС

Здравоохранение и образование — ключевые сектора для ГЧП

В Великобритании доля проектов, финансируемых на принципах ГЧП, в области здравоохранения, образования и обороны (22%, 17% и 14% соответственно) сопоставима с транспортными проектами (25%)

ГЧП в Великобритании: разбивка по секторам								
Сектор	Подписанные контракты, £						Совокупные данные 1987-2008	Доля, % 1987-2008
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Транспорт	442	457	403	292	497	0	16,605	25
Здравоохранение	707	2,681	992	3,020	1911	587	14,435	22
Образование	373	575	1,146	2,434	2415	2,076	11,344	17
Оборона	775	121	600	1,800	1000	3,291	9,312	14
Жилищный сектор	332	718	443	1,455	616	14	6,430	10
Телекоммуникации и информационные технологии	60	25	540	0	490	0	2,672	4
Переработка отходов и водоснабжение	343	300		575	314	98	2,635	4
Местные власти	361	295	98	0	0	0	910	1
Восстановление	0	0	0	0	0	450	450	1
Другие проекты	68	74	38	31	75	27	1,145	2
Всего:	3,461	5,246	4,260	9,607	7318	6,543	65,938	100

Зарубежный опыт реализации проектов ГЧП в здравоохранении

Обращая внимание на широкий спектр кейсов из разных Европейских стран и, на первый взгляд, на существенные различия, необходимо отметить - в действительности все они схожи. Ключевые европейские игроки в секторе здравоохранения сталкиваются с похожими проблемами и их инвестиционными решениями. Демографические и эпидемиологические переходы, связанные со старением населения, прорывы в медицинских технологиях и фармацевтике, рост ожиданий населения, неравенство возможностей в получении медицинских услуг, а на сегодняшний день и неблагоприятные экономические перспективы – стимулируют власть искать частных партнеров.

«В разных странах преобладают различные формы партнерства. Скажем, в Германии лечебно-профилактические учреждения продаются частным инвесторам за символическую сумму в обмен на инвестиции и обязательства выполнять государственный заказ. В Швеции частный сектор был допущен в систему здравоохранения в 1991 году: частникам разрешили брать в аренду больницы, службы скорой помощи, лаборатории. В качестве первого шага внедрения ГЧП в систему здравоохранения Австралии правительство выбрало единого частного оператора для проектирования, строительства, управления новыми больницами. Оператор работает с инвесторами, предлагая 15-летние контракты под обязательство не создавать искусственных ограничений доступности медпомощи. В Великобритании начиная с 1993 года частники занимаются проектированием, строительством и иногда эксплуатацией новых медицинских объектов. В основном контракты с частными инвесторами заключаются на 30 лет, в течение этого времени государственный партнер предоставляет частному право владения, эксплуатации, а также вносит согласованную плату за доступность медпомощи» [12].

Сервисный контракт на услуги по стерилизации медицинского оборудования (Austria, Vorarlberg)

Ключевые задачи:

Реорганизация стерилизационных отделений в трех больницах и создание единого стерилизационного центра на основе сервисного контракта по стерилизации медицинского оборудования.

Краткое описание:

- Проект осуществлялся в рамках соглашения об услугах по стерилизации медицинского оборудования в трех австрийских больницах (Landeskrankenhaus Feldkirch, Hohenems и Bludenz) между государством в лице управляющей компании (Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.h.) и специально созданной проектной компании (MPAV), где государству принадлежит 51%, а 49% частному партнеру (Sterilog).
- Подготовка проекта длилась около года и включала планирование, реорганизацию существующих отделений в трех больницах, установку новой информационной системы, подготовку оборудования, обучение персонала и подготовку документации.
- Строительство нового центра завершилось в 2007 году, а необходимое оборудование из трех стерилизационных отделений перевезено после проверки на работоспособность и сертификации.
- Суммарные инвестиции частного партнера составили 5.3 млн. евро.

