

Список цитированных источников

1. Иностранные инвестиции в Украине: барьеры, возможности и шансы // Экономист. – 2010. – № 4. – С. 54.
2. Пресс-служба Государственного комитета статистики Украины. Оперативная информация об иностранных инвестициях Украины за I полугодие 2013 [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua/localfiles/display/operativ2013>
3. Денисенко, М.П. Инвестирование. Учебник. – М.: Издательство «Альтерна» 2012. – 272 с
4. The World Bank Group 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.worldbank.org/topic/financial-sector>

УДК 338

Новгородская П.Т.

Научный руководитель: к.э.н., доцент Зазерская В.В.

Брестский государственный технический университет, г. Брест

АНАЛИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕХАНИЗМА ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БЕЛАРУСИ

В последние десятилетия одной из ведущих проблем в развитии мировой экономики и экономики Беларуси, в частности, является проблема дефицита инфраструктурных услуг, связанная с низким качеством образовательных, медицинских, коммунальных услуг, перегруженностью автомобильных дорог. Возникшая в этой связи потребность модернизации и развития инфраструктуры поставила задачу искать новые источники финансирования. Так, в конце XX века на Западе возникла концепция государственно-частного партнерства (ГЧП), которая предполагает развитие партнерства государства и бизнеса в социально-экономической сфере.

Задача государства в таком взаимодействии заключается в создании институциональной среды с целью привлечения частного сектора к строительству и эксплуатации инфраструктурных объектов, остающихся в государственной собственности. Бизнес, в свою очередь, обеспечивает финансовые ресурсы, эффективную систему менеджмента, быстроту и гибкость в принятии решений и внедрение инноваций.

В целом, в результате успешной реализации данного механизма выгоды получают государство, бизнес, и общество, что отражено на рисунке 1.



Рисунок 1 – Выгоды от ГЧП

В условиях нехватки бюджетных средств, ограниченности инвестиционных ресурсов, кризисных явлениях в экономике в Беларуси в настоящее время идет активное обсуждение использования мирового опыта ГЧП. В связи с новизной и актуальностью внедрения механизмов ГЧП в нашей стране хотелось бы рассмотреть возможности ее применения в сфере здравоохранения Беларуси.

Здравоохранение в Беларуси является преимущественно отраслью деятельности государства, т.е. финансирование осуществляется в основном за счет средств государственного бюджета.

Возможности и эффективность использования механизмов ГЧП в каждом конкретном случае можно проследить, на наш взгляд, на основе анализа, проведенного в 5 этапов, что позволит выбрать модель ГЧП:

1. Подготовительный.

На данном этапе исследуется нормативно правовая база, а также анализируется международный опыт ГЧП в данной сфере.

Приведенная в 2012 году Европейским Банком Реконструкции и Развития оценка состояния законодательной базы в сферах ГЧП определила уровень подготовки законодательной базы, регулирующей механизмы ГЧП, как средний. Проблема Беларуси заключается в очень низком применении действующего законодательства в сфере ГЧП.

Что касается исследования международного опыта ГЧП в данной отрасли, то:

- В Германии с введением ГЧП количество частных и некоммерческих клиник растет высокими темпами, при этом ежегодно открываются только 2-3 государственные клиники.
- В Швеции с момента внедрения практики ГЧП продолжительность ожидания диагностики и лечения сократилась на 30%, стоимость скорой помощи сократилась на 10%.
- В Австралии количество обслуживаемых пациентов выросло на 30%, продолжительность ожидания лечения сократилась на 30%.

2. Оценка текущей ситуации состояния отрасли.

Рассмотрим основные проблемы в области здравоохранения Беларуси:

- Низкая средняя продолжительность жизни населения и возрастающая нагрузка на систему здравоохранения в связи с сокращением численности населения страны. Это выражено на рисунке 2.



Рисунок 2 – Нагрузка на сферу здравоохранения

- Недостаток финансирования данной сферы. Расходы на здравоохранение в Беларуси не превышают 5% от ВВП, в то время как в развитых странах этот показатель равен 7-9%.

