

Социальная сфера

ПРОБЛЕМЫ ВОВЛЕЧЕНИЯ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В СИСТЕМУ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В РОССИИ В СРАВНЕНИИ С ЗАРУБЕЖНЫМИ СТРАНАМИ

М. Г. ГИРИЧ
Т. А. ИЛЮШНИКОВА
С. О. СОРОКИН
А. Д. ЛЕВАШЕНКО
И. С. ЕРМОХИН

С 2018 г. в России запущена система долговременного ухода, основная задача которой – оказание пожилым лицам и инвалидам, нуждающимся в уходе, социальных, медицинских и реабилитационных (абилитационных) услуг, чтобы такие лица имели возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать свои основные жизненные потребности. Планируется, что до конца 2023 г. система долговременного ухода будет запущена во всех регионах России.

В статье анализируются основные проблемы финансирования системы, включая низкие тарифы на социальные услуги, которые, с одной стороны, должны быть доступны для граждан, с другой – являются невыгодными и не позволяют вовлекать в систему долговременного ухода частных поставщиков. Кроме того, рассматриваются проблемы привлечения частных инвестиций в инфраструктуру долговременного ухода в России, а также примеры зарубежного опыта для решения таких проблем.

Ключевые слова: система долговременного ухода, ОЭСР, поставщики социальных услуг, социальные услуги, лица старше трудоспособного возраста, инвалиды.

JEL: H53, I38.

Введение

В России в 2018 г. началась реализация системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе, в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография». К 2023 г. количество субъектов РФ, участвующих в проекте по внедрению системы долговременного ухода (далее – СДУ), увеличилось до 34¹. СДУ предназначена для поддержки здоровья лиц старше трудоспособного возраста и инвалидов, которые в связи с нарушением психиче-

ских и физических функций (ограничение мобильности, снижение когнитивных способностей и активности, проблемы со слухом и зрением, недоедание, утрата социальных связей, депрессии и одиночество) полностью или частично утратили способность к самообслуживанию, обеспечению основных жизненных потребностей.

В России только начала развиваться система долгосрочного ухода, что ставит множество задач с точки зрения финансирования системы (в том числе обновления инфраструктуры для оказания услуг), вовлечения частного

Гирич Мария Георгиевна, научный сотрудник Российского центра компетенций и анализа стандартов ОЭСР при РАНХиГС при Президенте Российской Федерации (Москва), e-mail: girichmari@mail.ru; *Илюшникова Татьяна Александровна*, заместитель министра экономического развития Российской Федерации (Москва), e-mail: mineconom@economy.gov.ru; *Сорокин Святослав Олегович*, директор Департамента развития социальной сферы и сектора некоммерческих организаций Минэкономразвития России (Москва), e-mail: mineconom@economy.gov.ru; *Левашенко Антонина Давидовна*, старший научный сотрудник Института международной экономики и финансов ВАВТ Минэкономразвития России (Москва), e-mail: antonina.lev@gmail.com; *Ермохин Иван Сергеевич*, аналитик Института международной экономики и финансов ВАВТ Минэкономразвития России (Москва), e-mail: i.ermokhin@gmail.com

¹ Приказ Минтруда России от 15.12.2022 г. № 781 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

сектора в инфраструктуру, определения минимального набора услуг СДУ, а также тарифов на такие услуги и пр. В данной статье будут отражены перечисленные проблемы в РФ с применением анализа международного опыта.

Проблема развития СДУ актуальна не только в России, но и за рубежом, так как наблюдается общемировая тенденция старения населения, которая ведет к росту количества нуждающихся в уходе. Так, по прогнозам ВОЗ, в период с 2015 по 2050 гг. доля населения в мире старше 60 лет почти удвоится – с 12 до 22%². Кроме того, прогнозируется повышение ожидаемой продолжительности жизни [3]. Это вызывает рост расходов на социальные и медицинские услуги. В России, по прогнозам Финансового университета при Правительстве РФ и Ассоциации СДУ, к 2035 г. численность получателей социальных услуг составит 3,4 млн человек, а рост расходов непосредственно на оказание услуг увеличится в три раза³.

Страны ОЭСР уже производят траты в размере до 1,5% ВВП на долговременный уход (включая здравоохранение и социальные услуги), при этом больше всего тратят Нидерланды (4,1%), Норвегия (3,7%), Дания (3,6%) и Швеция (3,4%). Развитие системы СДУ может быть эффективно не только с точки зрения общественного здоровья, но и для сокращения расходов на медицинское обслуживание стареющего населения. Подсчитано, что внедрение пилотного проекта по страхованию в рамках СДУ в Шанхае сократило общие расходы на здравоохранение на 8,6 юаня на каждый 1 юань, потраченный на СДУ [6].

Таким образом, СДУ является важной частью поддержки стареющего населения, которое с возрастом нуждается не только в медицинской помощи, но и в помощи осуществлять ежедневные дела – например, готовить пищу, стирать одежду, убирать квартиру, соблюдать личную гигиену, выполнять рекомен-

дации врача и пр. При этом родственный уход для поддержания нуждающегося может быть невыгоден для семьи: неоплачиваемый труд родственников и расходы домохозяйств при уходе за гражданами пожилого возраста и инвалидами, в том числе с различными видами деменции, составляют около 1,3 трлн руб. [1].