Результаты:

- Улучшение качества услуг по стерилизации медицинского оборудования.
- Внедрение адекватного затратам конкурентного ценообразования.
- Вместо модернизации трех стерилизационных отделений построен новый центр, который лучше оснащен и удовлетворяет требованиям качества, безопасности и финансовой жизнеспособности (экономия за счет строительства нового центра вместо модернизации трех отделений составила 2 млн. евро).
- Дополнительные внешние объемы за счет расширения услуг для других больниц позволяют сократить себестоимость услуги на 27% в расчете на одну стерилизационную коробку в течение следующих 8 лет, причем экономия составляет ежегодно около 1 млн. евро.
- Экономия на масштабах за счет единого центра, включая лучшую специализацию и качество, непрерывную техническую и организационную поддержку, экономию в обслуживании/ремонте и затратах на электроэнергию.

Контракт на управление больничным питанием (Germany, Charité Clinic)

Ключевые задачи:

Неотложная необходимость совершенствования организации больничным питанием в Charité Clinic для повышения качества и удовлетворения последним требованиям Евросоюза в сфере гигиены и Hazard Analysis Critical Control Point (НАССР) при отсутствии крупных инвестиций с 1970-ых годов.

Краткосрочные задачи: модернизация кухонного оборудования, стабилизация финансового положения.

Долгосрочные задачи: улучшение конкурентоспособности, увеличение и поддержание высокого качества и стандартов гигиены.

Краткое описание:

- Система больничного питания Charité Clinic включает несколько розничных точек, разнесенных по территории в 3 кв. км, а также обслуживание пациентов питанием, столовую для персонала, стойку, бистро, организацию мероприятий и другие услуги.
- Проект осуществлялся в рамках контракта на управление больничным питанием (туда были включены вопросы инвестиций, расписания работы и стандарты качества оказания услуг), заключенного между Charité Campus Clinic Virchow и частной компанией Zehnacker Catering в 2003 году с возможностью продления через 5 лет.
- Первоначальные инвестиции частного партнера составили 400 тыс. евро (в первую очередь на модернизацию оборудования) и были возмещены за счет суточных платежей со стороны клиники на протяжении всего периода действия контракта.

Результаты:

- Экономия Charité составила 800 тыс. евро за 5 лет при стоимости контракта в 6 млн. евро.
- Повышение качества обслуживания больничного питания за счет приобретения новых автомобилей и внедрения улучшенного меню, контроля заданной температуры хранения, своевременной доставки и широкого ассортимента.
- Модернизация оборудования серьезно улучшила условия работы и повлияла на эффективность работы персонала (несмотря на 7% сокращение работников), также сократилось количество прогулов.

Преобразование больницы скорой помощи в психосоматический медицинский центр в рамках контракта на строительство, обслуживание и управление (Austria, Waldviertel)

Ключевые задачи:

Преобразование больницы скорой помощи, находящейся на грани закрытия, в психосоматический медицинский центр.

Существовала необходимость в обновлении медицинских мощностей и внедрении новой модели оказания услуг на основе использования лучших практик.

Краткое описание:

- Проект осуществлялся в рамках контракта на строительство, обслуживание и управление между государством и специально созданной проектной компанией PSCW, 51% которой принадлежит Hospital Association Waldviertel (KAV), 39% частной медицинской управляющей компанией ROMED и 10% строительной компанией VAMED.
- Центр на 100 коек открылся 1 июля 2006 года и оказывает услуги как местным, так и региональным потребителям.
- Суммарные инвестиции составили 14,8 млн. евро.

Результаты:

- Инвестиции в новый тип высококачественных услуг для пациентов.
- Объем инвестиций со стороны гос-ва составил 65% от всех инвестиций.
- Передача рисков и разделение полномочий между партнерами.
- Дальнейшая экономия на издержках за счет эффективного управления со стороны частных партнеров (норма суточных издержек в психосоматическом медицинском центре составляет около 200-300 евро, что на порядок меньше, чем в обычной больнице, где норма 440 евро, такая экономия достигается за счет уменьшенного интервала лечения в специализированном центре).

Концессионное соглашение на модернизацию госпиталя Ванеры (West Australia)

Краткое описание:

- Проект осуществлялся в рамках соглашения между Департаментом здравоохранения штата Западная Австралия и компанией Health Care of Australia, которое было подписано в 1996 году.
- Проект предусматривал модернизацию госпиталя в г. Джундалап (Западная Австралия) рассчитанного на 335 пациентов; 265 мест предназначено для публичного использования и 70 - для платных пациентов.
- Госпиталь начал работать в январе 1998 г..
- Форма сделки: BOOT.
- Контракт заключен на 20 лет.
- Проект полностью финансировался компанией Maune Health, ставшей 100% владельцем объекта.
- Инвестиции в проект составили \$42 млн.

