

REVIEW OF THE INTERNATIONAL EXPERIENCE OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE
Shevkoplyassova A.M. (Republic of Kazakhstan)

Shevkoplyasova Anastasiya Mikhailovna - Master of Business Administration in Healthcare, Doctoral Student of Business Administration in the field of healthcare, AL-FARABI KAZAKH NATIONAL UNIVERSITY, ALMATY, REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abstract: *this article provides a brief overview of the application of public-private partnership in the field of healthcare in the leading countries in this area, especially in the UK, as well as among the CIS countries that currently have already implemented PPP projects or approved projects for implementation. The main differences in the models and approaches of PPP application in healthcare of different states are highlighted. The main problems with the sides of their impact on the implementation of public-private partnership projects in the field of healthcare are identified.*

Keywords: *international experience, healthcare, implementation, public-private partnership, problems, private sector.*

ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЁРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
Шевкоплясова А.М. (Республика Казахстан)

Шевкоплясова Анастасия Михайловна - мастер делового администрирования в здравоохранении, докторант делового администрирования в сфере здравоохранения, Казахский национальный университет им аль-Фараби, г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация: *в данной статье представлен краткий обзор применения государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения в странах-лидерах по данному направлению, особенно по Великобритании, а также среди стран СНГ, имеющих в настоящее время уже реализованные проекты ГЧП либо утверждённые проекты к реализации. Выделены основные отличия в моделях и подходах применения ГЧП в здравоохранении разных государств. Определены на пути реализации проектов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения основные проблемы со сторонами их воздействия.*

Ключевые слова: международный опыт, здравоохранение, реализация, государственно-частное партнёрство, проблемы, частный сектор.

В ближайшей перспективе на международной арене в свете технологического прогресса: развития информационных систем, биоинженерии, нейронных сетей, - закономерно повышение как спроса, так и стоимости медицинских услуг. Важным аспектом является несомненное увеличение среди населения процента нозологий с хроническим течением и общее старение населения. Кроме того, нынешняя пандемия коронавирусной инфекции выявила необходимость учитывать в финансовом планировании такие риски, как внезапные и объёмные затраты при массовых поражениях, а также возникающие при этом препятствия в рамках логистических процессов. Исходя из таких прогнозов, можно предположить о целесообразности развития государственно-частного партнёрства (далее ГЧП) в сфере здравоохранения, что поможет разгрузить государственный бюджет [1], разовьёт и поддержит бизнес, а самое главное – обеспечит своевременной и качественной медицинской помощью больший пласт населения. В рамках данного аспекта был проведён обзор формирования и развития государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения на международной арене.

На сегодняшний день наибольший опыт применения ГЧП в сфере здравоохранения представлен в Великобритании, Канаде и США. В Великобритании механизм ГЧП был реализован с 1992г. в виде частной финансовой инициативы (далее ЧФИ), что позволило Национальной системе здравоохранения – National Health Service (далее NHS) закрыть вопрос недофинансирования медицинской сферы [4, 87]. Данный процесс изначально реализовался в виде схемы взаимодействия между частным сектором и NHS, в которой государство решало кадровый вопрос и занималось управлением и контролем осуществления всех процедур по оказанию медицинской помощи, а со стороны бизнеса предоставлялась и поддерживалась материально-техническая база в соответствии с государственным проектом (Рисунок 1)



Рис. 1. Схема взаимодействия в Великобритании бизнеса и государства в сфере здравоохранения

На протяжении 5-ти лет проводился мониторинг данной программы, результатом которого стало выявление проблемы неконтролируемого удорожания медицинских услуг. С 1997 г. постановлением парламента Великобритании была проведена реновация существующей модели взаимодействия в сфере ГЧП. Изменения коснулись экономического аспекта и выражались в проведении предварительного анализа целесообразности и эффективности реализации проекта, а также созданием трастов с установленными государством лимитами на расходы, объём и уровень стоимости предоставляемых услуг. Однако, данные ограничения привели к формированию длительного ожидания пациентами, преимущественно в узкоспециализированном поле, оказания медицинской помощи. В 2010 г. Министерством международного развития Великобритании по результатам поиска корневых причин возникновения данной проблемы было принято решение о включении частного сектора в общее государственное финансирование здравоохранения и в 2012г. начата реализация новой модели взаимодействия частного сектора и государства в виде ЧФИ-2. В данной модели основные изменения снова коснулись экономической стороны: участие государства в уставном капитале (владелец доли), выведение обслуживания объекта из данной модели и его включение в основной рабочий процесс самой медицинской организации путём функционирования хозяйственной части.

Опыт Великобритании был перенят и откорректирован под свои системы здравоохранения большинством стран: Канада, Германия, Япония, Швейцария, Австралия [5, 100]. Так, например, Канада внесла полное государственное авансирование согласно договору ГЧП, причём, ежегодные государственные выплаты напрямую зависят от результативности, а для крупных организаций – создан внешний независимый орган управления, обеспечивающий управление государственным закупу в зависимости от реальной возможности и потребности медицинской организации. Германия же в этом вопросе отдала частному сектору наибольшую часть рисков вместе с функционалом, оставив за государством контроль и установление лимитов. Данные процессы представлены тремя видами взаимодействия между государством и бизнесом: модель приобретателя (недвижимость и материально-техническая база (далее МТБ) частного партнёра по завершению контракта переходит в собственность государству), лизинговая модель (по завершению контракта государство имеет право получить в собственность

МТБ и недвижимость) и арендная модель (государство арендует МТБ, включая недвижимость, остающиеся в собственности частного партнёра) (Рисунок 2).

