

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В КАЧЕСТВЕ ИНСТРУМЕНТА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Е. В. Мишон

Воронежский государственный университет

Поступила в редакцию 22 февраля 2015 г.

Аннотация: в статье рассматриваются проблемы и перспективы использования феномена государственно-частного партнерства в качестве инструмента государственного управления совершенствованием современной институциональной системы здравоохранения, выделяются недостатки и объясняется низкая результативность действующих направлений совершенствования управления отраслью, предлагается системный подход к управлению здравоохранения с использованием ГЧП.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, институциональная система здравоохранения, управление здравоохранением, формы государственно-частного партнерства, модели государственно-частного партнерства, направления совершенствования здравоохранения.

Abstract: the article discusses problems and prospects of use of a phenomenon of public-private partnership as the instrument of public administration are considered by improvement of modern institutional health system, shortcomings are allocated and low productivity of the operating directions of improvement of management of branch speaks, system approach to management of health care with PPP use is offered.

Key words: public-private partnership, institutional health system, management of health care, forms of public-private partnership, models of public-private partnership, direction of improvement of health care.

В последнее время, несмотря на достаточно сложную политическую обстановку и нестабильное экономическое положение, государство наращивает усилия по совершенствованию управления такой жизненно важной отраслью социальной сферы, как здравоохранение. Это вынужденная деятельность, поскольку отечественная медицина характеризуется снижением качества и доступности помощи населению, недостаточным финансированием, низкой эффективностью использования ресурсов, несбалансированностью структуры медицинской помощи, низкой исполняемостью программы государственных гарантий оказания медицинской помощи и др. Все перечисленное представляет угрозу национальной безопасности и требует поиска эффективных инструментов решения проблемы.

Для ликвидации или нивелирования отмеченных недостатков проводится определенная работа. Так, системное реформирование здравоохранения, направленное на преодоление имеющихся проблем, наряду с финансово-экономической реформой и развитием медицинской практики, основанной на принципах доказательной медицины и результатах клинико-экономического анализа, направлено на

повышение качества управления отраслью на основе научно-обоснованных технологий современного менеджмента отрасли. Современное управление сферой здравоохранения в последнее время ориентируется на поиск дополнительных источников финансирования, в частности систем социального страхования, привлечения средств потребителей медицинских услуг, государственной поддержки социально незащищенной части населения и т.п.

К сожалению, как показала практика, перечисленные меры не оказали желаемого воздействия на такие составляющие, как эффективность бюджетной сферы здравоохранения и ограниченность общественных ресурсов.

Мы считаем, что в ряду обширного перечня проблем, решением которых занято управление, значимыми для здравоохранения являются только две¹.

С одной стороны, острая недостаточность денежных средств (следствием чего представляется распространение таких нежелательных и опасных явлений, как коррупция, отток квалифицированных кадров, отставание в ранней диагностике, сниже-

¹ Официальный перечень проблем, на наш взгляд, представляет эклектический набор объективных причин, создающих проблему, и их следствий, что затрудняет поиск эффективных управленческих решений.

ние качества медицинских услуг и сокращение их количества, падение показателей общественного здоровья, неудовлетворенность населения медицинской помощью).

С другой стороны, вопиюще необоснованное и нерациональное использование ресурсов, выделяемых отрасли. В такой ситуации правомерно говорить не столько об острой нехватке средств, сколько об эффективности их использования. В сложившейся ситуации, на наш взгляд, необходим приоритетный поиск не столько финансово-экономических, сколько управленческих решений.

С этих позиций обращение отечественной управленческой мысли к использованию феномена государственно-частного партнерства (ГЧП) в качестве инструмента государственного воздействия для разрешения главного противоречия современной отечественной медицины – между экономическими интересами основных участников, т.е. пациентов (фактически всего населения), и медицинских учреждений имеет не только теоретический, но и практический смысл².

На данный момент в указанном направлении сделано следующее. Во-первых, выдвинута идея о привлечении в отрасль частных инвестиций, о необходимости определения перспективных форм взаимоотношений бюджетных медицинских учреждений и частных организаций, а также об использовании опыта работы коммерческих структур для улучшения деятельности бюджетных организаций. С этих позиций развитие негосударственного сектора здравоохранения и оптимизация взаимодействия государства и частных медицинских организаций представляется значимым.