Риски, ложащиеся на частный сектор:

- Риски при разработке, строительстве и вводе в эксплуатацию, включая получение различных разрешений от органов власти.
- Эксплуатационные затраты, включая затраты на содержание оборудования.
- Трудовые отношения.
- Некоторые рыночные риски.
- Определенная ответственность перед населением.

Основные факторы успеха:

- Создан общественный консультативный совет при госпитале, представляющий интересы местного сообщества.

Проблемы:

- У оператора есть стимул нанимать менее квалифицированный младший медицинский персонал, чтобы снизить затраты.
- Не предусмотрена для общественного сектора экономия на стоимости эксплуатации госпиталя за счет повышения ее эффективности, поскольку в соглашении не была предусмотрена возможность установления более низких тарифов, чем прежде.

Результаты:

- Государство получает обновленный и хорошо оборудованный госпиталь без каких либо дополнительных затрат со своей стороны.

- Затраты на проект составили \$42 млн. против \$63 млн., которые потребовались бы, если проект реализовывался в госсекторе.
- Строительство госпиталя было завершено на полгода раньше, чем планировалось.

Концессия на реорганизацию и модернизацию госпиталя Berlin-Bunch (Germany)

Ключевые задачи:

В конце 1990-ых власти State of Berlin были не способны финансировать обновление госпитального комплекса Berlin-Buch, насчитывавшего 1100 коек и столкнувшегося с финансовыми потерями и уменьшением кол-ва пациентов.

Краткое описание:

- Проект осуществлялся в рамках концессионного соглашения (BOOT) State of Berlin и частной компанией Helios-Kliniken, которая выиграла тендер в 2001 году, в том числе и на строительство 1000 койко-мест с обязательством по ликвидации некоторых объектов.
- На основе концессионного соглашения, Helios-Kliniken получила лицензию, активы и обязательства по существующей инфраструктуре (24 клиники и 6 институтов, пять земельных участков, 167 зданий и 1100 койко-мест).
- Госпиталь остается обучающим и научным институтом, исследовательскую и образовательную деятельность продолжает финансировать государство под управлением Charité University.
- Суммарные капитальные инвестиции составили 215 млн. евро

Результаты:

- Первоначально объем необходимых инвестиций планировался на уровне 350 млн. евро.
- Чем больше пациентов, тем больше финансирования - созданы стимулы, гарантирующие финансовую устойчивость.
- Затраты на персонал сократились на 10% (кол-во персонала было сохранено) за счет операционной эффективности.
- Широкомасштабные инвестиции объемом 10 млн. евро в новые технологии и процедуры на 2009 год способствуют повышению качества услуг.

Концессия на строительство Hospital de la Ribera (Spain, Valencia, Alzira)

Ключевые задачи:

Решение проблемы доступности больницы для местного населения, раньше ближайший госпиталь находился в Валенсии (на расстоянии 40 км).

Краткое описание:

- Изначально проект осуществлялся в рамках концессионного соглашения сроком на 10 лет, заключенного между специально созданной проектной компанией Union Temporal de Empresas-Ribera, куда вошли: частная страховая компания Adelas с 51% долей, объединение местных строительных обществ Vansaia и CAM с суммарной долей в 45% и строительная компания Lubasa с 4%.
- Частный партнер обязан построить больницу на 301 койко-место, обслуживать и управлять ею надлежащим образом до тех пор, пока не закончится срок концессионного соглашения, после чего больница перейдет в собственность Министерства здравоохранения Валенсии.
- На этапе с 1999 по 2003 год подушевая оплата со стороны государства составляла: 204 евро в год за местного жителя + корректировка на ИПЦ. Частные инвестиции составили 61 млн. евро.
- Предполагалось, Hospital de la Ribera будет специализироваться исключительно на стационарном лечении. Тем не менее, скоро стало ясно, требуется более эффективная финансовая модель и необходимо учитывать потребности населения не только во вторичной помощи, но еще и в первичной. В результате проектная компания была рефинансирована, и новая организационная модель заработала в 2003 году, компания взяла на себя обязательства по оказанию услуг, как первичной медицинской помощи, так и вторичной.
- Новая организационная модель представляла собой концессионное соглашение сроком на 15 лет, с подушевой оплатой в размере 379 евро в год за местного жителя + процент от годового увеличения бюджета на здравоохранение. Частные инвестиции составили 68 млн. евро.
- Власти Валенсии платят годовой подушевой платеж с каждого жителя зоны Альзира, то есть со всех, кто имеет электронный полис (около 245 000 человек).
- Пересмотр концессионного соглашения привел к изменению модели распределения прибыли между проектной компанией и государством, теперь лимит прибыли составил 7,5% от оборота, остальное возвращается местным властям.

