

Современные методы финансирования капитальных расходов медицинских организаций

Аннотация

В статье рассматриваются современные методы финансирования капитальных расходов медицинских организаций, применяемые в странах с развитыми государственными гарантиями медицинской помощи. На основе анализа международного опыта выделены наиболее распространенные методы финансирования, их преимущества и недостатки, возможные области применения. Предложены рекомендации по совершенствованию отечественной модели финансирования капитальных расходов для медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий.

Ключевые слова:

государственно-частное партнерство, двухканальное финансирование, капитальные расходы, одноканальное финансирование, финансирование здравоохранения

JEL: I18

К капитальным расходам медицинских организаций относят расходы на приобретение и модернизацию основных средств, т. е. производственных активов, неоднократно или постоянно участвующих в процессе производства, срок службы которых составляет более одного года (здания, медицинское и немедицинское оборудование долгосрочного использования) [1]. Расходы на содержание основных средств (например, текущее обслуживание, текущий или капитальный ремонт, не оказывающие влияния на производственные возможности) формально не принадлежат к капитальным расходам, но тесно с ними взаимосвязаны и часто рассматриваются совместно.

Потребность в разработке особых методов финансирования капитальных расходов обусловлена их экономической спецификой. Длительный период службы основных средств в сочетании с фиксированным характером капитальных расходов затрудняет прямое покрытие капитальных расходов за счет текущих поступлений от основной деятельности в силу:

- невозможности прямого переноса капитальных расходов на себестоимость услуг, оказываемых с использованием соответствующих основных средств (отсутствие прямой связи между объемом основной деятельности и размером расходов, возможность использования одного и того же актива для оказания различных услуг);
- потребности в сборе относительно большого объема средств по сравнению с текущим доходом или в доступе к механизмам распределения затрат во времени (рассрочка, кредит, лизинг);
- высокой вероятности изменений рыночных условий (объемов спроса и предложения, технологий здравоохранения) в расчетный период окупаемости актива [2].

Высокий уровень инвестиционного риска побуждает медицинские организации ограничивать капиталовложения наиболее экономически привлекательными областями рынка медицинских услуг, что не всегда соответствует потребностям общества в сфере

здравоохранения. Наиболее яркими примерами дисбаланса капитальных вложений в условиях прямого рыночного финансирования являются:

— недостаток инвестиций в инфраструктуру услуг, характеризующихся низким или нестабильным спросом (например, лечение редких заболеваний, оказание медицинской помощи на малонаселенных территориях) или низкой рентабельностью (например, лечение заболеваний с высоким риском роста затрат);

— недостаток перспективных инвестиций в инфраструктуру услуг, спрос на которые ожидается в будущем;

— приоритетное развитие инфраструктуры наиболее коммерчески выгодных услуг (например, дорогостоящих диагностических исследований), в т. ч. с созданием искусственного спроса на них, оказанием услуг, не соответствующих уровню квалификации персонала;

— неоправданное дублирование основных фондов в результате несогласованных действий отдельных поставщиков [3].

Утверждение развитыми странами государственных гарантий доступности медицинской помощи для населения потребовало создания альтернативной модели финансирования капитальных расходов, способной обеспечить необходимый минимум основных фондов. Очевидным решением данной задачи стало принятие государством соответствующих обязательств по планированию и финансированию капиталовложений [3].

В рамках государственных моделей финансирования капитальных расходов были достигнуты значительные успехи по обеспечению доступности гарантированной медицинской помощи и предотвращению потерь, вызванных несогласованностью действий или недобросовестным поведением отдельных поставщиков, однако одновременно возникли проблемы снижения эффективности инвестиций. Предпосылками более низкой эффективности государственного финансирования по сравнению с частными инвестициями стали:

— высокие административные и временные издержки подготовки инвестиционных проектов;

— распространение ошибок планирования, вызванных потерями и/или искажением данных при сборе и передаче рыночной информации;

— утрата участниками инвестиционного процесса заинтересованности в оптимизации существующих основных фондов и новых капиталовложений;

— риск резкого сокращения капиталовложений вплоть до возникновения дефицита основных фондов в условиях бюджетных кризисов [3].

Результатом признания несовершенств как рыночной, так и государственной модели стала разработка новых методов финансирования капитальных расходов, объединяющих преимущества обоих подходов.

