

УДК 338.46

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННО- ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.В. Чернова

Ковровская государственная технологическая академия им. В.А. Дегтярева,
г. Ковров

Проведен анализ использования государственно–частного партнерства в сфере здравоохранения. Дана экспресс–оценка экономической целесообразности концессии для частного инвестора. Доказана экономическая несостоятельность реализации такого проекта в малом городе, предложены пути повышения его инвестиционной привлекательности.

Ключевые слова: *государственно-частное партнерство, здравоохранение, концессионное соглашение, экономическая эффективность проекта.*

Построение социально ориентированного государства в современных условиях требует объединения усилий власти и бизнеса. Экономические реалии сегодняшнего дня таковы, что государство самостоятельно не может, оперативно справиться со всеми проблемами – не хватает ресурсов, поэтому привлечение предпринимательских структур на взаимовыгодных условиях необходимо. Таким образом, тема объединения усилий бизнеса и власти с целью решения проблем в области ЖКХ, образования и здравоохранения, культуры и спорта остаётся актуальной.

Согласно Федеральному закону от 13.07.2015 г. N 224-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О государственно-частном партнерстве, муниципально–частном партнерстве в РФ» под ГЧП понимается юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного и частного партнёров, которое осуществляется на основании соглашения о частных инвестициях и обеспечении органами государственной власти доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества (ст. 3 закона).

Применение механизма ГЧП обеспечивает государству следующие преимущества: снижение бюджетных расходов, развитие объектов государственного имущества, целевое и эффективное расходование денежных средств частным инвестором, внедрение и применение лучших экспертных практик, знаний и передового опыта, внедрение инноваций, минимизацию финансовых рисков через использование инструментов проектного финансирования.

Объектом ГЧП, в частности, выступает здравоохранение. В прессе можно найти немало информации об успешных примерах реализации ГЧП в сфере здравоохранения, как в Москве, так и в регионах. Исполнительный директор Центра развития ГЧП Максим Ткаченко на конгрессе «Российская неделя ГЧП 2015» привел следующие статистические данные: проекты государственно-частного партнерства в здравоохранении реализуются в

29 субъектах федерации, в 7 федеральных округах. Лидерами являются Самарская область (внедрены 10 проектов), Ульяновская область (6 проектов, 2 из них на этапе инициирования) и Татарстан (5 проектов). Средний срок реализации проектов – 11 лет [1].

Таким образом, создается иллюзия, что ГЧП это простой и быстрый способ решения проблемы. Однако, это не так. Не решен вопрос притяжения объекта здравоохранения на баланс после окончания действия концессионного соглашения, в том числе вопрос кадрового обеспечения. Также возникает вопрос о возможности участия частного инвестора лишь на этапе строительства (реконструкции) объекта и его оснащения без участия в оказании медицинских услуг. Инвестор не всегда готов идти на риски, связанные с оказанием медицинских услуг [1].

Противоречивость целей участников ГЧП вызывает опасения о повышении доступности услуг. Противники ГЧП в области здравоохранения видят в этой форме взаимодействия бизнеса и власти угрозу невозможности получения качественной медицинской помощи в рамках системы ОМС. Как показывает опыт, в медицинских учреждениях, задействованных в механизме ГЧП, доля медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, составляет не более 40 %. Налицо не увеличение, а ограничение доступности медицинской помощи. ГЧП рассматривается как одна из форм приватизации, при которой происходит наделение частных компаний полномочиями собственности, которые передаются им государством не в целом и не навсегда, а в рамках определенных проектов [2].

Некоторые авторы, считают ГЧП спасительным кругом российской медицины [3]. По их мнению, именно благодаря ГЧП мы сможем преодолеть кризис в здравоохранении, связанный с износом основных фондов, моральным устареванием медицинской техники и ограниченным доступом к передовой медпомощи. Однако активному использованию механизма ГЧП в здравоохранении мешает не только непрозрачность тарифной политики, но и риски относительно честности частного инвестора, отсутствие стандартов лечения, низкий уровень платежеспособного спроса со стороны населения.