Результаты:

- В результате подушевого финансирования власти Валенсии могут предсказать годовые расходы своего Департамента здравоохранения №11, соответственно, бюджет на здравоохранение более устойчив, чем прежде.
- Госпиталь обязан преследовать такие цели, как сокращение времени ожиданий и у него есть стимулы развиваться и поддерживать высокие стандарты за счет внедрения властями принципа “деньги следуют за пациентом”.
- В 2007 году проектная компания получила прибыль в размере 2 млн. евро.

Концессионные соглашения на строительство больниц по схеме DBFO (Italy)

Четыре больницы: Prato, Massa, Lucca, Pistoia (Tuscany)

Государство: Sistema Integrato Ospedali Toscani (совместное государственное предприятие, основанное четырьмя местными муниципалитетами).

Частный партнер: Consortium (куда входят Astaldi SpA и Techint SpA).

Дата подписания контракта: июнь 2003 года.

Кол-во койко-мест: 1710.

Суммарные инвестиции: 332 млн. евро.

В том числе государственные: 249 млн. евро на капитальные затраты + годовые платежи за оказание услуг.

Период концессии: 24 года (4 года - строительство, 20 лет - управление).

Две больницы: Castelfranco Veneto, Montebelluna

Государство: Unità Sanitaria Locale n. 8 Asolo.

Частный партнер: Guerrato SpA и другие.

Дата подписания контракта: июнь 2001 года.

Кол-во койко-мест: 420.

Суммарные инвестиции: 122 млн. евро.

В том числе государственные: 31 млн. евро капитальных затрат + годовые платежи за оказание услуг.

Период концессии: 28 лет (4 года - строительство, 24 года - управление).

Госпиталь New Mestre

Государство: Unità Sanitaria Locale 12 Venezia

Частный партнер: Консорциум Astaldi SpA.

Дата подписания контракта: июнь 2001 года.

Кол-во койко-мест: 680.

Суммарные инвестиции: 238 млн. евро.

В том числе государственные: 100 млн. евро.

Период концессии: 29 лет (4 года - строительство, 25 лет - управление).

Совокупные результаты:

- Временные затраты на согласования и строительство сократились по сравнению с государственными закупками.
- Риск строительства и управления лежит на частном партнере.
- Риск технологического устаревания медицинского оборудования лежит на частном партнере.

Концессия на строительство и реконструкцию Mater Hospital (Australia, Newcastle, New South Wales)

Краткое описание:

- Проект осуществляется в рамках концессионного соглашения между специально созданной в 2005 году проектной компанией Novacare и властями New South Wales на проектирование, строительство в течение 3,5 лет новых объектов на территории Mater Hospital, реконструкцию старого здания, обслуживание всех зданий, парковок и земельных участков.
- Заемные средства составляют 180 млн. долларов и 29 млн. долларов собственных средств.
- Период концессии составляет 28 лет.

Результаты:

- Для работников больница стала современной и удобной рабочей площадкой.
- Для пациентов стало более эффективное и результативное оказание услуг.
- Новая больница была построена в срок.
- Строительство больницы финансировалось частным партнером по фиксированной цене и срокам, с соответствующим разделением рисков по строительству и срокам.
- Фиксированные операционные издержки на 28-летний период сделки, включая эксплуатацию и дополнительные услуги.
- Соблюдение соотношения цена/качество проекта.
- Выгоднее, чем государственные закупки.