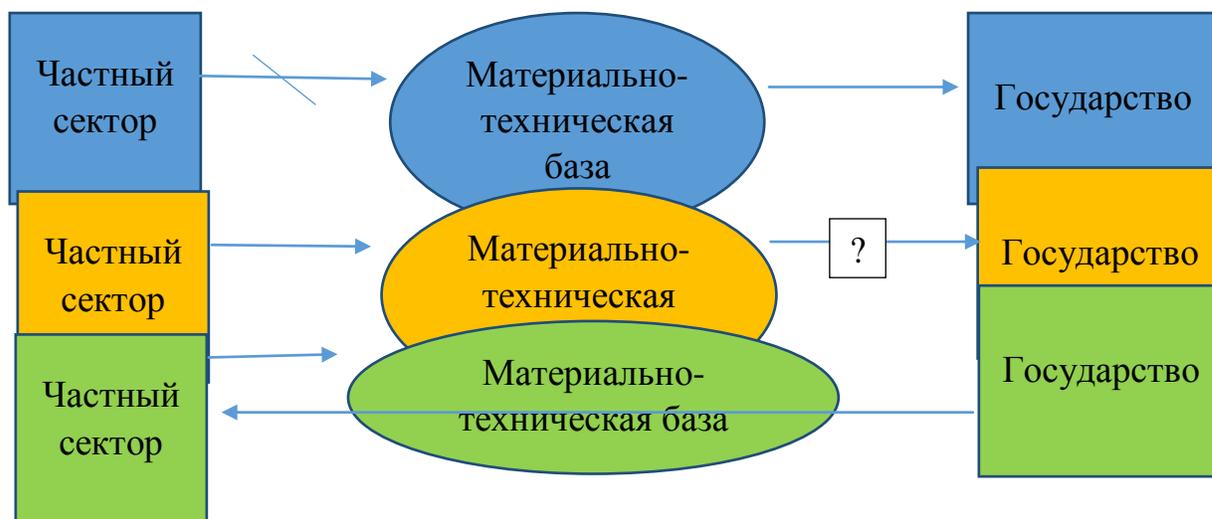


Рис. 2. Право собственности на МТБ по завершению контракта

Реализация ГЧП в Италии началась с 1998г. и проводится в следующих моделях: концессии в рамках публичной инициативы (весь проект разрабатывается государством и затем объявляется конкурс), в рамках инициативы частного сектора (всё разрабатывается частным сектором, предоставляется государству и затем объявляется конкурс) и концессии на сервисные контракты. Основной упор на отбор частного партнёра для разработанных государством проектов делает Япония. В этой связи процесс отбора разделён на три ступени, каждая из которых предполагает реализацию следующих процессов: отбор проекта (инициирование проекта, разработка общих критериев проекта и оценка проекта с последующим его обнародованием), отбор частных инвесторов из приглашённых и непосредственно реализация проекта (заключение контракта, контроль за исполнением контракта и принятие осуществлённого проекта). Из более новых моделей реализации ГЧП интересен опыт Перу. С 2008 г в данной стране действует рамочный Закон о ГЧП, согласно которому частный сектор представляет свой проект на рассмотрение и оценку государству. И только в случае прохождения тендера подписывается соглашение между частным партнёром, медицинской организацией и государством. Так как в этой стране основным вектором развития в системе здравоохранения является не создание новых медицинских организаций, а восстановление и развитие уже имеющихся. Отличительной особенностью от всех выше представленных

моделей ГЧП обладает шведская модель, так как в Швеции именно функция управления отдана частному сектору, а не удерживается в руках государства.

На территории СНГ развитие ГЧП в сфере здравоохранения также начато в 2000-х годах и находится ещё на стадии формирования, не смотря на уже имеющиеся в настоящее время успешно реализованные проекты. Наибольшее развитие ГЧП в сфере здравоохранения, особенно в части возможных вариантов взаимодействия, представлено в России, несмотря на то, что закон о ГЧП был принят только в 2016г. Так, например, имеется несколько моделей ГЧП: инвестиционный меморандум, концессионное соглашение, аренда с инвестиционными обязательствами, аутсорсинг, соглашение о социально-экономическом сотрудничестве. Но в общей сложности все виды ГЧП в здравоохранении заключены в две большие группы: неконцессионное соглашение (частный сектор имеет право собственности на объект и освобождается от оказания медицинских услуг) и концессионное соглашение (отсутствие права собственности у частного сектора на объект, финансирование которого даже частично идёт из государственного бюджета).

