

### Секция «3. Современные реалии мировой экономики»

#### Модернизация предоставления гуманитарных услуг в современном российском обществе (на примере здравоохранения)

*Гущина Мария Геннадьевна*

*Студент*

*Финансовый университет при Правительстве РФ, финансово-экономический факультет, Москва, Россия*

*E-mail: mashenka-gushhina@yandex.ru*

*Научный руководитель*

*д. э. н., профессор Дрогобыцкая Клавдия Степановна*

Термин «гуманитарные услуги» стал в последние годы популярен. К гуманитарным услугам современного общества относятся медицинские услуги, услуги образования, благотворительность, консультации, услуги для престарелых, уход за умственно отсталыми, услуги семьям, уход за детьми, услуги для людей с физическими и умственными недостатками, профессиональная реабилитация и т. п.

Услуги, предназначенные для защиты или восстановления благополучия граждан, обычно дополняют помощь семьи и рыночные механизмы их предоставления. Как универсальные услуги, так и услуги для отдельных групп с различными потребностями попадают в число гуманитарных услуг.

Обычно термины «гуманитарные услуги», «социальные услуги» и «гуманитарные ресурсы» используются как взаимозаменяемые.

Актуальность модернизации гуманитарного направления сервисного обслуживания обуславливается общим кризисным состоянием гуманитаристики в нашей стране. Основанием этого кризиса является несоответствие качества, предоставляемых услуг с уровнем запросов, предъявляемых государством и обществом.

Необходимость совершенствования механизма предоставления гуманитарных услуг в Российской Федерации яснее всего рассмотреть на примере здравоохранения. Именно в данной сфере перед государством наиболее остро стоит вопрос прогнозирования затрат на услуги, их количества и качества. Поэтому я предлагаю остановиться на детальном рассмотрении проблематики сферы здравоохранения.

Одной из основных проблем в данном вопросе является возможность прогнозирования необходимого объема услуг. В условиях рыночных отношений прогнозирование становится одним из решающих научных факторов формирования стратегии и тактики социального развития. Обосновать стратегию и тактику развития социальной сферы невозможно без прогнозирования ее динамики.

Прогнозирование социальной сферы предусматривает разработку прогнозов и включает следующие этапы: определение цели и задач социального развития, формирование исследуемого объекта согласно поставленной задаче; выявление факторов, влияющих на развитие социальной сферы, выяснение их подчиненности, иерархичности и взаимосвязи; сбор и обработка информации об объекте; разработка методики, формализованное представление и обработка информации, выбор модели описания исследуемого объекта, разработка алгоритма и прогнозных показателей, оценка их точности. Возникает необходимость использования количественных характеристик при определении

результатов реализации прогноза. Подготовленный прогноз является основой для разработки плана, который определяет конкретную цель и предусматривает детальный состав мероприятий по развитию исследуемого объекта.

Прогнозирование и планирование социального развития осуществляется в тесной увязке с реализацией принципов программно-целевого подхода. В настоящее время в здравоохранении используется два основных механизма реализации программно-целевого подхода: через Национальную программу государственных гарантий и через федеральные целевые программы.

Наиболее полно сформулированы требования по оказанию населению медицинских услуг в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Программа государственных гарантий является основой программно-целевого управления отраслью, а ее показатели отражают конечный результат деятельности медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом, что необходимо в условиях бюджетирования, ориентированного на конечный результат – повышение доступности и качества медицинской помощи населению, эффективного использования государственных ресурсов в здравоохранении. В ходе реализации данного механизма согласованный с заинтересованными организациями проект программы с пояснительной запиской, бизнес-планом и социально-экономическими и технико-экономическими обоснованиями и другими необходимыми материалами направлялся в Минэкономики России и Минфин России. Государственная комплексная экспертиза проектов крупных программ и концепций решения программных проблем осуществлялась Экспертным советом при Правительстве Российской Федерации. В ходе экспертизы устанавливалось соответствие указанных проектов интересам Российской Федерации, достаточность системы программных мероприятий для эффективного решения приоритетных задач социально-экономической политики. Проект целевой программы оценивался по следующим критериям:

- приоритетность проблемы, предлагаемой для программного решения;
- обоснованность, комплексность и экологическая безопасность программных мероприятий, сроки их реализации;
- привлечение внебюджетных средств, средств бюджетов субъектов Российской Федерации для реализации программы в увязке с возможностями ее государственной поддержки за счет средств федерального бюджета;
- эффективность механизма осуществления программы;
- социально-экономическая эффективность программы в целом, ожидаемые конечные результаты реализации программы и ее влияние на структурную перестройку экономики России.