Российская практика реализации проектов ГЧП в здравоохранении

Стимулирование государством развития механизмов ГЧП в целях преодоления негативных тенденций в сфере здравоохранения (таких как низкое качество услуг, снижение доступности социальных услуг) заложено в концепциях социально-экономического развития до 2020 года и прочих программных документах. Гипотетический интерес к участию в социальных проектах как в сфере производства и сбыта услуг, имеющих устойчивый массовый спрос, существует и у бизнеса, а вот реальные механизмы четко не просматриваются. Сегодня партнерство в сфере здравоохранения представлено, как правило, лишь инвестиционными договорами на строительство, реконструкцию или модернизацию точечных социально-значимых объектов, причем инвестиции зачастую можно отбить лишь в крупных городах. Соответственно, вышеописанной формы партнерства недостаточно, тем более в связи с размытыми экономическими перспективами. Таким образом, необходимо более активное внедрение полноценной концессионной модели, когда концессионер вправе осуществлять такие виды деятельности, как строительство, реконструкция, модернизация объекта; эксплуатация; производство и предоставление услуг населению в течение всего жизненного цикла объекта соглашения. В то же время возникают вопросы относительно лицензирования и получения разрешений на различные виды деятельности частными компаниями, хотя сегодня их можно разрешить с помощью использования концессионером договоров о совместной деятельности (простого товарищества), что допускается Концессионным законом (п.2 ч.1 ст.5).

Еще одной особенностью концессионных соглашений в социальной сфере является то, что в ходе их реализации должен быть предоставлен законодательно гарантированный минимум социальных услуг населению: обязательное медицинское страхование в здравоохранении и обеспечение доступности бесплатного общего среднего образования. Решением этой задачи может стать как предусмотренная Концессионным законом возможность принятия на себя концедентом «части расходов на создание и (или) реконструкцию объекта концессионного соглашения, использование (эксплуатацию) объекта концессионного соглашения» (ч. 13 ст. 3), так и получение концессионером в той или иной форме субсидий от соответствующего уровня главного распорядителя бюджетных средств на обеспечение оказания социальных услуг и/или на реконструкцию/строительство соответствующего объекта. Выбор той или иной формы или их совмещение зависят от условий каждого конкретного проекта.

«Следует сказать и о концессионной плате, вернее об использовании предоставленной законом возможности не предусматривать ее в концессионном соглашении. Часть 1.1 ст. 7 Концессионного закона

предусматривает, что «в случае реализации концессионером производимых товаров, выполнения работ, оказания услуг по регулируемым ценам (тарифам) или с учетом установленных надбавок к ценам (тарифам), а также в случаях, если условиями концессионного соглашения предусмотрено принятие концедентом на себя части расходов на создание и (или) реконструкцию, использование (эксплуатацию) объекта концессионного соглашения, концессионная плата концессионным соглашением может не предусматриваться». Если учесть экономические особенности деятельности образовательных и медицинских учреждений, в частности отсутствие у них «сверхдоходов» и «природной ренты», концессионные соглашения в отраслях социальной инфраструктуры не должны предусматривать выплату концессионного вознаграждения. В противном случае вероятность привлечения частных инвесторов в эту сферу будет стремиться к нулю» [1].

Сегодня можно выделить несколько путей стимулирования ГЧП в здравоохранении в рамках реформы: передача в концессию государственных поликлиник, привлечение частных управляющих компаний к выполнению федеральных целевых программ в области здравоохранения, освобождение от налога на прибыль инвестиций в здравоохранение, невзимание НДС с некоторых платежей за оказание медицинских и сервисных услуг, с лизинговых платежей за медицинское оборудование, с платежей за аренду площадей для оказания медицинских услуг. Помимо оказания медицинских услуг гипотетически частный партнер может взять на себя обязанности по обучению персонала, управлению закупками лечебных учреждений, созданию специализированных медицинских центров, обновлению и модернизации технического обеспечения системы здравоохранения.

Сложившуюся ситуацию в сфере здравоохранения и пилотные проекты наглядно описала в своей статье журналистка газеты Коммерсант от 29 сентября сего года:

«Существующая система здравоохранения в России налагает определенные ограничения на возможность более широкого применения механизма ГЧП в медицине. Сложность реализации ГЧП заключается в том, что возврат вложенных частным партнером средств государству должно ему гарантировать, а это сопряжено с большими рисками, учитывая, что инвестиции в медицине к быстрокупаемым никак нельзя отнести. Сложностей добавляет еще и то, что режим смешанной собственности, а также совместного пользования активами медицинских учреждений законодательно не регламентирован. "При текущих тенденциях старения населения и распространения хронических заболеваний через 10-20 лет ни одна страна в мире не будет в состоянии содержать национальную систему здравоохранения исключительно за счет госбюджета. Понятно, что при вхождении в проекты государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения нам как бизнесу необходимо иметь гарантии государства на очень долгий период. В зависимости от параметров проекта мы не просто

