

На правах рукописи

МАШЕНЦЕВА Надежда Георгиевна

**ИНСТРУМЕНТАРИЙ СОГЛАСОВАНИЯ
ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИНТЕРЕСОВ
В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕГМЕНТЕ
СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ**

Специальность 08.00.01 – Экономическая теория

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Тамбов 2015

Работа выполнена на кафедре политической экономии и мирового глобального хозяйства ФГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина»

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
СТЕПИЧЕВА Ольга Александровна

Официальные оппоненты: **ХАДИУЛЛИНА Гульнара Насимовна**
доктор экономических наук, профессор,
профессор кафедры экономического права
ФГБОУ ВПО «Казанский национальный
исследовательский технический университет
им. А.Н. Туполева-КАИ» (г. Казань)

ХАРИТОНОВА Елена Владимировна
кандидат экономических наук, доцент,
научный консультант Тамбовской региональ-
ной общественной организации «Тамбовское
медицинское общество» (г. Тамбов)

Ведущая организация: **ФГБОУ ВПО «Липецкий государственный
технический университет» (г. Липецк)**

Защита состоится 29 мая 2015 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.261.01 при ФГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина» по адресу: г. Тамбов, ул. Советская, 6, зал заседаний диссертационного совета.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в научной библиотеке, а также на официальном сайте ФГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина» <http://www.tsutmb.ru>.

Автореферат разослан «___» апреля 2015 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор экономических наук,
профессор



Е.А. Колесниченко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Социальная сфера как совокупность отраслей, связанных с предоставлением услуг в области здравоохранения, физической культуры, образования, культуры и искусства, выполняет не только функцию обеспечения необходимой для нормального функционирования экономики социальной стабильности, но и формирования человеческого капитала, который в современных условиях ускорения научно-технического прогресса выступает ведущим фактором производства. Единство указанных функций обуславливает приоритет развития социальной сферы в современной экономике.

С 2000-х гг. в России наметился вектор развития социальной сферы в сторону ее коммерциализации, которая сопровождалась ухудшением демографических показателей, показателей общественного здоровья, образовательного уровня общества. Итогом реформ социальной сферы стало падение уровня и качества жизни российского общества.

Данная тенденция коснулась и такой важной отрасли социальной сферы как здравоохранение, что проявляется не только в развитии коммерческого сегмента, но и коммерциализации государственного сегмента. В структуре совокупного человеческого капитала здоровье является витальной основой его производительности. Несмотря на то, что за последние два года наблюдается естественный прирост населения, его явно недостаточно, чтобы нивелировать негативные демографические процессы, которые произошли в постсоветской России. С 1991 г. по настоящее время (до присоединения Крыма) было потеряно около 5 млн чел. В этой связи огромное значение по сдерживанию негативных демографических процессов играет здравоохранение, что предполагает доступность и качество оказания медицинских услуг. Впервые в истории страны мы теряем 500 тыс. человек, которые умирают потому, что им не была оказана медицинская помощь. Из них львиная доля за ней даже не обращалась¹.

¹ Зачем Минздрав запрещает долго жить?: круглый стол «АиФ» // Аргументы и факты. 2006. № 22.

На сегодняшний момент развитие в России сферы здравоохранения предполагает, прежде всего, наличие конкурентного рынка медицинских услуг. При этом необходимо учитывать, что рост общественного благосостояния в социальной сфере обусловлен тем, как и в чьих интересах она функционирует. В силу самой природы медицинских услуг как квазиобщественного блага, их качество и общедоступность предполагает институционализацию сложного, с организационной точки зрения механизма согласования экономических интересов.

Таким образом, переход на рыночные условия хозяйствования российской экономики, которые затронули и социальную сферу, необходимость выработки рекомендаций по совершенствованию механизма реализации и согласования экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения, обусловил выбор темы диссертационной работы и исследуемый в ней спектр экономических проблем.

Степень разработанности проблемы. Вопросы, посвященные различным аспектам теории интересов и функционального назначения социальной сферы в хозяйственной системе страны, всегда пользовались в среде ученых различных направлений науки особым вниманием. Теоретический фундамент данной проблематики заложили такие классики мировой науки, как А. Смит, Д. Рикардо, Дж. Милль, К. Маркс, Ф. Энгельс, Дж. М. Кейнс, Й. Шумпетер, А. Сен и др.

