**Стенограмма круглого стола «Управление рисками в проектах ГЧП   
в сфере здравоохранения», 10 февраля 2015 года**

В дискуссии приняли участие:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | Должность |
|  | Акулин Игорь Михайлович | Председатель Санкт-Петербургского Третейского суда медицинского страхования и здравоохранения при торгово-промышленной палате, вице-президент Ассоциации медицинского права, зав. каф. организации здравоохранения СПБГУ |
|  | Баженов Михаил Николаевич | Руководитель отдела консультационных услуг PwC, Санкт-Петербург |
|  | Barstow James | Professor, Chair in Technology and Innovation Management in Healthcare, Imperial College Business School |
|  | Голованов Роман Алексеевич | Начальник отдела сопровождения инвестиционных проектов Комитета по инвестициям СПб |
|  | Ефимов Николай Владимирович | Главный врач негосударственного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница» ОАО «Российские железные дороги» |
|  | Иванов Андрей Евгеньевич | Зам. руководителя Центра исследований ГЧП ВШМ СПбГУ |
|  | Иванов Илья Борисович | Директор по развитию, Euromed Group |
|  | Карпунин Павел Викторович | Партнер CLS |
|  | Козырев Дмитрий Валерьевич | Руководитель проекта «Санитарная авиация» вертолетного центра «Хели-драйв» |
|  | Маслова Светлана Валентиновна | Руководитель Центра исследований ГЧП ВШМ СПбГУ |
|  | Михайлик Глеб Владимирович | Генеральный директор ООО «АВА-Петер» |
|  | Столпнер Аркадий Зиновьевич | Председатель правления группы компаний ЛДЦ МИБС |
|  | Фахрутдинов Камиль Равильевич  Овчинников Валерий Михайлович | Генеральный директор, ООО «Клиника современной медицины HD»  Директор по коммерческим вопросам, ООО «Клиника современной медицины HD» |
|  | Фурманчук Сергей Иванович | Генеральный директор ООО Инженерное бюро «Хоссер» |
|  | Шарипова Ирина Леонидовна | Советник вице-губернатора Санкт-Петербурга |

**А.Е. Иванов**

Уважаемые коллеги!

Разрешите приветствовать Вас в стенах Высшей школы менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета и открыть круглый стол «Совершенствование методики управления рисками в проектах ГЧП в сфере здравоохранении». Я хотел бы предоставить слово профессору Джеймсу Барлоу, заведующему кафедрой технологии и менеджмента инноваций в здравоохранении Лондонского имперского колледжа.

**Барлоу Дж. (James Barlow)**

Здравствуйте, коллеги!

Меня зовут Джеймс Барлоу. Я возглавляю кафедру технологии и инновационного менеджмента в школе бизнеса в Imperial College в Лондоне. Я собираюсь говорить о государственно-частном партнерстве, ГЧП в здравоохранении и новых моделях, которые появляются в Европе.

Итак, что такое государственно-частное партнерство? Чаще всего оно определяется как комплекс взаимоотношений представителей государственного сектора и партнеров из частного сектора по распределению рисков с целью предоставления услуг обществу. На самом деле, существует большое разнообразие моделей ГЧП, и, как я сказал ранее, в Европе начинают развиваться новые типы таких моделей.

Отличительной особенностью этих проектов ГЧП является то, что они включают в себя создание инфраструктуры для предоставления услуг здравоохранения, а также управление оказанием и парамедицинских, и медицинских услуг. И все эти виды ГЧП созданы для того, чтобы объединить интересы обеих сторон наиболее эффективным образом и стимулировать повышение производительности в ходе взаимного сотрудничества. Выделяя особенности ГЧП по отношению к оказанию услуг только частной или только государственной организациями, следует, во-первых, говорить о привлечении частного финансирования, во-вторых, об объединении разнообразных услуг или стадий проекта. Например, при оказании клинических услуг вы можете объединять вместе процесс проектирования, строительства и предоставления медицинских услуг. Третья составляющая – стремление оценивать производительность объемом оказанных услуг, а не затратами по их оказанию. И, наконец, в четвертых, это, чаще всего, долгосрочные – 25-30-летние контракты.

В число потенциальных преимуществ, возможных благодаря ГЧП, входит то, что оно помогает в управлении рисками, и это происходит посредством переноса риска на ту сторону, которая способна им лучше управлять или требует меньшую премию за управление риском. Во-вторых, оно стимулирует долгосрочную качественную работу. Это происходит благодаря тому, что сторона несущая риск имеет стимул управлять им наиболее эффективным образом. В-третьих, ГЧП помогают минимизировать транзакционные издержки. Я подразумеваю под этим возможности связать в одном проекте различные виды деятельности, включая предоставление медицинских услуг, и переход от заключения внешних контрактов к внутренним трансакциям. Это особенно важно, если в проект во-влечены несколько сторон.

Таким образом, это несколько преимуществ ГЧП. По большей части они связаны с риск-менеджментом и совершенствованием производительности.

Теперь о том, чем следует заплатить за преимущества ГЧП. Чем больше мы объединяем разнообразные услуги в один проект, тем более контроль сосредотачивается внутри проекта. Таким образом, возникает риск, связанный с сокращением сферы государственного контроля, к чему я скоро вернусь. И, возможно, есть еще один риск, связанный с самим контрактом. Чем больше мы стараемся сделать договор более полным, детализируя все непредвиденные обстоятельства, тем более сложным и дорогим он может стать. Таким образом, должен быть определённый баланс между полнотой контракта и возможностью эффективного предоставления услуг.

До сих пор основное внимание в ГЧП уделялось физической инфраструктуре, если иметь в виду здравоохранение, то больничным учреждениям. В Великобритании у нас была большая программа в начале 2000-х, которая включала в себя около двухсот новых больниц и организаций, оказывающих медицинские услуги, которые были построены за счет частного финансирования.

Но появляются новые модели в ГЧП в здравоохранении, о которых позвольте мне рассказать в общих чертах. Многие из них развиваются благодаря тенденции интеграции в здравоохранении. В общем и целом речь идет об улучшенной координации основных, вторичных и социальных услуг по уходу за пациентом. Это путь к системе здравоохранения, которая стимулирует экономию средств и совершенствование качества медицинских услуг для пациентов. Таким образом, интеграция услуг по уходу является лозунгом в Европе. И новые модели ГЧП, которые начинают сейчас развиваться в Европе, частично возникают благодаря этому желанию интегрироваться. И я говорю это потому, что некоторые из них начинают охватывать медицинские услуги и услуги социального обслуживания, а также физическую инфраструктуру для их оказания.

Также начинают появляться различные новые модели ГЧП, начиная от франчайзинговых моделей, которые можно найти в Германии и Финляндии, где медицинские и другие услуги были отданы частным провайдерам, до проектов ГЧП, связанных с оказанием полного спектра медицинских и социальных услуг, в особенности модель Alzira в Испании, где вся система первичной и вторичной медицинской помощи была передана государственно-частному партнерству, включая предоставление социальных услуг.

И в этом диапазоне роль частного сектора и объем портфеля оказываемых услуг воз-растает по мере того, как мы движемся к испанскому примеру. Непросто оценить эти но-вые модели ГЧП, но, безусловно, можно идентифицировать значительное улучшение без-опасности оказываемых услуг.

В развитии новых моделей ГЧП существуют риски, связанные с несовершенствовом контрактов, которые должны позволить модели оказания услуг быть гибкой, что, поскольку продолжительность проекта составляет, как правило, от 20 до 30 лет, крайне сложно, так как здравоохранение само по себе развивается очень быстро, и трудно сказать, как оно будет выглядеть через 20 лет.

Второй риск заключается в сложности перехода от сотрудничества, основанного на детально прописанных юридических документов, к культуре партнерства, в рамках кото-рой стимулы для частного и государственного сектора координируются в течение дли-тельного периода, что является сложной задачей.

Наконец, возвращаясь к моменту, связанному с государственным контролем. Возникает вопрос, какие управленческие модели позволяют обеспечивать необходимую степень контроля над инфраструктурой ГЧП.

Итак, это некоторые вызовы в развитии новых моделей ГЧП, но, тем не менее, они уже здесь, распространяются и имеют потенциал к содействию в предоставлении высоко-качественных услуг здравоохранения, разумного распределения рисков и контроля над издержками.

Я надеюсь, что мы продолжим в дальнейшем обсуждение проблемы оценки и предотвращения рисков. Надеюсь встретиться с Вами в будущем. Большое спасибо!

**С.В. Маслова**

Спасибо, Джеймс. Я надеюсь, что мы действительно продолжим дискуссию и общение с Вами на нашей ежегодной конференции в октябре. В связи с ожидаемой содержательностью и результативностью нашего круглого стола позвольте сразу перейти к сути своего выступления.

Классический подход к управлению рисками в проектах ГЧП основан на следующем:

Во-первых, под рисками в проектах ГЧП понимаются вероятные, потенциальные события, которые могут произойти в процессе реализации ГЧП и могут повлечь финансовые потери и дополнительные затраты участников проекта ГЧП, недополучение доходов по сравнению с прогнозируемым вариантом, а также затягивание сроков проекта ГЧП, помешают достижению желаемого результата в целом, и наступление которых вызвано как обстоятельствами непреодолимой силы, так и действиями самих участников проекта ГЧП.

Во-вторых, в рамках классического подхода принято выделять следующие риски:

- финансовые риски (риск изменения процентных ставок, курсов валют, уровня инфляции, а также риск неполучения (недополучения) финансирования проекта, в том числе за счет привлекаемых средств, недостижения финансового закрытия и др.),

- правовые риски (риск изменения законодательства, в том числе налогового и др.),

- политические риски (риск изменения политической конъюнктуры и управленческой структуры, риск забастовок и волнений, риск национализации и др.),

- экологические и социальные риски (риск причинения вреда окружающей среде, риск социальной напряженности среди местного населения и др.),

- строительные, технические риски (риск ошибок проектирования, риск несоответствия объекта заданным технико-экономическим показателям, риск несоблюдения сроков строительства или его незавершение, риск несоответствия объекта заданным технико-экономическим показателям, риск ненадлежащего качества строительства и др.),

- коммерческие, эксплуатационные риски (риск спроса на товары, услуги, производимые частным партнером, в том числе, вызванный неточностью в прогнозировании рынка или условий эксплуатации объекта, риск отзыва лицензий и разрешений, риск непредоставления услуг партнером или риск предоставления партнером услуг ненадлежащего качества и др.),

В-третьих, процесс управления ими заключается в последовательном осуществлении:

- выявления, описания рисков, присущих конкретному проекту ГЧП еще на подготовительной стадии проекта ГЧП,

- оценки рисков ГЧП методом качественной или количественной оценки,

- распределения рисков между сторонами соглашения о ГЧП на основе того принципа, что риск возлагается на ту сторону, которая лучше способна управлять данным риском. Но не менее важно и то, что риск должна принимать на себя та сторона, которая заинтересована в активном управлении им, обладает или будет обладать необходимыми ресурсами для управления риском,

- предотвращения рисков и действий по их минимизации,

- мониторинга рисков в течение всего срока реализации проекта ГЧП.

Еще 8-10 лет назад этот подход для российских специалистов, заинтересованных в реали-зации проектов ГЧП, был информативным и достаточным. Однако на современном этапе ни российская наука, ни российская практика ГЧП не удовлетворена в полной мере содержатель-ной стороной этого классического подхода. Изучение значительного количества научных исследований на эту тему, а также материалов различных проектов ГЧП, реализуемых в зарубежной практике и в России, в том числе в СПб, позволило выявить ряд изъянов такого подхода и проблемных вопросов, решение которых делает актуальным наше научное исследование.

Вот некоторые проблемы, которые послужили предпосылками к началу нашего исследования:

- разобщенность подходов к основным рискам в проектах ГЧП, их описанию и классификации, отсутствие объективных и достаточных классификационных критериев рисков в проектах ГЧП;

- пробелы правового регулирования в отношении распределения рисков в проектах ГЧП;

- отсутствие методики выявления рисков в проектах ГЧП и др.

Что мы имеем в виду, когда говорим об отсутствии единого подхода к основным рискам в проектах ГЧП, их описанию и классификации. А дело в том, что еще не нашлось более 2-х источников, в которых бы содержалась одинаковая классификация рисков в проектах ГЧП. Эти разночтения существуют не только между российской и зарубежной практикой, они существуют и среди зарубежных экспертов.

Однако наличие такой классификации необходимо как для научных, так и для практических целей. Теоретическое значение такой классификации состоит в том, что ее осуществление, в том числе путем сравнения сходства и различий рисков ГЧП позволяет получить более полное представление о них. Практическое же значение классификации заключается в том, что она облегчает выбор участника проекта ГЧП, который бы мог успешнее управлять риском, а также выбор действий, направленных на предотвращение возникновения рисков в проектах ГЧП или минимизацию их негативных последствий.

По нашему мнению, классификацию рисков в проектах ГЧП следует осуществлять исходя из других критериев, о которых мы поговорим чуть позже.

Но проблема не только в этом. Зачастую термин "риск", призванный обозначать возможные события, негативно влияющие на реализацию проекта ГЧП, применяется к любым противоправным действиям, препятствиям или проблемам в сфере реализации проекта ГЧП. Имеет также место проблема, когда один и тот же риск называют по-разному, либо, напротив, различные негативные последствия, которые и распределяются по-разному, имеют различные механизмы предотвращения, ошибочно объединяют в один риск.

В общем, налицо отсутствие методологической основы управления рисками в проектах ГЧП.

Нельзя не сказать еще об одном. Большинство исследований содержит описание и перечисление только основных, стандартных рисков. Мы сегодня будем говорить о них с нашими экспертами – это финансовые, правовые, коммерческие риски. Однако проведя более глубокое исследование, необходимо говорить о более широком круге рисков, чем это принято, например, мы сформировали уже внушительный перечень таких «специфических» рисков. В целях экономии времени укажу лишь на один из них.

Так, известной особенностью проектов ГЧП является сложная, двухэтапная процедура определения победителя конкурса – частного партнера путем установления требований предквалификации. Вместе с тем, в процессе реализации проекта ГЧП могут произойти структурные изменения частного партнера и наступить риск, связанный с соответствием частного партнера этим требованиям. Что мы понимаем под этим?

В Практическом руководстве по вопросам эффективного управления в сфере ГЧП ООН подчеркивается необходимость управления и предотвращения данного риска: «В силу заинтересованности публичного партнера в том, чтобы первоначальные члены консорциума, принимавшего участие в процедурах, сохраняли свои обязательства по осуществлению проекта в течение всего срока его реализации и чтобы фактический контроль над проектной компанией не был передан субъекту, который не известен организатору конкурса».