СТРУКТУРА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ КАПИТАЛЬНЫХ РАСХОДОВ

В соответствии с наиболее распространенной классификацией принято выделять две основные категории методов финансирования капитальных расходов:

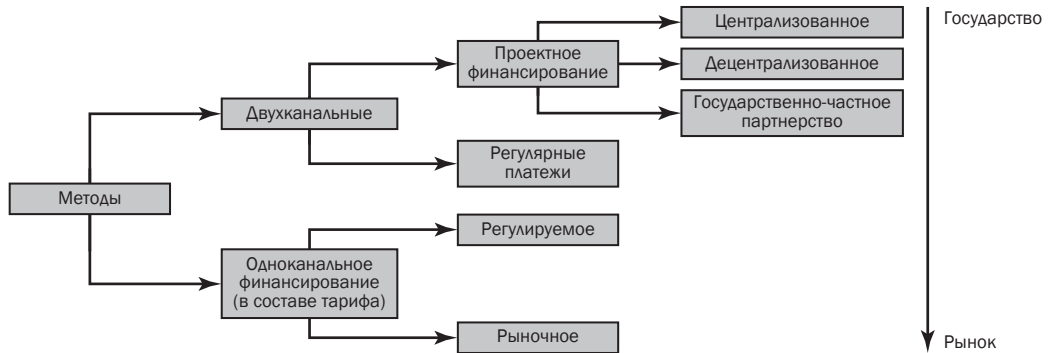
— двухканальные методы, в рамках которых средства на покрытие текущих и капитальных расходов передаются поставщикам по отдельным обособленным каналам;

— одноканальные или интегрированные методы, предполагающие использование единого общего канала передачи средств (в настоящий момент обычно — в составе тарифа на оплату медицинской помощи) [2].

В составе двухканальных методов финансирования принято выделять целевое проектное финансирование и нецелевые регулярные платежи. Общая структура современных базовых методов финансирования капитальных расходов и их подтипов в порядке перераспределения полномочий и ответственности за реализацию капиталовложений между государством и участниками рынка медицинской помощи представлена на рис. 1.

Рисунок 1

Структура современных методов финансирования капитальных расходов



Источник: составлено автором.

Введение обособленного канала финансирования для капитальных расходов при использовании двухканальных методов позволяет государству контролировать общий объем и распределение инвестиционных средств, при проектном финансировании — также направления капиталовложений. В зависимости от распределения полномочий по планированию и осуществлению инвестиционных проектов между государством и иными участниками рынка (медицинскими организациями, покупателями медицинской помощи, частными инвесторами) проектное финансирование может принимать централизованную или децентрализованную форму, а также форму государственно-частного партнерства (далее — ГЧП) с передачей частному партнеру отдельных самостоятельных полномочий по реализации инвестиций. Кроме того, национальные методы проектного финансирования могут существенно различаться в процедурных аспектах организации предоставления средств, включая:

- критерии принятия решения о предоставлении средств (например, подтверждение наличия неудовлетворенного спроса, соответствие предельным финансовым нормативам);
- порядок расчета потребности в инвестиционных средствах (на основании текущих или планируемых показателей, размера существующих основных фондов или объема основной деятельности, в административном порядке или по согласованию с инвестором);
- механизм предоставления инвестиционных средств (разовый грант в денежной или натуральной форме, регулярные амортизационные выплаты);
- механизм предоставления средств на содержание вновь созданных активов (по выделенному каналу, в виде выделенной статьи тарифа, в составе тарифа без обособления).

Выделенные процедурные аспекты могут использоваться государством для дополнительного косвенного регулирования инвестиций.

При двухканальном финансировании методом регулярных платежей средства предоставляются поставщикам независимо от конкретных проектов. Государство сохраняет контроль над общим объемом и распределением инвестиционных средств между медицинскими организациями, но направления и механизмы их использования определяются медицинскими организациями — получателями средств самостоятельно.

При одноканальном финансировании инвестиционная составляющая включается в состав тарифа на оплату медицинской помощи. Размер средств на покрытие капитальных расходов, доступных конкретной медицинской организации, определяется финансовым результатом ее основной деятельности, размер, направления и механизмы реализации капиталовложений — самостоятельными решениями медицинской организации.

В условиях регулируемого одноканального финансирования государство сохраняет возможность косвенного влияния на общий объем и распределение доступных инвестиционных средств через управление величиной инвестиционной составляющей в размере тарифа, стоимостью и объемом оплачиваемой медицинской помощи. При выборе рыночного подхода объем доступных инвестиционных средств определяется рыночными ценой и спросом на услуги медицинской организации, государство полностью утрачивает контроль над инвестициями.

ДВУХКАНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Проектное финансирование

При проектном финансировании средства на покрытие капитальных расходов предоставляются медицинским организациям в целевом порядке на реализацию конкретного инвестиционного проекта. Решение о финансировании проекта принимается уполномоченным органом государственной власти, размер выделяемых средств рассчитывается на основе нормативов затрат на единицу новых фондов или работ [2].

