

ОПЫТ РАЗВИТЫХ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОРМ И МОДЕЛЕЙ ГЧП В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

© 2015 Панова Татьяна Владимировна
кандидат экономических наук, руководитель сектора
Институт экономики Российской академии наук
117218, г. Москва, Нахимовский пр-т, д. 32
E-mail: tzeldner@gmail.com

Рассматриваются методологические и практические вопросы использования модели государственно-частного партнерства в таких европейских странах, как Германия, Англия, Италия.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, зарубежный опыт, эффективность, здравоохранение.

Опыт развитых стран мира показывает достаточно высокую эффективность совместной деятельности государства и бизнеса в модернизации системы здравоохранения на базе форм и моделей государственно-частного партнерства (ГЧП), и это привлекает внимание к зарубежному опыту. Как подчеркивал лауреат Нобелевской премии Д. Норт, «очевидно, что для плохо функционирующих экономик существование где-то в других странах сравнительно продуктивных институтов и возможность получения с низкими издержками информации об экономическом развитии этих стран, опирающемся на данные институты, служит мощным стимулом к изменениям»¹.

Копирование и адаптация зарубежного опыта ГЧП к российским условиям достаточно сложны, ибо мы сталкиваемся с существенными правовыми различиями, которые имеются в каждой стране, и практически нормативно-правовые базы стран не совпадают, как не совпадают используемые экономические рычаги и стимулы. Но эффективность форм и моделей ГЧП, применяемых в развитых странах наряду с достигаемым социальным эффектом, служит сильнейшим стимулом для изучения зарубежного опыта.

Анализ зарубежного опыта использования различных моделей ГЧП показал, что в каждой из стран «Большой семерки» имеются отрасли, в которых ГЧП применяется более широко по сравнению с другими отраслями. Например, в США ГЧП-проекты наиболее распространены в отрасли дорожного строительства (32 из 36 проектов), а в Великобритании - в отрасли здравоохранения (123 из 352 проектов, или 35 %) и образования (113 из 352 проектов, или 32 %). В Германии, Франции, Италии ГЧП-проекты наиболее распро-

странены в отрасли образования и здравоохранения².

В целом, с 1990 по 2010 г. в Евросоюзе были реализованы 1452 ГЧП-проекта на общую сумму 272 млрд евро. Только в 2010 г. таких проектов было 112, а их стоимость составила 18,3 млрд евро. Значительна доля ГЧП-проектов в экономике Франции, где денежный объем соглашений ГЧП составил 1,8 млрд евро только в 2010 г. В целом, в странах Евросоюза объем сделок по ГЧП в такой социально значимой отрасли, как здравоохранение, по итогам 2010 г. составил 6,5 млрд евро, 36 % общих затрат.

Следует отметить, что те страны, в которых построена развитая социально ориентированная рыночная экономика с высоким уровнем производительности труда, где сравнительно выше средняя продолжительность жизни, а также достигнуто высокое качество в отраслях здравоохранения и образования, проекты ГЧП используются чаще именно в здравоохранении и образовании по сравнению с проектами в других отраслях.

Существенный интерес представляет зарубежный опыт, позволяющий сравнивать соотношения затрат и результатов при реализации инфраструктурных проектов государством и с использованием механизма ГЧП. Такая методика, которую стали называть «компаратором» (от англ. «to compare» - сравнивать), впервые была внедрена в Великобритании. Задача модели компаратора состоит в том, чтобы обеспечить возможность количественного сравнения проекта ГЧП с аналогичным проектом, реализуемым исключительно за бюджетный счет, при условии обеспечения того же комплекса услуг и уровня качества. Модель компаратора дает возможность

оценить соответствие результатов объема затраченных средств. Использование модели компаратора позволяет государству экономно расходовать бюджетные средства на проекты, обеспечивающие общественные блага.

Методика проведения компаратора в ГЧП-проектах в отрасли здравоохранения обязательно должна включать следующие компоненты: анализ показателей эффективности (по методу доходы - расходы и определения добавленной стоимости (экономической, социальной и т.п.), оценку рисков и затрат населения на медицинские услуги.

Использование модели компаратора состоит из трех этапов: «Первый - сканирование рынка для определения показателей экономической и социальной потребности и целесообразности реализации проектов ГЧП. Вторым предусмотрено использование компаратора ГЧП (public-private comparator (PPC) для сравнения показателей эффективности и рискованности традиционных инвестиционных контрактов реализации проекта с потенциалом его основе ГЧП. И на третьем этапе применяется использование компаратора государственного сектора (public sector comparator (PSC), который дает возможность, после принятия решения о реализации проекта на принципах ГЧП, выбора наилучшего частного партнера для его выполнения на основе сравнительного анализа соответствующих показателей»³.

Сравнительный анализ международных практик реализации проектов государственно-частного партнерства в отрасли здравоохранения показывает, что объем экономии государственных ресурсов достигает 10 %⁴. Во многих странах частные медицинские учреждения участвуют в системе государственных медицинских гарантий (аналог российского ФОМС). Следует отметить, что в странах, где развито использование ГЧП-проектов в отрасли здравоохранения, качество медицинских услуг росло, а цена услуг снижалась⁵.

