

Секция «3. Современные реалии мировой экономики»

ГЧП как механизм увеличения финансирования здравоохранения

Гладков Кирилл Владимирович

Студент

Финансовый университет при Правительстве РФ, Факультет менеджмента и

маркетинга, Москва, Россия

E-mail: gchp2012@gmail.com

Основная часть объектов здравоохранения во всем мире продолжает оставаться в собственности государства и муниципалитетов, это же касается и оказания медицинских услуг. Передача их в собственность частных компаний признается в большинстве стран нецелесообразной по социально-политическим причинам и ввиду высоких рисков дискриминации наиболее ущемленных и бедных слоев населения. Однако недостаток средств на здравоохранение в государственных и муниципальных бюджетах, увеличивающиеся социальные обязательства органов власти перед населением, проблемы несоответствия уровня развития здравоохранения современным потребностям общества обуславливают необходимость привлечения внебюджетных источников финансирования для обеспечения воспроизводственных процессов в отрасли при сохранении государственного контроля над ней.

Несмотря на то, что финансирование здравоохранения не достигает объема, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения – 5-6% от ВВП[1], государственные расходы на медицину в России в ближайшие годы вряд ли серьезно вырастут. 9 сентября 2013 года Коллегия Счетной палаты Российской Федерации рассмотрела результаты аудита эффективности использования государственных средств, направленных на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2010-2012 гг. Результаты проведенного аудита свидетельствуют о том, что расходы за счет государственных источников финансового обеспечения Программы ежегодно увеличивались и составили в 2012 году 1718,4 млрд. рублей (в 2009 году - 1378,6 млрд. рублей). Рост финансового обеспечения в период 2009-2012 гг. составил 24,6%, однако доля расходов на реализацию программы по отношению к ВВП снизилась с 3,5% в 2009 году до 2,7% в 2012 году. За период с 2009 по 2012 годы доля финансирования Программы за счет средств федерального бюджета сократилась с 28,4 до 23,9 процента. Расходы федерального бюджета на здравоохранение с учетом трансфертов ФОМС, в соответствии с проектом федерального бюджета, в 2014 г. сокращаются по сравнению с предыдущим годом на 8,6% в номинальном и на 13% в реальном выражении. В конце плановой трехлетки, в 2016 г., они сокращаются, соответственно, на 18,2% в номинальном и на 29% в реальном выражении.

По замыслу Минфина, снижение расходов на здравоохранение из федерального бюджета должно быть компенсировано ростом расходов бюджетов фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС), в том числе за счет увеличения трансфертов за неработающее население из региональных бюджетов. Рост расходов ФОМС за три года должен составить свыше 44% в номинальном и 26% в реальном выражении. Однако фонд оплаты труда по экономике, являющийся налоговой базой для страховых взносов в ФОМС, в соответствии с весьма оптимистичным прогнозом Минэкономразвития, за

ближайшие три года должен вырасти на 28%. И еще вопрос, смогут ли регионы в условиях стагнации экономики поддерживать собственные расходы на здравоохранение при снижении трансфертов из федерального бюджета.

Согласно действующему законодательству, расходы, которые ранее финансировались из федерального бюджета – на высокотехнологичную медицинскую помощь, с 1 января 2014 года должны перейти на финансирование из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Но на сегодняшний день механизмов перевода средств из федерального бюджета в бюджет ФОМС – нет. То есть, по словам Татьяны Голиковой - Председателя Счётной палаты, нет «понимания того, как те виды помощи, которые оплачивались из федерального бюджета, будут оплачивать за счет средств ФОМС»[2]

Чтобы завершить реформу здравоохранения, государству необходимо искать новые пути финансирования, прежде всего – сотрудничая с бизнесом.

Одним из путей такого сотрудничества является использование особой институциональной системы по привлечению частного сектора к строительству и эксплуатации объектов здравоохранения, которая в мире получила название Public-Private Partnership (PPP) или Государственно-частное партнерство (ГЧП).

Смешанная экономика, различные формы взаимоотношений государства и бизнеса, государственное регулирование деятельности частных компаний существовали всегда. Но государственно-частное партнерство, как феномен современной экономики, появилось лишь в 1980-е годы в контексте неолиберального курса правительств США и Великобритании когда стали приватизироваться некоторые государственные активы и передаваться функции частникам.

В то же время на пути приватизации некоторых базовых, инфраструктурных и социально значимых отраслей и производств встали фундаментальные препятствия, заключающиеся в возможности появления частной монополии взамен государственной монополии. Выходом из создавшегося положения стала разработка и реализация политики в сфере публичных услуг, которая позволила провести частичную приватизацию основных фондов и увеличить участие частного сектора в исполнении социально значимых функций государства, в частности, в здравоохранении. Государственно-частное партнерство в здравоохранении можно определить как юридически закрепленную на определенный срок, предполагающую софинансирование и справедливое разделение рисков форму взаимодействия между государством и частным сектором в отношении объектов здравоохранения, а также соответствующих медицинских услуг, оказываемых государственными и муниципальными органами, учреждениями и предприятиями, а также представителями частного сектора.

Источником финансирования проектов ГЧП являются:

1. Собственные средства частного партнера от (в большинстве случаев около 20%)
2. Бюджетные источники финансирования (10%-30% средств)
 - 1) Целевые программы
 - 2) Капитальный грант
 - 3) Субсидирование процентных ставок по кредитам
 - 4) Субординированные кредиты правительства
 - 5) Гарантии правительства по займам и кредитам
 - 6) Налоговые льготы

3. Финансирование проектов из внебюджетных источников (до 80% необходимых финансовых ресурсов)

- 1) Привлечение кредитов коммерческих банков
- 2) Использование лизинга в инвестиционных проектах
- 3) Вексельное заимствование
- 4) Облигационные займы
- 5) Механизм «мини-перм»

Сам по себе этот список демонстрирует как расширяется диапазон источников финансовых средств для реализации проектов в социальной сфере.

