

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ РЕГИОНА

Е. В. Мишон

Воронежский государственный университет, Россия

Поступила в редакцию 23 апреля 2015 г.

Аннотация: Характеризуется влияние социальной сферы на процесс социально-экономического развития региона. Рассматривается государственно-частное партнерство как источник дополнительного финансирования отраслей социальной сферы. Предлагается подход, повышающий эффективность применения государственно-частного партнерства (ГЧП) в здравоохранении.

Ключевые слова: социальная сфера, здравоохранение, дополнительные источники финансирования, государственно-частное партнерство.

Abstract: The article characterizes the influence of the social sphere on the process of social and economic development of the region. Public and private partnership is considered as a resource for additional financing of social spheres. There is also an approach to enhance effectiveness of public and private partnership (P3) in public health service.

Key words: social sphere, public health service, additional financing, public and private partnership.

Социальная сфера – это сфера, повышающая уровень жизни населения, выражающаяся функцией обеспечения комфортных условий существования всех членов общества.

С одной стороны соответствие социальной сферы мировым стандартам повышает конкурентный иммунитет территории, поскольку растет ее привлекательность для инвесторов, и как следствие увеличивает приток инноваций, трудовых ресурсов и т.д. Развитие социальной сферы региона не только повышает степень удовлетворенности населения жизненными условиями, но и способствует улучшению состояния территории по всем показателям – экономическим, социальным, политическим и даже демографическим.

С другой стороны, в случае неблагоприятного развития региона социальная сфера превращается в источник сложно разрешимых территориальных проблем. Именно она чаще всего порождает бумеранговые процессы, резко снижающие уровень общественной безопасности. Так, неудовлетворенность работой общественного транспорта, тарифами ЖКХ, качеством медицинского обслуживания, ростом цен на образовательные услуги, сокращение доступности спортивно-оздоровительных и развлекательных услуг не только тормозят поступательное развитие, но и создают почву для

несанкционированных стихийных действий разрушительного характера. Это утверждение верно не только для нашей страны, но и в мировом масштабе. Как правило, разрушительные для общества процессы начинаются с неудовлетворенности работой социальных институтов. Это хорошо известно PR-специалистам, которые «эффективно» используют недовольство населения работой социальной сферы в интересах элит, стремящихся к смене власти. Очевидно, что социально ответственное государство не может допустить подобного сценария общественного развития и требуются усилия для его предотвращения.

К сожалению, состояние отечественной социальной сферы в настоящее время отстает от требований мировых стандартов развития общества. Необходимы существенные изменения, чтобы вывести отрасль на должный уровень. Для этого необходимо вести не только поиск значительных финансовых, организационных, технико-технологических и кадровых ресурсов, но и их оптимальное использование.

Проблема повышения эффективности работы социальной сферы далека от разрешения. Прежде всего из-за отсутствия (полного или частичного) основного условия, необходимого для совершенствования социальной сферы, а именно: финансовой базы, обеспечивающей такое функционирование

ние отрасли, которое одобряет и поддерживает население¹. Последствия дефицита финансовых средств усугубляются тем, что социальная сфера чутко реагирует на любые негативные изменения социально-экономического и политического характера. Ее недостатки и противоречия резко обостряются, ухудшая и без того непростое положение.

Для определения дополнительных источников развития социальной сферы в последнее время предлагается использовать феномен государственно-частного партнерства.

Государственно-частное партнерство – это особая форма взаимодействия государства и частного сектора, обозначаемого обычно термином Public Private Partnership (PPP). В российской литературе принят термин «государственно-частное партнерство».

ГЧП – это институциональный и организационный альянс государственной власти и частного бизнеса с целью реализации значимых проектов в различных сферах общественной деятельности.

Партнерство, в отличие от традиционных административных отношений, создает свои базовые модели финансирования, отношений собственности и методов управления. Партнерство институционально преобразует сферы деятельности, традиционно относящиеся к ведению государства, но не выводит их полностью за его пределы.

Каждый партнер вносит свой вклад в проект. Так, бизнес обеспечивает финансовые ресурсы и эффективное управление – гибкость, оперативность в принятии решений, способность к новаторству. При этом обычно внедряются более эффективные методы работы, совершенствуются техника и технологии, возникают новые формы организации производства, создаются новые предприятия, в том числе с иностранным капиталом, налаживаются эффективные кооперационные связи с поставщиками и подрядчиками. На рынке труда, как правило, повышается спрос на высококвалифицированных и хорошо оплачиваемых работников.