Таблица 1 – Финансирование здравоохранения

Год	ВВП, млрд. руб.	Расходы на здравоохранение, млрд. руб.	Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %
2009	137442	6640	4,8
2010	164476	9183	5,6
2011	297158	10382	3,5
2012	527385	20696	3,9

- Низкое технико-эксплуатационное состояние большинства лечебных заведений, которые нуждаются в ремонте.
- Зарботная плата работников здравоохранения зачастую не достигает даже среднего уровня по стране.

Таблица 2 – Зарботная плата работников здравоохранения

Год	Номинальная начисленная среднемесячная заработная плата	
	по стране, бел.руб.	у работников здравоохранения, бел.руб.
2009	998018	796819
2010	1237409	961959
2011	1926944	1573784
2012	3740871	3008745

- Низкий уровень материально-технической базы здравоохранение: износ основных фондов и медицинского оборудования.
- Отсутствие современного оборудования и информационных технологий в медицинских учреждениях.

3. Анализ потенциальных возможностей и угроз ГЧП в области здравоохранения РБ.

Основные преимущества: новые рабочие места, самофинансирование, совершенствование нормативно-правовой базы, повышение доступности и улучшение качества медицинских услуг, сокращение сроков создания и модернизации объектов, снижение себестоимости оказания медицинских услуг, снижение нагрузки на органы власти за счет передачи части функций частному партнеру.

Недостатки: разница целей, плата за предоставление медицинских услуг, высокие риски для всех сторон, разница возможностей государства и частного сектора, дефицит знаний и опыта в сфере ГЧП.

4. Распределение ответственности.

Преимуществом моделей ГЧП является возможность минимизации возможных рисков с помощью их распределения между участниками. Так, в зависимости от сферы деятельности каждой стороны в проекте риски можно классифицировать следующим образом.

Риски, которые несет государство	Совместное несение рисков	Риски, которые несет частный бизнес
1. Все административно-политические риски 2. Риски правового обеспечения 3. Риск отсутствия межведомственной координации 4. Риск ненадлежащего выполнения условий соглашения со стороны бизнеса 5. Риск неразграниченности полномочий между уровнями власти 6. Риск государственного регулирования	1. Риски, возникающие в связи с протестами населения, международных и общественных организаций 2. Инфляционный риск 3. Риск изменения валютного курса 4. Коммерческий риск 5. Риск ограниченности возможностей выхода из проекта и возврата осуществленных инвестиций 6. Риск избыточного контроля 7. Форс-мажорные обстоятельства	1. Все проектно-строительные риски. 2. Риск возрастания сметной стоимости проекта 3. Риск рефинансирования 4. Риск изменения процентной ставки кредита 5. Риск повышения эксплуатационных затрат

5. Выбор подходящей модели ГЧП.

Выделяют следующие модели ГЧП.

Модель ГЧП	Собственность	Проектирование	Строительство	Управление	Финансирование
«проектирование/строительство»	государство	частный сектор	частный сектор	государство/ частный сектор	государство
«проектирование/ строительство/ управление»	государство	частный сектор	частный сектор	частный сектор	государство
«проектирование/строительство/ финансирование»	государство	частный сектор	частный сектор	государство	частный сектор
«проектирование/ строительство/ финансирование/ управление»	государство	частный сектор	частный сектор	частный сектор	частный сектор
«эксплуатация и техническое обслуживание»	государство	-	-	государство/ частный сектор	государство
долгосрочная аренда (лизинг)	государство	-	-	частный сектор	-
«аренда/развитие/управление»	государство	частный сектор	частный сектор	частный сектор	-

Рассматривая данную таблицу, необходимо обратить внимание на то, что сфера здравоохранения в нашей стране является областью деятельности государства и выделить такое достоинство нашей медицины, как ее бесплатный характер. В связи с этим нельзя здравоохранение отдавать полностью в собственность частному сектору, поскольку это значительно сократит доступность медицинских услуг, а также увеличит коррумпированность в данной сфере. Поэтому, наиболее целесообразным является использование моделей ГЧП, где управление и обслуживание объекта здравоохранения осуществляет частный партнер, но объект остается в собственности государства.