Таким образом, налицо полярные точки зрения относительно ГЧП в здравоохранении. Однако, при ограниченности финансовых ресурсов государства, в отдельных случаях ГЧП становится единственно возможным способом обеспечения нормальной работы медицинских учреждений. Благодаря ГЧП появляются также новые медицинские учреждения, в больницах – современное оборудование. Если отвергать ГЧП, то возникает вопрос «А что взамен?». Каким образом тогда достраивать или возводить новые объекты, выводить из аварийного состояния существующие медицинские учреждения? Ответа на эти вопросы нет. Отсутствие альтернативы, с одной стороны, и значимость системы здравоохранения для социальной и экономической жизни страны, с другой, требуют изучения имеющегося опыта реализации ГЧП и поиска оптимальной формы взаимодействия государства и бизнеса, учитывающей интересы обеих сторон и базирующейся на социальной ответственности бизнеса.

В настоящее время существуют различные варианты организация ГЧП:

1. Система госконтрактов с целью управлению операционной (текущей) деятельностью медицинских учреждений.

2. Долгосрочное концессионное соглашение, посредством которого бизнес берет на себя работы по проектированию и строительству новых лечебных медицинских учреждений (перинатальных центров, банков крови и пр.).

3. Госконтракты на поставку оборудования и необходимого программного обеспечения.

4. Договор о сотрудничестве между государством и частным партнером с целью налаживания организации взаимодействия с зарубежными клиниками, приглашения зарубежных специалистов в Россию.

5. Участие в совершенствовании (разработке) нормативно-правовой базы проектов по автономизации, корпоратизации или приватизации государственных медицинских объектов.

6. Аренда в традиционной форме с возложением на арендатора обязательств по проведению текущего и капитального ремонта арендуемого имущества.

Хотя сфера и эффективность применения перечисленных форм ГЧП различна, наиболее предпочтительной формой видится долгосрочное концессионное соглашение.

С позиции государства такая форма взаимодействия ведет к экономии бюджетных средств, так как предполагает частичное или полное финансирование работ по договору за счет частного партнера. Если предметом концессионного соглашения выступает полный комплекс работ по проектированию, строительству, оснащению и эксплуатации медицинских учреждений, то в этом случае риски государства минимизируются, так как концессионер заинтересован в минимизации своих полных затрат, в том числе затрат по обслуживанию объекта здравоохранения.

Длительный период действия концессионного соглашения (в среднем 20–25 лет) закрепляет условия сделки, стабилизирует взаимодействие сторон и гарантирует выполнение условий соглашения на длительный срок.

Если речь идет о концессии в отношении возведения и ввода в эксплуатацию нового объекта здравоохранения, то увеличивается объем оказываемых услуг, в том числе по системе ОМС.

Примеров успешной реализации концессионных соглашений в сфере здравоохранения много. Так, Владимирская область активно использует эту форму ГЧП. В настоящее время на территории области заключено 17 концессий в области тепло- и водоснабжения. Предлагается расширить сферу действия концессий и на сферу здравоохранения. Нормативно-правовая база для этого имеется.

В настоящее время в г. Коврове Владимирской области имеется недостроенный пятиэтажный терапевтический корпус городской больницы. Коробка здания была возведена к началу 90-х гг., однако в дальнейшем в связи со сложной экономической ситуацией строительство было прекращено. За прошедшие 25 лет предпринимались неоднократные попытки достроить этот объект: город пытался войти в программу по модернизации объектов здравоохранения с целью получения недостающего финансирования. Однако, до сих пор здание простаивает, более того оно начинает изнашиваться. По оценкам главврача городской больницы №1 в настоящее время для достройки корпуса и его оснащения необходимо около 340 млн руб. Концессионное

соглашение здесь вполне уместно. Однако, реализация концессионного соглашения, сопряжена с рядом трудностей:

- в настоящее время в городе функционирует достаточное число частных медицинских учреждений, которые составляют конкуренцию, муниципальным объектам здравоохранения;

- в 2016 г. в городе начало функционировать еще одно частное медицинское учреждение (Первый клинический медицинский центр), которое в отличие от других частных заведений обладает широким спектром современного медицинского оборудования, позволяющего выполнять сложные и редкие операции и др. услуги. Кроме того, это учреждение оказывает часть услуг и по системе ОМС;

- практически все крупные предприятия города имеют собственные медицинские центры. Поэтому рассматривать эти предприятия в качестве потенциальных инвесторов не стоит;

- население города на протяжении последних лет устойчиво снижается, что ведет к сокращению потребности в медицинских услугах;

- в данном случае рассматривать концессионное соглашение следует с точки зрения совместного финансирования государства и бизнеса, что ляжет тяжелым бременем на городской бюджет, который в настоящее время является дефицитным;

- учитывая возрастную структуру населения города (около 30 % составляют люди пенсионного возраста), а также тенденцию «старения» населения, можно говорить о невысоком платёжеспособном спросе на медицинские услуги. Таким образом рассчитывать на скорый возврат инвестиций не приходится.