В Украине работа в формировании ГЧП в сфере здравоохранения началась в 2019г. и была прописана в программе инвестиционной государственной политики до 2020 – 2023 г.г. с включением в перечень потенциальных объектов инвестирования также и организации здравоохранения. При этом частному сектору отведено обеспечение проектирования, строительства, материально-технического оснащения и технического обслуживания медицинских организаций. С 2017 г. реализация проектов по ГЧП в сфере здравоохранения началась в Кыргызстане и представлена преимущественно развитием сети гемодиализных центров, центров реабилитации, а также предоставлением услуг лабораторной диагностики и компьютерной томографии. Таким образом, здесь имеет место модель закупа государством у частных партнёров предоставляемых услуг. На территории Казахстана с 2015г. действует Закон о ГЧП и в рамках «Третьей модернизации Казахстана: глобальная конкурентоспособность» (Послание Президента народу Казахстана от 31 января 2017 г.) обновление в сфере здравоохранения осуществляется с привлечением механизмов ГЧП. Имеет место несколько форм взаимодействия частного сектора и государства: передача отдельных видов услуг в долгосрочный аутсорсинг, передача медицинских организаций в доверительное управление, обеспечение строительства и материально-технического оснащения, а также технического обслуживания частным инвестором.

Таким образом, мы видим распространение привлечения частных инвестиций в сферу здравоохранения во многих странах мира и основной целью этого является снижение финансовой нагрузки на государство. Однако,

следует отметить, что имеются и негативные стороны данного процесса, причём как для бизнеса, так и для государства. В чём же кроются основные проблемы развития ГЧП в сфере здравоохранения? При анализе опыта разных стран было выявлено множество причин, таких как несовершенство законодательной сферы (разночтения и отсутствие гибкости и как следствие отсутствие защиты для частного инвестора), возложение большей части рисков на частный сектор (не является привлекательным для частного инвестора), недобросовестность и отсутствие прозрачности в деятельности частного инвестора (неисполнение финансируемых проектов, срывы сроков исполнения и реализации), нерегулируемый рост стоимости медицинских услуг в погоне за прибылью и быстрой окупаемостью вложенных инвестиций, а также создание искусственного высокого спроса на некоторые виды медицинских услуг (чаще в узкоспециализированной области) с формированием низкой доступности медицинской помощи для населения, несовершенство финансирования (тарификаторы, отсутствие включения стоимости расходов, не являющихся медицинской услугой, или же крайне низкий тариф, не реагирующий на внешние колебания длительное время) с высокой вероятностью входа в кредиторскую задолженность и т.д.. Каждый из перечисленных пунктов прорабатываются государственными системами, наиболее яркие изменения видны именно на примере Великобритании, где по результатам проводимого анализа на протяжении временных интервалов уже трижды модель ГЧП пересматривалась. Несмотря на существование в настоящее время единых международных рекомендаций по внедрению и реализации ГЧП в сфере здравоохранения, до сих пор не создана наиболее эффективная единая модель, обеспечивающая однозначно положительный результат применения не только в долгосрочной перспективе, но и с момента формирования самого проекта. Это в свою очередь стало значимым субстратом для проведения многочисленных исследований в целях создания оптимального и эффективного варианта взаимодействия бизнеса и государства.

Список литературы / References

1. *Халимовский Ю.* Как ГЧП работает в сфере здравоохранения // РБК Про. [Электронный ресурс], 2019. Режим доступа: <http://pro.rbc.ru/news/5d44576a9a79471a1878a289/> (дата обращения: 18.06.2021).
2. *Гудименко Г.В.* Использование инструментов государственно-частного партнерства в сфере импортозамещения // Финансовая экономика, 2018. № 5 (ч. 1). С. 34–36.

3. *Батура О.* Почему ГЧП буксует в здравоохранении. [Электронный ресурс], 2019. Режим доступа: <http://pro.rbc.ru/news/5d14d1dd9a79474d2a26d275/> (дата обращения: 18.06.2021).
4. *Завьялова Е.Б., Дабагян Е.К.* Международная практика применения механизмов ГЧП в сфере здравоохранения // Экономика и управление: проблемы, решения, 2019. № 2. Т. 12. С. 83-90.
5. *Панова Т.В.* Опыт развитых европейских стран в использовании форм и моделей ГЧП в здравоохранении // Экономика и управление народным хозяйством. Вопросы экономики и права, 2015. № 11. С. 99-102.
6. *Иванов О.В.* Организация и управление сферой государственно-частного партнерства в мировой практике // Экономика и управление: проблемы, решения, 2017. № 04-2. С. 160-169.
7. *Бейсебаев К.* ГЧП. Лучший мировой опыт? // Kz.Media. [Электронный ресурс], 2019. Режим доступа: <http://kz.media/archives/3794/> (дата обращения: 18.06.2021).
8. *Шпак Ю.* Транш для Эскулапа: как и где бизнес может вложиться в здравоохранение // Mind. [Электронный ресурс], 2021. Режим доступа: <http://mind.ua/ru/publications/20224759/> (дата обращения: 18.06.2021).
9. *Шмелёва Е.* Немцы верят в Геркулеса // Российская газета. [Электронный ресурс], 2013. Режим доступа: <http://rg.ru/2013/03/19/hepner.html/> (дата обращения: 18.06.2021).