В итоге подготавливалось заключение по проектам целевой программы и предварительной бюджетной заявки.

Согласно статистическим данным плановые показатели финансирования программ были недооценены, вследствие чего использовались дополнительные внебюджетные источники, составляющие, например, в 2001-2002 годах около 44% от общего объема средств направленных на реализацию программ в сфере здравоохранения. Если обратиться к более новым статистическим данным (приложение 1: таблица 1 и таблица 2), то они свидетельствуют о том, что показатели нормативов по финансовому обеспечению не выполняются. Поэтому можно утверждать, что государственное регулирование

социального развития осуществляется не в полной мере.

С другой стороны, согласно официальному сайту Федеральной службы государственной статистики, расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение в 2010 г. составили 3.7% к ВВП, тогда как в развитых странах еще в 2009 г. они составляли в около 8%. Таким образом, инвестиции в данную сферу просто необходимы.

В конце прошлого века национальные системы здравоохранения большинства развитых зарубежных стран повсеместно сталкивались с проблемой поступательного роста расходов на медицинскую помощь в результате разработок новых эффективных медицинских технологий и роста спроса населения на передовые медицинские услуги. Поэтому правительства экономически развитых стран стали принимать все большее участие в регулировании, финансировании и предоставлении медицинского обслуживания. При этом большинство из них несли ответственность за достижение положительных результатов в здравоохранении своих стран, поскольку основная тяжесть оплаты медицинского страхования ложилась на государственные резервы и фонды. В этом отношении важная роль стала отводиться привлечению частного сектора оказания медицинских услуг к совместной работе с государственной системой здравоохранения.

За рубежом институт частной медицинской практики имеет длительную историю и обширный положительный и отрицательный опыт. К положительным аспектам частного сектора в здравоохранении всегда относили эффективность и высокое качество медицинской помощи, ориентацию на потребителя медицинских услуг, повышение личной заинтересованности врача в высоком качестве своей профессиональной работы. Основными отрицательными аспектами частной медицинской практики считалось, выраженная ориентация на получение прибыли от предоставления медицинских услуг, агрессивное поощрение искусственно повышенного потребления дорогостоящих и необязательных видов медицинской помощи и лекарственных препаратов, откровенный отбор «финансово выгодных» и отказ от таких «экономически невыгодных» пациентов, как малоимущие, пожилые, инвалиды, хронические больные. Тем самым закладывались основы для социального неравенства в области здравоохранения, что нарушало и до сих пор нарушает принцип общедоступности медицинской помощи, ведет к пренебрежению профилактикой и реабилитацией как видами деятельности, не приносящими дохода. Кроме того, существенно ослаблялась и заинтересованность в активном участии в программах государственного здравоохранения.

Увеличивающийся разрыв между необходимым ростом расходов на здравоохранение и возможностями государства финансировать его на приемлемом уровне представляется одной из основных проблем здравоохранения. В связи с недостаточностью государственного финансирования в сфере здравоохранения остро встает проблема восполнения этого дефицита.

Решением для данной проблемы может стать механизм ГЧП. Государственное частное партнерство может стать инструментом как привлечения дополнительных инвестиций, так и совершенствования прогнозов.

Актуальность проблем здравоохранения неоспорима, однако должного внимания они не получают. Рассмотрим инфраструктурные проекты Сибирского федерального округа. Для этого обратимся к данным, представленным в таблице 1 и таблице 2.

*Таблица 1.*

*Лидирующие сектора по количеству реализуемых инфраструктурных*

*проектов СФО (2008-2010 гг.)*[1]

**Сектор**

**Количество проектов**

Транспорт

**45**

ЖКХ

**28**

Энергетика

**28**

Комплексное развитие территории

**28**

Здравоохранение

**24**

Всего 16% от общего числа реализуемых проектов (153 проекта за 2008-2010 гг.) было направлено на решение проблем в здравоохранении.