В первой части статьи рассмотрим проблему отказа от участия частных поставщиков в СДУ из-за низких тарифов на социальные услуги. Вторая часть посвящена рассмотрению возможностей использования инструмента государственно-частного партнерства для привлечения частного финансирования в инфраструктуру долговременного ухода (например, в строительство стационаров для пожилых людей).

Низкие тарифы на социальные услуги как проблема вовлечения частных поставщиков услуг в СДУ

В России количество негосударственных поставщиков услуг в социальной сфере невелико – так, например, в Москве из 194 поставщиков таких услуг только 76 частные (39%), в Мордовии – 19 частных поставщиков из 59 (32%), во Владимирской области – 17 из 68 (25%), в Камчатском крае – 7 из 29 (24%), в Калужской области – 6 из 34 (17,5%), в Костромской области – 4 из 52 (7,5%), в Ставропольском крае из 73 поставщиков нет ни одного частного поставщика (данные на основе реестров поставщиков социальных услуг регионов). То есть на начало 2023 г. среди поставщиков социальных услуг частные поставщики составляли менее 30–35%. Стационарные услуги чаще всего оказывают государственные поставщики: по данным Ассоциации СДУ, более 90% организаций, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, являются государственными учреждениями, что и формирует проблему отсутствия частных инвестиций в секторе⁴.

² URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

³ URL: https://ltc-rus.org/sdu_russia

⁴ Там же.

Большинство зарубежных стран отдают приоритет в оказании социальных услуг частным поставщикам. Например, в Германии законодательно установлен приоритет заключения соглашений с частными поставщиками и некоммерческими организациями, если стоит выбор между ними и государственными поставщиками (§ 72 книги XI Кодекса социального страхования (далее – SGB)). Поэтому в Германии 65% поставщиков надомных услуг и 42% поставщиков стационарных услуг – частные коммерческие организации [5]. В Израиле, Швеции и Японии установлено право нуждающегося выбрать любого поставщика, который участвует в системе СДУ, а также установлен принцип равного участия в конкурсе на закупку услуг всех поставщиков. Так, в Японии доля коммерческих поставщиков увеличилась с 30% в 2000 г. до 63% в 2012 г.⁵ В 2017 г. во Франции насчитывалось 6992 дома престарелых, из которых 42% были государственными, 32% – частными некоммерческими и 26% – частными коммерческими.

Приоритет частных поставщиков перед государственными – важный принцип привлечения частных поставщиков на рынок услуг. В соответствии со ст. 16 Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан» в индивидуальную программу услуг, где указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, входит перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг. По опросу экспертов, проведенному ВАВТ Минэкономразвития России в 2022 г., на практике перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг может ограничивать доступ к частным поставщикам, так как могут предлагаться только услуги государственных поставщиков.

Кроме того, наблюдается проблема отказа от участия в СДУ частных поставщиков из-за низких тарифов на социальные услуги, уста-

навливаемых на региональном уровне. В России при установлении тарифов на социальные услуги на региональном уровне сначала рассчитываются подушевые нормативы финансирования на одну социальную услугу, которые представляют собой объем финансовых средств, рассчитанный с учетом затрат на оказание социальных услуг. Такие нормативы формируются региональными органами власти либо на основе собственных расчетов с использованием федеральной методики расчета подушевого норматива финансирования (по Постановлению Правительства РФ от 1 декабря 2014 г. № 1285⁶), либо с использованием собственной методики расчета себестоимости услуг, либо на основе расчетов поставщиков социальных услуг, включенных в реестр поставщиков социальных услуг, которые направляются экономически обоснованные предложения.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2014 г. № 1285 подушевой норматив финансирования одной социальной услуги рассчитывается путем сложения прямых расходов (на оплату труда персонала, расходные материалы на непосредственное оказание услуги получателю и пр.) и косвенных расходов (на оплату труда управленческого персонала, общехозяйственных расходов, необходимых для обеспечения собственных нужд поставщика услуг). Исходя из норматива формируются стоимость социальных услуг с учетом формы их оказания (стационарная, полустационарная, социального обслуживания на дому), категория получателей (инвалиды, пенсионеры, одинокие граждане и пр.), массовость и ресурсоемкость оказания услуги (например, с трудоемкостью свыше 0,5 часа, свыше 1 часа и пр.).

Однако Постановление не содержит рекомендаций по включению в тариф инвестиционных расходов (на расширение деятельности поставщика, инвестиции в новые объекты для оказания социальных услуг), расходов,

⁵ URL: <https://globaldialogue.isa-sociology.org/articles/long-term-care-sweden-and-japan-compared>

⁶ Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2014 г. № 1285 «О расчете подушевых нормативов финансирования социальных услуг».

связанных с нуждами поставщиков на капитальный ремонт помещений, обновление оборудования, аренду зданий и пр. При этом для государственных бюджетных учреждений ежегодно выделяются средства на содержание такого учреждения (например, на аренду, капитальный ремонт, обновление оборудования), в то время как частные поставщики не получают подобного финансирования. То есть государственные поставщики дополнительно получают денежные средства на собственное содержание и развитие, тогда как частные поставщики должны извлекать эти средства из собственной прибыли, однако политика формирования тарифа на услуги, из которых складывается доход поставщика, не учитывает такие расходы. Поэтому невыгодный тариф является одной из причин отказа от участия в СДУ частных поставщиков. Так, согласно исследованию Сбербанка, средний региональный тариф на проживание и уход за одним нуждающимся составляет 18 000 руб. в месяц, однако эта плата не покрывает затраты на эксплуатацию здания, выплату кредита банку, не может быть использована для инвестиций. Тариф, позволяющий предложить достойный уход, составляет примерно 2000–8000 руб. в день⁷.