Особый вклад в разработку отдельных проблем теории интересов (Л.И. Абалкин, А.М. Бабич, Л.С. Бляхман, Г.Н. Гредин, Р.И. Капелюшников, В.В. Куликов, Д.С. Львов, В.В. Радаев, А.В. Тарасова, Т.В. Чечелева, В.М. Юрьева и др.) и функционирования социальной сферы (Г.А. Ахинов, Н.И. Воейкова, Ю.В. Вертакова, Т.И. Заславская, Т.М. Малева, Л.Н. Овчарова, Л.С. Ржаницына, Н.М. Римашевская, А.Д. Урсул, Л.И. Якобсон и др.) внесли отечественные ученые. Изучению экономических отношений в сфере здравоохранения посвящены работы В.И. Герчикова, Р.М. Зельковича, А.И. Клевасова, Ю.М. Комарова, Т.Н. Макаровой, О.В. Пушкарева, О.В. Стрельченко, В.В. Уйба, Т.А. Федоровой, В.М. Чернышева, О.П. Щепина и ряд других.

Между тем целый ряд актуальных аспектов теории интересов применительно к социальной сфере не получил должного отраже-

ния в научных исследованиях, некоторая часть проблем по-прежнему носит остро дискуссионный характер. В частности, практически не рассмотрены в экономической литературе специфика экономических интересов в сфере здравоохранения, особенности модели реализации экономических интересов, а также механизм их согласования в государственном сегменте.

Таким образом, актуальность постановки проблемы и ее недостаточная разработанность обусловили цель и задачи диссертационной работы.

Целью диссертационного исследования является обоснование теоретических положений по согласованию экономических интересов субъектов в государственном сегменте сферы здравоохранения современной России и разработка соответствующего инструментария их реализации.

В соответствии с поставленной целью решались следующие **задачи**:

1) выявить сущность и проявления институциональных разрывов в целеполагании субъектов экономических отношений в сфере здравоохранения;

2) исследовать действующую модель взаимодействия экономических интересов субъектов экономических отношений в сфере здравоохранения в условиях современной России и дать ее характеристику;

3) выявить основные детерминанты, обуславливающие противоречия экономических интересов в сфере здравоохранении России;

4) разработать механизм согласования экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения;

5) разработать направления и инструментарий согласования экономических интересов субъектов отношений государственного сегмента сферы здравоохранения.

Объектом исследования являются экономические интересы субъектов отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения.

Предметом исследования является совокупность экономических отношений, возникающих в процессе формирования, согласования и реализации экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения РФ.

Теоретической и методологической базой диссертационной работы послужили фундаментальные положения экономической теории, концепции богатства и благосостояния, теории экономических интересов, концепции человеческого капитала и общественного здоровья, общей теории управления социально-экономическими системами, представленные в классических и современных работах отечественных и зарубежных ученых, монографии, научные статьи в периодических изданиях по исследуемой проблеме, материалы научно-практических и научных конференций.

Исследование проблемы гармонизации экономических интересов в сфере здравоохранения основывается на диалектическом подходе к воспроизводству общественного здоровья. Также в процессе исследования использовались системный и институциональный подход, общенаучные методы и приемы: абстрактно-логический, аксиоматический метод, метод структурно-функционального анализа, индукция и дедукция, анализ и синтез, методы сравнения, группировки, обобщения, построения классификаций.

Информационной базой исследования, отражающей достоверность выводов и практических рекомендаций, являются данные Федеральной службы государственной статистики РФ, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, экспертные оценки, аналитические материалы и статистические данные ООН, а также материалы монографических исследований и периодической печати, в том числе размещенные в сети Интернет.

Содержание диссертационной работы соответствует пункту 1. Общая экономическая теория (1.1 Политическая экономия: экономические интересы).

Научная новизна исследования заключается в разработке рекомендаций по согласованию экономических интересов субъектов экономических отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения и формировании вектора целей, обеспечивающих благоприятный режим развития данной сферы на основе расширенного воспроизводства общественного здоровья.