Вместе с тем, при формировании конкретного проекта он сужается выбранной (наиболее возможной) моделью финансирования, которые можно классифицировать на 3 вида:

· Государственное финансирование

Государство привлекает заемные средства и предоставляет их проекту через кредитование конечного заказчика, гранты, субсидии или гарантии по долговым обязательствам.

· Корпоративное финансирование

Частная компания привлекает заемные средства, используя свою кредитную историю и действующий бизнес (независимо от того, обеспечивается ли кредит активами или доходами компании), и использует их для инвестирования в проект.

· Проектное финансирование

Заемные средства предоставляются напрямую создаваемой проектной компании. В этом случае кредиторы полагаются на денежные потоки проекта для погашения долга, при этом обеспечение долга ограничено текущими активами проекта и будущими доходами.

Заинтересованность государства в ГЧП проявляется в том, что оно позволяет:

- при сохранении объекта в государственной собственности передавать его во владение и пользование частному сектору на возвратной основе;
- переложить функции строительства, эксплуатации, содержания объектов здравоохранения на частный сектор;
- применять штрафные санкции или даже прерывать действие контракта в случае нарушения частной компанией его условий и положений, возвращать объект в государственное управление или передавать его другому частнохозяйствующему субъекту;
- обеспечивать реальное партнерское взаимодействие государства и частного сектора на приоритетных направлениях реформирования здравоохранения;
- определять и формировать конкурентные рынки в сфере отдельных сегментов здравоохранения, которые не подлежат приватизации;
- заниматься своими непосредственными обязанностями (долгосрочное планирование и управление, выдача разрешений и лицензий, установление стандартов, надзор, контроль, регулирование), а не хозяйственной деятельностью;
- повышать бюджетную эффективность за счет, во-первых, сокращения государственного финансирования на строительство и эксплуатацию объектов здравоохранения, а во-вторых, увеличения налогооблагаемой базы.

Заинтересованность бизнеса в участии в проектах ГЧП заключается в том, что:

- частная компания получает в долговременное владение и пользование государственные активы здравоохранения, ей не принадлежащие (часто - на льготных услови-

ях);

- вкладывая инвестиции в объекты государственной и муниципальной собственности, предприниматель имеет достаточные гарантии прибыльности, поскольку государство как его партнер несет определенные риски по обеспечению минимального уровня рентабельности. В отдельных случаях (например, при решении наиболее социально значимых проблем здравоохранения) государство может идти на то, чтобы субсидировать частного оператора при условии улучшения им качества медицинского обслуживания;

- пользуясь государственными гарантиями и обладая хозяйственной свободой, частная компания может за счет повышения производительности труда, нововведений, снижать издержки и увеличивать общую прибыльность бизнеса во время срока действия контракта с государством.

Экономический эффект для общества состоит в том, что:

- происходит более быстрое развитие социально значимой отрасли, обеспечивается ее техническое и технологическое перевооружение;

- достигается увеличение эффективности использования совокупных общественных ресурсов, вовлеченных в воспроизводственный процесс в отрасли. Создаются условия для эффективного функционирования объектов здравоохранения, находящихся в государственной и муниципальной собственности, оптимального управления ими и эксплуатации;

- повышается качество медицинских услуг, благодаря росту стандартов качества, предусматриваемого государством в контрактах с частными компаниями - операторами, улучшению контроля и усилению ответственности в рамках контракта.

Если поднимать вопрос об оценке эффективности госинвестиций и всего проекта в целом, на настоящий момент при хорошей проработке посчитать ее не составит труда, используя следующие показатели:

1) Оценка финансовой эффективности проекта для частного инвестора

- Чистый приведенная стоимость проекта (NPV)
- Внутренняя норма доходности (IRR)
- Проектный недисконтированный срок окупаемости (PBP)
- Дисконтированный срок окупаемости средств (DPB)

2) Оценка бюджетной эффективности проекта для субъекта РФ

- Чистый приведенный бюджетный денежный доход (NPVB)
- Внутренняя бюджетная норма доходности (IRRВ)
- Индекс бюджетной эффективности (PIB)
- Проектный недисконтированный срок окупаемости бюджетных средств (PBPВ)
- Дисконтированный срок окупаемости бюджетных средств (DPВВ)

3) Оценка социально-экономических эффектов

• Интегральный индикатор экономической эффективности инвестиционного проекта

[1] http://www.un.org/ru/publications/pdfs/world_health_system_report_who_2011_rus.pdf от 24.11.2013

[2] <http://www.aif.ru/society/healthcare/1008985> от 17.11.2013 г.

Литература

1. 1. Выбор типов учреждений здравоохранения. Обоснование, возможности и угрозы. Хайруллина И.С. / Под ред. В.И. Стародубова. Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011 г.
2. 2. Кабашкин В.С. Государственно-частное партнерство: международный опыт и отечественные перспективы. Издательство «Международный Инновационный центр» М., 2010
3. 3. Сайт Счетной палаты РФ <http://www.ach.gov.ru/ru/news/11092013/> от 30.09.2013 г.
4. 4. <http://izvestia.ru/news/556542#ixzz2eyXa09iu> от 30.09.2013 г.
5. 5. Kettler, H. and A. Towse (2001) Public private partnerships. Commission for Macroeconomics and Health Working Paper No. WG2: 21