Хотя некоторые регионы, например Москва⁸, Тюменская область⁹, при расчете себестоимости социальных услуг учитывают затраты на капитальный ремонт помещений, на приобретение уникального и дорогостоящего оборудования. Таким образом, некоторые регионы в целом создают экономически обоснованный тариф, закладывая в него возможности капитального ремонта, замены устаревшего оборудования и пр.

Рассматривая зарубежный опыт, можно отметить, что в Швеции, Японии, Франции стоимость услуг по уходу формируется с учетом анализа рыночных цен, цен поставщиков

и ежегодно устанавливается муниципалитетами. При этом чаще всего инвестиционная составляющая также не включается в расходы, однако стоимость учитывает рост цен на более новые технологии, препараты, устройства для оказания услуг.

Например, в Японии в рамках Закона об СДУ установлена целая система определения и пересмотра тарифов. Изначально тарифы формируются с учетом анализа рынка, и каждые два года они пересматриваются. Прежде всего определяется глобальный коэффициент пересмотра – совокупный взвешенный по объему коэффициент пересмотра стоимости услуг и фармацевтических препаратов. Ставка коэффициента определяется на основе тенденций последних трех лет, и прогнозируется увеличение расходов в результате старения населения (расходы на душу населения увеличиваются по мере старения возрастной группы) и их повышение из-за перехода на более дорогие товары вследствие развития технологий (например, от компьютерной томографии к МРТ). Коэффициент отражает размер бюджета, который планируется потратить на СДУ, – максимальный годовой потолок. Далее цены на услуги пересматриваются по состоянию на каждый их вид. В конце устанавливается общая ставка пересмотра платы за медицинские услуги. За год, предшествующий пересмотру, Министерство проводит обзор доходов и расходов поставщиков услуг. Если бы их прибыль увеличилась или была стабильной, возникло бы давление с целью снижения ставки. С другой стороны, если бы их прибыль снизилась или у них появился бы дефицит, возникло бы давление с целью повышения ставки.

В связи с этим при формировании тарифов в России важно проводить обзор рынка поставщиков услуг, а также их затрат, в том числе на переход к более новому оборудова-

⁷ URL: <https://sber.pro/publication/vozmozhnosti-ukhoda-kak-effektivno-ispolzovat-gchp-v-sotsialnoi-sfere>

⁸ Приказ Департамента труда и социальной защиты г. Москвы от 17.12.2014 г. № 1033 «Определение тарифов на социальные услуги по подушевому нормативу финансирования».

⁹ Распоряжение Департамента социального развития Тюменской области от 18 декабря 2018 г. № 61-р «Об утверждении Порядка утверждения тарифов на социальные услуги на основании подушевых нормативов финансирования социальных услуг».

нию, проведение ремонта и пр. В целом важно привлекать поставщиков к формированию тарифов. Например, в Южной Корее результаты пересмотра цен в обязательном порядке должны обсуждаться с поставщиками; в соответствии со ст. 46 Закона об СДУ тарифы формируются здесь министром здравоохранения с согласия специального Комитета по долгосрочному уходу, который состоит из представителей организации работников, организации работодателей, организации пожилых людей и поставщиков услуг. Комитет формирует стоимость услуг, учитывая расходы на заработную плату персонала (который оказывает услуги), амортизационные и некоторые другие расходы. Расходы, которые не связаны с оказанием услуг СДУ, не учитываются.

Некоторые страны напрямую устанавливая запрет на включение в тариф инвестиционной составляющей. Например, такой запрет установлен § 82 SGB, в соответствии с которым поставщики не могут включать в тариф расходы на капитальные затраты (строительство, приобретение, техническое обслуживание или ремонт зданий и других амортизируемых активов), плату аренды за землю, здания или другие активы и пр. Вместе с тем в Германии существует механизм возмещения подобных затрат — вводится субсидирование таких расходов со стороны государства. Учреждение социального обслуживания отдельно рассчитывает расходы и направляет заявку в компетентный орган региона для получения единовременной субсидии.

В целом в некоторых странах выработаны методики расчета тарифов. Так, в Германии услуги переводятся в баллы в зависимости от трудоемкости и сложности ухода. Некоторые услуги ограничены и могут оплачиваться до трех раз в день, еженедельно или два раза в год, а некоторые являются взаимоисключающими. Баллы переводятся в цену. Количество баллов за услугу и финансовая сумма за услугу различаются в разных землях и у разных поставщиков. Базовая стоимость услуги составляет около 5–6 евро за 100 баллов.

Например, в Баварии помощь в переодевании, уход за полостью рта и зубами или уход за протезами, помощь в расчесывании, уходе за кожей составляют 50 баллов; мытье тела полностью, стирка/заправка/смена белья — 100 баллов, поход за покупками, включая составление плана покупок и пр., — 150 баллов. При этом каждые 50 баллов стоят 2,86 евро, т.е. 100 баллов = 5,71 евро, 150 баллов = 8,57 евро и пр.