В Германии на начало 2015 г. насчитывалось 2000 больниц, примерно 500 тыс. коек, среднее пребывание на койке 7 дней (в 1998 г. - 10 дней). Больницы в Германии принадлежат разным собственникам: 31 % - государству в лице регионов и муниципалитетов; 33 % - частным структурам и 36 % - некоммерческим организациям (церковным общинам, Красному кресту и др.) (В. Шток).

В Германии доля частных медицинских учреждений в системе здравоохранения за после-

дний период существенно выросла - с 4 до 33 %. На фоне снижения бюджетных расходов государства на систему здравоохранения именно развитие частной медицины позволило поддерживать качество медицинской помощи, традиционно высокое в Германии. Здесь принято передавать государственные лечебно-профилактические учреждения частным инвесторам за символическую цену, но под долгосрочные обязательства обслуживания в рамках государственной системы страхования, а также повышения эффективности эксплуатации больниц⁶. Условия работы персонала в таких учреждениях, условия лечения, а также практически вся медицинская и финансовая деятельность идентичны с частными учреждениями, а пациент не задумывается над тем, какова форма собственности больницы, где он получает лечение. Такая организация системы здравоохранения позволяет государству сократить существенную часть издержек на здравоохранение, передав исполнение общественно значимой услуги частному предпринимателю.

Так, например, определено, что в клиниках норма прибыли не может быть ниже 25 %⁷. Цель такого норматива состоит в том, чтобы обеспечивать постоянную возможность обновления медицинского оборудования. Исходя из данной нормы, складывается ценообразование в федеральном здравоохранении Германии. При этом установлен высокий уровень заработной платы медицинского персонала, достигающий 55 % всех расходов медицинского учреждения⁸.

Частные учреждения могут вести рентабельную деятельность и развиваться, дополняя государственный сектор медицинских услуг. Важно отметить, что полис обязательного медицинского страхования на территории Германии действует в медицинских учреждениях независимо от формы собственности учреждения. Пациент, который выплачивает медицинскую страховку, не платит даже за весьма дорогостоящие медицинские услуги из собственного кармана. В отрасли здравоохранения Германии основной упор в реализации проектов государственно-частного партнерства делается на новое строительство: с 2003 г. было реализовано проектов на сумму 770 млн евро, из которых 132 млн евро пришлось на строительство крупнейшего центра протонной терапии в Эссене⁹. Проект государственно-частного партнерства был завершен в 2010 г., центр передан в частное управление на 15 лет с предпола-

гаемой экономией средств в 20 %. Ежегодно лечение в центре протонной терапии проходят 2200 пациентов¹⁰.

В проектах ГЧП в здравоохранении в Германии могут применяться разные варианты контрактов между партнерами. Здесь используются в основном три модели контракта между партнерами, при которых объект недвижимости остается в собственности частного партнера:

- модель приобретателя (после истечения срока контракта больница переходит в собственность государственного партнера);

- модель лизинга (после завершения проекта государственный партнер имеет право получить права собственника);

- модель сдачи в аренду (больница остается в собственности частного партнера).

Великобритания считается государством с наиболее развитой институциональной инфраструктурой государственно-частного партнерства в отрасли здравоохранения. В 1992 г. для привлечения частного финансирования и повышения эффективности работы госсектора внедрена программа “Частная финансовая инициатива” (Private Finance Initiative)¹¹. Для ее реализации при правительстве созданы специальные комитеты, ответственные за подготовку ГЧП-проектов и объединившие представителей государства и бизнеса. По постановлению парламента механизм “Частная финансовая инициатива” с 1997 г. используется только после полноценного экономического анализа проекта, который призван подтвердить эффективность его применения в учреждении¹². Следует заметить, что совокупные расходы в отрасли здравоохранения в Великобритании составляют примерно 7,5 % от ВВП. При этом 95 % лечебных учреждений находятся в государственной собственности, а управление ими передано в трасты. Траст - это самоуправляемое медицинское учреждение. Бюджеты трастов определяются лимитами на расходы, установленными правительством. Трасты не имеют права самостоятельно повышать цены на услуги или расширять рынок сбыта медицинских услуг¹³. Британская Национальная служба здравоохранения является примером государственной модели финансирования, совмещенной с эффективными рыночными механизмами; она представляет собой централизованный вариант системы, построенной по принципу единого плательщика в лице государства, которое напрямую оплачивает ока-

зываемые медицинские услуги и финансирует здравоохранение за счет налоговых доходов бюджета¹⁴.

Исключение из общего правила - частичное участие в оплате лекарств рецептурного отпуска, стоматологической помощи и услуг окулистов, в остальном потребитель не несет никаких расходов на медицинские мероприятия.