Во-вторых, стало уделяться внимание вопросам эффективности государственного участия в формировании рынка услуг здравоохранения [4] и был сделан вывод о том, что потенциал государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ высок³.

Формы государственно-частного партнерства в российском здравоохранении на данном этапе:

– частные медицинские центры, создаваемые при содействии государства;

² Мы располагаем достаточной доказательной базой того факта, что все негативные явления современного отечественного здравоохранения есть ни что иное как следствие сформировавшегося противоречия. См.: [1; 2; 3].

³ Автор не является безусловным апологетом ГЧП в целях совершенствования управления сферой и осознает, что для того чтобы партнерство успешно работало, необходимо сочетание многих факторов, имеющих отношение как к представителям обеих сторон партнерства, так и к среде, в которой они взаимодействуют в процессе реализации проекта.

– передача инвестору территориально выгодно расположенных зданий медицинских учреждений с условием строительства новых зданий для этих медицинских учреждений в других местах;

– реконструкция зданий для перемещения в них медицинских учреждений из других зданий, привлекательных для частных инвесторов;

– реорганизация государственных медицинских учреждений в акционерные общества с государственным капиталом и возможным последующим созданием совместного государственно-частного предприятия с участием частного инвестора.

Однако институциональная структура здравоохранения по-прежнему нуждается в скорейшем совершенствовании: она не в состоянии преодолеть или хотя бы нивелировать основные проблемы отрасли – недофинансирование и неэффективное управление.

Реально ГЧП в здравоохранении РФ представлено двумя типами: строительство и модернизация основных фондов; предоставление медицинских услуг. Действуют такие модели сотрудничества государства и бизнеса как строительство (модель BOBL) и контракты на эксплуатацию (модель Alzira).

Бесспорно, перечисленная деятельность не исчерпывает потенциал возможностей ГЧП, однако даже указанные типы и модели применяются редко, а их использование можно характеризовать как малоэффективное.

В этой связи необходимо выделить основные проблемы, тормозящие внедрение ГЧП в экономическую практику.

Во-первых, отсутствие федеральной законодательной базы, что весьма важно. На уровне субъектов Федерации имеется позитивный опыт законодательства в данном направлении, но его не достаточно для модернизации институциональной структуры здравоохранения.

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

В-третьих, ускоренное внедрение ГЧП в сферу здравоохранения тормозится низким уровнем благосостояния населения, которое в подавляющем большинстве относится к бедным, в то время как ГЧП в здравоохранении ориентировано на средний слой.

В-четвертых, при внедрении ГЧП в практику отечественного государственного управления

здравоохранением необходимо учитывать недостатки этого инструмента: задержка сроков введения в эксплуатацию объектов медицинского назначения; превышение эксплуатационных расходов; экономия на инфраструктуре помещений и плохая планировка зданий; экономия на оборудовании. Очевидно, что перечисленные недостатки не способствуют росту эффективности функционирования отрасли, и задача современного управления – максимально учесть их в практической деятельности.

Современная практика ориентирована на использование в сфере здравоохранения исключительно такой формы, как годовые контракты, в то время как известно, что ее эффективность зависит от сроков, оптимальными из которых считаются контракты, действующие не менее 3–5 лет. В то же время недостаточно исследованы возможности применения таких форм ГЧП, как концессионные соглашения и инвестиционные фонды.

Анализируя мировой и отечественный опыт использования ГЧП в здравоохранении [5–10], мы пришли к выводу, что официально позиционируемые направления сотрудничества государства и бизнеса малопригодны для использования в отечественной практике в силу отсутствия учета российской ментальности, экономических условий, а также специфики отрасли.

Так, действенными направлениями признаны:

– передача на определенный срок плохо работающих государственных медицинских учреждений менеджменту частных компаний, создание своего рода управляющей компании;

– поставка новых технологий и оборудования «под ключ» в рамках целевых программ комплексной информатизации и оснащения медицинских центров;

– организация взаимодействия с зарубежными клиниками, приглашения зарубежных специалистов в Россию, нацеленные на повышение квалификации медицинского персонала;

– 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 в здравоохранении. Более того, считать его первым этапом модернизации системы здравоохранения с применением ГЧП.