При этом в Германии кассы страхования СДУ, заключая договор с поставщиками услуг, определяют вид, объем и способы оплаты услуг, чтобы расходы на их услуги не превышали доход от взносов («принцип стабильности ставок взносов») (§ 70). Соглашения о размере вознаграждения, противоречащие принципу стабильных ставок взносов, недействительны.

Во Франции существует специальная методика формирования тарифов на стационарные услуги. Например, при финансировании домов престарелых—интернатов тариф состоит из трех частей: пакета медицинского обслуживания, пакета СДУ и платы за проживание. Стоит отметить, что до 2017 г. во Франции действовала система, при которой в конце каждого года, основываясь на результатах бюджета, органы власти либо возмещали любой профицит, либо покрывали дефицит организации. Таким образом, у учреждений не было стимула быть эффективными, а скорее тратить больше, чтобы обеспечить будущее финансирование.

На данный момент система финансирования в стране поменялась. Пакет услуг медицинской помощи рассчитывается для каждого учреждения с использованием синтетического показателя, называемого «взвешенной группой iso-care» (*Weighted Iso-care Group*), который соответствует средним потребностям в медицинской помощи и уровню нуждаемости людей, проживающих в учреждении. Потребности в уходе измеряются врачом—координатором учреждения с использованием классификации под названием *pathos*, которая идентифицирует 50 клинических состояний с 12 профилями ухода,

требуемыми для этих состояний, что составляет 238 пар «профилей состояния». Для каждого из этих профилей были определены восемь групп ресурсов (врач, психиатр, сестринское дело, реабилитация, психометрия, биология, визуализация и фармацевтика), которые определяют уровень необходимых ресурсов для оказания помощи. Для медицинских работников это соответствует, например, времени, необходимому для оказания услуг пациенту с соответствующим профилем состояния. Средний уровень ресурсов, необходимый для каждой из 238 пар, был определен специалистами (врачами-гериатрами) и представлен в баллах за статью расходов. Например, специалисты подсчитали, что для пары «сердечная недостаточность» с профилем «тщательное наблюдение» требуется 13 минут времени гериатра в день, 36 минут времени медсестры и т.д. Средний балл *pathos* (*Average Pathos Score*) представляет собой сумму баллов по уходу, требуемых в восьми группах ресурсов, взвешенных по коэффициенту, зависящему от группы ресурсов и выраженному в среднем на человека.

Пакет услуг по уходу также корректируется с учетом уровня нуждаемости, который рассчитывается по показателям нуждаемости СДУ, включая 10 переменных физической и умственной активности (ориентация, способность ходить в туалет, одеваться, есть, воздерживаться от еды, вставать с постели и ложиться и пр.) и 7 переменных домашней и социальной активности (приготовление пищи, домашние обязанности, пользование транспортом, покупки, управление финансами, прием лекарств, внешняя активность).

В итоге сумма пакета услуг для каждого учреждения представляет собой средневзвешенный балл, умноженный на базовую/индексную цену за балл, определенную на национальном уровне (*valeur du point*) Министерством здравоохранения. Существуют различные индексы цен для разных типов домов престарелых — например, с частичным бюджетом, где финансируются только расходы на

стационарную медицинскую бригаду, либо с глобальными бюджетами, где средства покрывают также расходы на амбулаторную помощь (на врачей общей практики, физиотерапевта, биолога и радиолога). Дома престарелых также могут иметь собственную аптеку; в этом случае финансирование покрывает расходы на лекарства.

Плата за пакет услуг СДУ (личный и социальный уход) в домах престарелых рассчитывается в соответствии с группами GMP (взвешенной группой *iso-care*) со средним баллом по группе. Для группы устанавливается балл СДУ, по которому определяется размер платы. Например, в 2017 г. стоимость пакета услуг для нуждающихся с низкой степенью зависимости от ухода составляла в среднем 5,5 евро в день, для лиц с умеренной степенью зависимости — 12,9 евро в день и 20,4 евро в день для лиц с высокой степенью зависимости.

Тарифы на оплату проживания устанавливаются свободно в зависимости от «стандарта услуг», предлагаемых учреждением (комфортность комнат, качество приготовления пищи и т.д.). Дома престарелых с выделенными местами для получения социальной/государственной помощи не могут запрашивать более высокую цену за проживание, чем та, которая установлена местными властями. Цены на места, которые не имеют права на государственную поддержку, устанавливаются свободно, но темпы роста ежегодно контролируются и регулируются центральным правительством — например, максимально допустимый темп роста цен на услуги составляет 0,46%.

Если рассматривать опыт надомной помощи, то во Франции чаще всего такие услуги оказывают самозанятые медсестры, которые работают не по найму, но получают оплату услуг от системы медицинского страхования. Цены на услуги устанавливаются в ходе переговоров с представителями самозанятых медсестер. Цены определены для нескольких типов базовых медицинских услуг с использованием общей номенклатуры профессиональных

услуг (*General Nomenclature of Professional Acts*). Первый тип — акты медицинского ухода (технические действия, касающиеся обработки ран, введения инъекций, всего 16 групп актов); стоимость варьируется от 3,15 евро за акт (действие) (например, простая инъекция) до 47,25 евро (например, сеанс инфузии продолжительностью более одного часа с непрерывным наблюдением для людей, больных раком). Второй тип — акты сестринского ухода — акты оказания помощи в ежедневных действиях (гигиена и надзор, всего 5 типов действий). Цены зависят от уровня потребности и требуемого времени — например, цена варьируется от 7,95 евро за получасовой сеанс ухода до 42,4 евро за постоянное наблюдение дома с 8 вечера до 8 утра. Существуют дополнительные выплаты за работу в ночное время и в выходные дни, пройденное расстояние, разовые действия и за координацию.