Проектное финансирование предоставляет государству наиболее полный контроль над новыми капиталовложениями в системе здравоохранения, включая общий объем, распределение и направления использования средств. Преимуществами полного государственного контроля становятся:

- возможность обеспечения системы здравоохранения необходимыми фондами, в т. ч. в непривлекательных для рынка областях;
- исключение рисков рыночного регулирования (дублирование или недостаток фондов в результате несогласованных действий отдельных поставщиков, приобретение фондов, не обеспеченных спросом или необходимой квалификацией поставщика, банкротство поставщика в результате неокупившихся вложений) [3].

Обратной стороной полного государственного контроля над инвестициями являются:

- высокие административные и временные издержки подготовки проектов (в т. ч. для малых инвестиций);
- риски государственного регулирования (ошибки планирования, вызванные потерями и искажениями при сборе и передаче рыночной информации, отсутствие заинтересованности участников инвестиционного процесса в оптимизации размера существующих фондов и новых капиталовложений, резкое сокращение капиталовложений в условиях бюджетного кризиса).

На практике отсутствие прямой ответственности уполномоченных органов государственной власти за эффективность инвестиций в сочетании с исключением инвестиционного риска для медицинских организаций формирует предпосылки к устойчивому избытку капиталовложений. Проблема распространения избыточных капиталовложений, вызванных политической привлекательностью крупных инвестиционных проектов в сфере здравоохранения, отмечается, в частности, в Германии [3].

Результатом признания низкой эффективности государственного проектного финансирования стало постепенное ограничение сферы применения метода реализацией наиболее крупных капитальных вложений (например, строительство или модернизация больниц, приобретение дорогостоящего высокотехнологического оборудования) или вложений с заведомо высоким риском некупаемости (например, создание инфраструктуры в малонаселенных местностях). Конкретные области применения метода могут существенно различаться между странами: от полного покрытия всех долгосрочных капиталовложений в рамках государственных гарантий для всех медицинских организаций независимо от формы собственности (Германия [4]) до предоставления государственной поддержки только государственным университетским клиникам (Нидерланды [5]).

Кроме того, развитые страны проводят постоянную политику совершенствования планирования и финансирования инвестиционных проектов, основными направлениями которой выступают:

- усиление требований к обоснованию проекта (в т. ч. введение формализованных критериев оценки, переход от планирования по объему инфраструктуры к планированию по объему основной деятельности);
- привлечение медицинских организаций — получателей средств к планированию и согласованию проектов (децентрализация планирования);
- передача медицинским организациям ответственности за содержание основных фондов, реже — за привлечение первоначального объема средств и реализацию инвестиционных проектов;
- передача частному партнеру самостоятельных полномочий по осуществлению капиталовложений или управлению существующими активами (ГЧП).

Ужесточение требований к оценке проекта призвано предотвратить наиболее очевидные ошибки планирования, включая несоответствие проекта потребностям системы здравоохранения, выбор неоптимальных механизмов реализации или завышение стоимости работ. Так, в Германии обоснование проекта должно включать свидетельство наличия неудовлетворенного спроса на медицинскую помощь, планируемую к предоставлению, оценку существующих мощностей, детализированное описание проекта и подтверждение соответствия проекта действующему региональному плану развития инфраструктуры здравоохранения [4]. В дореформенной модели Нидерландов обязательной составляющей оценки инвестиционных проектов являлась проверка соответствия формальным требованиям к качеству оказания медицинской помощи и предельным нормативам стоимости работ [5]. В Великобритании разработка крупных инвестиционных проектов включает три этапа, в рамках первого из которых медицинская организация обязана представить сравнительный анализ различных стратегий реализации предлагаемых изменений, в рамках второго и третьего — обоснование выбора и детализированное описание оптимальной стратегии [6].

Децентрализация планирования инвестиций повышает гибкость принятия решений и предоставляет медицинским организациям возможности для оптимизации новых капиталовложений с учетом фактической рыночной ситуации. Самостоятельная разработка инвестиционных планов медицинскими организациями была характерна для дореформенной модели Нидерландов и сохраняется в современной Великобритании [5; 6]. Более сложная модель действует в Германии, где планы развития инфраструктуры здравоохранения разрабатываются тройственным комитетом, включающим представителей региональных уполномоченных органов государственной власти, ассоциаций фондов ОМС и медицинских организаций [4].

Передача медицинским организациям ответственности за содержание основных фондов призвана восстановить экономические стимулы к оптимизации существующих активов. Наиболее полно данная политика реализуется в Великобритании, где с 1991 г. на больничные трасты и трасты первичной медико-санитарной помощи (объединения медицинских организаций) возложена обязанность по оплате процента за пользование государственным капиталом сверх обычных амортизационных отчислений. Ставка процента установлена на уровне единой государственной процентной ставки (первоначально — 6 % оценочной стоимости активов, с 2003 г. — 3,5 % [6]). В большинстве стран ответственность медицинских организаций за содержание основных фондов ограничивается погружением соответствующих расходов в тарифы на оплату медицинской помощи, что позволяет восстановить прямую связь между объемом основной деятельности и объемом полученных средств [7].