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 невозможно. Формировалась недопустимая ситуация резкого роста основных фондов за счет принятия на баланс дорогостоящей современной медицинской техники, которая оказалась невостребованной, что лишало медучреждение перспектив на получение необходимого для реальной работы оборудования⁴.

Организация взаимодействия с зарубежными клиниками представляется нам малоэффективной в силу того, что факт высокой профессиональной подготовки отечественных медиков уже давно не оспаривается. Можно согласиться с тем, что имеется отставание в направлении «Использование современных инструментов и средств диагностики», но для его преодоления, на наш взгляд, не требуются значительные средства на привлечение иностранных специалистов. Указанный недостаток можно устранить путем проведения разовых или регулярных обучающих курсов.

Представляя достоинства и анализируя недостатки ГЧП, мы пришли к выводу о целесообразности его использования и предлагаем вариант подхода к формированию институциональной системы здравоохранения, который включает три направления и предполагает три этапа.

Основные направления системного подхода:

– законодательная деятельность (формирование федеральной законодательной базы по внедрению и использованию феномена ГЧП в здравоохранении);

– организационная деятельность органов государственного управления (подготовка кадров государственных служащих по специальности «Менеджер реализации государственно-частных проектов в здравоохранении»⁵; выделение в качес-

⁴ Мы сознательно не указываем конкретные ЦРБ, поскольку анализ показал, что данное явление достаточно распространено, т.е. Воронежская область не является исключением.

⁵ Подготовкой должны заниматься экономические факультеты, имеющие направление или специализацию «Государственное и муниципальное управление». Располагая более чем двадцатилетним опытом работы на кафедре региональной экономики и территориального управления ВГУ, мы утверждаем, что это оптимальный вариант решения кадровой проблемы.

тве приоритетного направления государственной деятельности разработки стандартов лечения и критериев оказания медицинских услуг⁶; совершенствование контрактных отношений путем использования таких моделей, как сервисные контракты, контракты на управление, контракты на строительство и оборудование, гибридные контракты; аренда, концессионные соглашения);

– финансово-экономическая деятельность органов государственного управления (использование возможностей налогового регулирования, а именно 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).

Полагаем, что использование ГЧП в качестве инструмента государственного управления в сфере здравоохранения хотя и не является единственно возможным направлением совершенствования отрасли, но имеет значительный потенциал, реализация которого зависит от того, насколько точно будут выделены и учтены недостатки и достоинства этого инструмента.

⁶ Данная работа, по нашему мнению, требует совместных усилий медиков и экономистов. Например, кафедры организации здравоохранения и профильных кафедр экономических факультетов.

Воронежский государственный университет

Мишон Е. В., доктор экономических наук, профессор кафедры региональной экономики и территориального управления

E-mail: evm@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. *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.
2. *Резниченко Н. В.* Проблемы становления государственно-частного партнерства в здравоохранении в России / Н. В. Резниченко // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 6. – С. 19–28.
3. *Таппасханова Е. О.* Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е. О. Таппасханова, З. А. Мустафаева // Российское предпринимательство. – 2012. – № 13 (211). – С. 112–118. – Режим доступа: <http://www.creativeconomy.ru/articles/24400/>
4. Барьеры развития механизма ГЧП в России. – Режим доступа: <http://pppinrussia.ru>
5. *Алексеев В. А.* Национальная система здравоохранения Великобритании / В. А. Алексеев // Здравоохранение. – 2010. – № 4. – С. 97.
6. *Антонов Д. П.* Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении / Д. П. Антонов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2008. – № 11. – С. 112.
7. *Улумбекова Г. Э.* Здравоохранение США : перспективы развития и уроки для России / Г. Э. Улумбекова // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 70.
8. *Воронина Н.* Здравоохранение Англии : устройство, положительный опыт и результаты реформирования / Н. Воронина. – Режим доступа: <http://bryanskmedga-zeta.ru>
9. *Gerrard M. B.* What Are Public-Private Partnerships, and How Do They Differ from Privatizations? / M. B. Gerrard // Finance & Development. – 2001. – Vol. 38, № 3.
10. Public Private Partnership : Ein Leitfaden für öffentliche Verwaltung und Unternehmer (Dokumentation) // Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. – 2003. – S. 8–9.

Voronezh State University

Mishon E. V., Doctor of Economic Sciences, Professor of the Regional Economics and Territorial Administration Department

E-mail: evm@yandex.ru