1. На основе построения матрицы целей взаимодействия экономических интересов субъектов отношений в сфере здравоохранения выявлено существование институциональных разрывов, представляющих собой целеполагание на основе не взаимодейст-

вия, а подчинения экономических интересов одних субъектов другим, ведущее к нарушению иерархии интересов в рамках общего вектора целей общества (что проявляется в стремлении к максимизации дохода медицинскими организациями, с одной стороны, и оказании качественных услуг в условиях производности спроса от предложения и информационной асимметрии, с другой стороны; в стремлении государства к развитию конкурентной среды на рынке медицинских услуг и обеспечению оказания медицинских услуг на принципах безвозмездности и др.). Данное понятие – институциональные разрывы в целеполагании – позволяет раскрыть специфику реализации экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения России на современном этапе.

2. Даны характеристики действующей модели взаимодействия экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения и определено, что институциональные разрывы в данной сфере приводят к подчинению общественных интересов частным (теневизации экономических отношений в сфере здравоохранения, коммерциализации сферы здравоохранения, не соответствующей уровню жизни населения, созданию финансовых барьеров и формированию неравенства возможностей различных социальных групп, регионов, города и села в получении медицинской помощи) и нацеленности отечественной системы здравоохранения на достижение краткосрочного экономического эффекта (в рамках отрасли и бюджета), но отрицательного социального и долгосрочного экономического эффекта (с точки зрения снижения уровня общественного здоровья как компонента общественного богатства).

3. Выделены детерминанты рассогласованности во взаимодействии экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения: низкий уровень государственного финансирования сферы здравоохранения и эффективности отдачи от инвестиций в общественное здоровье; дифференциация населения, обусловленная региональной, территориальной, отраслевой спецификой, носящей девиантный характер; несбалансированность административных и рыночных рычагов управления; низкий уровень социальной защиты, которые выступают теоретической основой разработки рекомендаций по преодолению институциональных

разрывов в целеполагании субъектов экономических отношений в сфере российского здравоохранения.

4. Разработана нормативная модель согласования экономических интересов субъектов государственного сегмента на основе вектора целей управления системой здравоохранения, представляющего собой иерархически упорядоченное множество частных целей управления (воспроизводство общественного здоровья; организация и обеспечение медицинского обслуживания населения; рост эффективности медицинских организаций; оптимизация бюджетных расходов), реализуемая посредством подчинения частных интересов общественным и преодоления институциональных разрывов в целеполагании субъектов экономических отношений.

5. Разработан комплексный инструментарий по преодолению институциональных разрывов в целеполагании субъектов экономических отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения, систематизированный по функциональному (формирование «смешанной»), частно-корпоративной структуры финансового обеспечения на основе страховых принципов при государственном обеспечении сложных и дорогостоящих методов лечения) и институциональному (формирование высококонкурентной среды на рынке медицинских услуг и совершенствование институтов государственного планирования) направлениям государственной политики.

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования состоит в уточнении модели взаимодействия экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения, что позволяет в дальнейшем исследовать специфику согласования экономических интересов в социальной сфере экономики на основе понятия «институциональный разрыв в целеполагании».

Практическая значимость представленных к защите положений диссертации заключается в предлагаемых мерах, направленных на согласование экономических интересов в социальной сфере как необходимого условия результативности государственной политики в социальной сфере:

- модель согласования экономических интересов субъектов отношений на основе реализации вектора целей управления системой здравоохранения применима в качестве концептуальной основы стратегии развития сферы здравоохранения в современной России;
- комплексный инструментарий по преодолению институциональных разрывов в целеполагании субъектов экономических

отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения применим в процессе разработки и реализации программных документов, соответствующих области диссертационного исследования на федеральном и региональном уровнях власти.

Апробация результатов исследования. Основные научные положения диссертационного исследования, рекомендации и выводы докладывались на конференциях различного уровня и были опубликованы. Теоретические положения исследования использовались при разработке и преподавании курсов «Экономическая теория», «Институциональная экономика», «Государственное регулирование национальной экономики» в ФГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», а также в практической деятельности медицинских организаций г. Тамбова.