Дополнительным механизмом усиления ответственности может стать отказ от административного регулирования размера капитальной составляющей тарифа. В Германии,

где согласование тарифов осуществляется в ходе коллективных переговоров между региональными ассоциациями фондов ОМС и поставщиков медицинской помощи, переход от обособленного финансирования к погружению расходов на содержание имущества в тариф привел к пересмотру ряда утвержденных ранее инвестиционных проектов и закрытию отдельных неэффективных подразделений медицинских организаций. Причиной изменений стала недостаточность тарифов, утвержденных большинством участников рынка, для покрытия расходов на содержание фондов в условиях недостаточного спроса или высокой стоимости обслуживания [4].

Значительно реже ответственность медицинских организаций распространяется на иные области реализации инвестиционного проекта. В дореформенной модели Нидерландов медицинские организации самостоятельно осуществляли привлечение первоначального объема инвестиционных средств на условиях полной государственной кредитной гарантии:

- для долгосрочных инвестиций: по регулируемой процентной ставке (базовая ставка + 0,75 % дополнительная ставка за риск);
- для среднесрочных инвестиций: на свободном кредитном рынке.

Расходы медицинской организации на выплату кредита в дальнейшем компенсировались за счет ежегодных государственных амортизационных выплат, покрывавших установленную долю стоимости актива и оплату процента за пользование заемными средствами (для среднесрочных инвестиций — в размере средней ставки по рынку). Амортизационные выплаты начислялись в течение всего расчетного срока окупаемости инвестиций даже в том случае, если фактический срок службы актива оказывался меньше, что полностью исключало какие-либо финансовые потери для медицинских организаций и банков-кредиторов. Тем не менее опыт самостоятельного привлечения кредитного финансирования медицинскими организациями в дальнейшем сыграл важную роль при переходе к одноканальному финансированию капитальных расходов [2; 5].

В условиях недостатка бюджетных средств или признания неудовлетворительной эффективности государственного управления проектное финансирование может принимать форму ГЧП. Основное отличие ГЧП от традиционного механизма государственного заказа — передача частному партнеру самостоятельных полномочий по осуществлению инвестиций или управлению объектом инфраструктуры и связанных с ними рисков. Полномочия, передаваемые частному партнеру, могут включать:

- только строительство или модернизацию объекта с последующим содержанием вновь созданных фондов;
- строительство или модернизацию и последующую эксплуатацию объекта, включая оказание медицинской помощи;
- временное управление существующим объектом государственной собственности [8].

Как правило, частный партнер также организует первоначальное привлечение средств на реализацию проекта. Государство оплачивает деятельность частного партнера, включая первоначально понесенные расходы и собственную прибыль, регулярными платежами на протяжении всего срока реализации проекта. Во многих странах ГЧП рассматривается в качестве механизма перераспределения расходов государственного бюджета во времени.

После введения жестких ограничений на увеличение государственного долга в Великобритании в начале 1990-х гг. ГЧП стало основным методом финансирования крупных инвестиций. В период 1997–2009 гг. 101 из 135 проектов строительства новых больниц осуществлялся на условиях ГЧП [9]. Функции частного партнера в Великобритании ограничиваются строительством или модернизацией объекта и его последующим содержанием, иногда — дополнительными работами по обслуживанию (уборка, обеспечение питанием и иными вспомогательными услугами). Оказание медицинской помощи всегда остается в ведении государственного партнера [6].

Проекты ГЧП в форме контрактов на строительство или модернизацию объекта с последующим содержанием вновь созданных фондов также применяются в Австралии, Испании, Италии, Канаде, Португалии, Франции и Швеции. Расширенные формы ГЧП, допускающие передачу частному партнеру полномочий и ответственности по оказанию медицинской помощи, встречаются значительно реже в силу высокой сложности планирования таких проектов и обычно носят единичный характер. Попытка запуска программы расширенного ГЧП в целях повышения эффективности функционирования государственных больниц предпринималась в Португалии, но вскоре была прекращена с возвращением к классической ограниченной форме [8].

Специфическими рисками ГЧП являются:

- большие административные и временные издержки подготовки проекта (конкурсный отбор частного партнера, согласование проекта, разработка механизмов минимизации рисков);
- (часто) более высокая стоимость реализации проекта по сравнению с традиционным государственным заказом;
- низкая гибкость проекта вплоть до полной невозможности внесения изменений в утвержденный вариант (например, при изменении технологий здравоохранения или потребностей населения в медицинской помощи);
- риск недобросовестного поведения частного партнера (например, некачественное исполнение принятых функций, повышение стоимости проекта в ходе реализации) [2; 8].