Вместе с тем, в городе и в области система здравоохранения требует совершенствования путем создания современных медицинских объектов и обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью, что в свою очередь предполагает несение крупных инвестиционных затрат. Статистика показывает, что сумма инвестиций в основной капитал на развитие здравоохранения области в 2014 г. оказалась ниже уровня 2010 г., и это в фактически действующих ценах. Снижение объема инвестиций в сопоставимых ценах окажется еще большим.

Рассмотрим финансовые аспекты потенциального концессионного соглашения в отношении недостроенного корпуса городской больницы в городе Ковров с целью определения возможных условий его реализации. В соответствии с приказом Министерства экономического развития оценка финансовой эффективности проекта ГЧП проводится путем расчета чистой приведенной стоимости для частного партнера [4]. При этом ставка дисконтирования, используемая в расчете чистой приведенной стоимости для частного партнера, принимается равной либо превышающей величину доходности к погашению по облигациям федерального займа со сроком обращения, сопоставимым со сроком реализации проекта, плюс четыре процентных пункта.

Как показывает практика, концессионные соглашения в здравоохранении заключаются на срок от 7 до 49 лет. Предположим, что общий срок действия потенциального договора 25 лет с учетом реализации

инвестиционной стадии в течение первых 5 лет. Доходность ОФЗ на рынке колеблется в интервале 8–11 %. Для выполнения финансовых расчетов примем ставку дисконтирования с учетом возможных рисков на уровне $11+4 = 15$ %. Таким образом, воспользовавшись формулой «современной стоимости финансовой ренты» с учетом всех временных ограничений, найдем среднегодовой свободный денежный поток от проекта, поступающий в распоряжение частного партнера, при условии достижения окупаемости в течение десяти лет с момента ввода объекта в эксплуатацию.

Стоимость инвестиций к концу пятого года: $340 \times 1,15^5 = 683,86$ млн руб.

Годовой денежный поток ренты постнумерандо при ставке 15 %: $683,86/5,018679 = 136,26$ млн руб., где: 5,018679 – коэффициент приведения постоянной ренты постнумерандо.

Таким образом, для достижения окупаемости проекта через 15 лет с момента его начала, инвестор должен получать ежегодный чистый доход в размере 136,26 млн руб. Вопрос: насколько это осуществимо?

По данным статистики объем платных медицинских услуг на душу населения в 2015 г. составил 3608,9 руб., рентабельность продаж в здравоохранении – 6,2 %. Таким образом, общий объем платных медицинских услуг населению города численностью 140 тыс. чел. составляет $3608,9 \times 140000 = 505,2$ млн руб./год. При рентабельности в 6,2 % общий доход организаций здравоохранения равен: $505,2 \times 6,2 \% = 31,3$ млн руб. Отсюда следует, что общий доход от оказания платных медицинских услуг в рамках всего города гораздо ниже рассчитанного для инвестора по проекту.

Отметим, что данные о рентабельности медицинских услуг, которые можно встретить в средствах массовой информации несколько отличаются от официальной статистики. Эта цифра колеблется в диапазоне 20–30 %. По рекомендации Минздрава рентабельность медицинской услуги бюджетного учреждения не должна превышать 20 % [5]. Однако, даже при рекомендуемой верхней границе в 20 % рассчитанный уровень доходности по проекту в 136,26 млн руб. для инвестора недостижим.

Проведенные расчеты показывают, что при сделанных допущениях проект по строительству и вводу в эксплуатацию терапевтического корпуса для частного партнера-инвестора экономически невыгоден. Отметим, что выполненные расчеты не претендуют на высокую точность и являются приближенными. Для получения более точных результатов требуется построение соответствующей финансовой модели и уточнение всей исходной информации.

Повысить инвестиционную привлекательность проекта для частного партнера возможно следующими путями: разделить риски и инвестиционные затраты между государством и бизнесом; предоставить бизнесу различные преференции в виде налоговых льгот, гарантий и госзаказов; увеличить сроки действия госзаказов по системе ОМС; включить в структуру тарифа (стоимость услуги, оказываемой по системе ОМС) амортизации для возмещения капитальных затрат частного партнера; предусмотреть возможность исключить концессионную плату концессионера по проекту; рассмотреть возможность ввода концессионной платы концедента концессионеру с использованием механизма отложенных платежей, при

которой возмещение инвестиционных затрат частного партнёра осуществляется за счет будущих налоговых поступлений от реализации проекта.