поставляем оборудование — чаще всего мы создаем комплексное решение "под ключ", с готовыми диагностическими лабораториями, технологической инфраструктурой, бизнес-процессами и системой администрирования, высококвалифицированным медицинским, инженерным и техническим персоналом. В рамках текущего российского законодательства, нам сложно реализовывать проекты на основе ГЧП. Мы сталкиваемся с множеством трудностей. Главное — госбюджетирование и госгарантии на уровне муниципалитетов и субъектов РФ не могут распространяться на период больше года. В то же время удачные проекты ГЧП в здравоохранении — это проекты с гарантиями на пять-десять лет. И получается, что сейчас такое партнерство гораздо более сложный механизм, чем, к примеру, покупка медицинского оборудования за наличные", — уверен Руслан Ноздряков, директор по корпоративным коммуникациям компании Philips.

Другое в действующем законодательстве, что беспокоит сегодня инвесторов,— это многоканальное финансирование муниципальных медицинских учреждений. Сейчас в тариф ОМС входит зарплата медперсонала, начисления на зарплату, затраты на инвентарь, лекарственные средства и питание. "Причем последние три статьи актуальны только для стационаров. В амбулаториях они не покрываются обязательной медстраховкой. То есть если мы говорим об амбулаторном лечении, это только зарплата сотрудников и начисления на нее. Конечно, инвестору не интересно получать только такое возмещение, ведь за рамками остаются самые большие расходы — коммунальные, транспортные, затраты на связь, обучение и повышение квалификации работников, расходы на программное обеспечение, охрану труда",— рассуждает Глеб Михайлик. "Такая система требует выплат из разных источников, что достаточно сложно организовать и отслеживать",— поддерживает его Наталия Резниченко.

Пресс-секретарь Минздравсоцразвития Софья Малявина напоминает о том, что с 2011 года система ОМС изменится: "Мы переходим на полноценную систему медицинского страхования с полным тарифом. Поэтому, если частная клиника хочет работать в системе ОМС, она это будет делать (то есть любой человек с полисом ОМС сможет обратиться в эту клинику и получить услугу). Передавать государственные объекты в частное управление не предполагается. Мы рассматриваем государственно-частное партнерство в медицине только в следующем: частник оказывает гражданину качественно услугу, а государство оплачивает ее должным образом через ОМС".

Бизнес неохотно вкладывается в проекты здравоохранения. "Есть разовые проекты, но они созданы скорее волей местных властей",— говорит Сергей Ануфриев, основатель и директор Петербургского медицинского форума. Одними из первых органов государственного управления в области создания государственно-частного партнерства стали правительство Санкт-Петербурга

совместно с комитетом по здравоохранению этого города, которые, столкнувшись с проблемой недофинансирования отрасли, начали искать дополнительные источники средств. Первые попытки разработки нового механизма были предприняты в 2004 году. Пилотным стал проект по выполнению комплекса работ и реконструкции здания в СПб ГУЗ "Городская больница N 14" и реконструкция здания СПб ГУЗ "Городской гериатрический медико-социальный центр". Работы по реконструкции выполнила страховая компания "Согаз". В обмен на это в собственность компании город передал здание бывшей городской больницы N 5. "Конечно, в полном смысле слова проектом, реализованным на основе ГЧП, это назвать нельзя. Однако это наш первый шаг в развитии ГЧП в медицине. В будущем мы надеемся привлекать частных активнее",— заявил ВГ глава комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Фарит Кадыров.

Сейчас в городе готовится еще один проект с использованием механизма ГЧП. Главный врач детской городской больницы N 5 Александр Голышев хочет отремонтировать и модернизировать больницу, которой руководит больше десяти лет. "Есть планы открыть в больнице современный перинатальный и реабилитационный центр. Проект предусматривает ремонт существующих зданий, покупку оборудования, увеличение койко-мест и потребует 5 млрд рублей",— рассказывает господин Голышев. Однако когда эти планы реализуются, он сказать затрудняется. Фарит Кадыров уверяет, что об инициативе врача знает и ждет, когда "проект Голышева приобретет реальные очертания": "Это очень интересный проект! Мы ждем, что руководство детской городской больницы N 5 представит нам на рассмотрение подробный план его реализации".