В связи с тем, что в ряде региональных законом о ГЧП предусмотрена возможность участия в соглашении о ГЧП юридического лица, собственником 100 процентов акций (100 про-центов долей уставного капитала, 100 процентов имущества) которого является публичный партнер, то есть, 3-х стороннее соглашение о ГЧП, то определенную актуальность приобретает выявление, распределение и предотвращение события, связанного с утратой контроля публичным партнеров в отношении такого юридического лица. Такими негативными событиями могут являться реорганизация, приватизация юридического лица, продажа акций, долей и т.д.

Вообще нам представляется, что вышеописанных проблем с перечнем, классификацией рисков можно было бы отчасти избежать при наличии достаточного правового регулирования. Однако действующее российское законодательство о ГЧП не устанавливает правил управления и распределения рисков в проектах ГЧП. Только отдельные нормы об этом содержатся в Федеральном законе «Об автомобильных дорогах и о дорожной деятельности в Российской Федерации и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», где предусмотрена возможность принятия концедентом на себя риска спроса и выплаты концессионеру соответствующей компенсации при недостижении показателей интенсивности движения по автомобильной дороге транспортных средств и их состава, позволяющих получить концессионеру минимальный гарантированный доход.

Соответственно, правовое регулирование распределения рисков в проектах ГЧП может быть осуществлено путем закрепления на уровне ФЗ о ГЧП принципа договорного распределения риска (по соглашению сторон), обеспечивающего их сбалансированное распределение с учетом нужд конкретного проекта ГЧП, введения в законодательство термина «риски в проектах ГЧП» и его определения, открытого перечня рисков в проектах ГЧП, а также регламентации в подзаконных актах процедурных вопросов распределения рисков, таких как этап проекта ГЧП, на котором следует осуществлять работу по распределению рисков, методика разработки матрицы рисков в проектах ГЧП, отражение рисков, принятых публичным партнером, в бюджетном процессе, и др.

Кроме того, до принятия специального закона о ГЧП в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть осуществлена специальная правовая регламентация отношений ГЧП в сфере здравоохранения и введена статья о строительстве, реконструкции и использование объектов здравоохранения, на основании концессионных соглашений, и оказании медицинской помощи гражданам при их эксплуатации, в которой аналогичным образом предусмотреть возможность принятия публичным партнером на себя риска спроса и выплаты частному партнеру соответствующей компенсации при недостижении показателей объема медицинской помощи, позволяющих получить частному партнеру минимальный гарантированный доход, и другие важные вопросы.

**Иванов А.Е.**

Перейдем к рассмотрению существующих методик выявления рисков в проектах ГЧП. Проведенный анализ исследований в этой области показал, что существует два подхода к идентификации рисков. В рамках первого авторы разбивают жизненный цикл проекта ГЧП на этапы и описывают риски, присущие каждому из этапов, в рамках второго – классифицируют риски и приводят примеры типичных рисков для каждого из выявленных классов.

На слайде Вы видите типичный пример первого подхода: в левом столбце – этапы развития проекта ГЧП, в правом – соответствующие риски, возникающие на каждом из этапов.

Однако в случае использования первого подхода к идентификации рисков различные авторы по-разному составляют перечень этапов проекта ГЧП, по-разному составляют перечень рисков на каждом из этапов, зато обязательно добавляют и т.д., расписываясь в неполноте предлагаемого перечня рисков.

Рассмотрим второй подход к выявлению рисков в проектах ГЧП, связанный с классификацией рисков и описанием типичных рисков для каждого из идентифицированных классов.

Например, в работе Фурье и Бергера авторы, опираясь на конкретную классификацию рисков (риски спроса и предложения, финансовые риски, нормативно-правовые и политические риски), указывают, где следует искать риски каждого из классов: риски спроса проистекают из потребительских предпочтений, замещающих товаров, конкуренции с импортом, демографическими изменениями и т.д.

Таким образом, как и в предыдущем случае, возникают вопросы, с одной стороны, об универсальности и полноте предложенной классификации рисков, а с другой, о полноте списка перечисленных источников риска.

Кроме того, как правило, особенности реализации проектов ГЧП в институциональных условиях разных стран, в том числе и особенности наступления рисков, имеют свою ярко выраженную специфику.

Используем рассмотренные в литературе примеры классификации рисков в целях построения методики выявления рисков, имеющей минимальную страновую специфику и нацеленную на полноту определения рисков проекта ГЧП.

Рассмотрим подход к дифференциации рисков, предложенный в работе Нг и Лузмора в 2007 г. Ее авторы предлагают делить риски проекта ГЧП на проектные и общие.

Под проектными рисками понимаются риски, связанные собственно с проектным управлением, или проистекающие из непосредственного микроокружения проекта. В отличие от них под общими рисками понимаются риски не связанные непосредственно с реализацией проекта, а порожденные природными, политическими, регулятивными, правовыми и экономическими событиями в макроокружении проекта.

Подобная классификация рисков указывает на необходимость анализа микро- и макро-окружения проекта в целях их идентификации. В теории стратегического менеджмента технология анализа микро- и макроокружения организации (или ее внешней среды) в целях идентификации благоприятных возможностей и угроз для достижения организационных целей разрабатывается в течение последних 40 лет.

Следует отметить, что анализ внешний среды организации традиционно делится на отраслевой анализ (или анализ микросреды) и анализ ее общего внешнего окружения (или анализ макросреды). Таким образом, возникает идея использования апробированных средств стратегического планирования деятельности организации для идентификации рисков в проектах ГЧП.

Рассмотрим еще один пример. Руководство Федерального управления автомобильных дорог США предлагает делить риски на технические и не-технические:

технический риск – это риск, связанный с отклонениями от первоначальных технических предположений, спецификаций или требований проекта,

не-технический риск – это риск, связанный с политическими, регулятивными, экономическими и социальными условиями, в которых реализуется проект ГЧП, или действиями заинтересованных сторон (стейкхолдеров проекта).

Рассмотрим проблему выявления не-технических рисков проекта ГЧП. Используя мод-ный аббревиатурный подход, можно сказать, что определение не-технического риска подталкивает нас к использованию для идентификации соответствующих рисков метода, так сказать, PRESS-анализа, который заключается в поиске политических, регуляторных, экономических и социальных (Political, Regulatory, Economic, and Social) факторов, негативно и/или позитивно влияющих на достижения целей проекта ГЧП, а также действий стейкхолдеров (Stakeholders) проекта.

В свою очередь, в стратегическом менеджменте анализ воздействия факторов макро-окружения организации (или ее структурного подразделения) на ее функционирование принято называть PEST-анализом, причем буквы P, E, S and Т указывают на группы, соответственно, политических, экономических, социальных и технологических факторов, воздействие которых на достижение организацией ее целей может быть как благоприятным, так и нет.

Исследуем разницу между группами факторов, анализируемых в рамках PRESS- и PEST-анализа.

Отсутствие буквы “R” в названии последнего не представляется существенным, поскольку в стратегическом менеджменте регулятивные факторы исследуются либо при проведении PEST-анализа, либо при проведении анализа микроокружения организации. В рамках последнего также анализируются действия основных внешних стейкхолдеров организации, в первую очередь, потребителей ее услуг, конкурентов, поставщиков.

В свою очередь, отсутствие буквы “Т” в аббревиатуре “PRESS”, с точки зрения авторов, достаточно существенно, поскольку игнорирование рисков, проистекающих из современной тенденции сокращения продолжительных жизненных циклов товаров и технологий в проектах ГЧП, которые всегда являются долговременными, не представляется допустимым.

Таким образом, возникает проблема исследования возможности использования апробированных в стратегическом менеджменте методик анализа внешней среды организации для выявления рисков проекта ГЧП и, в случае положительного ответа, идентификации специфики такого анализа.

**С.В. Маслова**

Уважаемые коллеги! В продолжение нашего сегодняшнего разговора, экспертного обсуждения, я хотела бы предоставить слово Голованову Роману Алексеевичу, начальнику отдела сопровождения инвестиционных проектов Комитета по инвестициям Санкт-Петербурга и попросить его осветить вопрос особенностей коммерческих рисков в проектах ГЧП в сфере здравоохранения. Почему? Вообще очень распространенным во многих аудиториях – и экспертной, и студенческой, является вопрос о том, присуща ли какая-то специфика рискам в зависимости от той сферы, в которой они реализуются. Ну, наверное, правовые, политические и финансовые в целом будут одинаковы, и, конечно, специфика проявляется на этапе эксплуатации объекта соглашения о ГЧП, осуществление того вида деятельности в рамках этой сферы. Роман Алексеевич, а есть эта специфика в проектах ГЧП в сфере здравоохранения?

**Р.А. Голованов.**

Здравствуйте. Спасибо за предоставленное слово.

Да, само собой, специфика коммерческих рисков есть, и она в каждой отрасли своя. Я хотел бы сделать в качестве вступления небольшую ремарку о заблуждении, которое присутствует в ряде органов государственной власти о том, что приглашая частного инвестора участвовать в проектах ГЧП, государство надеется получить объект дешевле, чем это происходит по госзаказу.

В значительной степени данное заблуждение базируется на том, что коммерческие услуги, которые будут оказываться инвестором на данном инфраструктурном объекте, принесут прибыль и позволят частично окупить инвестиции, что, в свою очередь, потребует от государства меньшего субсидирования по возврату инвестиций частному инвестору. Однако государство, приглашая инвестора для реализации того или иного инфраструктурного проекта ГЧП, должно понимать, что определяя требования к создаваемому объекту, оно должно также формировать и требования к социальным услугам, оказываемым на его базе. Соответственно, это влияет на доходность проекта ГЧП, поскольку, как правило, оказание социальных услуг подлежит тарифному и/или иному регулированию со стороны государства что, так или иначе, ограничивает доходность и прибыльность оказания услуг.

Соответственно, поскольку мы здесь собрались обсуждать риски, связанные со сферой здравоохранения, то будем исходить из предположения о том, что коммерческие риски, которые есть в данной отрасли, очевидны для аудитории круглого стола. В своем выступлении я хотел бы использовать предлагаемую методологию управления рисками для рассмотрения рисков, связанных с доходами того или иного объекта ГЧП в сфере здравоохранения.

На самом деле, когда Санкт-Петербург принимал решение по подготовке и реализации проектов ГЧП по 40-й больнице, по поликлинике в «Славянке» и по реконструкции Родильного дома №17, управление коммерческими рисками наиболее активно обсуждалось сторонами и нашло отражение в итоговых документах, поскольку коммерческие возможности использования поликлиники отличаются от коммерческой возможности использования родильного дома.

Соответственно при принятии решения мы должны понимать насколько, приглашая инвесторов на конкурс, на рынке присутствует тот кластер, то количество инвесторов, умеющих, понимающих и зарабатывающих на этих коммерческих рисках. Если начинать перечислять более детально, что подразумевается под коммерческими рисками проекта ГЧП в сфере здравоохранения, то первый из них – обеспечение плановым заданием. Изначально, когда стороны садятся за стол, они понимают: есть плановое задание, оно планируется в этом году, но дальше следует задуматься, что будет происходить через 5 лет, через 6 и так далее, поскольку мы говорим о долгосрочных проектах. Изменение планового задания будет влиять на доходность инвестора, на издержки инвестора, и возникает вопрос, каким образом инвестору в данном случае договариваться с государством.

Например, если мы установили плановое задание с точки зрения объемов оказания медицинской помощи. По тем или иным причинам объем может упасть. Гипотетически, мы можем предположить, что население района, если брать проект создания поликлиники, будет здоровым. Мы должны заставить инвестора оказывать медицинскую услугу в поликлинике? Наверное, это будет некорректно. Если же население района будет болеть «очень активно», то доходная часть инвестора также будет страдать, поскольку медицинские услуги поликлиники финансируются фондом ОМС, а тарифы фонда ОМС и объем выполнения планового задания являются регулируемыми. Таким образом, перевыполнение планового задания – это один из предметов для переговоров с уважаемыми инвесторами о том, каким образом мы будем с этим риском справляться.

Например, один из способов регулирования – это разрешить инвестору оказывать медицинские услуги, не входящие в систему ОМС. Либо же мы говорим вообще об оказании немедицинских услуг, но сопутствующих данному виду инфраструктуры. Благодаря соглашению о ГЧП, данному виду договора, мы можем договориться в долгосрочной перспективе если, по крайней мере, не о количественных взаимоотношениях, то по порядку распределения выгод или, наоборот, убытков по ходу реализации этого проекта.

Хотелось бы еще обозначить аспект, который важен: нужно учитывать мнение финансирующих организаций. Если взять организации, которые вертикально структурированы и входят в финансовую группу (банк, страховая организация, медицинская компания), то для них этот риск незначителен, поскольку они понимают его изнутри и у них достаточное количество статистики, чтобы кодифицировать, определить, посчитать и принять, в конце концов, решение по управлению этим риском и взять этот риск на себя. И тогда финансирующая организация, кредитный комитет, вынося решение о предоставлении финансирования, берет на себя риски, связанные с колебаниями спроса в рамках планового задания. И иная ситуация, если банкиры приходят участвовать в проекте, не обладая опытом финансирования социально-ориентированных проектов в сфере здравоохранения.

Вот я на одном примере остановился и вам продемонстрировал, каким образом принятие решения в начале проекта ГЧП может привести к некоторым стратегическим последствиям по ходу реализации проекта. Еще ситуация, которую мы рассматривали – опять же, коммерческие риски. Если идет увеличение спроса, в частности, за счет увеличения количества ДМС-пациентов и объема оказания платных услуг, то возникает вопрос о возможности сокращения услуг в рамках системы ОМС, и у инвестора возникает вопрос к публичному партнеру: «У меня количество ДМС-пациентов или платных пациентов на этой инфраструктуре подскочило значительно, возможно ли для меня отказываться от предоставления услуг по ОМС?» Здесь, я уверен, нужно определять порядок взаимодействия опять же в рамках соглашения.

Действительно, если взять государственный сектор, то государственные поликлиники также, так или иначе, присутствуют на рынке оказания платных медицинских услуг, они также реагируют на изменение конъюнктуры.

Очень интересный фактор, связанный с ситуацией, в которой качественное оказание услуги в поликлинике инвестором приведет к росту прикрепления к ней населения прилегающих районов и соответствующему увеличению спроса на услугу, финансируемую в рамках ОМС. Возникает вопрос, возможна ли в связи с этим корректировка планового задания поликлиники на текущий год и увеличение его на год следующий?

Здесь, собственно говоря, я не предлагаю готового решения. Все-таки работа над рисками, над идентификацией рисков, – это процесс, который требует коллективного экспертного обсуждения и структурного подхода. Зная, что в нашем сегодняшнем круглом столе участвуют представители частных компаний, я хотел бы, чтобы при принятии решения мы находили время для правильного и эффективного распределения рисков и, главное, понимания последствий распределения рисков между государственным сектором и частным, для того чтобы проекты государственно-частного партнерства были жизнеспособны и эффективны для двух сторон. Я позволю на этой ноте закончить свое выступление.