В целом здравоохранение Сибирского федерального округа представлено: 1847 больничными учреждениями на 234,6 тыс. единиц больничных коек, 3644 врачебными амбулаторно-поликлиническими учреждениями мощностью 507,6 тыс. посещений в смену, 96,3 тыс. человек врачей всех специальностей и 218,1 тыс. человек среднего медперсонала.

Перед регионом стоит острая проблема обеспечения населения гарантированной бесплатной медицинской помощью. Это обусловлено рядом региональных особенностей Сибирского федерального округа.

В первую очередь, к ним относятся - большая территориальная протяженность и разветвленное административное деление округа, низкая плотность населения, неравномерность размещения и удаленность населенных пунктов друг от друга, неразвитость транспортной инфраструктуры, высокая заболеваемость населения всех возрастных категорий, а также обширная сеть лечебно-профилактических учреждений, в том числе и маломощных.

Кроме того, во всех регионах Сибирского федерального округа остро стоит проблема обеспеченности медицинскими кадрами и дефицита средств на финансирование бесплатной медицинской помощи.

В связи с этим возникает вопрос, почему количество проектов в сфере здравоохранения в данной области так мало. Возможной причиной этой проблемы можно назвать дефицит бюджетных средств. Однако органы государственной власти и муниципального управления не спешат использовать на практике государственно-частное партнерство, как возможно эффективное решение сложившихся в округе проблем.

Из трех основных сегментов в рамках ГЧП в России по-прежнему доминирует транспортная сфера, а проекты, связанные со здравоохранением, лишь набирают обороты. Все это говорит о недооценке потенциала использования механизмов ГЧП в этой области, о слаборазвитой законодательной базе сферы здравоохранения, необходимости анализа зарубежного опыта в этой области.

Таким образом, выдвинутое предложение об использовании проектов ГЧП в сфере гуманитарных услуг позволит усовершенствовать механизмы прогнозирования и регулирования снизу, с помощью использования бизнес-планов частного сектора. (Приложение 2).

**Приложение 1.**

**Таблица 1.**

Условия оказания медицинской помощи

Единица измерения

Норматив по РФ на 2010 г

Фактически выполнено в

2008

2009

2010

1. Скорая медицинская помощь

вызов

0,318

0,343

0,344

0,336

2. Амбулаторная медицинская помощь

посещение

9,500

9,126

9,314

9,312

3. Стационарная медицинская помощь

койко-день

2,780

2,878

2,828

2,733

4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов

пациенто-день

0,590

0,496

0,509

0,523

**Таблица 2.**

Условия оказания медицинской помощи

Норматив по РФ в 2010 г.

2009 год

2010 год

Фактический показатель

Приведенный показатель

Фактический показатель

Приведенный показатель

1. Скорая медицинская помощь

1710,1

1280,9

- 1070,1
- 1354,6
- 1131,7
- 2.Амбулаторная медицинская помощь
- 218,1
- 204,1
- 170,5
- 221,5
- 185,0
- 3.Стационарная медицинская помощь
- 1380,6
- 1254,3
- 1047,9
- 1368,1
- 1142,9
- 4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов
- 478,0
- 323,5
- 270,2
- 346,6
- 289,6

**Приложение 2.**

[1] Центр развития ГЧП. <http://www.pppcenter.ru/>

**Иллюстрации**

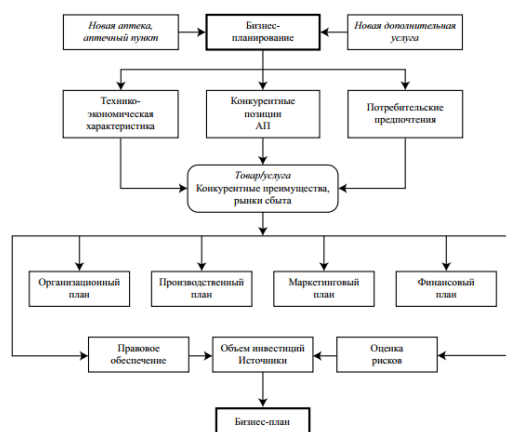


Рис. 1: Приложение 2