Исследования различных стран приводят неоднозначные данные о сравнительной стоимости капитала в условиях ГЧП и государственного заказа [8]. Анализ практики Великобритании показал, что стоимость капитала в проектах ГЧП практически в два раза выше, чем при прямом государственном финансировании (4 и 8 % соответственно) [9]. При этом, по оценкам экспертов, примерно 20 % государственных участников ГЧП в здравоохранении Великобритании не удовлетворены деятельностью частного партнера [10].

Регулярные платежи

При финансировании методом регулярных платежей средства на покрытие капитальных расходов предоставляются медицинским организациям независимо от наличия конкретных инвестиционных проектов. Основанием для выплат является участие медицинской организации в реализации государственных гарантий. Размер регулярных платежей обычно рассчитывается пропорционально размеру существующих основных фондов или объему основной деятельности, направления использования средств определяются медицинскими организациями самостоятельно [2].

Самостоятельность медицинских организаций в распоряжении полученными средствами сближает данный метод с рыночной моделью, обеспечивая восстановление заинтересованности получателей в максимально эффективном использовании средств. Административный механизм распределения средств позволяет сохранить государственный контроль над общим объемом и распределением инвестиционных средств между медицинскими организациями. В результате финансирование методом регулярных платежей часто используется в качестве более мягкой альтернативы одноканальному финансированию.

Недостаток метода — высокая сложность корректного расчета потребности в инвестиционных средствах. Результатом ошибок расчета могут стать дефицит или избыток основных фондов, неравенство условий деятельности или создание некорректных стимулов для медицинских организаций.

Регулярные платежи применяются в Германии для покрытия расходов на осуществление среднесрочных инвестиций (активов со сроком службы 3–15 лет). Выплаты получают

все медицинские организации, включенные в региональный план развития инфраструктуры здравоохранения, размер платежей рассчитывается на основе размера коечного фонда и уровня оказываемой медицинской помощи. Направления использования полученных средств определяются медицинскими организациями самостоятельно. С 2009 г. в целях минимизации стимулов к необоснованному наращиванию коечного фонда региональным органам государственной власти разрешено использовать при расчете регулярных платежей дополнительные критерии эффективности медицинских организаций [4].

Возможность введения регулярных платежей на покрытие капитальных расходов медицинских организаций в дополнение к действующему одноканальному финансированию обсуждается в Великобритании. По мнению сторонников реформы, введение регулярных фиксированных платежей, рассчитываемых с учетом индивидуальных обязательств по начислению амортизации и потребностей в обновлении основных фондов, позволит смягчить неравенство условий деятельности, характерное для действующей одноканальной модели (см. раздел «Одноканальное финансирование») [11].

ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

При одноканальном финансировании средства на покрытие капитальных расходов предоставляются медицинским организациям в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Размер инвестиционных средств обычно устанавливается в виде пропорциональной доли тарифа, направления использования средств определяются медицинскими организациями самостоятельно [2].

Одноканальное финансирование — основной метод покрытия капитальных расходов в рамках частного коммерческого здравоохранения. Многие развитые страны в последние годы используют одноканальное финансирование в рамках государственного здравоохранения для покрытия расходов на содержание существующих основных фондов, реже — для оплаты малых и средних инвестиций (например, Португалия, Франция) или инвестиционных расходов полностью (Великобритания, Нидерланды) [7]. В Германии с 2009 г. федеральным землям предоставлено право самостоятельно принимать решение о погружении капитальных расходов в тарифы на оплату медицинской помощи, но к настоящему моменту ни один регион не воспользовался данным правом [4].

В Великобритании доля средств на покрытие капитальных расходов в составе тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в административном порядке, на едином уровне для всех медицинских организаций. Дифференциация тарифов учитывает территориальные различия в стоимости факторов производства (труда, земли и основных фондов), но не отражает индивидуальные различия в потребности в инвестиционных средствах. Следствием упрощенного порядка расчета инвестиционных расходов становится неравенство условий деятельности медицинских организаций. Трасты со «старыми» основными фондами, амортизация которых была оплачена ранее, получают преимущество перед трастами, продолжающими выплачивать дорогостоящую амортизацию по относительно новым основным фондам. В перспективе обсуждается возможность введения дополнительных регулярных платежей на покрытие капитальных расходов, рассчитываемых с учетом специфики отдельных медицинских организаций [11].

Утверждение инвестиционного проекта в зависимости от размера необходимых вложений может осуществляться трастами самостоятельно (до £3–12 млн в зависимости от общего объема финансирования траста и текущей оценки его деятельности), региональными органами управления здравоохранением (до £35 млн), Департаментом здравоохранения (от £35 млн до £100 млн) или Казначейством (свыше £100 млн). Трасты самостоятельно привлекают инвестиционные средства, источником которых могут служить собственные накопления, средства бюджетного кредита (предоставляется специальным Фондом финансирования трастов) или частных кредитов коммерческих банков [6].