**С.В. Маслова**

Я уверена абсолютно, что вопросы есть. И мы как раз для этих целей сегодня собрались, чтобы их поставить и обсудить, эти вопросы. Но если вы позволите, я бы предложила продолжить дискуссию и предоставить слово Михаилу Николаевичу Баженову в связи с тем, что проблемы и вопросы, которые обозначил Роман Алексеевич, те коммерческие риски, они напрямую связаны с финансированием проектов ГЧП и сопутствующим этому финансовым рискам.

**М.Н. Баженов**

Спасибо, коллеги. Действительно финансовые риски, наверное, сейчас наиболее важны и актуальны, несмотря на то, что они применимы к широкому кругу ГЧП-проектов. Именно сейчас они реализуются. Я тоже, наверное, сфокусируюсь на некоторых примерах, пройдусь по ним, вместо того чтобы просто перечислять типы таких рисков и какие существуют способы для их минимизации. У нас есть конкретные реальные живые ситуации, в которых мы сейчас находимся.

Итак, представим себе ситуацию, которая связана с закупкой оборудования для ГЧП-учреждений, оказывающих медицинские услуги, поскольку мы понимаем, что подавляющее большинство оборудования – импортное, оно номинировано в валюте. Таким образом, необходимо распределение или управление этими рисками. Государство, публичная сторона, она не заинтересована брать на себя максимум рисков, пытается найти способы их разделения с частным партнером.

И действительно, как уже коллеги сказали, первый подход – это распределение проекта на этапы и согласование между частной и государственной стороной, на каком этапе какая сторона несет риски. По ходу реализации проекта первым этапом можно условно назвать этап достижения финансового и коммерческого закрытия. Что это такое? Если мы говорим именно про финансовое закрытие, это подписание юридически обязывающих соглашений, по которым предоставляется для проекта финансирование.

Как мы знаем по примеру Санкт-Петербурга, обычно эта точка сложно достижима, поскольку в переговорах участвуют кредитные учреждения, они крайне пристально смотрят на согласование всех рисков до момента завершения реализации проекта, то есть возврата их средств. Обычно, опять же по практике города, эти переговоры занимают не меньше года после объявления победителя. То есть год согласовывают, кто кому, что и почему должен.

До этапа финансового закрытия, до того, когда частный партнер имеет на руках контракт кредитный от банковских учреждений о предоставлении финансирования, риск повышения (изменения) курса валют обычно берет на себя публичная сторона. Но и тут возникают нюансы. Государство в данном случае пытается свои риски каким-то образом ограничить. И, соответственно, возможен некий микс разных способов управления рисками. Например, если мы говорим про курс евро, то государство согласно компенсировать рост курса евро до 100 рублей. После этого риск становится настолько существенным, в том числе для публичной стороны, что он каким-то образом распределяется между частной стороной и государством. Это может быть 50 на 50, это может быть любое другое соотношение, но государство, ввиду текущей крайне высокой волатильности, не заинтересовано брать неограниченный риск.

Что происходит в момент финансового закрытия? Подписывают юридически обязывающие документы. Государство говорит: «Дальше частный партнер реализует проект самостоятельно», то есть, осуществляет проектирование (если оно включено в проект), закупку оборудования, строительство, эксплуатацию и так далее. Но с оборудованием еще все впереди. То есть, его нужно заказать, его нужно получить, установить, протестировать и ввести. Соответственно, для частной стороны история еще не закончена, для государства – все, государство передало риск.

Частная сторона сейчас имеет не так много инструментов. Обычный инструмент, которым разумно пользоваться, – это хеджирование рисков. На примере крупнейших госкомпаний, к сожалению, мы сейчас наблюдаем, что многие из них, работая по госконтрактам и имея значительные объемы импортных контрактов, не заключили такие соглашения и испытывают большие проблемы. В период волатильности, который сейчас наблюдается, стоимость таких инструментов крайне высока, то есть, думать нужно было раньше, поскольку стоимость этих деривативов, свопов, форвардов по валюте, она является функцией волатильности. Какая сейчас волатильность, вы сами прекрасно видите. Соответственно, эти инструменты крайне дороги и сегодня не защищают. Их стоимость такая, что она делает любой проект невыгодным. Собственно частные партнеры, учреждения, анализируют другие инструменты, вплоть до наиболее известных – это покрытые аккредитивы, когда, по сути, в момент заказа оборудования открывается аккредитив в валюте, то есть на всю сумму приобретается валюта, кладется в какой-либо банк, который постепенно поставщику отчисляет эти средства до момента выполнения заказа. Возможны и другие инструменты, но они, так или иначе, связаны с моментом фиксации курса именно на дату подписания кредитных соглашений. То есть, дальше с этим риском – риском изменения валюты – частный партнер живет самостоятельно.

Какие есть собственно другие риски, которые свойственны финансам? Риск инфляции. По нему подход следующий. Есть различные типы платежей, которые получает частный партнер после сдачи объекта в эксплуатацию. Это может быть один платеж, когда мы говорим о том, что объект – больница или поликлиника – имеет либо слабую доходную базу, либо недостаточную, и оставшаяся часть денег поступает либо из территориального фонда медицинского страхования, либо из городского бюджета, в редких случаях – из федерального. Если этот платеж, опять же, состоит из компонент инвестиционной и операционной, и фактическая инфляция превышает те прогнозные значения, которые были на дату заключения соглашений, то частный партнер может апеллировать к публичной стороне о дополнительной компенсации. То есть когда фактически инфляция условно 20%, а спрогнозировано 10-11%, определенное распределение этого риска должно быть изначально согласовано между сторонами. Поскольку получившийся платеж будет из бюджета, то рассчитан исключительно на ту инфляцию, на тот уровень инфляции, который был заложен в первоначальной финансовой модели. Под основными событиями, наступление которых и вызывает собственно корректировку условий соглашений, у них есть соответствующее название – корректирующие события, которые и приводят к тому, что изначально согласованный платежный механизм, в той или иной степени, в процессе реализации проекта видоизменяется.

Какие могут быть еще события, связанные с финансовыми рисками? Например, это риск, связанный с рефинансированием, то есть то, что мы можем сейчас наблюдать. Если публичной стороне ГЧП-проект нужен в любом случае, несмотря на текущую ситуацию и высокую стоимость фондирования, публичная сторона готова принять финансовую модель частных партнеров с уровнем процентной ставки крайне высокой. Ну, можно сказать, 17-18%, например, либо даже выше. Но при этом государство не хочет закладывать стоимость таких денег на весь горизонт реализации проекта – на 20-30 лет. Стоимость проекта, как мы понимаем, увеличится просто кратно для государства. Соответственно, государство будет стимулировать частного партнера использовать механизм рефинансирования, то есть во всех наших планах, рассуждениях, через 2-3 года ситуация должна все-таки нормализоваться, ставки должны прийти к более разумным значениям, соответственно, частный партнер может осуществить рефинансирование текущей задолженности по более низкой ставке. Для того чтобы этого частного партнера мотивировать это сделать, необходимо закладывать механизм распределения выгод. Условно, если это рефинансирование, то, во-первых, оно должно в принудительном порядке раз в полгода, например, осуществляться частным партнером, согласовываться при текущей рыночной ставке с комитетом финансов и, если на рынке действительно произошло снижение, то есть базовые процентные ставки падают, то в течение согласованного периода частная сторона обязана рефинансировать текущий объем задолженности. Выгоды, при этом, делятся между сторонами. Например, 80% выгоды предоставляются городу и 20% все равно достается частному партнеру, потому что он должен быть замотивирован не уклоняться, а рефинансировать и предпринимать какие-либо действия, для того снижения нагрузки на бюджет.

Таким образом, я остановился на наиболее ключевых моментах и примерах, которые сейчас наиболее явно проявляются. Спасибо за внимание.

**С.В. Маслова**

Михаил Николаевич, спасибо большое. Ну, вот сегодня действительно произошла ситуация как в учебнике – один за другим риски произошли, но мы отслеживаем ситуацию, обсуждаем, во многих федеральных транспортных проектах стороны приступили к действиям по согласованию последовательности действий по управлению рисками. Публичный партнер – концедент получает уведомление от концессионера о том, что такие события начинают происходить, но к расторжению соглашений о ГЧП и прекращению проектов это пока не приводит. То есть, включаются механизмы по минимизации этих рисков, в том числе тех, о которых говорил Михаил Николаевич. Ну, если идти по этой классической классификации рисков, то самое время предоставить слово Вам, Павел Викторович и просить Вас рассказать о правовых рисках. Слава богу, сейчас еще не сложилась ситуация для их возникновения, но, тем не менее, к ним тоже надо быть готовым.

**П.В. Карпунин**

Спасибо. Сложно сказать, наступило ли мое время или нет – говорить про риски. Если говорить про юридические риски, то подобных проектах юристы как правило завершают то, что делают финансовые, коммерческие и технические специалисты. Юристы добавляют свою составляющую и пытаются облечь воедино все то, что было составлено, предложено всеми сторонами, кто участвует в проекте.

Если мы говорим про проект, про ГЧП-проект, то, конечно же, здесь основной целью этого проекта является справедливо распределить риски между частным партнером и государством. Это ключевой момент, и мы как раз сегодня слышали много информации про такие риски, которые необходимо распределять между частным инвестором и государством.

Светлана Валентиновна привела в пример риск смены контроля над компанией – SPV. Да, действительно, такой риск есть. С одной стороны - это коммерческий риск, который существует. Как облечь данный риск в правовую форму? Сама компания заключает соглашение, сама компания не может сказать: «Я обязуюсь, что мои учредители не примут какое-то решение и не продадут свою долю». Такое условие будет ничтожным. И, таким образом, мы приходим к тому, что первичный коммерческий, финансовый или технический риск должен быть облечен в какуюто правовую форму. На практике, как правило, вопрос смены контроля над SPV облекается в форму гарантий со стороны SPV: «Я, SPV, гарантирую, что на период действия проекта не будет принято таких-то и таких-то действий. Если они совершатся, то дальше наступают последствия, которые прописываются в соглашении».

На самом деле, этот вопрос, который был поднят Светланой Валентиновной, «выстреливает» в каждом проекте, и в каждом проекте идут очень жесткие дискуссии по поводу того, как будет регулироваться вопрос контроля над компанией.

Что касается непосредственно систематизации рисков, то здесь нет однозначной позиции, каким образом риски могут быть систематизированы в какие-то группы. Поэтому, наверное, такое многообразие идет различных вариантов, предложений того, как их можно систематизировать. Один из признанных авторов в системе государственно-частных партнерств – господин Йескомб, предлагает такую систематизацию, когда все риски делятся на три подгруппы: проектные, макроэкономические и политические. Проектные риски – это риски, которые присущи самому проекту и внутри проекта реализуются. Макроэкономические риски – это риски, обусловленные внешним воздействием. Политические тоже понятно. Но все эти принципы систематизации, они в большей степени теоретические, чем носят прикладной характер.

Ключевым вопросом является - как мы будем работать над самим проектом. А над самим проектом работают конкретные специалисты. И, наверное, здесь правильнее было бы говорить, что есть специалисты финансового плана, которые дают в матрице рисков предложения по возможным финансовым рискам, есть специалисты по технологии процесса, это и строительство, и эксплуатация, есть юристы, которые свои риски добавляют и облекают в общую массу, в единообразную массу, все то, что есть, потому что матрица рисков и сами риски – это есть ни что иное, как соглашение.

Когда мы обозначаем риск, мы говорим, какое негативное событие может быть в этом проекте, какие последствия могут быть от этого события, и что нужно предпринять, чтобы не допустить или минимизировать эти последствия, либо каким образом их преодолеть. Когда мы проводим анализ рисков всех трех групп, очень важно, кроме того, что мы их распределяем между сторонами, очень важно, чтобы эти риски были приемлемы для финансирующих организаций, потому что это будет ключевым камнем преткновения.

Важно еще установить систему независимого контроля за рисками. Опять же, на практике это решается через введение в соглашение фигуры независимого инженера - фигуры, которая контролирует возникновение рисков и должна давать заключение, наступил риск или нет, оказывает он негативное влияние или не оказывает. Это помогает более объективно оценить ситуацию.

Я упомянул про матрицу рисков, но в матрице рисков из всех категорий этих рисков, которые есть, которые мы обсуждали (технические, финансовые, политические, юридические) можно выделить еще две самостоятельные категории. Это, во-первых, обстоятельств непреодолимой силы, которые не зависят ни от одной стороны, и еще одна группа – так называемые особые обстоятельства, которые тоже не зависят от действий и воли сторон.

В этом случае результатом «срабатывания» риска должно быть наступление определенного негативного события, которое либо повлечет вред объекту, либо повлечет невозможность эксплуатации объекта соглашения. По событиям непреодолимой силы – наверное, всем понятно, что это такое. А вот что такое особые обстоятельства, которые возникают в концессионных проектах и других проектах ГЧП?

Особое обстоятельство - это когда событие вызвано не действием или стороны, а некоторое внешнее событие, при наступлении которого частный партнер не может завершить строительство или несет дополнительные расходы. Какие могут быть примеры? Например, начали строить корпус, например, медицинского учреждения, а возникла необходимость в археологических раскопках, потому что нашли какие-то предметы, которые представляют историческую ценность. Ни одна из сторон не могла контролировать это событие. Оно, как раз, и будет являться тем особым обстоятельством, которое нужно учитывать. Как правило, в таком случае частный партнер должен получить дополнительный срок для реализации проекта, потому что иначе будет причинен ущерб либо интересам государства, либо финансовым интересам внутри проекта, а в ряде случаев могут возникнуть дополнительные расходы, также подлежащие компенсации.

Эти расходы в матрице рисков тоже должны быть прописаны, определено каким образом решается вопрос с их компенсацией, как зависит от степени влияния Особого обстоятельства, потому что в классических проектах есть несколько степеней расходных обязательств частного партнера. До определенного порога – это риск, который относится непосредственно на самого частного партнера, свыше этого порога (например, 10 млн. рублей или 10 млн. долларов в год) – этот риск переносится уже на государство. Но это первый порог. Есть второй порог – накопительный, который означает, что если в первый год образовалось 9 млн., это остается на частном партнере, но если 9 млн. будет каждый год образовываться, то это повлечет банкротство частного партнера, а значит должен быть еще совокупный порог, за какой-то промежуток времени –как правило, за год. И вот эти два порога позволяют более справедливо распределить риски между сторонами в таких случаях.

Какие еще способы у нас существуют для минимизации последствий рисков? На практике - это обеспечение обязательств посредством банковской гарантии или страхования.

По банковским гарантиям все предельно просто. Каждый самостоятельный этап должен быть обеспечен банковской гарантией. Это классическая схема, которая работает в концессиях. Это банковская гарантия по финансовому закрытию, банковская гарантия по строительству, банковская гарантия по эксплуатации, банковская гарантия по передаче объекта – по возврату его государству.