В настоящее время для этой системы проводится реформа — будет вводиться единая плата за день. Исходя из уровня зависимости человека будут устанавливаться три дневные цены: 13 евро в день при низкой зависимости, 18,2 евро в день при средней зависимости и 28,7 евро в день при высокой зависимости (на сегодня такая система введена для людей старше 90 лет).

Таким образом, можно сделать следующие выводы. В рассматриваемых странах при установлении стоимости услуги используется рыночный тариф. При этом в тариф не входит «инвестиционный» компонент, тем не менее рыночные цены чаще всего включают расходы на капитальный ремонт, строительство, обновление оборудования; вместе с тем, например, в Германии государство дополнительно компенсирует расходы, которые не связаны с оказанием услуг, а необходимы поставщику для развития собственной деятельности и покрытия собственных расходов. Кроме того, по опыту Франции можно сделать вывод, что тарифы на услуги в домах престарелых меняются в зависимости от того, участвует ли государство в дофинансировании учреждения.

Возникает вопрос, как в России возможно изменить тарифы таким образом, чтобы оказание услуг по уходу было выгодным для частных поставщиков?

Первый вариант — оставить в тарифе расходы, направленные непосредственно на оказание услуг (прямые и косвенные) без учета амортизации и инвестиционной составляющей. В таком случае будет существовать проблема низких тарифов на социальные услуги, в результате чего частные поставщики будут отказываться оказывать услуги СДУ. Действительно, государственные учреждения получают средства на оказание таких услуг из разных источников — не только плату за собственно оказание услуг, но и субсидии на капитальный ремонт, гранты и пр., тогда как частные поставщики получают доход только за оказание услуг. И здесь возможно использовать опыт Германии: в тариф не включаются расходы на капитальные затраты (строительство, приобретение оборудования, техническое обслуживание или ремонт зданий и других амортизируемых активов), на приобретение и освоение земли, плата аренды за землю, здания или другие активы — такие расходы могут покрываться государством в виде единоразовой субсидии.

Второй вариант — включить в тариф расходы, связанные не только с оказанием услуг (прямые и косвенные), но и с учетом необходимости обеспечения деятельности поставщика услуг через доведение тарифа до экономически обоснованного. В этом случае существуют риски высокой стоимости услуг для населения и необходимо изменение системы СДУ: либо путем внедрения механизмов бюджетного финансирования (по опыту Швеции), либо внедряя систему страхования для СДУ, либо ограничивая категории нуждаемости — например, отменить доступ к СДУ для нуждающихся, которым необходим уход менее двух часов в неделю.

Важным является вовлечение в процесс утверждения тарифов ассоциаций в сфере долгосрочного ухода и частных поставщиков услуг. По опыту Франции, на первоначальном

этапе необходимо провести исследование стоимости услуг на рынке с учетом всех расходов поставщиков, далее – разработать процедуру согласования стоимости услуг с их поставщиками и ассоциациями в сфере СДУ.

Проблемы привлечения частных инвестиций в инфраструктуру СДУ

В России существует проблема устаревшей инфраструктуры социальных услуг; кроме того, рост демографической нагрузки увеличивает потребности пожилых граждан в предоставлении услуг в специализированных учреждениях [2]. До 2024 г. на строительство стационарных социальных объектов в федеральном бюджете заложено 39 млрд руб. (без учета региональных бюджетов). Но, по расчетам Сбербанка, инвестиции в одну койку в стационаре составляют около 5 млн руб., поэтому выделенных средств федерального бюджета хватит на создание примерно 7800 коек, тогда как потребность в стационарных учреждениях намного выше¹⁰.

В рамках Федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография» предусмотрено возведение до 2024 г. 79 новых объектов стационарного обслуживания. По данным Ассоциации СДУ, это обеспечит 5% потребности в обновлении инфраструктуры стационарного социального обслуживания РФ¹¹. И в этом случае одним из способов решить проблему привлечения частного финансирования может стать механизм государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) [4].

Организация экономического сотрудничества и развития и Всемирный банк выделяют три модели ГЧП для сектора здравоохранения и социальных услуг (2013 г.)¹²:

1) оказание услуг – контракт на оказание медицинских услуг или услуг социального обслуживания (концессия, аренда): частный опе-

ратор привлекается для управления и предоставления финансируемых государством медицинских услуг в государственном учреждении. Частный партнер оказывает услуги по эксплуатации и техническому обслуживанию. Управление общественными объектами осуществляется при этом частными лицами, заключаются договоры аренды;

2) финансирование объекта – государственное учреждение заключает контракт с частным оператором на проектирование, строительство, финансирование и эксплуатацию больничного учреждения. Медицинские услуги в учреждении предоставляются государством. Частный партнер осуществляет проектирование, строительство, владение, управление объектом, может получить его в собственность;

3) комбинированная модель – совместное предприятие, где частный оператор строит или арендует объект и предоставляет бесплатные (или субсидируемые) медицинские или социальные услуги определенным группам населения. Частный партнер осуществляет восстановление существующих объектов, управление и передачу собственности государству, заключаются соглашения об оказании услуг с государственной администрацией.