Публикации по теме диссертации. Основные результаты исследования отражены в 9 работах общим объемом 5,2 п.л. (авт. объем – 4,9 п.л.), в том числе в 4 публикациях в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки РФ, общим объемом 2,4 п.л. (авт. – 2,1 п.л.).

Структура и объем диссертационной работы были определены в соответствии с необходимостью решения поставленных задач. В основу работы был положен проблемно-тематический принцип, ее структура имеет следующий вид:

Глава I. Теоретико-методологические основы исследования экономических интересов в сфере здравоохранения

1.1. Понятие и содержание природы экономических интересов

1.2. Специфика проявления экономических интересов в здравоохранении

Глава II. Реализация экономических интересов в сфере здравоохранения в современной России

2.1 Модели реализации экономических интересов в сфере здравоохранения

2.2 Детерминанты противоречий экономических интересов в здравоохранении РФ

Глава III. Ключевые направления согласования экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения

3.1 Механизм согласования экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения

3.2 Меры, направленные на согласование экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения

II. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Во-первых, на основе построения матрицы целей взаимодействия экономических интересов субъектов здравоохранения выявлена специфика экономических интересов в данной сфере.

Экономический интерес подразумевает под собой персонифицированную, функциональную форму выражения экономических отношений, складывающихся по поводу удовлетворения тех или иных потребностей. В каждой взаимосвязи субъект занимает свое место и выполняет свою функцию, которые определяются его интересами. Вместе с тем здравоохранение как отрасль социальной сферы имеет свои особенности, что проявляется в специфике и иерархии экономических интересов ее субъектов. В этой связи стоит отметить, что здравоохранение является отраслью, производящей медицинские услуги, которые являются квазиобщественными благами, то есть предполагают не только индивидуальное потребление, но и исключительное социальное значение, интегрированное в понятие «общественное здоровье». Соответственно медицинские услуги, с одной стороны, подвержены действию механизма рыночной координации, а с другой стороны – механизма государственного управления, так что двойственная природа благ, связанных с медициной, порождает противоречия в интересах субъектов экономических отношений в сфере здравоохранения. На основе построения матрицы (табл. 1) целей взаимодействия экономических интересов субъектов здравоохранения установлено, что данные противоречия выразились в форме институциональных разрывов.

Под институциональным разрывом понимается целеполагание субъектов хозяйствования на основе не взаимодействия, а подчинения экономических интересов одних субъектов другим, ведущее к нарушению иерархии целей в рамках общего вектора целей общества (возрастание общественного богатства).

К ним относятся: стремление к максимизации дохода и оказание качественных услуг в условиях рынка продавца и информационной асимметрии, стремление государства к развитию конкурентной среды на рынке медицинских услуг и обеспечение оказания медицинских услуг на принципах безвозмездности. Данные проявления институциональных разрывов отражают специфику экономических интересов в сфере здравоохранения.

Таблица 1

Матрица целей взаимодействия экономических интересов субъектов отношений в сфере здравоохранения

Субъекты здравоохранения	Государство и муниципалитеты	Государственные Медицинские организации	Частные Медицинские организации	Страховые организации и фонды ОМС	Население
<i>Государство и муниципалитеты</i>	-	обеспечение экономически неактивного населения мед. услугами на принципах равнодоступности и экстерриториальности	создание конкурентной среды на рынке мед. услуг	1) выравнивание условий обеспечения мед. услугами населения различных по экономическому развитию регионов; 2) инвестирование системы здравоохранения; 3) формирование ответственности в системе здравоохранения за качество оказания мед. услуг	удовлетворение потребностей населения в качественных и доступных мед. услугах
<i>Государственные и муниципальные мед. организации</i>	соблюдение законодательства и нормативов в сфере здравоохранения	-	максимизация дохода посредством оказания услуг в условиях конкурентной борьбы	получение финансирования через систему страхования от государства и местного самоуправления, работодателей, работника, граждан в виде целевых отчислений и добровольных взносов	удовлетворение потребностей населения качественными и доступными мед. услугами
<i>Частные мед. организации</i>	соблюдение законодательства и нормативов в сфере здравоохранения	максимизация дохода посредством оказания услуг в условиях конкурентной борьбы	-	получение финансирования через систему страхования от государства и местного самоуправления, работодателей, работника, граждан в виде целевых отчислений и добровольных взносов	удовлетворение потребностей населения качественными и доступными мед. услугами
<i>Страховые организации и фонды ОМС</i>	получение финансирования из фондов ОМС на оказание медицинских услуг неработающим гражданам	1) финансирование через фонды ОМС оказания мед. услуг населению 2) финансирование через страховые организации оказания медицинских услуг гражданам участвующим в ДМС	1) финансирование через фонды ОМС оказания медицинских услуг населению 2) финансирование через страховые организации оказания мед. услуг гражданам участвующим в ДМС	-	1) получение финансирования фондами ОМС в виде целевых взносов от работников и работодателей 2) получение финансирования страховыми организациями в форме прямой оплаты от населения и иных источников (благотвор. фондов, средств работодателей, пожертвований)
<i>Население</i>	обеспечение государством, как регулятором экономических отношений, оказания мед. услуг на принципах равнодоступности и экстерриториальности	частное и общественное потребление мед. услуг	частное и общественное потребление мед. услуг.	возмещение ущерба за ненадлежащее исполнение мед. услуг	-