Что касается страхования, то есть различные виды страхования – страхование риска утраты объекта, причинения ему ущерба, страхование ответственности, но в ряде случаев возникает риск, который не может быть застрахован - нестрахуемый риск. Что это означает на практике? Это означает, что на рынке в силу каких-то причин в данный момент времени не продается такой вид страховки. Это сложно представить в сфере здравоохранения, но, наверное, возможно наступление такого случая при чрезвычайно серьезной эпидемиологической обстановке. В обычных ГЧП-проектах, допустим, для аэропортов, если совершается теракт в определенном количестве аэропортов (именно аэропортов), то ни одна страховая компания не предложит страховку аэропорта от террористической активности. Либо предложит, но за стоимость, равную по сумме предстоящей выплате. Таким образом, риск становится нестрахуемым.

Опять же, работа юристов – облечь существующий риск (финансовый, эксплуатационный или какой-то другой) в определенную форму. Как правило, это может решаться различными путями. Есть варианты, когда я, частный партнер, отдаю ту сумму, которая в реальных условиях была бы выплачена страховой организацией за страховку государству, а государство берет на себя риск и если вдруг событие наступает, то выплачивает страховое возмещение в полном объеме. Таким образом существуют различные пути решения для минимизации рисков.

И кроме того, есть еще одна маленькая группа рисков, которую, наверное, стоит упомянуть. Это риски, связанные с работой над проектом. Риски, связанные с тем, чтобы та команда специалистов, которая существует (представители государства, представители различных консультантов), смогла найти общий язык, смогла облечь все то, что они говорят, в единую форму, которая будет приемлема для частного партнера, которая не будет стремиться переложить все на частника. Надо помнить, что чем больше рисков перекладывается на частника, тем меньше вероятность успешного финансирования проекта. Очень важно для всех сторон в проекте найти общий язык и взаимопонимание.

И поскольку мы говорим, что это тоже в какой-то мере риск, важно иметь у каждой из сторон некоего организатора, который возьмет на себя функционал по объединению подаваемой информации во что-то единое. Со стороны организатора конкурса такую функцию часто выполняет специальный стратегический консультант. Если такого нет, то, к моему большому сожалению, на практике это ложится на плечи юристов, что является для них дополнительным бременем. Таким образом, для реализуемых проектов лучше всего действительно иметь хорошего стратегического консультанта, который ориентируется в проекте и сможет структурировать работу команды так, чтобы она шла гладко и беспрепятственно, чтобы люди могли понять друг друга, чтобы было лицо, выполняющее функции своеобразного арбитра в команде. Спасибо.

**А.Е. Иванов**

Спасибо большое, Павел Викторович. Разрешите продолжить наше движение по часовой стрелке и предоставить слово генеральному директору Инженерной компании «Хоссер» Сергею Ивановичу Фурманчуку. Пожалуйста, Сергей Иванович.

**С.И. Фурманчук**

Коллеги, добрый день. Сложно быть четвертым докладчиком, потому что уже практически все сказано. Хотя у меня, в общем, такая направленная презентация, поэтому я не буду долго отвлекать ваше внимание.

Хочу просто сказать, что работа над проектами ГЧП, в том числе и по 40-й больнице, од-нозначно показала, что государственно-частное партнерство можно все-таки отнести к категории нормального инвестиционного продукта, потому что есть две стороны, каждая из которых ищет для себя какое-то в этом смысле решение, в том числе и выгоду. Поэтому в нашем понимании – это обычный инвестиционный продукт, который должен быть соответствующе упакован, должен соответствовать требованиям рынка, должен быть тщательно структурирован, и, при эффективном управлении, обеспечивать лучшее соотношение цена-качество.

Роман Алексеевич Голованов давал ремарку в начале нашей встречи. Я с ним отчасти соглашусь, отчасти поспорю. С точки зрения создания объекта здравоохранения государство однозначно в этой структуре может выиграть, потому что эффективность расходования денежных средств у частного партнера и у государства, к сожалению, на сегодняшний день пока разная. С точки зрения эксплуатации объекта – здесь действительно существует огромная проблема, потому что, к сожалению, на сегодняшний день сама структура тарифа и вообще в принципе стоимость оказания медицинской услуги, если это государственная медицинская услуга, не позволяет до конца покрыть все то, что необходимо, в том числе и партнеру, для того чтобы эффективно эксплуатировать. Наши исследования это очень четко показали.

И, к сожалению, это, наверное, то единственное, что сегодня сдерживает в быстром принятии решений многие проекты ГЧП, в том числе и по здравоохранению. Собственно как продукт рынка, как я уже сказал, он должен иметь доходность, однозначно нужно, чтобы это было. И в этом плане задача, кстати, в том числе и технического консультанта, именно помочь дать эту доходность в рамках реализации подобного рода проектов на этапе его структурирования и создания. В противном случае, ни одному частному партнеру это будет неинтересно.

Дальше не буду повторяться, потому что коллеги уже об этом говорили. Есть в этом плане определенные правила построения ГЧП-проектов, которые необходимо соблюдать. Понятно, что есть законодательство. … К сожалению, для нас, для людей, которые занимаются созданием объектов здравоохранения в стране, выяснилась такая интересная деталь – иностранный опыт говорит о том, что они долго готовятся, медленно запрягают, но быстро едут. Долго готовят проекты, долго вынашивают, долго делают спецификацию результатов, по большому счету. Но когда они все уже согласовали, проект идет очень быстро, потому что приходят профессиональные строители, которые быстро его реализовывают. Он понятен на бумаге.

У нас, к сожалению, все многое движется параллельно, мало того, в этой параллели воз-никает огромное количество участников, которые, в общем-то, даже не по злому умыслу, пытаются проект постоянно модернизировать, и в этой модернизации он превращается в бесконечную эпопею. Кстати, это касается не только проектов ГЧП, но и проектов обычных государственных инвестиций. Это такая ключевая проблема – что по итогам мы строим? То есть, мы не можем до конца изначально себе представить, что мы в конце хотим получить. Это такой очень сложный для нас ребус почему-то.

В распределении рисков, в этом плане, мы видим распределение ответственности сторон вот таким образом. На наш взгляд, основная доля рисков лежит все-таки на частном партнере, как ни крути. И тут в этом плане, с точки зрения глобального построения проекта, на мой взгляд, частный партнер должен четко понимать, в какую зону риска он попадает, потому что, к сожалению, как бы мы ни пытались проект каким-то образом структурировать, есть федеральное законодательство, есть городское законодательство, сильно это ограничивают. Ну, уже одно то, что мы, к сожалению, заключая соглашение о государственно-частном партнерстве, регулируя, в том числе, эти процессы, скажем, в том числе и 44-м федеральным законом, уже натыкаемся на проблему того, что мы вынуждены спрогнозировать на 20 лет вперед, как у нас будет развиваться процесс. Все импортные, уж извините за грубое слово, консультанты говорят об одном: никогда в жизни не делайте проекты, в которых невозможно что-то изменить по истечении одного года. Ну, трех лет. Мы пытаемся договориться на 10-15 лет здесь и сейчас, на берегу. Это очень сложно, ну практически, на мой взгляд, нереально.

Не буду опять же писать, как мы минимизируем риски, это тоже достаточно стандартные процедуры. В общем-то, все консультанты об этом уже говорили. Единственное, что хочу сказать еще раз, что это, собственно говоря, крайне важный инструмент в государственно-частном партнерстве с точки зрения его управления. Должно быть четкое распределение этих рисков. Понятно, что частный партнер должен быть мотивирован, в обязательном порядке мотивирован на то, чтобы было качественное проектирование и качественное строительство, в том числе и качественная эксплуатация, в противном случае государство не выиграет. Это будет обычный проект, на который просто потратятся деньги.

Хочу сказать от себя и моих коллег. Мы тут с Ириной Леонидовной сидели, перешепты-вались по этому поводу. На наш взгляд, основной риск, который есть в проектах государственно-частного партнерства на сегодняшний день, на наш взгляд - он очень субъективный, он может быть описан всего одной фразой: риск оказания медицинской услуги. Все остальные риски – это обычные инвестиционные риски обычного инвестиционного проекта. Спасибо.

**А.Е. Иванов**

Да, да, Ирина Леонидовна, пожалуйста.

**И.Л. Шарипова**

Да, мы действительно обсуждали с Сергеем Ивановичем именно этот момент. Я бы назвала этот риск функциональным риском, потому что единственное, чем отличается проект ГЧП в здравоохранении от других проектов – это то, что его функциональная, так называемая «ядерная» составляющая, – эта услуга сферы здравоохранения. И здесь появляются следующие вопросы и риски – риски демографических прогнозов, как общих, так и локальных, и необходимость оценки их достоверности, риски возможности адекватной, достоверной оценки здоровья населения, прогноза изменения здоровья населения и пр.

Получается, что если мы будем заниматься пропагандой здорового образа жизни и добьёмся в этом успехов, то этим мы будем снижать общей спрос на оказываемые услуги здравоохранения и, соответственно, понижать эффективность нашего проекта. Поэтому очень важным моментом в форматирования инвестиционного проекта в здравоохранении, как впрочем и во всех других сферах, является формирование эффективного функционального микса, который позволит нам, имея центральную, корневую медицинскую услугу, нанизывать на нее связанные с нею услуги немедицинского характера, повышая тем самым эффективность проекта в целом на этапе эксплуатации. Вот это, мне кажется, главная отличительная черта проектов ГЧП в здравоохранении. Спасибо!

**А.Е. Иванов**

Друзья мои, мы хотим в данный момент перейти от левых ораторов к правым ораторам. Фактически, Сергей Иванович уже представил, почти что, следующего оратора, перекинув мостик к основным рискам для сегодняшнего нашего обсуждения – медицинским рискам. И я с удовольствием предоставляю слово своему коллеге по Санкт-Петербургскому университету, заведующему кафедрой организации здравоохранения медицинского факультета, ну и наверное, что для нас существенно, одного из руководителей Ассоциации медицинского права Игорю Михайловичу Акулину. Пожалуйста, Игорь Михайлович.

**И.М. Акулин**

Уважаемые коллеги! Сергей Иванович, Ирина Леонидовна, Игорь Анатольевич, большое спасибо за мостик, который вы передали.

Это действительно чрезвычайно важно – определить, ради чего. Ради чего передавать вот эти риски, по сути формируемые в государственной программе, частным организациям, интересно ли этим частным организациям ввязываться в драку за них. Уже сегодня эта драка существует, и она связана с распределением объема медицинской помощи. Я имею в виду прежде всего частные организации, ведомственные организации, медсанчасти, Водоканал, Академию наук и так далее. Они бьются за что? За часть государственной программы, базовую, территориальную программу, и эта битва, в общем-то, отчасти проигрывается.

Почему? Потому что вся система обязательного медицинского страхования чрезвычайно сложна. Поверьте мне, я в ней с 1991 года и знаю, как она формировалась, а сегодня мы, я имею в виду специалисты, по сути ее упустили, она превратилась в огромного монстра.

Вот мы третий год подряд учим территориальные дирекции всех фондов России по гос-контракту с федеральным фондом ОМС, сейчас очередной цикл начнется. И с мест мы получа-ем непосредственно практику, как они работают, каким образом формируются заказы, как они формируют методику распределения объемов, к сожалению, она разная, разная на территориях.

Я когда готовился к выступлению, много чего перечитал, у меня магистры по медицин-скому праву пишут работы на тему ГЧП. И вот один магистр нашел мне семь разновидностей концессионных соглашений. Главное здесь – построй, владей, эксплуатируй, передай, ну и так далее. И разные аберрации.

Мы говорим «эксплуатируй». И вот, скажем, берем Великобританию. Хотя не принято сегодня брать какие-то примеры западные, но этот пример совершенно яркий, и я везде его много-много лет уже привожу. Интересно, где сфера применения ГЧП? Прежде всего, это первичная помощь. Кто является для государства исполнителем госзаказа? Врач общей практики. Каким образом распределяется этот заказ? Через подушевой норматив. В законе об ОМС и в Основах написано, что подушевой норматив является главным, но к нему сегодня, к сожалению, не перешли, за исключением ряда территорий. Санкт-Петербург не может перейти, битва идет.

В государственно-частном партнерстве распределение должно идти через подушевой норматив. Нет ничего проще. Почему? Потому что в той же Великобритании этот норматив формируется, исходя из конечных результатов – здоровье, профилактика, процент охвата населения, особенно женщин. Вот там 80% охват женщин – это норма, ниже – минус из подушевого норматива, то есть наказывает государство. Зачем нам эти сегодняшние, идиотские, извините, правила? От подушевого норматива, который у нас был в начале, я отвечал в городе за медицинское страхование, мы перешли к оплате за посещение. Зачем? Что это нам дает? Это дает только увеличение объема финансирования, и абсолютно ничего другого. Кроме того, что поликлиника сегодня заинтересована набрать как можно больше услуг.

Передать эту систему в подушевое финансирование, определить критерии, к которым надо стремиться – простые критерии. У меня есть специальная тетрадь, которую я привез из Великобритании, где врач общей практики имеет 12-15 критериев, в том числе объем именно здоровья. Не надо больше требовать. Если нам сегодня не хватает денег, так давайте мы вернемся к подушевому нормативу. Это и есть логика, которой сегодня яростно сопротивляется и территориальный фонд ОМС, и Комитет по здравоохранению. Эта методика разработана, передана им, но она не пошла по непонятным причинам.

Кого интересует этот объем? Конечно, наши частные организации. А надо ли им туда ид-ти? Сегодня Евромед вошел туда, молодцы. Уже много лет обсуждали, и просто вот снимаю шапку перед ними. Интересно будет послушать об их опыте.

Эти риски связаны, прежде всего, с неверным подходом сегодня. Цель. Ради чего? Для того чтобы снизить затраты, сделать более эффективным здравоохранение. Что изменилось за эти годы? Практически ничего. Государственные учреждения в той организационно-правовой форме, в которой они существуют связаны определенными рамками, вам любой финансист и специалист об этом скажет, они не могут двигаться в сторону ГЧП. Вот Голышев рядом сидит, он вам расскажет. Он не может в этих рамках, извините, эффективно работать.

Я тут недавно, готовясь к нашему совещанию с Валентиной Васильевной Петуховой , известным в городе специалистом, обсуждал новый хозяйственный механизм. Ну, ведь не идиоты же были в 1985-1987 году наши органы власти. Ведь именно они этот новый хозяйственный механизм ввели. Что они сделали? Через подушевой норматив передали, по сути, управление первичной помощью поликлиникам. Да, были перекосы, но при этом учреждения работали эффективно, по сути, это первоисточник современных вариантов.

Цель и интерес лечебного учреждения – вот в этой программе, вот в этой методике пере-дачи. Риски, извините, что очень сложно, если бы не дискуссия, я бы с этого не начал. Нам не нужны вот эти услуги (Какие?). Медицина нацелена на болезнь. А надо переориентировать на здоровье. Конечно, медицина не отвечает полностью за здоровье. Это очевидная ошибка, о которой знает любой из организаторов здравоохранения. Но вот в предлагаемом варианте это было бы очень интересно для первичной помощи. Для стационара – тоже упростить надо эти цели, тогда и стационары частные подумают о вхождении, у нас их, правда, нет.