Используя технику финансового количественного анализа, определим требуемую сумму бюджетных инвестиций в проект, для этого будем вести вычисления по принципу «от обратного». Годовая сумма дохода по проекту есть внешняя составляющая проекта, определяемая социально-экономической ситуацией в регионе, демографическими изменениями, в том числе зависящая от действий конкурирующих медицинских учреждений. Условно примем величину дохода по проекту в размере 20 млн руб./год. С учетом среднего срока окупаемости инвестиций в здравоохранении 10 лет с момента эксплуатации объекта сумма инвестиций со стороны частного партнера составит: $5,018679 \times 20 = 100,4$ млн руб., что составляет лишь 15 % (100,4/683,86) от общей суммы инвестиционных затрат по состоянию на конец *пятого* года проекта. Отсюда бюджетные инвестиции в проект должны составить **583,46** млн руб.

Таким образом, государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в форме концессионных соглашений выступает перспективным способом развития системы медицинского обслуживания. Однако реализация таких проектов, особенно в малых городах, сопряжена с рядом трудностей. Предварительные расчеты, выполненные на примере проекта по строительству и вводу в эксплуатацию терапевтического корпуса в городе Коврове, показывают, что идея реализации проекта только за счёт средств частного партнера экономически не состоятельна. Проект может быть реализован лишь при использовании механизма софинансирования и применении других инструментов, позволяющих повысить инвестиционную привлекательность проекта для частного инвестора.

Список литературы

1. Верзилина Н. ГЧП: механизм концессии весьма перспективен в сфере здравоохранения URL: <http://riaami.ru> (дата обращения 30.01.2017).
2. Власов В. ГЧП и новая модель здравоохранения. URL: <https://iq.hse.ru> (дата обращения 28.01.2017).
3. Зинченко Е. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении – конец социального государства? URL: <http://www.iarex.ru/articles> (дата обращения 28.01.2017).
4. Приказ Минэкономразвития России от 30.11.2015 №894 “Об утверждении Методики оценки эффективности проекта государственно-частного партнерства, проекта муниципально–частного партнерства и определения их сравнительного преимущества”.
5. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1631н “Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения РФ”.

ECONOMIC ASPECTS OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE HEALTH SECTOR

O.V. Chernova

Kovrov State Technological Academy named after V.A. Degtyaryov, Kovrov

The article analyses the use of public-private partnerships in the health sector. The author describes the method of express assessment of the economic viability of a concession for the private investor. The research proves the economic insolvency of this project implementation in a small city and suggests some ways for improving its investment attractiveness.

Keywords: *public-private partnership, health care, concession agreement, economic efficiency of the project.*

Об авторе:

ЧЕРНОВА Ольга Вячеславовна – кандидат экономических наук доцент, доцент кафедры менеджмента, Ковровская государственная технологическая академия им. В.А. Дегтярева, e-mail: Olga-m05@list.ru

About the author:

ChERNOVA Ol'ga Vjacheslavovna – candidate of economical science, the assistant professor of chair of management, Kovrov State Technological Academy named after V.A. Degtyaryov, Kovrov (Russia), e-mail: Olga-m05@list.ru

References

1. Verzilina N. GChP: mehanizm koncessii ves'ma perspektiven v sfere zdavoohranenija URL: <http://riaami.ru> (data obrashhenija 30.01.2017).
2. Vlasov V. GChP i novaja model' zdavoohranenija. URL: <https://iq.hse.ru> (data obrashhenija 28.01.2017).
3. Zinchenko E. Gosudarstvenno-chastnoe partnjorstvo v zdavoohranenii – konec social'nogo gosudarstva? URL: <http://www.iarex.ru/articles> (data obrashhenija 28.01.2017).
4. Prikaz Minjekonomrazvitija Rossii ot 30.11.2015 №894 "Ob utverzhdenii Metodiki ocnki jeffektivnosti proekta gosudarstvenno-chastnogo partnerstva, proekta municipal'no-chastnogo partnerstva i opredelenija ih sravnitel'nogo preimushhestva".
5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 29.12.2012 N 1631n "Ob utverzhdenii Porjadka opredelenija cen (tarifov) na medicinskie uslugi, predstavljajemye medicinskimi organizacijami, javljajushhimisja bjudzhetnymi i kazennymi gosudarstvennymi uchrezhdenijami, nahodjashhimisja v vedenii Ministerstva zdavoohranenija RF".