Большинство медицинских работников Великобритании являются государственными служащими, получающими заработную плату, которая зависит от стажа работы¹⁵. Большая часть населения Великобритании регистрируется у частнопрактикующих врачей общей практики, действующих по договорам с органами Национальной службы здравоохранения Великобритании. Финансирование осуществляется исходя их численности прикрепленного населения согласно нормативам, при этом практикуются договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена.

Основной проблемой Национальной службы здравоохранения выступают очереди на врачебный прием, особенно к специалистам узкого профиля. Большой проблемой, однако, является и наличие очередей в больничных стационарах. Пациентам приходится ждать оказания медицинской помощи более 18 недель¹⁶. Большинство населения имеют медицинскую страховку, приобретаемую у частных страховых организаций, деятельность которых регулируется государством. Это гарантирует доступ к широкому кругу медицинских услуг и возможность избежать очередей. С 1997 г. по март 2008 г. в Великобритании реализовано 70 приоритетных ГЧП-проектов в здравоохранении. Если в целом по европейским странам за период 2001-2008 гг. было подписано контрактов по схеме ГЧП на 36,5 млрд евро, то в Великобритании за это же время на 61,1 млрд евро¹⁷.

Итальянский опыт привлечения частного капитала для оказания услуг в социальной сфере относится к 1923 г., когда был издан первый закон о концессиях, но в сфере здравоохранения первые проекты относятся к 1998 г. Уже в 1999 г. был запущен ряд проектов по привлечению частного инвестирования в здравоохранение посредством ГЧП на сумму примерно в 6 млрд евро. Это позволило Италии оказаться на 3-м месте в мире по объему инвестиций в здравоохранение после Канады и Великобритании. В Италии на

сегодняшний день около 50 проектов крупных больниц и домов престарелых уже подписаны или находятся в подготовительной стадии. 30 из них относятся к созданию основных медицинских центров на 600 койко-мест и больше на общую сумму 3,5 млрд евро.

Согласно итальянскому законодательству, которое не противоречит законодательству ЕС, ГЧП может быть реализовано в трех форматах:

1) концессии в рамках публичной инициативы, где проектная документация, включая предварительные или детализированные проектные работы, бизнес-план и схему концессии, подготавливается Министерством здравоохранения Италии, а затем по проекту объявляется конкурс;

2) концессии в рамках инициативы частного сектора, когда частные компании представляют всю проектную документацию Министерству здравоохранения Италии. Если Министерство одобряет проект, все равно объявляется конкурс;

3) концессии на сервисные контракты, в которых не фигурируют крупные объекты строительства и которые относятся только к сфере предоставления медицинских услуг.

Кроме того, частным компаниям в Италии разрешается вести коммерческую деятельность на территории объектов концессионного соглашения. Расходы на здравоохранение в проекты ГЧП составляют в Италии до 50 % региональных бюджетов, это примерно, по данным на 2014 г., достигает величины 110 млрд евро. Использование форм ГЧП позволяет в сфере здравоохранения до 60 % затрат обеспечить за счет частных инвестиций¹⁸.

¹ Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики. Москва, 1997. С. 56.

² Источник данных: Аналитическая записка Правового управления Государственной думы Российской

Федерации. URL: <http://wbase.duma.gov.ru:8080/law?d&nd=981605628&mark=т981605004>.

³ URL: http://n-auditor.ru/ru/component/na_archive/168?view=material.

⁴ Кузнецов И.В. Зарубежный опыт государственно-частного партнерства (США, Европа, Канада) // Экономические науки. 2012. № 8 (93). С. 196.

⁵ Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт // Управление здравоохранением. 2010. № 1. С. 9-16.

⁶ Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Ч. 1 // Менеджер здравоохранения. 2009. № 3. С. 4-12.

⁷ Zapp W., Terbeck J. Kosten - versus Erloesverteilung im DRG-System. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele. Wiesbaden, 2014. S. 216.

⁸ Seelos H.-J. Medizinmanagement: Gesamtausgabe. Wiesbaden, 2012. S. 113.

⁹ Zapp W., Terbeck J. Op. cit. S. 227.

¹⁰ Гафурова Г.Т. Зарубежный опыт развития механизмов государственно-частного партнерства // Финансы и кредит. 2013. № 48. С. 62-72.

¹¹ Йескомб Э.Р. Государственно-частное партнерство. Основные принципы финансирования. Москва, 2015. С. 70.

¹² Hodge G.A. Public-Private Partnerships: An International Performance Review // Public Administration Review. 2007. May-June. P. 545.

¹³ Ibid. P. 546.

¹⁴ Барбер М. Приказано добиться результата. Как была обеспечена реализация реформ в сфере государственных услуг Великобритании. Москва, 2011. С. 34.

¹⁵ Newman J. Modernising Governance. New Labour, Policy and Society. London, 2006.

¹⁶ Барбер М. Указ. соч. С. 38.

¹⁷ URL: <http://www.thecityuk.com>.

¹⁸ URL: <http://www.investinfra.ru/mirovoy-opyt/8-osobennosti-gchp-v-sistem>.

Поступила в редакцию 04.10.2015 г.