Сергей Иванович, абсолютно с Вами согласен, проект ГЧП – это инвестиционный проект. Я начинал инвестиционный проект частного международного медицинского центра СОГАЗ – из больницы на Софьи Перовской создавал медицинский центр. Это кошмар. Перестроить государственную клинику в частную очень сложно. И еще сложнее будет частной клинике встроиться в систему ОМС. Потому что риск не касается доступности. Конечно, частная медицинская компания сделает эту доступность, но за счет чего? За счет ухода дорогих медицинских услуг, конечно. Хорошо это или плохо? Может быть и хорошо. А нам не надо лишних услуг. Потому что у нас сегодня в поликлинике на одного участкового врача восемь специалистов. Зачем они там нужны? Перекос в сторону платных услуг.

Так, а для чего они начинают этот проект? Мы с Романом Алексеевичем не первый год в эту песню играем. Проехали все скандинавские страны, посмотрели. В основном, там ведь почти буржуазное общество, но как они работают? Они передают часть определенных услуг в отрасль медицины, не связанных – это белье, техника и так далее. А с медициной там все значительно проще. И вот эти платные услуги, они там выведены практически за пределы. Есть программа – есть контракт. Для частных учреждений 20% предлагал Роман Алексеевич платных услуг в Коломягах, в поликлинике. Но через систему ОМС их не провести, потому что это невозможно. Здесь тоже нужно что-то менять. Тогда частники посмотрят и скажут, да, мне это интересно, вот через ОМС, через тариф, я вложу капитальные затраты, сюда добавлю еще свою услугу, и это будет идти. Сегодня это, к сожалению, по тем жестким системам ОМС невозможно. Стандарты, которые мы разработали, нереально высоки. Это тоже риск. Исполнение их для частной организации неинтересно. Они будут упрощать, это минус для пациента, но это и плюс, потому что не такие колоссальные, такие не обеспеченные финансированием не нужны.

Также методика. Качество, контроль качества в частной системе здравоохранения, он упрощен, поверьте мне. Я в государстве работал, теперь работаю в системе СОГАЗа, да, он упрощен. Да, раз в три года придут проверить систему, может быть будут приходить почаще, но, тем не менее, это все решаемая проблема. Так вот здесь есть определенный риск для самих пациентов. Да, он упрощен, значит есть какой-то определенный риск с точки зрения ятрогенных преступлений, но при этом в общем-то он не столь велик.

Потому что у частника основная цель – это прибыль, в системе госконтракта эта прибыль завуалирована, ее практически не будет, но мы должны отслеживать это каким-то образом, как восполнять это качество, может быть даже упростить систему контроля. У нас колоссальные - внутренние, внешние, и бог знает чего – контроли эти есть.

Кадры частной системы. Для госзаказа будут использоваться молодые, неопытные, не имеющие большого опыта специалисты. Риск? Риск. Для кого риск? Для пациента. И то, что касается для больниц. Здесь такие критерии как летальность и стремление спрятать кое-какие вещи, они существуют, но их тоже можно определить. То есть сегодня поменять цели, приоритеты для исполнения госконтракта по линии ГЧП. Потому что то, что не касается госконтракта, я не обсуждаю, там проблем нет.

Скажем, наша многопрофильная клиника не вошла в систему ОМС, а эконом-класс во-шел. То есть для эконом-класса это выгодно, для клиники многопрофильной это совершенно не выгодно и не интересно. Как контролировать? Мониторинг соблюдения законодательства, пожалуйста, мы от Минюста сегодня такой мониторинг производим, можем помочь для реализации. Мы сделаем, соберем эти риски, направим, изменим какие-то вещи через Минюст, это не проблема. Юридическая защита. Здесь вам скажут, что тоже проблем нет. Что касается быстроты, то третейский суд, я как председатель третейского суда – обращение очень маленькое, для вот такого проекта можно ввести третейскую оговорку и больше не обращаться, решать те экономические споры, которые возникают, скорейшим образом. И еще я хочу заметить, что в принципе есть определенный плюс в том, что сегодня Минздрав вместе с законодателем разрабатывает, с помощью, кстати, нашего партнера по частной ассоциации, ОМС плюс. То есть вот сегодня в программе ОМС предполагаются некие доплаты населения. И вот для частного бизнеса в системе госконтракта, по сути, так, вот этот плюсик будет иметь существенное значение, и таким образом, снимет определенные риски по качеству оказания медицинской помощи. ОМС плюс, за счет софинансирования населения, с одной стороны вызывает некий шок, как же, вот мы приехали, идет переход к платной медицине, но он плюс для того, чтобы заинтересовать нашего частного партнера в том, чтобы он шел сюда. Пока что особого желания нет. Мы все прошли эти переговоры, разговоры, Роман Алексеевич знает, мы, СОГАЗ, тоже долго думали. Интереса на сегодняшний день при этих огромных, колоссальных рисках государственного контроля исполнения программы пока не очень много. Поэтому надо упрощать систему, цели контракта, инвестиционного соглашения, надо их изнутри менять в системе ОМС, и тогда сюда придет опять этот частник, которому станет интересно.

**А.Е. Иванов**

Спасибо. Спасибо, Игорь Михайлович. А теперь – Илья Борисович Иванов, один из руководителей компании Euromed, поделится, я предвосхищаю, поделится опытом реализации своего проекта и расскажет нам, как Вы обращаетесь с медицинскими рисками.

**И.Б. Иванов**

Добрый день, уважаемые коллеги, сообщество. Я хотел бы начать с того, что твердо заявить о том, что именно уважаемые организаторы этого мероприятия заставили меня говорить о медицинских рисках. Я не хотел, но они сказали, что раз ты медик, значит, бу-дешь говорить о медицинских рисках. Я все-таки выбил себе возможность потом, после того как я про них скажу, поговорить немножко о том, что действительно меня беспокоит. Что касается медицинских рисков, то мы дважды сталкивались с задачей их идентификации. И вы знаете, я предложил бы изначально определиться терминологически. Я, честно говоря, не понимаю, что такое медицинские риски. При попытке найти определение, что это такое, они у нас системно разваливались на те риски, которые уважаемые коллеги уже много раз показали в презентациях. Ну, то есть, это те или иные риски операционной фазы.

**С.В. Маслова**

А можно я Вам предложу прямо сейчас? И это сразу все поправит. Например, это то негативное событие, которое может возникнуть при оказании медицинской услуги.

**И.Б. Иванов**

Сейчас я к этому приду. Мы писали-писали эти риски. Ну, операционная фаза, связанная с нашей деятельностью. Вот коммерческие риски – риски спроса, да, они какие-то у нас особые в случае здравоохранения, потому что они, во-первых, не одно и то же. О коммерческих рисках в нашем случае Игорь Михайлович много говорил: купят или не купят. То есть, дадут денег ОМС или не дадут денег ОМС. А вот риск спроса – это заболеют или не заболеют, это действительно совсем другая история. И много ли родится новорожденных детей, и надо ли будет в новом молодом районе, например, сажать в два раза больше врачей-педиатров или патронажных сестер, потому что люди молодые, и дети рождаются. Это могут быть риски какие-то, связанные с изменениями требований к объекту, если говорить о чем-то таком очень специфическом, связанном с тем, что у нас не просто ГЧП, не просто дорога, а здравоохранение.

Ну да, вот Минздрав может Порядки выпустить какие-то. Он уже выпустил, теперь 90% лечебных учреждений вне закона. Все ждут Росздравнадзор. Какие еще могут быть медицинские специфические риски? Я, честное слово, их не понимаю. Риски, связанные с ненадлежащей эксплуатацией объекта, мы можем говорить, что это что-то такое медицинское, более-менее.

Самое главное, о чем все пытаются сказать, что это риск, связанный с некачественным оказанием услуги, правильно? Мы говорим о рисках, которые возникают в результате целевой эксплуатации объекта. Но публичный партнер чаще всего не обладает компетенциями для того чтобы реально оценивать эти риски, не обладает компетенциями, которые достаточны для идентификации и мониторинга по большей части узкоспециализированных рисков по проектам здравоохранения, особенно в части качества оказываемой услуги.

В основном, что может легко оценить публичный партнер? Вот, Игорь Анатольевич при-дет к нам, например. Он точно увидит, доступна услуга или нет, есть врач на месте или нет. Правильно? Он может увидеть условия ее оказания. Там, капает с крыши вода или не капает. В лучшем случае, территориальный фонд ОМС может заказать мониторинг и, например, выявить удовлетворенность пациентов. Но в случае здравоохранения это никак не равно качеству услуги. Правильно? Ну, не равно. Да, правильно ли мне поставили диагноз или нет, мы никак таким образом отконтролировать не можем.

В связи с этим возникает вопрос. А нужно ли вообще так глубоко контролировать госу-дарству, публичному партнеру, качество услуги, действительное качество – хорошо ли лечат врачи? Какой уровень контроля был бы правильным в этой ситуации? И тут есть два варианта. В общем-то, глубокоуважаемый публичный партнер может пойти любым путем. Первый путь – пользоваться теми элементами, механизмами, процедурами контроля, которые на данный момент существуют у нас в государстве. К нам могут прийти контролировать качество, например, коллеги Игоря Анатольевича и Ильи Валерьевича, отдел лицензирования. Может прийти контролировать Росздравнадзор, Роспотребнадзор, ФСС – Фонд социального страхования. Да черт в ступе, короче, может прийти контролировать. Я пытался поименовать эти организации – у меня получилось 12, что ли, которые ходят к нам контролировать. И это все призвано обеспечить контроль за качеством медицинской услуги, в том числе. Но если мы хотим действительно организовать существенный и действительный контроль, идет ли работа с качеством на том объекте, который оказывает медицинскую помощь, то мы считаем необходимым привлекать стороннюю организацию, ну не знаю, ISO.

Нет, страховые организации тоже поименованы в списке, тоже как бы контролируют ка-чество. Игорь Михайлович, говорю Вам ответственно – это профанация. Нужно привлекать независимую организацию для сертификации внутренних процедур и протоколов контроля качества. Это если серьезно контролировать конечный продукт. Вот такую организацию Глеб Владимирович привлекал, я это точно знаю. Вы же сертифицированы по ISO? Совершенно верно.

Ну вот, я закончил про медицинские риски, если кто-нибудь выдумает еще какой-то ме-дицинский риск, что это такое, я с удовольствием прокомментирую. Кадры – медицинский риск? А в аэропорту, когда вот аэропорт строят, кадры никакого значения не имеют? Это специфический медицинский риск? Получается, нет, понимаете?

**А.Е. Иванов**

Илья Борисович, а оперативные последствия, даже не последствиями, а преступлениями назвал их Игорь Михайлович, это не один из важных медицинских рисков? Ятрогенные ошибки.

**И.Б. Иванов**

Да, этот риск поименован, но это тоже риск качества оказываемой услуги, который просто выявляется, потому что, не знаю, у человека нога перестает ходить после того, как его полечили, например. У этого риска, он тоже не очень специфический, потому что вообще есть закон – мы обязаны страховать профессиональную ответственность врачей, на этом этот риск заканчивается, понимаете?

**А.Е. Иванов**

Извините, пожалуйста. Игорь Михайлович, на этом риск заканчивается ли? Нельзя предложить какие-нибудь меры по смягчению последствий этого риска.

**И.М. Акулин**

Конечно, коллега, видимо, говорит о том, что для медицинской организации не стоит экспертизу качества, которая существует, так масштабно проводить. Доверяйте нам, мы знаем, что мы делаем.

**И.Б. Иванов**

Нет, я не это говорю.

**И.М. Акулин**

И если система законодательства, скажем так, регулирует или требует особой системы от государственного контроля в системе ОМС, в системе исполнительной власти, то вы говорите, что надо убрать эту систему, потому что она мешает вам развиваться.

**И.Б. Иванов**

Нет, я это не говорю категорически. Я говорю, что есть два способа контроля. Один – пользуемся текущими методами контроля и больше не мучаемся, не ищем ничего. Но если мы хотим действительно минимизировать то, о чем говорит Андрей Евгеньевич, … .

**И.М. Акулин**

Внутренний контроль, он, понимаете, субъективен для вас. Я не верю вам. Как я могу удостовериться, что у вас все хорошо? Ногу отрезали, заплатили пациенту, он удо-влетворен, а публичный характер говорит о том, что мы должны знать, что происходит в вашей организации для того чтобы не допустить бесконтрольность внутреннюю оказания медицинской помощи.

**И.Б. Иванов**

Ну, никто же не говорит, чтобы вывести нас из-под юрисдикции Российской Федерации, и чтобы Игорь Анатольевич не мог прийти ко мне, точнее, его коллеги.

Я прошу прощения, можно я все-таки скажу о том, что меня действительно волнует? Спасибо большое. Я бы все-таки хотел сказать, что мы живем в уникальное время, когда боль-шинство тех групп рисков, которые были означены людьми сведущими, наступило и происходит. И вот мне кажется, что все эти разговоры сейчас про матрицу рисков, они немножко в пользу бедных.

Тут есть 5 компаний, как минимум, представители которых активно участвуют в подго-товке проектов ГЧП. Мне казалось очень важным произнести, а что мы вообще обсуждаем, если у нас такая труба на рынке: у нас все риски, которые могли – наступили, у нас наступили все финансовые риски, все валютные риски и вообще полная беда. И если, когда мы говорим про валютные риски, то Михаил Николаевич (Баженов) привел пример по оборудованию, то это все прекрасно, но может мне сказать кто-нибудь, сколько будут стоить через три месяца строительно- монтажные работы? Есть люди, которые подпишутся кровью под тем, сколько они на самом деле будут стоить?

**Столпнер А. З.**

Я готов сказать.

**И.Б. Иванов**

Скажите, пожалуйста, сколько?

**Столпнер А. З.**

Относительно чего, относительно сегодняшнего дня?

**И.Б. Иванов**

Относительно того, что было летом, когда считались модели всех проектов.

**Столпнер А. З.**

Рост строительно-монтажных работ без оборудования будет 30%.

**Гончар И.А.**

Есть понятие роста цены на рынке, а есть понятие роста индекса цен у государства. Такой индексации у нас нет. Есть федеральный уполномоченный центр, который выдает индекс пересчета цен с учетом дефлятора. То, что есть на сегодняшний день, у нас 3% на сего-дня.

**И.Б. Иванов**

Я знаю это, но слышу, что говорит А. Столпнер.

**Гончар И.А.**

Никакими другими инструментами, к сожалению или к счастью, мы не пользуемся и не имеем права.

**И.Б. Иванов**

Сергей Иванович, а Вы знаете насколько стройка подоражает?

**Фурманчук С.И.**

На самом деле, я хотел спросить про другое, если позволите. Доходность строительно-монтажного бизнеса, доходность медицинского бизнеса известны Господу Богу и частнику, который этим бизнесом занимается.