За рубежом осуществляется ряд проектов ГЧП в сфере социального обслуживания и здравоохранения, например строительство кампуса Joondalup Health Campus в Австралии¹³: государство производит платеж для покрытия капитального финансирования со стороны частного сектора два раза в год. Также происходит единовременная оплата клинических услуг с максимальной суммой платежа, устанавливаемой ежегодно. Объекты совместно используются государственным и частным секторами, поэтому капитальные затраты на строительство объектов распределяются между ними пропорционально количеству паци-

¹⁰ URL: <https://sber.pro/publication/vozmozhnosti-ukhoda-kak-effektivno-ispolzovat-gchp-v-sotsialnoi-sfere>

¹¹ URL: https://ltc-rus.org/sdu_russia

¹² URL: https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/lp_Health_PPP_1116.pdf

¹³ URL: <https://www.pwc.com/gx/en/healthcare/assets/ppps-in-healthcare.pdf>

ентов, которым планируется оказывать услуги. Другой ГЧП-проект — строительство госпиталя La Ribera в Испании, в рамках которого был установлен годовой лимит прибыли, который могут получать частные партнеры. Ставка на капитальные затраты ежегодно увеличивается с ростом дохода государственного партнера и корректируется в соответствии с индексом потребительских цен. В процессе закупок частный участник проекта должен взять на себя обязательство обслуживать пациентов по цене, не превышающей 80% от средней стоимости государственной медицинской помощи.

Это примеры комбинированной модели ГЧП, которая активно используется и в России. Например, в Башкирии в деревне Татарский Саскуль открылся негосударственный пансионат для пожилых и инвалидов «Добрый дом» на 32 койко-места (17 мест для граждан, признанных нуждающимися, 15 — коммерческие места). Объем финансирования бюджетных мест ежегодно составит 2,9 млн руб. Концессионер инвестировал в проект более 7,5 млн руб. на реконструкцию и оборудование, пансионат размещен в здании бывшей школы.

Государство также выделяет средства на финансирование ГЧП-проектов в СДУ. Например, реализуя Постановление Правительства от 04.12.2021 г. № 2200, государственная корпорация развития «ВЭБ.РФ» выступает агентом Правительства в части осуществления региональных проектов по созданию (реконструкции) объектов социального обслуживания с применением механизмов ГЧП и концессионного соглашения в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография». Предоставляется капитальный грант, который покрывает часть расходов субъекта России (концедента) по концессионному соглашению в целях софинансирования расходов концессионера на создание (реконструкцию) объекта социального обслуживания до ввода объекта социального обслуживания в эксплуатацию. Субсидия предоставляется на модернизацию существующей инфраструкту-

ры стационарных организаций (строительство и реконструкцию зданий).

Механизм покрывает инвестиционный платеж концедента (субъекта) из средств федерального бюджета. В рамках платежа 80% средств поступает из бюджета (капитальный грант), из которых 86% — из федерального бюджета и 14% — из регионального. Частный концессионер дофинансирует еще 20%, а также осуществляет разработку проектно-сметной документации, реконструкцию и оснащение помещения, получает проект в эксплуатацию (самостоятельную или с привлечением оператора). Регионы также предоставляют земельные участки и субсидируют затраты на оказание социальных услуг.

Для концессионных соглашений (далее — КС) или ГЧП в социальной сфере важно устанавливать право частной стороны осуществлять оказание платных услуг с использованием объекта соглашения, т.е. указывать в договоре, какая часть услуг финансируется государством, а какая часть услуг является коммерческой. Обычно соотношение варьируется соответственно от 40 до 60% с возможностью частной стороны устанавливать свои тарифы на коммерческие места.

Стимулировать развитие ГЧП-проектов может также плата концедента, которая покрывает платеж по процентам — возмещение уплаты процентов по привлеченному финансированию. Постановление Правительства от 04.12.2021 г. № 2200 покрывает инвестиционный платеж (возмещение расходов концессионера на создание объекта), тогда как можно использовать механизм покрытия платежа по процентам, который направлен на покрытие расходов концессионера по кредитным обязательствам на период строительства инфраструктуры. То есть если частный партнер взял кредит для реализации проекта, то государство может покрывать платеж по процентам.

Следует отметить, что, например, в сфере образования существует проект ВЭБ.РФ «Прошкола», основанный на привлечении частных

инвестиций. Он реализуются либо путем закупки, либо с использованием КС. В соответствии с ним из бюджета выделяются средства на предоставление как капитального гранта (инвестиционный платеж), так и на покрытие платежа по процентам (на оплату кредитных обязательств концессионера). Также по КС предоставляется финансирование на аренду объекта образовательному учреждению, покрывающее расходы концессионера на аренду земельного участка и уплату налога на имущество. При этом для КС-проектов предоставляются земельные участки без обременений. Однако по итогам соглашения объект переходит в собственность региона. Подобный инструмент может быть использован и в проектах для КС в сфере СДУ.