С функциональной точки зрения государственный сегмент сферы здравоохранения представляет собой совокупность организаций, деятельность которых направлена на обеспечение доступной медпомощи, т.е. несёт в себе строго социальную функцию, реализация которой, помимо основной деятельности, тем ни менее, не исключает предпринимательской деятельности. С институциональной точки зрения данная функция реализуется на основе государственной собственности на активы медицинских организаций.

Теоретический анализ институциональных разрывов в сфере здравоохранения позволяет утверждать их обусловленность самой квазиобщественной природой медицинских благ, что предполагает необходимость целенаправленного управляющего воздействия на отношения субъектов сферы здравоохранения с целью согласования их интересов.

Во-вторых, даны характеристики действующей модели взаимодействия экономических интересов в сфере здравоохранения и определено, что институциональные разрывы в данной сфере приводят к подчинению общественных интересов частным.

Для каждого субъекта экономических отношений в сфере здравоохранения характерна особая система экономических потребностей, свойственных только лишь ему. При этом реализация экономических интересов каждого субъекта предполагает их взаимодействие, которое возможно в трех формах: взаимовыгодность, подчинение и игнорирование.

Реализация взаимодействия экономических интересов в форме взаимовыгодности предполагает получение выгоды от взаимодействия всех участвующих сторон, подчинение – только лишь в пользу одной из сторон. Безусловно, данные формы реализации экономических интересов субъектов отношений в сфере здравоохранения при взаимодействии используются в основном не столько в чистом виде, сколько в их определенном сочетании.

Однако для сферы здравоохранения России характерно подчинение общественных интересов частным, о чем свидетельствует теневизация экономических отношений в данной сфере; коммерциализация сферы здравоохранения, не соответствующая уровню жизни населения; создание финансовых барьеров и формирование неравенства возможностей различных социальных групп, регионов, города и села в получении медицинской помощи.

В этой связи можно говорить о том, что действующая модель взаимодействия экономических интересов субъектов в сфере здравоохранения в России характеризуется фундаментальным противоречием между частными и общественными интересами, что проявляется в направленности отечественной сис-

темы здравоохранения на достижение краткосрочного экономического эффекта (оптимизация бюджетных расходов) (рис. 1.).