В рамках того, о чем мы говорим, я не хотел бы, чтобы это выглядело лозунгами, но мне кажется, что мы европейскую или мировую модель ГЧП хотим натянуть на условия российского законодательства и российскую ментальность. Вы не обратили внимание, что во время дискуссии мы говорили: «Я Вам не верю» или «Я Вам верю». Тут нет места «Я Вам не верю» или «Я Вам верю», потому что или мы регулируем страну, имеем 12 контролеров, четкое законодательство и выводим ситуацию в степень определенной ответственности человека за то, что он делает. Я, приходя в «Евромед» и получая качественную услугу, говорю: «Я получил услугу», и какой контролер может мне возразить? Или второй вариант. Я пользователь, контролеров у меня 12 человек по «Евромеду», условно говоря, или, как это было сказано до нас, строгость российского законодательства смягчается возможностью его неисполнения.

**И.Б. Иванов**

На этом матрицу рисков не напишешь.

**Фурманчук С.И.**

Мы сейчас находимся в жесткой зоне риска, мы пытаемся сделать эффективную модель с неэффективной ментальной моделью и государственной моделью. Иностранцы не контролируют себя, в строительстве иностранцы работают с небольшой нормативной базой и большим количеством принципов. У нас нормативная база огромная, а принципов нет вообще. Это нонсенс, Вы понимаете? Исходя из того, что я прохожу по жизни технической, мы развивали проект, изумительный проект построения 200-коечного реабилитационного Центра в Павловске для института Турнера. Все сделали в соответствии с государственным заданием, немножко отступили от норматива: детскую палату сделали не 10 м2, а 9. Пользователь согласен, методология годится, технология работает.

Приходим в государственную экспертизу. Нельзя. Но почему, все же довольны, все согласовали? Нельзя. Если мы пересчитываем, проект будет не 200 коек, а 50. Проект неэффективный. Не подпишу, или подпишу на определенных условиях.

ГЧП никогда не станет эффективным до конца, пока не сменится вся технологическая цепочка и некоторым образом ментальность. Простите, я не могу не согласиться с тем, что мы, не доверяя друг другу, никогда не сможем построить ни бизнес, ни государство.

**Голованов Р.А.**

Сергей Иванович, Илья Борисович, я хотел бы добавить. Илья Борисович спрашивает, сколько будет стоить. Но есть вопросы, на которые ни Вы, ни ответчик не могут ответственно, а именно своими активами, ответить. Например, сказать, что через месяц встре-чаемся, и стоить будет на 30% дороже.

Механизмы ГЧП позволяют договориться о проведении переговоров и достижении дого-воренности в зоне неопределенности. Есть внешний фактор, и есть либо формула, либо порядок достижения договоренности. И сейчас этот порядок реализуется, и все стороны – участники ГЧП-процесса вводят корректирующие факторы, что невозможно сделать при госзаказе ни при каких условиях. Мы говорим, что внешний фактор будет вот такой: инфляция, курс валюты или что-то еще. И тогда мы включаем систему договоренностей, и тогда это уходит из процесса дискуссий в определенном направлении в определенном русле, и здесь можно устанавливать то самое партнерство, те самые отношения, не жестко зарегулированные, но имеющие определенную процедуру, где есть некая гибкость.

**И.Б. Иванов**

Спасибо. Вот я еще два слова скажу, коллеги. Не по-философски. Вот я слышал у выступающих определения ГЧП. Там было про удобное распределение рисков, справедливое распределение рисков, а были крайние меры, мол, ГЧП – ничего особенного, а просто инвестпроект, и все эти риски несет частник. А ГЧП – это то, что можно что-то отдать государству. Но оттого, что мы живем во время, когда все эти риски наступили, то, вот в английском языке есть такая терминология, там можно “to manage risk”, а можно “to carry risk”, в том положении, в котором мы сейчас находимся, мне кажется вполне реалистично думать, если государству нужен объект – это его социальная функция, то надо думать, что есть такие риски, которыми никто не управляет, ну, например, пойдут танки на Киев, или не пойдут, мы же не знаем, и

никто не может “to manage risk”, но есть сторона, которая может “to carry”, это государство чаще всего, а есть сторона, которая при наступлении рисков объявит дефолт и все, и останется бетонная коробка недостроенная. На этом я хотел бы закончить, спасибо.

**Маслова С.В.**

Спасибо Вам большое, Илья Борисович! Мы говорили о том, что все эти академически описанные риски в учебниках и научных исследованиях вчера и позавчера, сегодня начали срабатывать. В настоящее время концеденты в очень большом количестве стали получать от концессионеров уведомления о наступлении рискового события, и сейчас наступает стадия предотвращения этих рисков или минимизации их последствий. По крайней мере, это происходит в проектах в транспортной сфере, в основном на федеральном уровне. Преимуществом нашей встречи является присутствие здесь наших коллег-ГЧПистов из Казани. Мы пока не знаем, как сработали эти риски в проектах транспортных, а вот как сработали эти риски, если они сработали, в Ваших проектах ГЧП в сфере здравоохранения, Вы нам расскажите.

**Иванов А.Е.**

Коллеги! По правую руку от меня сидят наши коллеги, реализующие свои проекты в Республике Татарстан. И мы начнем с проекта Камиля Равильевича Фахрутдинова и присутствующего здесь его коллеги Овчинникова Валерия Михайловича. Расскажите, пожалуйста.

**Фахрутдинов К.Р.**

Спасибо! Коллеги, во-первых, я хотел бы поблагодарить за то, что Вы нас пригласили на сегодняшнее мероприятие, тем более что Санкт-Петербург сегодня является одним из пионеров по законодательству о ГЧП. И то, что мы сегодня слышали – нам это очень интересно. И надеемся, что то, что мы расскажем вам, тоже какой-то интерес будет для вас представлять.

Как гости, мы будем кратки и лаконичны. Немножко скажем о себе. Наша компания – «Клиника современной медицины HD» успешно работает на рынке медицинских услуг более 10 лет. Основным направлением деятельности нашей компании является предоставление бесплатной медицинской помощи методом амбулаторного гемодиализа жителям РФ.

Идеи ГЧП давно и широко обсуждаются на всех уровнях и во всех регионах (в той или иной степени) Российской Федерации. Республика Татарстан – один из немногих регионов, где данные проекты по внедрению ГЧП, а именно в виде концессионных соглашений (о чем мы сегодня будем рассказывать), реализуются уже давно.

Первый наш опыт состоялся в 2010 году, когда на основе концессионных соглашений мы открыли в Казани центр амбулаторного гемодиализа. Это был один из самых первых опытов именно в заключении концессионных соглашений в РФ. Уже в 2012 г. был реализован следующий проект также по открытию центра амбулаторного гемодиализа в условиях концессии. Нам было передано здание, простоявшее более 20 лет, на определенный срок по концессии. И в марте 2014 года этот проект был удостоен первого места национальной премии "Rosinfra" в номинации "Лучший инфраструктурный проект в социальной сфере" в Москве (по всей РФ).

На сегодняшний день из 9 центров нашей компании, что располагаются на территории РФ, 5 центров амбулаторного гемодиализа реализованы на условиях концессионных соглашений. При этом есть у нас опыт реализации проекта концессии, как в системе бюджетного финансирования, так и в системе ОМС. В этих вариантах есть свои плюсы и определенные минусы.

Плюсы для всех очевидны: государство получает капитализацию в неиспользуемый до этого объект недвижимости, инвестор – некие гарантии долгосрочного бизнеса. Социальная значимость также очевидна: население получает медицинскую помощь на уровне мировых стандартов с применением новейшего оборудования.

Вроде бы все складывается гладко. Но в ходе реализации данного вида ГЧП возникает ряд вопросов, обусловленных, в том числе, несовершенством, о чем сегодня и идет речь, законодательной базы. Данный пример показывает, выявляет недостатки и при бюджетном финансировании, и при финансировании из системы ОМС. Допустим, стороны регламентируют свои права и обязанности. Концендент передает имущество и определяет объем государственного задания. Концессионер инвестирует свой капитал в создание объекта соглашения, то есть - реконструирует объект, оснащает его оборудованием, нанимает персонал, проводит весь регламент работ, для того чтобы объект заработал, и начинает оказывать медицинские услуги населению. При этом концессионер в полном объеме должен выполнять и выполняет взятые на себя обязательства. В случае отклонения от исполнения каких-либо обязательств, к концессионеру могут применяться определенные, довольно жесткие, санкции. Но, с другой стороны, если концендент не обеспечивает полного объема государственного заказа, то концессионер не имеет реальных рычагов воздействия на условия выполнения данного обязательства концендентом. Ну, крайний вариант, что называется, идти и судиться с государством. При этом инвестиции уже реализованы, исходя из того объема государственного задания, которое было прописано в концессионном соглашении, и дальше уже непонятно что.

Касательно минусов системы ОМС. При реализации концессионных соглашений в системе ОМС возникает некая правовая коллизия. В концессионном соглашении указывается стоимость услуг, предоставляемых концессионером, но в тарифах ОМС нет статьи расходов на капитальный ремонт помещений, оснащение дорогостоящим оборудованием. К примеру, при обсуждении стоимости медицинских услуг в регионах там указывают: стоимость медицинских услуг должна быть одинаковой, как для государственных медицинских учреждений, так же и для частных.

Естественно, такими же должны быть требования к контролю качества проводимого предоставления медицинских услуг. И, кроме того, в частных структурах пациенты должны пребывать в более комфортных условиях, чем в государственных. При этом умалчивается тот факт, что на приобретение дорогостоящего медицинского оборудования, имеется в виду дороже 100 000 тыс. руб., и на проведение капитального ремонта или реконструкции помещения государственным учреждениям здравоохранения выделяются дополнительные бюджетные финансовые средства. Тем самым, изначально, государственное учреждение находится в более привилегированном положении по отношению к коммерческим структурам.

Также не предусмотрены инвестиционные составляющие, то есть соразмерные прибыльности. Вопрос: каким образом концессионер должен инвестировать финансовые средства в проект, не имея возможности окупаемости проекта.

Еще один минус, которому хотелось бы уделить внимание. Объявлению конкурсного заключения концессионного соглашения предшествует постановление, либо распоряжение правительства субъекта с указанием, в том числе, объемов государственного задания, стоимости услуги, источника финансирования, а также сроков реализации проектов, в т.ч. начала предоставления медицинской помощи населению субъекта, ну, возьмем, к примеру, с 1 января 2016 года. При этом согласно закону ОМС, юридическое лицо должно заявиться в территориальную программу государственных гарантий в текущем году до 1 сентября, в данном случае, пятнадцатого года.

При заключении концессионного соглашения позже 1 сентября, концессионер не может заявиться в программу государственных гарантий либо должен зарегистрировать новую юридическую организацию, что, в принципе, предусмотрено законом.

В связи с этим возникает предложение о внесении поправки в Закон «Об обязательном медицинском страховании» о возможности подачи заявлений о включении в территориальную программу государственных гарантий в течение всего года и после 1 сентября включительно не только вновь организованному юридическому лицу, но и вновь организованному обособленному подразделению юридического лица.

Также еще хочется отметить, что сама конкурсная процедура передачи имущества в концессию достаточно сложная. Отбор претендента проходит в два этапа. По времени от объявления конкурса до подведения итогов проходит от 2,5 до 6-7 месяцев. В то время как аналогичные процедуры передачи имущества в аренду или доверительное управление занимают никак не более полутора месяцев.

Если мы говорим о государственном частном партнерстве, то должно быть партнерство. Нам говорят: «Вы должны устроить конкуренцию», но мы не собираемся устраивать конкуренцию. Партнеры должны договариваться. Сегодня можно говорить о тех рисках, которые возникают в ходе подготовки, реализации какого-либо процесса. Я затронул, на наш взгляд, наиболее существенные риски, не затрагивая сегодняшнюю финансовую ситуацию. Это отдельный разговор о том, как в принципе все происходит при реализации управленческих проектов и от чего можно было бы уйти, если так или иначе изменить законодательство.

Пример: защита прав инвесторов в части гарантированного государственного обеспечения объема медицинских услуг. К радости, в закон о концессии в этом году вносятся некоторые поправки. В каком виде они будут – посмотрим. «Включение в тарифы ОМС следующих типов расходов: расходы на помещение, приобретение дорогостоящего оборудования» - эти два пункта, наверное, должны быть идентичными и для государственных, и для коммерческих структур. А чтобы нам не говорили, что за одни и те же деньги и те, и другие оказывают услуги: «Почему они могут оказывать, а вам денег не хватает?».

Извольте. Во-первых, «А» - вы не возмещаете нам деньги на капитальный ремонт, при этом от нас требуется центры по мировым стандартам, а не те, которыми Вы располагаете сейчас, «Б» - это оборудование на уровне мировых стандартов, это оригинальный расходный материал, а не то, что может использоваться. Как вы можете за одни деньги требовать от нас большего, чем от других? Я думаю, государственным учреждениям тоже будет выгодно, когда у них в тариф ОМС будут вложены и деньги на капитальный ремонт, и деньги на оборудование, тогда это будет честная игра. И, наверное, в законе об ОМС должна быть строка о возмещении инвестиционной составляющей, то есть прибыль. Спасибо вам. Если есть вопросы, я с удовольствием на них отвечу.

**Иванов А.Е.**

Мы закончиваем обсуждение. Остался последний докладчик – Глеб Владимирович Михайлик. С удовольствием предоставляю Вам слово.

**Михайлик Г.В.**

Я коротко расскажу о том, с чем пришлось столкнуться на этапе реализации региональных проектов государственно-частного партнерства. Несмотря на то, что мы – петербургская компания, нам удалось реализовать проект в Казани, во многом благодаря тому, что Татарстан довольно интересный регион с достаточно активным руководством в сфере здравоохранения.

На самом деле основной движущей силой реализации нашего проекта в форме государственного частного партнерства стал тот факт, что, выходя на рынок Казани, мы бы получили гарантированного конкурента, которым бы явился разваливающийся Центр планирования семьи и репродукции Республики Татарстан. Альтернативы у нас не было, несмотря на запущенное состояние республиканский центра, он работал и получал финансирование. Но мы нашли изящное решение, которое позволило нам, во-первых, действительно осуществить проект государственно-частного партнерства, во-вторых, устранить конкурента и получить государственное финансирование.

Всю программу лечения бесплодия в Республике Татарстан мы получили. Казанский проект был осуществлен на базе концессионного соглашения, и федерального закона 115. В течение года мы готовили документацию и получили в руки республиканский центр планирования семьи и репродукции вместе с персоналом, имеющимся оборудованием, потоком пациентов, программой государственного финансирования и программой лечения бесплодия в республике. За 6 месяцев мы полностью реконструировали подразделение, не останавливая его деятельность полностью, а лишь частично приостанавливая. Мы практически в два раза увеличили проектную мощность лаборатории, и в дальнейшем, через год работы, ключевые показатели эффективности этого подразделения существенно выросли.