Особое значение ГЧП имеет для экономики регионов, где с его помощью можно ускорить развитие местных рынков капитала, товаров и услуг. На долю городов и поселков приходится основная нагрузка по реализации множества проектов социального значения в области дорожного и транспортного хозяйства, социальной инфраструктуры, водного хозяйства и водоочистных сооружений,

охраны окружающей среды, жилищного строительства, энерго- и газообеспечения. При этом главная проблема состоит в недостатке финансовых ресурсов. Поэтому привлечение частного капитала к решению социально-экономических задач региона можно рассматривать как перспективное направление.

Рассмотрим вариант использования ГЧП в здравоохранении, поскольку эта сфера социальной деятельности представляется наиболее значимой в современных условиях и является источником острых дискуссий, привлекающих интерес общественности.

Современное состояние нашего здравоохранения далеко не в полной мере отвечает мировым стандартам. Оно характеризуется снижением качества и доступности в получении населением медицинских услуг, недостаточным финансированием, низкой эффективностью использования ресурсов. Указанные характеристики ухудшаются по мере продвижения от федерального центра к периферии. Это осложняет развитие регионов и требует поиска эффективных инструментов решения проблемы.

Практика свидетельствует о низкой эффективности применения таких мер как система социального страхования, привлечение средств путем расширения границ добровольного медицинского страхования, государственная поддержка социально-незащищенной части населения. Как выяснилось, приведенные меры незначительно влияют на бюджетную сферу здравоохранения и, следовательно, мало эффективны.

Проблемы здравоохранения принято связывать исключительно с дефицитом финансирования. Его следствием является коррупция, отток квалифицированных кадров, отставание в ранней диагностике, снижение качества медицинских услуг и сокращение их количества, падение показателей общественного здоровья, неудовлетворенность населения медицинской помощью.

Однако далеко не последнюю роль в финансовом состоянии играет грамотное и рациональное использование имеющихся ресурсов. Бесспорно, некорректно обвинять медицинские учреждения в слабом владении финансовым менеджментом, поскольку их сущность отражается далекими от экономики функциями. Но факт нерационального использования наличествующих ресурсов остается не опровергнутым. Помочь в решении управленческих и финансовых проблем может ГЧП при ус-

¹ Лучшей в мире признана система здравоохранения Германии на том основании, что 84 % населения довольны качеством услуг и одобряют работу данной сферы.

ловии его грамотного научно обоснованного использования.

Как источник дополнительных средств финансирования ГЧП обладает определенным потенциалом для разрешения главного противоречия современной отечественной медицины – между экономическими интересами основных участников, т. е. пациентов (фактически всего населения) и медицинскими учреждениями. Мы располагаем достаточной доказательной базой того, что подавляющее большинство негативных явлений современного отечественного здравоохранения является следствием указанного противоречия [5, 6, 7].

Исследователи отмечают, что потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ высок².

Существуют следующие формы государственно-частного партнерства в здравоохранении: 1) частные медицинские центры, создаваемые при содействии государства; 2) передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений с условием строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах; 3) реконструкция зданий для перемещения в них медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов; 4) реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества с государственным капиталом и возможным последующим созданием совместного государственно-частного предприятия с участием частного инвестора.

ГЧП в здравоохранении России представлено двумя типами: 1) строительство и модернизация основных фондов; 2) предоставление медицинских услуг.

Действуют такие модели сотрудничества государства и бизнеса как строительство (модель BOBL) и контракты на эксплуатацию (модель Alzira).

В настоящее время в здравоохранении используется только одна форма партнерства – годовые контракты. Известно, что эффективность контракта зависит от сроков. Оптимальными считаются контракты, действующие не менее 3-5 лет.

В тоже время недостаточно исследованы возможности и последствия применения таких форм

ГЧП как концессионные соглашения и инвестиционные фонды.

Перечисленная деятельность не исчерпывает потенциал возможностей ГЧП. Однако, даже указанные типы и модели применяются редко, а их использование можно характеризовать как мало эффективное.

На наш взгляд, основные проблемы, тормозящие внедрение ГЧП в экономическую практику, заключаются в следующем.

Во-первых, отсутствует федеральная законодательная база. На уровне субъектов Федерации имеется позитивный опыт законодательства в данном направлении, но его недостаточно для модернизации институциональной структуры здравоохранения, без которой деятельность регионального уровня по совершенствованию сферы здравоохранения несостоятельна. Это тот случай, когда регионам нужна федеральная законодательная поддержка.

Во-вторых, отсутствуют квалифицированные кадры, способные принимать и реализовывать управленческие решения, обеспечивающие совершенствование институциональной структуры здравоохранения.