Детская больница N 5 в Санкт-Петербурге уже давно пытается вступить в партнерство с частной компанией, причем главный сторонник этой идеи — главврач больницы Александр Голышев

Пока в Питере только намереваются создать перинатальный центр с участием частного капитала, в Казани на деньги частной компании "АВА-Петер" строят современный перинатальный центр площадью 8 тыс. кв. м. Для этого реконструируют здание бывшей городской больницы (до реконструкции ее площадь составляла 3,3 тыс. кв. м). В составе центра будут поликлиника, роддом с дородовым и послеродовым отделениями, клиника репродуктивной медицины, высокотехнологичный диагностический центр и аптека. По словам инвестора, в проект вложено около \$20 млн.

"Мы планируем, что центр будет оказывать современную высокотехнологичную помощь в системе ОМС, бороться за государственный заказ и оказывать коммерческие услуги. Центр сможет ежегодно принимать более 50 тыс. амбулаторных пациентов. Родильное отделение рассчитано на 1 тыс. родов в год, клиника репродуктологии — на 2,5 тыс. циклов ЭКО",— говорит генеральный директор компании "АВА-Петер" Глеб Михайлик. По его словам, окупится проект через десять лет.

Здесь же, в Казани, с 2008 года реализуется другой проект в рамках ГЧП — Казанский образовательный центр высоких медицинских технологий. Проект образовательного центра был запущен в сентябре 2007 года по инициативе Минздравсоцразвития РФ и при поддержке ООО "Джонсон & Джонсон" в рамках реализации национального проекта "Здоровье". Основная функция центра — подготовка кадров для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по направлениям: эндоскопическая хирургия, кардиохирургия, травматология, нейрохирургия, репродуктивные технологии и т. д. Цель проекта — создать новые стандарты подготовки медицинских кадров.

"Инвестиции "Джонсон & Джонсон" в проект составляют \$15 млн в течение пяти лет. Компания передала в партнерство компьютерные симуляторы, кроме того, за счет взносов компании оплачиваются расходы, связанные с организацией курсов, транспортные расходы и проживание слушателей и преподавателей, гонорары преподавателей", — сообщил ВГ Арман Воскерчян, генеральный директор ООО "Джонсон & Джонсон Россия и СНГ" . Со своей стороны Республика Татарстан передала в партнерство здание площадью 3 тыс. кв. м.» [12].

Список источников и литературы

1. Данько К., Громыко И. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения и образования в условиях кризиса. Корпоративный юрист, №5 2009. – стр. 29-31
2. Внешэкономбанк и проекты государственно-частного партнерства в России. Делойт и Туш СНГ. Июль 2008. – 46 с.
3. Кабашкин В.А., Левченко А.А., Сидоров В.А. Развитие государственно-частного партнерства в регионах России. Белгород ИПЦ «ПОЛИТЕРРА», 2008. – 466 с.
4. Варнавский В. Г., Клименко А. В., Королев В. А. Государственно-частное партнерство: теория и практика. М.: ГУ-ВШЭ, 2010. – 287 с.
5. European PPP report 2007. DLA Piper. – 166 p.
6. European PPP report 2009. DLA Piper. – 404 p.
7. Germani A. The PPP experience in Italy (1999-2005), 2005. – 23 p.
8. McKee M., Edwards N., Atun Rifat. Public-private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization, 2006. – p. 891-893
9. Irina A. Nikolic & Harald Maikisch Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. The world bank, October 2006. – 28 p.
10. Bernd Rechel Jonathan Erskine Barrie Dowdeswell Stephen Wright Martin McKee. Capital investment for health. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2009. – 191 p.
11. Infrastructure Partnerships Australia. Case Studies. Mater hospital redevelopment. – <http://www.infrastructure.org.au/DisplayFile.aspx?FileID=33>.
12. Анна Героева. Врачи ждут партнеров. Приложение к газете "Коммерсантъ" № 33 (33) от 29.09.2010. – <http://www.kommersant.ru/doc.aspx?DocsID=1509359>.