В Нидерландах размер тарифов на оплату медицинской помощи определяется в ходе прямых переговоров покупателя и поставщика медицинской помощи, доля средств на покрытие капитальных расходов в тарифе отдельно не выделяется. Для предотвращения риска резких колебаний объемов финансирования отдельных медицинских организаций при переходе к рыночному регулированию реформа была начата с ограниченного перечня клиничко-статистических групп (далее — КСГ) — так называемого сектора В. Первоначально к сектору В были отнесены КСГ, характеризующиеся высоким уровнем предсказуемости затрат (услуги плановой медицинской помощи с высокой однородностью потребления ресурсов, большим объемом случаев лечения и числом поставщиков, участвующих в оказании соответствующих услуг). Кроме того, включение КСГ в сектор В должно было получить поддержку представителей медицинского сообщества [7]. На момент начала реформы (2005 г.) к сектору В принадлежали около 10 % существовавших КСГ, но уже к 2010 г. — 67 %, а к 2012 г. переход к полностью рыночному регулированию тарифов на оплату медицинской помощи был завершен [5].

С 2005 г. регулирование тарифов сектора В было передано на уровень прямых переговоров покупателя и поставщика медицинской помощи. С 2008 г. в состав тарифов сектора В были включены капитальные расходы, одновременно было прекращено централизованное планирование, предоставление кредитной гарантии и регулирование процентной ставки по соответствующим проектам. Прямая бюджетная поддержка сохраняется только для государственных университетских клиник. Возможность государственного вмешательства также допускается в случаях, когда оно необходимо для обеспечения доступности гарантированной медицинской помощи, но на практике такой потребности еще не возникало [5].

В качестве мер поддержки переходного периода государство предоставило медицинским организациям компенсационные выплаты, обеспечивающие получение определенной гарантированной доли от расчетных выплат в соответствии с предшествующей моделью (2011 г. — 95 %, 2012 г. — 90 %, 2016 г. — 70 %, с 2017 г. отменены). Тем не менее переход к рыночному регулированию сопровождался резким ростом финансовых рисков медицинских организаций, наиболее важными среди которых стали:

- установление неполных тарифов на оплату медицинской помощи, в т. ч. с отказом от получения адекватного возмещения капитальных расходов;
- рост стоимости заемного капитала для медицинских организаций;
- усиление неравенства условий деятельности.

В условиях высокой конкуренции на рынке медицинской помощи давление со стороны покупателей медицинской помощи — страховых компаний — вынуждает медицинские организации соглашаться на заниженную оплату услуг для получения контракта. Распространенным методом балансировки неполного тарифа становится временный отказ от осуществления новых капиталовложений, что в перспективе может привести к накоплению дефицита инфраструктуры [2].

Другим фактором временного отказа от новых капиталовложений стал резкий рост стоимости заемного капитала после отмены государственной кредитной гарантии и регулируемой процентной ставки. Отдельными исследователями отмечается появление альтернативных механизмов финансирования крупных проектов, таких как обратный лизинг и привлечение частных партнеров к реконструкции больниц, но их распространение остается незначительным [5]. В наиболее уязвимом положении оказались больницы с наиболее старыми основными фондами, одновременно испытывающие наибольшую потребность в новых капиталовложениях, но не способные предложить современные дорогостоящие услуги. В перспективе существующее неравенство условий может привести к концентрации инвестиций в небольшом числе крупных больниц с наиболее современными фондами на момент начала реформы [2].

С 2011 г. государство полностью отказалось от поддержки медицинских организаций, столкнувшихся с финансовыми затруднениями. Предполагается, что в новой рыночной модели медицинские организации должны разрешать внутренние кризисы с участием частных партнеров (кредиторов, страховых организаций) [12]. В 2013 г. произошло первое банкротство медицинской организации, к официальным причинам которого были отнесены наличие избыточных мощностей оказания медицинской помощи в регионе, рост требований страховых организаций, кредитный кризис, финансовые ограничения, недостаток медицинского персонала и рост расходов [2].

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ

Эффективное управление инфраструктурой здравоохранения в странах с развитыми государственными гарантиями на сегодня подразумевает решение трех основных задач:

- обеспечение системы здравоохранения необходимыми основными фондами;
- предотвращение возникновения избытка основных фондов, не обеспеченных объективным спросом;
- планирование и реализация необходимых капиталовложений с минимальными издержками [2; 3].