Сегодняшняя тема – риски. Дерево рисков здесь классическое: операционный, финансовый, стратегический, нормативный. Много сегодня говорилось о том, что с ними делать. Прежде всего, с ними надо жить, потому что концепция управления рисками в компании базируется на шести принципах управлениях качества ISO9000. Соответственно стратегия, ее реализация, мониторинг, контроль – это то, с чем приходится иметь дело ежедневно. Что с ними делать? По возможности, конечно, избегать. Но сейчас, как уже говорилось, мы уже столкнулись со всеми возможными и невозможными рисками. Избежать их хотелось бы, но никак не получается.

Разделение финансовых рисков в рамках концессионного соглашения с Правительством Республики Татарстан кажется весьма спорным, проект представляет достаточный объем государственного заказа. То есть в рамках ОМС и в рамках ВМП мы получаем даже больше, чем нам было обещано. В концессионном соглашении мы изобрели изящную формулу. Государству ничего не нужно обещать. Мы поставили телегу впереди лошади и зафиксировали в соглашении то, что концессионер обязан провести не менее 400 циклов ЭКО, а государство оплатит покупку по соответствующему тарифу. Опять же, работа над концессионным соглашением – это очень творческий процесс, особенно в здравоохранении, поскольку все происходит впервые. Мы нашли такое решение, более того республика заказала в два раза больше циклов, чем обещали изначально. Мы были этому рады, потому что разделение финансовых рисков – это в том числе и увеличение государственных заказов, которые позволят получить большие финансовые потоки.

Мы много говорим о структуре тарифа, я абсолютно согласен: нет там прибыли. Но на самом деле, все достаточно просто: когда у тебя в руках деньги, то есть финансовый поток, как им управлять и распоряжаться – это вопросы качества управления компанией. Можно совмещать хозрасчетные услуги с государственными и за счет них минимизировать те расходы, которые несут также и коммерческие составляющие, следовательно увеличивать прибыльность коммерческой составляющей. Если есть деньги – это значительно проще, согласитесь. Если каким-то образом можно вписаться в себестоимость. Но это тоже вопрос квалификации менеджмента. В варианте программы государственно-частного партнерства важно было то, что это наш ключевой бизнес, мы в нем работаем достаточно давно и действительно неплохо представляем себе экономику проекта и как собственно им управлять, в том числе управлять рисками.

Что касается разделения финансовых рисков, я уже говорил, что в данном случае республика действительно помогла нам тем, что дала государственный заказ, а снижение операционных, коммерческих, финансовых рисков – это вопрос управления, менеджмента качества, квалификации персонала, отработки всех процессов и оптимизации этих процессов, минимизации расходов – того, чем менеджмент занимается каждый день. Ну а нормативные, макроэкономические и политические риски – это то, что необходимо принять, ничего другого не остается. Опять же, что позволяет нам выживать? Прежде всего, крайне, с моей точки зрения, разумная концепция, которую мы согласовали с республикой, т.е. есть государственный заказ, мы обязаны его выполнить, для нас это порядка 1000 циклов ЭКО и 25 тысяч специализированных приемов по урологии, андрологии, гинекологии, проктологии. Мы их осуществляем, выполняя государственный заказ, ведем очередь по республике, выполняем функции в том числе подразделения Министерства здравоохранения, однако мы свободны в коммерческой деятельности, то есть, если пациент хочет получить что-то быстрее, или к нам приезжают пациенты из других регионов, то пожалуйста, никто не возбраняет вести коммерческую деятельность по тем тарифам, которые мы устанавливаем. Тарифы рыночные и, слава богу, пациент идет. В общем-то ни для кого не секрет, что это то, за счет чего мы что-то зарабатываем. Конечно же, при этом мы обеспечиваем высокий уровень сервиса, следим за качеством оказания медицинских услуг, помощи и минимизацией затрат, потому что при лечении бесплодия, наверное, около половины средств, что мы тратим, идут на расходные материалы и медикаменты.

Крайне важно, конечно же, включение нового подразделения в систему корпоративных ценностей, корпоративной отчетности и т.д., особенно когда ты берешь в управление госучреждение со своей культурой, традициями, историей, взаимоотношениями. Одна из самых тяжелых задач – это изменить менталитет людей, изменить их отношение к своей работе. Вот сейчас для меня одна из основных задач – добиться получения того уровня информации от корпоративного подразделения, которое нам здесь необходимо для оценки ситуации и принятия решений, потому что 1600 км – это достаточно много и там каждый день не посидишь. То есть для того, чтобы принимать какие-то управленческие решения, необходима информация и если удается наладить адекватную систему отчетности и передачу информации, это помогает очень сильно.

Далее о стандартах. В нашей компании давно уже внедрена система менеджмента качества, причем она внедрена не для бумажной отчетности, а для того, чтобы она действительно работала. Мы изначально взяли это за правило и привлекли австрийских специалистов, немецких аудиторов, и нам удалось включить в работу этой системы персонал, начиная от санитарки и заканчивая генеральным директором. Ну, наверное, все же начиная от генерального директора, потому что всегда голова управляет и без инициативы, без воли и участия руководителя и ключевых менеджеров никакая система работать не может, но опять же и без участия персонала тоже ничего работать не будет. Это такая структура, которая пронизывает все уровни, сейчас нам, кажется, удается запустить ее в Казани. То есть люди все больше и больше вовлечены в этот процесс, все больше и больше понимают, зачем это необходимо и что это дает, то есть внедрение системы качества позволило повысить эффективность работы клиники практически процентов на 80.

В ЭКО все просто: есть беременность – нет беременности, есть осложнения – нет осложнений, родился ребенок – не родился ребенок. Все оценивается очень просто. Ключевые показатели эффективности выявили, что за два года нам удалось на 10% повысить вероятность наступления беременности, снизить количество осложнений . Наша цель – рождение детей у наших пациентов, а не трата денег впустую, что, к сожалению, иногда происходит.

Ну, и опять же риски. Мы вводим в систему управления менеджментом систему управления рисками в Санкт-Петербурге, а сейчас и в Казани для того, чтобы оценить и попытаться предотвратить то, что возможно. Еще раз повторю: довольно сложно предусмотреть, предотвратить, каким-то образом скорректировать абсолютно всё. Но обсуждать, например, медицинские риски даже странно – это часть нашей работы. Если ты умеешь работать, то умеешь и управлять этими рисками, потому что существуют стандарты, квалификация персонала, система страхования профессиональной ответственности. Мы все понимаем, что не бывает работы без осложнений, не бывает врача без ошибок, он не машина, всегда что-то может случиться. Если работаешь много, всегда сталкиваешься с какими-то проблемными ситуациями. Они могут происходить по вине персонала или просто потому, что наступило осложнение, ведь в любом стандарте предусмотрена частота осложнений. Надо знать об этом, уметь работать, и в конечном итоге этим риском можно управлять. Существуют страховки, система юридической защиты, я не думаю, что это действительно какая-то нерешаемая проблема, просто нужно уметь работать.

Как я уже говорил, в результате внедрения системы менеджмента качества и, собственно, использования нашего опыта, нам удалось создать вполне жизнеспособный процесс, который за 4 года окупился.

**Маслова С.В.**

Какова продолжительность проекта?

**Михайлик Г.В.**

10 лет. Сейчас 6 лет мы работаем и зарабатываем.

Сегодня много говорилось о том, зачем частный партнер идет в большой проект ГЧП. В частности мы сейчас участвуем в консорциуме по 17 роддому и хотим войти в этот проект, ждем, когда будет готова документация. К сожалению, это достаточно длительный проект, сложный процесс, и пока его готовили, основные условия коренным образом изменились. Встал вопрос о привлечении финансирования, валютном риске – словом, все риски, которые существуют в матрице рисков, сработали. Сравним проект 17 роддома, который мы хотим осуществить на основе ГЧП, и проект создания частной клиники: те же 35000 квадратных метров и по количеству коек приблизительно одинаково.

Во-первых, в проекте ГЧП есть обязательство города о возврате вложенных частным партнером капитальных затрат. А в обычном частном проекте – 70-80 млн. евро, которые необходимо вернуть с рынка. А теперь скажите мне, где, кроме Москвы, такой рынок есть?

**Столпнер А.З.**

В Уфе.

**Михайлик Г.В.**

В Уфе? Точно нет. В акушерстве – точно нет. Себестоимость услуги достаточно велика, ответственность – колоссальная. Еще раз: акушерство – достаточно затратное мероприятие. Я не верю. Честно говоря, мы планировали в Санкт-Петербурге строить частный роддом на 50 послеродовых коек. Мы посчитали и отказались от этого проекта, потому что он малорентабелен. Это во-первых. Во-вторых, этот проект – приоритет государства. Работая самостоятельно, ты вступаешь в прямую конкуренцию с системой государственного родовспоможения. То есть, вместо синергии ты получаешь прямую конкуренцию. В варианте ГЧП ты интегрирован в государственную систему. Ты получаешь от государства заказ. И получаешь возможность на оговоренных условиях вести коммерческую деятельность. Это надо уметь делать. Ну, ведь так и работают все государственные родильные дома. Нет такого роддома, который бы ни принимал платные роды. Все работают по ОМС и дополнительно предоставляют хозрасчетные услуги. Везде выстраивается экономика. Более того, если оказывать услуги качественно, если предоставлять определенный уровень сервиса, набор определенных дополнительных услуг, то экономику можно выстроить. Это, конечно, не суперприбыльное мероприятие, но и нет необходимости возвращать инвестиции. Потому что инвестиции такого размера как 70-100 млн. евро, не возвращают просто при коммерческой деятельности. Самое большое преимущество в том, что ответственность и обязанность возврата вложенных средств перекладываются в конечном итоге на государство. И в-третьих, если ты умеешь управлять всеми этими процессами, у тебя есть возможность развить свои компетенции, свой сектор, свою долю на рынке. Опять же, если есть для этого необходимые знания, умения и опыт.

Поэтому еще раз. Я считаю, что небольшие проекты имеют право на существование, и скорее всего, их проще будет развивать. Потому что инвестиции могут быть возвращены без каких-либо субсидий, привлечения заемных средств. Они проще, несут небольшие риски. С другой стороны, если компетенции достаточно велики, если опыт и возможности позволяют участвовать в крупных проектах ГЧП, и нет страха туда влезать, это надо делать. Потому что это действительно намного экономичнее и перспективнее, особенно в нынешних условиях, когда рынок и платежеспособный спрос просто падают. Мне кажется, что овчинка стоит выделки. Ну, конечно, это сложно, это дорого. Это архисложно из-за бюрократии. Но пробовать надо, если такое желание у государства есть, потому что всегда государство является движущей силой. В любом случае необходима потребность государства, а сейчас она, кстати, появляется, потому что пополнение бюджета и инвестиционные возможности бюджетного финансирования так же сократились.

Поэтому есть потребности государства и есть возможности бизнеса. Если их удается совместить, я считаю, что надо работать. Спасибо.

**Иванов А.Е.**

Спасибо большое Глеб Владимирович. Друзья мои, ну, вот кофе подадут через двадцать минут. Я хотел бы сейчас увидеть: поднимите руки, кто за этим столом хотел бы вы-ступить. Отлично. Представляю: Аркадий Столпнер, руководитель компании МИБС.

**Столпнер А.З.**

Глеб, я хочу сказать, что без страха, не знаю, мы очень боимся на самом деле. Поэтому без страха трудно. Я немножко времени займу. Мое мнение, что никакого ГЧП в медицине сегодня не существует вообще. А перспективы весьма сомнительные. Хотя это, конечно, классная вещь. Глеб правильно говорил, потому что хорошо бы с кем-нибудь разделить риски. Это было бы просто очень здорово.

Я сейчас хочу поговорить немножко о рисках, которые несет, как ни странно, публичный партнер. Не частный. А публичный. Потому что, я думаю, сегодня очень много говорили про риски пациентов и риски частных партнеров. А я поговорю про риски, которые публичный партнер несет сегодня при современных условиях, как у нас построено ГЧП и что это вообще такое. Значит, ни одной действующей схемы ГЧП, кроме концессии, сегодня не существует. И если мне кто-нибудь скажет, что что-то где-то работает, то это работает не потому, что есть нормальные законные схемы ГЧП, а потому, что просто договорились – и это работает.

Поправьте меня сразу, если кто-то знает просто что-то. Я просто на будущее попрошу. Не можете? Хорошо, отлично.

Я вам расскажу очень интересную историю. Значит, буквально, по-моему, в прошлую среду или во вторник было совещание в Уфе, проводил Премьер-министр, участвовало много народу, начиная от Голиковой, Скворцовой, Чубайса и так далее. Значит, Анатолий Борисович сказал: «Господа, мы сделали первые в России частно-государственное партнерство в области ядерной медицины». Он имел в виду Центр ядерной медицины, построенный в Уфе дочерней компанией, ну, не дочерней, а совместным предприятием Роснано и ООО «ПЭТ-Технолоджи». Значит, когда я Георгию Сергеевичу об этом сказал, он спросил: «А что они там сделали?». А я вот, так получилось, что я в четверг Георгию Сергеевичу как раз говорил про наши попытки тщетные сформулировать, структурировать наш проект ГЧП. Он говорит: «А что они сделали?». Я говорю: «Ну, Анатолий Борисович пришел и договорился с местными властями в Башкортостане о чем-то. После этого, они построили все, с задержкой, с опозданием на два года, но ничего, насколько я знаю, за это им не было. Значит, а потом они начали лечить больных, которых государство обещало к ним присылать. Я просто озвучу те количества больных, которые государство к ним обещало присылать, и цены. Значит, 3000 человек в год на позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) по цене 42500 рублей каждый. Здорово, да?

Знаете покрытие в Санкт-Петербурге по ПЭТу? 9000 рублей. Значит, у нас в МИБС было 23000, это была катастрофа, даже при долларе в 30 рублей. При долларе 60 мы подняли до 31000, и это тоже катастрофа – у нас больных не хватает, больные не могут платить.

Следующее: 650 пациентов в год на кибер-нож – у них там такой очень удивительный формат – это ПЭТ и кибер-нож. Значит, не буду останавливаться на достоинствах и недостатках кибер-ножа и его обслуживания, я просто скажу, что 650 пациентов в год по 192000 рублей. Каждый год. Ну, мало того, что им уже сейчас немножечко мало этого, он говорит: нам надо бы 5000, и надо поднять цену, потому что 42000 – это очень мало. И вот я с ним согласен, что 42000 мало, а вот, насчет того, что 3000 – мало, это я не могу согласиться, потому что по технологии они физически не могут этого сделать. Представьте: 250 рабочих дней, 3000 человек. Это уже 12-13 человек в день, у них один сканер там. Покажите мне ПЭТ-центр в мире, который делает такое количество исследований. Значит, мы все с вами понимаем, что будут загнаны туда больные силой.

**Козырев Д.В.**

Д20 доз Фтор-18 дают.

**Столпнер А.З.**

Это где Вы видели?