Хорошим инструментом поддержки ГЧП-проектов могут стать различные льготы. Например, в России существует инструмент покрытия процентной ставки по кредитам инвестиционных проектов в социальной сфере. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2020 г. № 2390 российскими кредитными организациями предоставляются субсидии из федерального бюджета на возмещение недополученных доходов по выданным кредитам на реализацию инвестиционных проектов в сфере социального обслуживания населения. Данная программа проводится в рамках подпрограммы «Модернизация и развитие социального обслуживания населения» государственной программы «Социальная поддержка граждан» и рассчитана на деятельность по уходу за гражданами с обеспечением проживания или без проживания в стационаре (полустационаре), в том числе на объектах СДУ.

Минтруд России отбирает инвестиционные проекты в сфере СДУ, по которым уже заключены кредитные договоры между банком и инвестором. Банк предоставляет кредит по льготной процентной ставке, а государство покрывает расходы. Льготная ставка составляет 4% годовых со сроком погашения кредита от 10 лет. Установлена возмож-

ность реализации инвестпроекта на территории двух и более регионов путем заключения одного кредитного договора, отсутствует необходимость заключения ГЧП-соглашения с субъектами РФ.

Кроме того, могут предоставляться различные налоговые и другие льготы. Что касается ГЧП, в России на федеральном уровне предусмотрено довольно малое количество льгот для ГЧП-проектов. Например, на федеральном уровне льготы установлены ст. 251 НК РФ: при определении налоговой базы корпоративного налога не учитывается имущество или имущественные права, полученные по КС, соглашению о ГЧП/МЧП, за исключением денежных средств, полученных от концедента или публичного партнера по соглашениям.

Однако в соответствии со ст. 374 НК РФ по КС и ГЧП уплачивается региональный налог на имущество. И только некоторые регионы устанавливают льготы по налогу на имущество для концессионных или ГЧП-проектов. Например, в соответствии со ст. 3.3 Закона Республики Башкортостан от 28 ноября 2003 г. № 43-з «О налоге на имущество организаций», от налога освобождаются организации, заключившие с Правительством Башкортостана или органами местного самоуправления соглашение о ГЧП или КС. Аналогично, в Республике Бурятия предусмотрено освобождение на 10 лет от налога, в Мурманской области и Ханты-Мансийском автономном округе — на 5 лет, в Республике Коми — полное освобождение на период действия соглашения в отношении имущества, которое будет принадлежать государству, в Республике Удмуртия, Рязанской области, Санкт-Петербурге и Ленинградской области — в отношении всего имущества в рамках концессионного соглашения и пр. Кроме того, некоторые регионы предоставляют льготы по налогу на прибыль организаций. Например, в Республике Бурятия концессионеры и частные партнеры по проектам республиканского уровня могут воспользоваться пониженной ставкой по налогу на прибыль организаций в размере 13,5% годовых по региональ-

ной части (12,5% — с 2018 по 2020 гг.), сроком до 2023 г.

Отметим, что перечисленные льготы для ГЧП- и концессионных проектов эффективны в том случае, когда существует уже какая-либо инфраструктура для оказания услуг и частный партнер в рамках ГЧП уже может оказывать социальные услуги и получать выручку.

Предусмотрены также отдельные льготы для социальных предприятий. Например, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 26.06.2015 г. № 638 «Об утверждении перечня социальных услуг по видам социальных услуг, предоставляемых организациями, осуществляющими социальное обслуживание граждан, для применения налоговой ставки 0% по налогу на прибыль организаций», устанавливается нулевой налог на прибыль для организаций, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг субъекта РФ; доходы от деятельности по социальному обслуживанию составляют при этом не менее 90%, численность работников — не менее 15 работников. От налога освобождается деятельность по уходу за больными, инвалидами и престарелыми (ст. 284.1 и 284.5 НК РФ). Для ГЧП это может иметь значение, если в рамках таких проектов предприятие не только осуществляет ремонт инфраструктуры, но и оказывает услуги.

Таким образом, в России следует продолжать развивать государственно-частное партнерство в СДУ. Например, в рамках действующих программ по развитию ГЧП-проектов в сфере СДУ — включить в них плату концедента, которая покрывает платеж по процентам, т.е. направлена на возмещение уплаты процентов по привлеченному финансированию для покрытия расходов концессионера по кредитным обязательствам на период строительства инфраструктуры. И если частный партнер взял кредит для реализации проекта, то государство может покрывать платеж по процентам.

Эффективным инструментом будет введение на федеральном и региональном уровнях

льгот для ГЧП- и КС-проектов в социальной сфере — например, освобождение от налогов в период действия концессионного соглашения, в частности нулевая ставка НДС, налога на имущество, земельного налога, пониженные ставки налога на прибыль, безвозмездное предоставление земельных участков и пр.

Выводы

Система долгосрочного ухода за пожилыми людьми и инвалидами была запущена в России только в 2018 г., поэтому возникают вопросы, касающиеся ее финансирования, — в частности, как привлекать частные инвестиции и новых поставщиков в сектор оказания услуг долговременного ухода.