Для выбора проекта ГЧП, определяются группы критериев, а затем проводится их комплексный анализ. В качестве предварительной оценки эффективности проекта можно применять методику, используемую для расчета инвестиционной привлекательности, где нужно использовать такие показате-

ли, как потенциал и риски. Рассмотрим это на примере финансовой составляющей применительно к нашей отрасли. Если рассматривать потенциал, то это, прежде всего, финансовый, поскольку именно его берет за основу частный партнер при определении прибыльности и перспективности проекта.

Таблица 3 – Финансовый потенциал

Показатели финансового потенциала	Расчет	2009	2010	2011
		$P_{\phi} = I_{\text{рент}} + I_{\text{ном з/п}} + K_{\text{приб}} + K_{\text{ч з}} / 4$	0,361	0,464
Индекс рентабельности оказанных услуг	$I_{\text{рент}} = R_{\text{п}} / R_{\text{п-1}}$	0,789	1,163	0,796
Индекс номинальной заработной платы	$I_{\text{ном з/п}} = Z_{\text{п}} / Z_{\text{п-1}}$	1,13	1,24	1,156
Коэффициент прибыльности предприятий	$K_{\text{приб}} = \Pi_{\text{пр}} / Ч$	0,29	0,463	1,252
Коэффициент чистого экспорта	$K_{\text{ч з}} = ЧЭ / Ч$	-0,764	-1,01	-0,458

Что же касается риска, то здесь также оцениваются возможные потери для обеих сторон.

Таблица 4 – Финансовый риск

Показатели финансового риска	Расчет	2009	2010	2011
		$P_{\phi} = I_{\text{з д}} + I_{\text{з к}} + I_{\text{убпр}}$	0,925	0,747
Индекс просроченной дебиторской задолженности	$I_{\text{з д}} = Z_{\text{дп}} / Z_{\text{дп-1}}$	1,38	1,01	1,57
Индекс просроченной кредиторской задолженности	$I_{\text{з к}} = Z_{\text{кп}} / Z_{\text{кп-1}}$	1,16	1,02	1,66
Индекс убыточных предприятий	$I_{\text{убпр}} = Уб_{\text{прп}} / Уб_{\text{прп-1}}$	0,234	0,21	0,203

Далее аналогично показателю инвестиционной привлекательности воспользуемся формулой, выражающей связь между рискованной составляющей и потенциалом:

$$K = K_1(1 - K_2),$$

где K – показатель экономической эффективности, в долях единицы; K_1 – экономическая составляющая, в долях единицы; K_2 – рискованная составляющая, в долях единицы.

$$K_1 = (\text{ВВП}(1 - Д)(1 - Т) - У) / У,$$

где $Д$ – дефицит бюджета, в долях единицы; $Т$ – средняя ставка налогообложения; $У$ – объем инвестиций.

$$K_2 = \sum P_{ij} / \sum j_i,$$

где P_i – значение рискованного показателя; j_i – весовой коэффициент, определяемый исследователем в соответствии со значимостью соответствующего показателя.

Подставив полученные значения, получим коэффициенты, в соответствии с которыми определим экономическую целесообразность и эффективность данного проекта:

$K > 0,4$ - высокая эффективность;

$0,2 < K < 0,4$ – экономическая эффективность выше среднего;

$0,1 < K < 0,2$ - средняя привлекательность;

$0,05 < K < 0,1$ - инвестиционная привлекательность ниже среднего;

$K < 0,05$ - низкая инвестиционная привлекательность.

Стоит отметить, что при реальном определении эффективности того или иного проекта необходимо опираться на целую группу рисков и потенциалов. Таким образом, такой предварительный анализ и мировой опыт ГЧП в здравоохранении позволяет сделать вывод о положительном эффекте, который оказывает ГЧП на экономику и развитие социально значимых сфер, позволяя тем самым снизить бюджетную нагрузку и модернизировать сферу здравоохранения, решить кадровые вопросы и перевести учреждения здравоохранения на самофинансирование. Однако в РБ этот процесс реализовать не так просто, в связи с множественными пробелами в нормативно-правовой базе ГЧП, отсутствием опыта, а также платностью медицинских услуг при внедрении механизмов ГЧП.

Список цитированных источников:

1. <http://belstat.gov.by>
2. <http://media.miu.by>
3. Рожкова С.А. Использование мирового опыта государственно-частного партнерства в России // ЭКО. – 2008. – №2.