**Козырев Д.В.**

В Уфе.

**Столпнер А.З.**

А, в Уфе 20 доз, да? За один раз? У них больные, наверное, в ряд сидят, друг с другом, прямо друг друга облучают и так далее? Ну, я вот был еще в одной организации, так сказать, я видел там, где проверяющих нет, понимаете, там нет Росатомнадзора и так далее, а в других местах – это невозможно. В среднем, в мире в день делают 7-10 человек, и это нормально. Но мы с вами понимает, что если есть 3000, то их туда загонят силой, и все они будут обследованы.

Значит, теперь, возвращаясь к нашему разговору с Георгием Сергеевичем: а что же сделали мы? Мы построили Центр, но, к сожалению, мы ни о чем не договорились заранее. А теперь нам говорят, что никакого формата ГЧП не может быть, потому что «вы же не договорились заранее». Значит, теперь это, в лучшем случае, государственно-частное взаимодействие, и, вообще: «вот идите в ОМС – там 9000 рублей». Если хотите, то и идите. Сильно Георгий Сергеевич был удивлен, на самом деле, что это так. Но это действительно так. Я к чему это? – Что сегодняшний уровень законодательства разрушает вообще возможность создания ГЧП. Первое: здесь, вот, отмечали, что на это уходит огромное количество времени, да? Значит, у меня был выбор: попробовать что-то оформить в ГЧП или начать строить протонный центр. Опять же, как мы это всегда делаем: мы строим протонный центр, мы его откроем, как положено вовремя, но у нас ничего не структурировано, а «ПЭТ-Технолоджи» метит территорию: они уже договорились там, договорились там, еще договорились там, так сказать, и так далее. Прекрасная позиция, крайне опасная.

Это вот я говорю о рисках государства – не было никакого аудита. Никто не знает вообще: а сколько нужно ПЭТ пациентам, сколько нужно ПЭТов в стране? Все говорят: «Ой, слушайте, а вот мы писали для Вероники Игоревны доклад 4 года назад или 5. Мы написали, что в Америке вот столько-то ПЭТов. Я хочу понять: нам Америка что? Догнать и перегнать по количеству ПЭТов? Там ведь медицина другая. У нас врачи вообще не понимают, что такое ПЭТ. Будут они назначать или загонять пациентов, если будет финансирование или не будут назначать, если финансирования не будет. У нас говорят о том, что ПЭТ – метод ранней диагностики рака. Очень часто говорят. Говорят: «Мы будем выявлять метастазы на ранних стадиях». Доктора! Метастазы на ранних стадиях! Это на каких, четвертых ранних стадиях они будут выявлять? И так далее. ПЭТ, как мы знаем, метод стадирования и метод оценки качества лечения. Значит, сколько нужно качественного ПЭТа? Столько, сколько у нас качественного лечения. Качественного лечения немного – ПЭТов нужно немного. Сейчас вот настроят ПЭТов уже в Петербурге (у нас столица ПЭТов) – пациентов не будет хватать. Я просто возвращаюсь к рискам: аудит. Никто не считал, но уже заключают договора, и мы понимаем, что с псевдочастными компаниями. Что, я извиняюсь, РОСНАНО – частная структура? Это не совсем частная структура, но тем не менее. А самое главное – не было аудита. Вот ГЧП: первое – огромный риск для публичного партнера – это отсутствие любого аудита: что нужно и зачем. Потому что, как правильно Глеб заметил, маленькие проекты, которые не нужно аудировать, и без всякого ГЧП мы сделаем. Если нужно вложить, там, полмиллиона или сто тысяч долларов или миллион долларов - люди вкладывают и не очень сильно думают о ГЧП. А когда нужно вложить 50 или 100 миллионов долларов, все хотели бы разделить риски. Но нужно понять: а государство хочет делить эти риски? И нужно ли это ему? Вот это мне кажется крайне серьезный риск для публичного партнера. И, заканчивая, ГЧП – это прекрасный формат, очень многие сейчас говорят о ГЧП, не понимая, как это реализовать. Если не будет в ближайшем обозримом будущем изменений в законодательстве, то никакого ГЧП не будет, а будет очередная история с освоением бюджетных средств разных уровней: уровня федерального, уровня муниципального, местного и так далее. Спасибо! Я готов на ваши вопросы ответить, если есть.

**Иванов А.Е.**

Да, хорошо, сейчас я хочу предоставить слово Ефимову Николаю Владимировичу, пожалуйста.

**Ефимов Н.В.**

Во-первых, я благодарю за то, что пригласили. Довольно интересная аудитория, такая интересная беседа состоялась. Хочу напомнить, что примерно год назад в Выставочном центре было совещание под эгидой, там и вице-губернатор был, посвященное этому вопросу. И там был замминистра - Краевой Сергей Александрович. Он курирует этот вопрос в министерстве. Кстати, у него сегодня день рождения, поэтому, считайте, мы сегодня празднуем ГЧП в самом таком варианте. Такая дата, почти круглая. И он тогда, после того, как были беседы - представители «Евромеда» что-то рассказывали - он на трибуне дал разъяснение: что такое государственно-частное партнерство. Он сказал, что это когда государство свою функцию, свое обязательство, прописанное в Конституции, в других документах, передает частному партнеру, чтобы он исполнил эту свою функцию, соответственно, финансируя это дело из государственных резервов. Это касается не только строительства, это другое.

Самый привлекательный проект, который разбирался, это проект «Первичная помощь», в частности, «Евромед». Я считаю, что это хороший такой задел. Единственное, я кое-какие числа там смотрел, мне выгода еще не совсем понятна - мутноватость есть в этом плане. Ну, возможно, там что-то такое есть под этим делом. На самом деле, основной риск, который сейчас обсуждался, это то, что государство, на самом деле, до сих пор не понимает, что оно должно передать частному человеку. Вот это вот основное. Вот сейчас прозвучало то же самое, то есть государство не понимает, что надо передать и надо ли вообще, то есть, есть ли такое, что надо передать. На самом деле, сейчас происходит совсем обратное: сейчас частники борются за какие-то функции, доказывая государству, что это надо, что мы можем это взять, что эту функцию мы можем выполнить. А на уровне государства вот этого заказа, на самом деле то и нет.

На примере даже Петербурга. Ну хорошо, «Евромед» взял себе зону, так сказать, чистого поля: там нет ничего, и они какую-то часть вопроса по первичке закрыли. Вот по примеру дорожной больницы. У нас есть поликлиника в составе больницы. Городская поликлиника далеко от этого района: участки отдаленные, не окучены, ну так - термин не медицинский - не обслуживаются нормально этой поликлиникой. Поликлиника переполнена. Мы 3 года уже предлагаем на базе уже готовой типовой поликлиники с врачами взять эти участки. Но комитет не может этот вопрос рассмотреть: он не знает, надо ли это или нет. Хотя ясно и очевидно, что в этом районе это нужно. Но это не чистое поле, это не то, что взял «Евромед», это уже устоявшийся район, и поэтому считается, что это, так сказать, вопрос вторичный. Он не решается, потому что на это ничего не выделяют. Вот пример того, что вот этот риск того, что государственные представители не понимают, что нужно переложить. Но еще могу сказать, что очень хорошо, мне понравилось, как Игорь Михайлович осветил проблему в плане битвы. Единственное, что хочу сказать: допустим, медицина железных дорог, она такая, ну считается, это непонятно, что это такое. На самом деле, по формальным признакам это частная медицина: по форме организации, по отчетности, по юридическому всему. Это очень большая система. Это многопрофильная больница по сути. У нас нет бюджетного финансирования. Мы финансируемся, так сказать, за счет договоров. То есть, по сути, мы в этом государственно-частном партнерстве находимся с момента организации ОАО «РЖД», когда нас из государственной системы переделали. Говорят, что нет примера переделывания. Есть примеры: это 200 учреждений, причем стационаров, которые из государственной формы перешли по сути в негосударственную. Это, в общем-то, довольно успешный опыт: он такой неоднозначный, но успешный. Я хочу сказать, что многие риски, которые здесь обсуждаются, мы здесь за это время прожили и какой-то опыт преодоления есть. На самом деле, я согласен с Глебом Владимировичем в том, что тут так, как в песне поется: «Думайте сами, иметь или не иметь» … отношения в плане государственно-частного партнерства. Для этого сейчас есть только риск и больше ничего, очень плохая законодательная база.

И вот если мы имеем какое-то слово. То есть, вот этот семинар, представители этой школы (у меня ее сын заканчивал, поэтому у меня такая ностальгия, правда еще в старом здании, не дожил до нового, раньше закончил), если мы имеем слово, то мы должны сказать, что законодательная база для того, чтобы это успешно развивалось, должна развиваться, она должна меняться. Система страхования вообще никуда для этого партнерства не годится, потому что она построена гнёздно там, непонятно как. Но с Запада тоже пример не взять, потому что, например, я в Англии тоже бывал, сам лично в кассу этих государственных организаций несколько центов им положил, потому что там на всех перекрестках ходили и боролись за эту государственную систему. Нет места, где бы кто-то был удовлетворен в принципе. Поэтому вопрос такой поднимать сложно, поэтому думаю, что совместными усилиями мы продвинемся в его решении. Спасибо!

**Гончар И.А.**

Если позволите, уважаемый Николай Владимирович, я все-таки с позиции Комитета по здравоохранению слушаю Вас внимательно. Вы постоянно ждете какого-то решения от Комитета по здравоохранению, находясь в районе, очевидно, оценивая состояние социальной структуры близлежащей как неудовлетворительное, видите дефицит помощи в районе. Насколько я знаю, у нас порядок вступления в ОМС – заявительный, и я не совсем понимаю, при том, что сегодня говорили о том, что оплата проводится за пролеченного больного, а что Вам мешает, собственно, этому населению оказывать помощь? Я не знаю за своих коллег, с чем связана задержка с ответом, но для меня просто возникает вопрос, а что вы ожидаете? Вы хотите руками государства устранить конкурентов в лице государственной поликлиники? Или вы готовы конкурировать? Рекламу там развивать, не знаю, показать людям, может цены поменьше, я не знаю, я не понимаю, честно.

**Ефимов Н.В.**

Мы заявились как потенциальный участник, у нас есть реально с руководством района договоренность, соглашение, что есть такая потребность, что мы готовы взять несколько участков, там, кстати, железнодорожный угол, много старых домов, это зона станции Пискаревка. Дальше мы получаем задание, даже, вы говорите риски, допустим, мне раньше говорили: «Открывай отделение реабилитации, у нас реабилитация лишена, открывай, мы тебе это самое». Я открыл отделение, мне прислали, изучили порядки, я там чуть-чуть не соответствовал. Комиссия городская во главе с главным руководителем постановила, вы можете реабилитировать пациентов с периферическими нарушениями, центральных не пойдет. Правильно? Все написали письма, откройте тариф по этому делу. В итоге мне в этом году, знаете в каком направлении открыли? Вы знаете, по тому, которое комиссия зарубила, открыли. А вы говорите, чтобы я открыл, я открыл. Там что-то не совсем хорошо. Парадокс получился, то, что комиссия рекомендовала на периферию мне открыть, а мне это не открыли, открыли по голове.

**Романюк Т.Е.**

Коллеги, один коротенький вопрос, я хотела бы задать Илье Борисовичу, может быть он такой прямой и может быть лучше было его задать в такой приватной беседе.

**Иванов А.Е.**

Татьяна Евгеньевна, у нас приватная беседа.

**Романюк Т.Е.**

Но ничего такого. Вот Игорь Михайлович говорил о том, что в первичной медицинской помощи желательно и правильно было бы все-таки подушевое финансирование вводить. Вот это было бы правильно. Вот, соответственно, вопрос к «Евромеду». Вот у вас сейчас оплата по посещениям, вот вы же для себя риски перехода на подушевую оплату наверняка тоже оценивали, вот лично вам сейчас, уже с тем опытом, который у вас за плечами, вам бы было интересно перейти на подушевой норматив? И тогда какова цена была бы у вас в год на одного человека, закрепленного за вами контингента?

**Иванов И.Б.**

Вообще, в подушевом финансировании есть свои плюсы и минусы. Не очень имеет отношение к теме мероприятия, но, вообще, это риск. Вообще, это риск, причём суще-ственный. Я вам хочу сказать, что вот мы пытались в одном из регионов начать делать такой же проект, и мы не смогли пробиться сквозь то, вот правильно Игорь Михайлович говорит, в каждом регионе система ОМС абсолютно уникальна, вот, и мы не смогли пробиться. У них подушевое, и все. У них все хорошо, им ничего не надо. А мы в их подушевом жить не сможем. В общем, там есть свои риски и свои плюсы, и свои минусы, и, соответственно, мы совершенно не знаем, чем кончится сейчас расчет в Петербурге. Я знаю, что комиссия, вроде как, по разработке территориальной программы, решила создать рабочую группу, вот прямо 30 января, по внедрению подушевого финансирования в городе у нас. Я не знаю, во что это выльется, но это очень критический риск, но хотя бы потому, что с точки зрения экономики, подушевое дается на всю первичную медико-санитарную помощь: и на участковую службу, и на специалистов, правильно? И на всю параклинику, и на все анализы, на все-все-все вместе взятое. Правильно? Правильно. А в Калининграде, вообще, еще и на стационар, ну это ладно. Так вот, считать-то будут исходя из поликлиник, у которых изначально много населения и есть все, есть эти рентгены. Вот. В этой ситуации, сейчас я закончу, в этой ситуации, в общем, к сожалению, вот такие проекты как наш должны будут закупать услуги специализированной помощи у поликлиник, и мы полетим в трубу, скорее всего, или не полетим, я не знаю, короче, я ответил на ваш вопрос?

**Акулин И.М.**

Илья Борисович, самый главный момент, который вы не сказали. Вот я пытался Сергею Ивановичу ответить. Я бы по-другому ответил на эти риски. Ключевая фигура в первичной помощи кто? Врач общей практики. 2000 врачей в городе подготовлено, врачей общей практики. Где они? Они не работают. Если мы будем ориентироваться на специализированную помощь, то вы вылетите в трубу. Если врач общей практики заработает, тогда или врач - он есть, или участковый терапевт. Разница колоссальная. Для чего это создано? Для врача общей практики.

**Иванов И.Б.**

Но уж если мы ушли в специализированную дискуссию, вот в этом регионе давно существует подушевое финансирование. Знаете чем кончилось? Кончилось тем, что участковые врачи есть, все правильно, а специалистов нет вообще, потому что главным врачам категорически они не выгодны. У главного врача есть подушевое финансирование, там, не знаю, пять тысяч рублей в год на человека, у него есть участковый, который, если что, бабушку по голове погладит, а дальше он возьмет эндокринолога, который нужен иногда, такого не бывает, чтобы совсем не нужен, у него только бюджет упадет и все, ну расходы вырастут, а прибыли не прибавится.

**Иванов А.Е.**

Коллеги! Можно мы приступим к закрытию мероприятия?