В силу внутренних противоречий данных задач ни один из современных методов финансирования капитальных расходов не способен одновременно обеспечить все выделенные аспекты эффективности (см. табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика основных методов финансирования капитальных расходов

Госконтроль над необходимыми фондами	Риск возникновения избытка фондов	Эффективность планирования	Эффективность реализации
Проектное финансирование			
Полный. Есть возможность реализации целевых вложений в неблагоприятных коммерческих условиях	Высокий. Отсутствуют экономические стимулы к оптимизации фондов и новых вложений	Высокие административные и временные издержки. Низкая гибкость реакции	Ниже частного сектора. Отсутствуют экономические стимулы к выбору наиболее эффективных механизмов реализации
Государственно-частное партнерство			
Полный. Есть возможность реализации целевых вложений в неблагоприятных коммерческих условиях и в условиях жестких бюджетных ограничений	Высокий. Отсутствуют экономические стимулы к оптимизации фондов и новых вложений	Наиболее высокие административные и временные издержки. Наиболее низкая гибкость реакции, вплоть до невозможности пересмотра проекта	Для переданных полномочий: на уровне частного сектора. Есть риски недобросовестного поведения частного партнера (низкое качество или рост стоимости услуг)
Регулярные платежи			
Нет. Есть контроль общего объема доступных инвестиционных средств, но возможен недостаток вложений по отдельным направлениям или у отдельных участников	Низкий. Есть рыночные риски избыточных вложений (несогласованные действия, создание искусственного спроса)	Низкие административные и временные издержки. Высокая гибкость реакции	На уровне частного сектора
Одноканальное финансирование			
Нет. Возможен недостаток вложений в целом, по отдельным направлениям или у отдельных участников	Низкий. Есть рыночные риски избыточных вложений (несогласованные действия, создание искусственного спроса)	Низкие административные и временные издержки. Высокая гибкость реакции	На уровне частного сектора

Источник: составлено автором.

В результате в большинстве развитых стран на сегодня действуют смешанные модели финансирования капитальных расходов в здравоохранении, сочетающие:

— проектное финансирование для крупных капитальных вложений (например, строительство больниц). В условиях недостатка средств или признания неудовлетворительной эффективности государственного управления реализация крупных инвестиционных проектов может осуществляться на условиях ГЧП;

— регулируемое одноканальное финансирование через тарифы на оплату медицинской помощи для расходов на содержание существующих основных фондов, приобретение расходных материалов и относительно недорогих распространенных активов, ошибки при планировании которых не создают риска утраты доступности гарантированной медицинской помощи.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ

Действующая российская модель финансирования капитальных расходов в государственном здравоохранении формально также может быть определена как смешанная, но значительно более близкая к классической государственной модели.

Основным методом финансирования средних и крупных капиталовложений для государственных учреждений здравоохранения остается централизованное проектное финансирование, осуществляемое органами государственной власти — учредителями соответствующих организаций. ГЧП в здравоохранении не получило самостоятельной нормативной базы и представлено единичными проектами. С 2013 г. в рамках программы ОМС введено регулируемое одноканальное финансирование для покрытия расходов на содержание имущества и приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу¹. Государство сохраняет возможность регулирования объема доступных средств для конкретной медицинской организации через управление размером тарифов и распределение объемов оплачиваемой медицинской помощи².

Для негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий, средства тарифа ОМС в части указанных статей являются единственным разрешенным источником государственного возмещения капитальных расходов. Механизмы бюджетного возмещения капитальных расходов негосударственных медицинских организаций действующей моделью не предусмотрены.

Низкая эффективность действующих механизмов планирования и осуществления бюджетных инвестиций в здравоохранении неоднократно подвергалась критике. В частности, аудит крупнейшей за последние годы инвестиционной программы — программы модернизации здравоохранения — показал наличие множественных случаев длительного (более 100 дней) простоя дорогостоящего оборудования в связи с неготовностью помещений или отсутствием пациентов, нуждающихся в соответствующей медицинской помощи, закупок оборудования, не соответствующего техническим требованиям к оказанию медицинской помощи [13]. Исходя из рассмотренного опыта зарубежных стран перспективными направлениями совершенствования действующей отечественной модели являются:

1. Совершенствование формальной процедуры планирования бюджетных инвестиций, в т. ч.:

— разработка критериев утверждения инвестиционного проекта (например, оценка обеспеченности новых активов спросом, оценка готовности медицинской организации к оказанию новых видов услуг);

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

² Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

— установление порядка разработки и утверждения инвестиционного проекта, включая участие в согласовании проекта медицинской организации — получателя средств.

Введение формальных критериев утверждения инвестиционного проекта позволит предотвратить наиболее грубые ошибки планирования. Обязательное участие медицинских организаций в согласовании проекта будет способствовать лучшему учету реальной ситуации, а в сочетании с восстановлением ответственности медицинских организаций за содержание существующих активов (см. ниже) — также оптимизации размера новых капиталовложений.