Если говорить о привлечении новых поставщиков на рынок, то важно скорректировать тарифы на социальные услуги таким образом, чтобы частным поставщикам было выгодно сотрудничать с государством. Проблема состоит в том, что тарифы часто не являются экономически обоснованными, включают только расходы непосредственно на услугу и не учитывают нужды ее поставщика на ремонт, обновление оборудования, аренду земли и зданий. И если государственные поставщики получают субсидию на такие расходы, то частные оплачивают расходы из собственных средств, что делает их работу невыгодной. Поэтому в России возможно либо сохранить действующие тарифы, компенсируя частным поставщикам расходы в виде единовременных субсидий, либо довести тарифы до экономически обоснованных, однако серьезное повышение стоимости услуг потребует поддержки граждан, с тем чтобы обеспечить их доступ к таким услугам. Важно также создать процедуру вовлечения в процесс утверждения тарифов ассоциаций в сфере долгосрочного ухода и частных поставщиков услуг.

Наконец, важно продолжать поддерживать в стране развитие инфраструктуры СДУ, особенно стационарной, в том числе за счет ГЧП-проектов. Действенным механизмом такого

рода может быть покрытие государством платежа по процентам, если концессионер взял, например, кредит на период строительства инфраструктуры. Также важно предоставление льгот для ГЧП- и КС-проектов в социальной

сфере, включая освобождение от налогов в период действия концессионного соглашения или снижение налоговых ставок, а также безвозмездное предоставление земельных участков, зданий и пр. ■

Литература

1. Дерен И.И., Самофатова К.А. Экономика системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста // Вестник университета. 2023. № 2. С. 110–118. DOI: 10.26425/1816-4277-2023-2-110-112.
2. Исаев Д.В. Развитие форм государственно-частного партнерства в сфере социального обслуживания // Экономика и управление: проблемы, решения. 2018. Т. 2. № 6. С. 182–189.
3. Пудова О.С. К вопросу о введении системы долговременного ухода // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2019. № 17. С. 21–32.
4. Самофатова К.А. Специфика организации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста в Российской Федерации // Социальная политика и социология. 2019. Т. 18. № 1 (130). С. 68–79. DOI: 10.17922/2071-3665-2019-18-1-68-79.
5. Federal Ministry of Health. Germany Peer Review on «Germany's latest reforms of the long-term care system» – Host Country Discussion Paper. 2017.
6. Feng J., Wang Z., Yu Y. Does long-term care insurance reduce hospital utilization and medical expenditures? Evidence from China // Social Science and Medicine. May 2020. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113081.

References

1. Deren I.I., Samofatova K.A. Economics of long-term care for senior citizens // Bulletin of the University. 2023. No. 2. Pp. 110–118. DOI: 10.26425/1816-4277-2023-2-110-112.
2. Isaev D.V. Development of forms of public-private partnership in the sphere of social services // Economy and Management: Problems, Solutions. 2018. Vol. 2. No. 6. Pp. 182–189.
3. Pudova O.S. Towards the introduction of a long-term care system // Social Services for Families and Children: Scientific and Methodological Collection. 2019. No. 17. Pp. 21–32.
4. Samofatova K.A. Specifics of organization of the system of long-term care for elderly citizens in the Russian Federation // Social Policy and Sociology. 2019. Vol. 18. No. 1 (130). Pp. 68–79. DOI: 10.17922/2071-3665-2019-18-1-68-79.
5. Federal Ministry of Health. Germany Peer Review on «Germany's latest reforms of the long-term care system» – Host Country Discussion Paper. 2017.
6. Feng J., Wang Z., Yu Y. Does long-term care insurance reduce hospital utilization and medical expenditures? Evidence from China // Social Science and Medicine. May 2020. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113081.

Problems of Involving the Private Sector in the System of Long-term Care for Elderly Citizens and People with Disabilities in Russia in Comparison with Foreign Countries

Maria G. Girich – Researcher of Russia-OECD Center under the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russia). E-mail: girichmari@mail.ru

Tatyana A. Ilyushnikova – Deputy Minister of the Ministry of Economic Development of the Russian Federation (Moscow, Russia). E-mail: mineconom@economy.gov.ru

Svyatoslav O. Sorokin – Director of Department for Social Services and Non-Profit Sector Development, Ministry of Economic Development of the Russian Federation (Moscow, Russia). E-mail: mineconom@economy.gov.ru

Antonina D. Levashenko – Senior Researcher of the Institute of International Economics and Finance, Russian Foreign Trade Academy under the Ministry for Economic Development of the Russian Federation (Moscow Russia). E-mail: antonina.lev@gmail.com

Ivan S. Ermokhin – Researcher of the Institute of International Economics and Finance, Russian Foreign Trade Academy under the Ministry for Economic Development of the Russian Federation (Moscow Russia). E-mail: i.ermokhin@gmail.com

Since 2018, long-term care system has been launched in Russia to provide social, medical and rehabilitation (habilitation) services to elderly and disabled people in need of care. Long-term care system supports an opportunity to elderly and disabled people to self-serve, move independently, and provide basic life needs. It is planned that by the end of 2023, the long-term care system will be launched in all regions of Russia.

The article analyzes the main problems of financing the system, including low tariffs for social services, which, on the one hand, should be accessible to citizens, but on the other hand, are unprofitable and do not allow the involvement of private providers in the long-term care system. In addition, the article discusses the problems of attracting private investment in long-term care infrastructure in Russia, as well as examples of foreign experience for solving such problems.

Key words: long-term care system, OECD, social service providers, social services, elderly people, disabled people.

JEL-codes: H53, I38.