В-третьих, уровень благосостояния населения ниже пороговых значений для привлечения бизнеса в сферу здравоохранения. ГЧП в здравоохранении ориентировано на средние слои населения.

В-четвертых, ГЧП не лишено недостатков – задержка сроков введения в эксплуатацию объектов медицинского назначения; превышение эксплуатационных расходов; экономия на инфраструктуре помещений и плохая планировка зданий; экономия на оборудовании. Перечисленные недостатки не способствуют росту эффективности функционирования отрасли и задача современного управления – максимально учесть их в практической деятельности.

Анализируя зарубежный и отечественный опыт использования ГЧП в здравоохранении [1, 2, 8, 3, 9, 10], мы пришли к выводу о том, что официально позиционируемые направления сотрудничества государства и бизнеса мало пригодны для использования в отечественной практике в силу отсутствия учета российской ментальности, экономических условий, а также специфики отрасли.

Так, действенными направлениями признаны: 1) передача на определенный срок плохо работающих государственных медицинских учреждений менеджменту частных компаний, создание своего рода управляющей компании; 2) поставка новых технологий и оборудования «под ключ» в рамках

² Автор не является безусловным апологетом ГЧП и осознает, что для успешной партнерской деятельности необходимо сочетание многих факторов, имеющих отношение не только к партнерам, но и к среде, в которой они взаимодействуют.

целевых программ комплексной информатизации и оснащения медицинских центров; 3) организация взаимодействия с зарубежными клиниками, приглашения зарубежных специалистов в Россию, нацеленные на повышение квалификации медицинского персонала; 4) разработка необходимой законодательной базы, пилотных проектов по автономизации, корпоратизации или приватизации государственных медицинских объектов.

По нашему мнению, из указанного перечня можно полностью согласиться только с высокой потребностью в фундаментальной законодательной базе внедрения и функционирования ГЧП, без удовлетворения которой невозможна модернизация системы здравоохранения.

Сомнительная эффективность создания управляющих компаний в российской действительности, на наш взгляд, наглядно демонстрируется опытом ЖКХ и в комментариях не нуждается.

Примером низкой эффективности поставок медицинского оборудования «под ключ» может служить опыт Воронежской области, когда ЦРБ вместо остро необходимого стандартного оборудования получали высокотехнологичное, использование которого в условиях ЦРБ, мягко говоря, затруднено. В результате у медучреждений резко возросли основные фонды за счет принятия на баланс невостребованной современной медицинской техники, что лишает их даже перспектив на получение оборудования необходимого для реальной работы.

Организация взаимодействия с зарубежными клиниками представляется значимой, но не первостепенной задачей управления в силу того, что высокий уровень профессиональной подготовки отечественных медиков уже давно не оспаривается. Можно согласиться с отставанием в таких направлениях, как «использование современных инструментов и средств диагностики». Однако преодолеть отставание можно собственными силами на базе разовых или регулярных обучающих курсов, привлекая иностранных специалистов в исключительных случаях.

Полагаем, что эффективность ГЧП в здравоохранении может увеличиться при использовании предлагаемого нами подхода к формированию институциональной системы здравоохранения, который включает три направления и предполагает три этапа.

Основные направления системного подхода включают: 1) законодательную деятельность (формирование федеральной законодательной базы по внедрению и использованию феномена ГЧП в здравоохранении); 2) организационную деятельность

органов государственного управления (подготовка кадров государственных служащих по специальности «менеджер реализации государственно-частных проектов в здравоохранении»; выделение в качестве приоритетного направления государственной деятельности разработку стандартов лечения и критериев оказания медицинских услуг; совершенствование контрактных отношений путем использования таких моделей как сервисные контракты, контракты на управление, контракты на строительство и оборудование, гибридные контракты; аренда, концессионные соглашения); 3) финансово-экономическую деятельность органов государственного управления (изменение налогообложения прибыли медицинских организаций, вкладывающих средства в развитие отрасли, расширение использования возможностей добровольного медицинского страхования в целях привлечения дополнительных средств при осуществлении взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения).

Подводя итог, отметим, что использование ГЧП в социальной сфере имеет значительный потенциал, реализация которого зависит от объективных и субъективных факторов.

К объективным мы относим, прежде всего, низкий уровень благосостояния населения.

В сложившихся условиях для ускорения развития региона ГЧП может быть использовано в сфере туризма, культуры, спорта, т.е. там, где выбор потребителя связан с его финансовым состоянием и вероятность негативных последствий выбора не сказывается существенным образом на жизнедеятельности субъекта, сделавшего выбор.

К значимым субъективным факторам, можно отнести слабую законодательную базу, недостаток управленческих кадров требуемой специализации, недостатки самого инструмента ГЧП.