2. Восстановление ответственности медицинских организаций за содержание существующих активов на основе постепенного отказа от административного распределения объемов оплачиваемой медицинской помощи.

Отказ от административного распределения объемов оплачиваемой медицинской помощи создаст предпосылки для оптимизации размера и состава основных фондов с учетом фактического спроса на услуги конкретной медицинской организации. Внешнее регулирование тарифов на оплату медицинской помощи целесообразно сохранить для гарантии общей достаточности инвестиционных средств, предотвращения недостатка средств на содержание фондов и реализацию малых инвестиций для медицинских организаций, действующих в объективно неблагоприятных условиях (например, на малонаселенных или удаленных территориях, со старыми фондами, требующими повышенных расходов на содержание и/или обновление).

3. Расширение самостоятельных полномочий медицинских организаций в области управления активами путем:

— разрешения использовать в инвестиционных целях в рамках основной деятельности остаток средств на конец периода;

— постепенного расширения категорий капитальных расходов, включаемых в состав тарифов на оплату медицинской помощи (например, приобретение оборудования определенного типа, осуществление отдельных ремонтных работ).

Расширение самостоятельных полномочий медицинских организаций создаст условия для развития гибкости планирования и эффективности реализации массовых малых инвестиций при сохранении приемлемого уровня инвестиционного риска. Дополнительным положительным эффектом расширения одноканального финансирования станет повышение привлекательности участия в реализации программы государственных гарантий для негосударственных медицинских организаций, что позволит повысить доступность и расширить выбор поставщиков медицинской помощи.

Библиография / References

1. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. OECD Publishing, 2011. Available at: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>.
2. Van de Voorde C. et al. Conceptual Framework for the Reform of the Belgian Hospital Payment System, Health Services Research (HSR). KCE Reports 229. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014. Available at: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf.
3. Bernd R. (ed.). Investing in hospitals of the future. World Health Organization, 2009.
4. Busse R., Blumel M. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, vol. 16, no. 2, pp. 1–296.
5. Van der Zwart J., van der Voordt T., de Jonge H. Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies. *Health Environments Research and Design Journal*, 2010, vol. 3, pp. 70–86.
6. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, vol. 13, no. 1, pp. 1–486.
7. Busse R. et al. (eds.). Diagnosis-Related Groups in Europe. Berkshire: Open University Press, 2011.

8. Barlow J., Roehrich J., Wright S. Europe Sees Mixed Results from Public-private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services. *Health Affairs*, 2013, vol. 32, no. 1, pp. 146–154.
9. Private Finance Initiative. Seventeenth Report of Session 2010-12. House of Commons. Treasury Committee, August 2011. Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/1146/1146.pdf>.
10. PFI in Housing and Hospitals. Fourteenth Report of Session 2010-11, House of Commons. Committee of Public Accounts, January 2011. Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/cm201011/cmselect/cmpubacc/631/631.pdf>.
11. Palmer K. NHS Reform. Getting Back on Track. King's Fund, October 2006. Available at: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/nhs-reform-getting-back-on-track-keith-palmer-kings-fund-october-2006.pdf.
12. Kocsis V., Koning P., Mot E. General Hospitals in Financial Distress. Reconsidering Government Intervention. CPB Background Document. Den Haag, 2011. Available at: https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-background-document-general-hospitals-financial-distress-july2011_0.pdf.
13. Филипенко А. В. Отчет о результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2011–2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. 2014. № 9 (201). С. 200–280. [Filipenko A. Report on the Results of the Control Activity “Audit of Efficiency of the Use of Budgetary Funds of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund, Allocated in 2011–2013 for the Implementation of the Programs and Measures Related to Healthcare Modernization”. *Byulleten' Schetnoi palaty Rossiiskoi Federatsii — Bulletin of the Accounts Chamber*, 2014, vol. 9 (201), pp. 200–280 (in Russ.)].

Автор

Сисигина Наталья Николаевна, мл. науч. сотр. Центра налоговой политики Научно-исследовательского финансового института; науч. сотр. Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС
(e-mail: sisiginann@mail.ru)

N. N. Sisigina**Modern Methods of Financing Hospitals Capital Expenditure****Abstract**

The article deals with modern methods of financing hospitals capital expenditure used in countries with well-developed state guarantees of medical care. On the basis of the analysis of international experience the most common methods have been highlighted, as well as their advantages and disadvantages, possible areas of application. The article also presents recommendations for the development of domestic model of financing capital expenditure for hospitals involved in implementation of the State Guarantees Program.

Keywords:

capital expenditure, dual financing system, health care financing, integrated financing system, public-private partnership

JEL: I18**Author's affiliation:**

Sisigina Natalia N. (e-mail: sisiginann@mail.ru), Financial Research Institute, Moscow 127006, Russian Federation; Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow 119571, Russian Federation