Таким образом, фундаментальная законодательная база, квалифицированные менеджеры и максимально возможное устранение недостатков ГЧП позволяют повысить эффективность его использования в социальной сфере, что укрепляет конкурентный иммунитет территории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев В. А. Национальная система здравоохранения Великобритании / В. А. Алексеев // Здравоохранение. – 2010. – № 4. – С. 97.
2. Антонов Д. П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении / Д. П. Антонов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. – № 11. – С. 112.

3. Барьеры развития механизма ГЧП в России [Электронный ресурс]. – URL : <http://pppinrussia.ru>
4. Воронина Н. Здравоохранение Англии: устройство, положительный опыт и результаты реформирования / Н. Воронина [Электронный ресурс]. – URL : <http://bryanskmedgazeta.ru>
5. Мишон Е. В. Резервы стратегического развития Воронежской области: социально-экономический аспект / Е. В. Мишон // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2009. – № 22 (55). – С. 47-55.
6. Резниченко Н. В. Проблемы становления государственно-частного партнерства в здравоохранении в России / Н. В. Резниченко // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 6. – С. 19-28.
7. Таппасханова Е. О. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е. О. Таппасханова, З. А. Мустафаева // Российское предпринимательство. – 2012. – № 13 (211). – С. 112-118. – URL : <http://www.creativeconomy.ru/articles/24400/>.
8. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение США : Перспективы развития и уроки для России / Г. Э. Улумбекова // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 70.
9. Gerrard M. B. What Are Public-Private Partnerships, and How Do They Differ from Privatizations? / M. B. Gerrard // Finance & Development. – 2001. – Vol. 38, No. 3.
10. Public Private Partnership: Ein Leitfaden fur offentliche Verwaltung und Unternehmer (Dokumentation) // Bundesministerium fur Wirtschaft und Arbeit. – 2003. – S. 8-9.
2. Antonov D. P. Zarubezhnyy opyt formirovaniya finansovykh resursov v zdravookhraneni / D. P. Antonov // Problemy standartizatsii v zdravookhraneni. – 2008. – № 11. – S. 112.
3. Bar'ery razvitiya mekhanizma GChP v Rossii [Elektronnyy resurs]. – URL : <http://pppinrussia.ru>
4. Voronina N. Zdravookhraneni Anglii: ustroystvo, polozhitel'nyy opyt i rezul'taty reformirovaniya / N. Voronina [Elektronnyy resurs]. – URL : <http://bryanskmedgazeta.ru>
5. Mishon E. V. Rezervy strategicheskogo razvitiya Voronezhskoy oblasti: sotsial'no-ekonomicheskii aspekt / E. V. Mishon. // Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost'. – 2009. – № 22 (55). – S. 47-55.
6. Reznichenko N. V. Problemy stanovleniya gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v zdravookhraneni v Rossii / N. V. Reznichenko // Menedzher zdravookhraneniya. – 2008. – № 6. – S. 19-28.
7. Tappaskhanova E. O. Gosudarstvenno-chastnoe partnerstvo v zdravookhraneni / E. O. Tappaskhanova, Z. A. Mustafaeva // Rossiyskoe predprinimatel'stvo. – 2012. – № 13 (211). – S. 112-118. – URL : <http://www.creativeconomy.ru/articles/24400/>.
8. Ulumbekova G. E. Zdravookhraneni SShA: Perspektivy razvitiya i uroki dlya Rossii / G. E. Ulumbekova // Menedzher zdravookhraneniya. – 2009. – № 7. – S. 70.
9. Gerrard M. B. What Are Public-Private Partnerships, and How Do They Differ from Privatizations? / M. B. Gerrard // Finance & Development. – 2001. – Vol. 38, No. 3.
10. Public Private Partnership: Ein Leitfaden fur offentliche Verwaltung und Unternehmer (Dokumentation) // Bundesministerium fur Wirtschaft und Arbeit. – 2003. – S. 8-9.

REFERENCES

1. Alekseev V. A. Natsional'naya sistema zdravookhraneniya Velikobritanii / V. A. Alekseev // Zdravookhraneniye. – 2010. – № 4. – S. 97.

Мишон Елена Витальевна
доктор экономических наук, профессор кафедры региональной экономики и территориального управления экономического факультета Воронежского государственного университета, т. 8-905-651-71-72, E-mail: evm@yandex.ru

Mishon Elena Vitalyevna
Doctor of Economics, Professor of the Chair of regional economy and territorial administration, Department of economics, Voronezh State University, tel. 8-905-651-71-72, E-mail: evm@yandex.ru