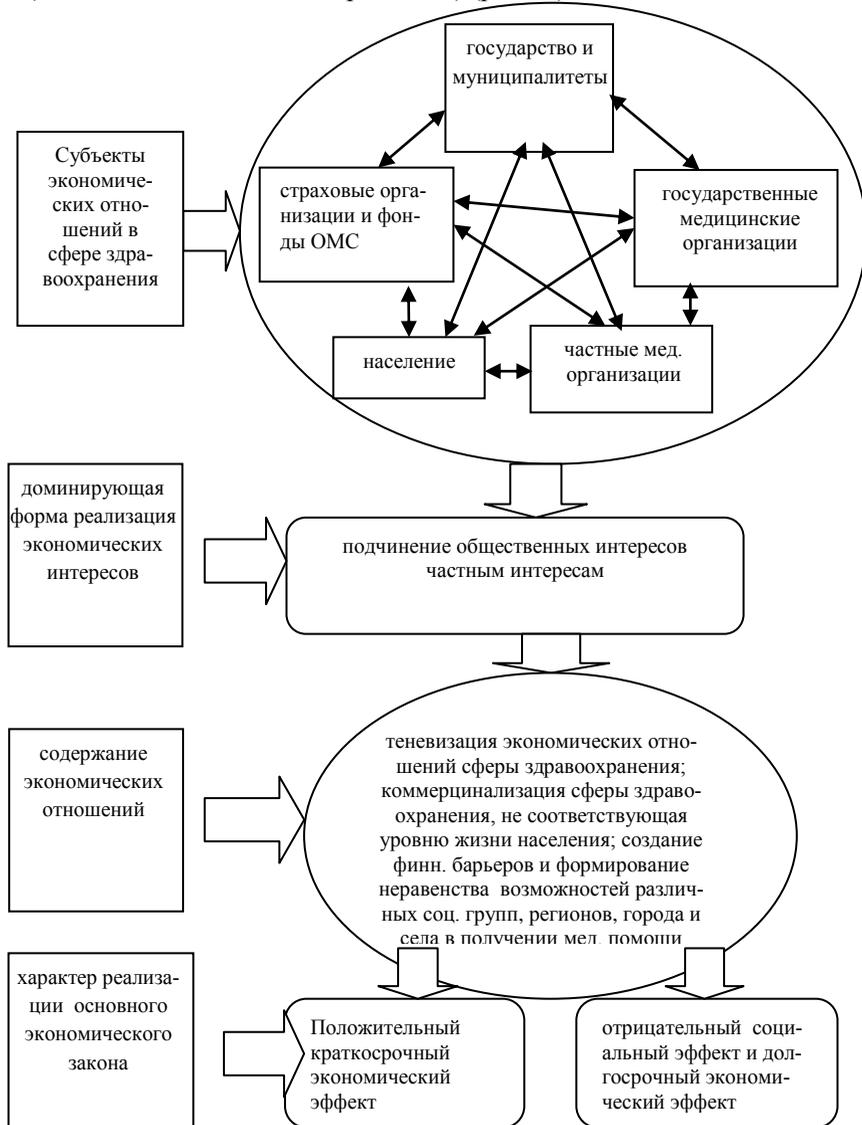


Рис. 1. Deskриптивная модель взаимодействия экономических интересов в сфере здравоохранения в России на современном этапе

В тоже время система отечественного здравоохранения показывает свою неспособность к достижению социального эффекта (ожидаемая продолжительность жизни, показатели рождаемости и смертности населения и т.д.) и долгосрочного экономического эффекта (расширенное воспроизводство общественного здоровья на основе предоставления качественных медицинских услуг при высоком платежеспособном спросе на них, а также наличие определенных базовых медицинских услуг, соответствующих достаточно высокому качеству и предоставляющиеся на безвозмездной основе).

Иными словами, можно констатировать, что на основе действующей концептуальной модели отечественного здравоохранения невозможно сконструировать механизм принятия решений, обеспечивающий динамичное равновесие социальной системы, то есть достижения такого состояния системы, которое ведет к расширенному воспроизводству общественного здоровья (внешняя целевая функция системы) и оптимизации доходов и расходов (внутренняя целевая функция системы).

Таким образом, в настоящее время, несмотря на свою институциональную предрасположенность к выполнению социальных функций, государственный сегмент сферы здравоохранения сталкивается с кризисом целеполагания.

В-третьих, выделены детерминанты противоречий во взаимодействии экономических интересов в сфере здравоохранения.

В настоящее время состояние российского здравоохранения можно охарактеризовать как кризисное. Об этом, в частности, свидетельствуют ухудшение общественного здоровья, негативные демографические показатели, обострением проблем доступности и качества медицинской помощи. Так, по показателю здоровья населения Россия, согласно статистическим данным, занимает 127-ое место в мире.

Увеличение численности населения за 2014 г. сложилось в большей степени за счет миграционного (89,9 % от общего прироста населения), а не естественного прироста. Стоит также отметить, что по официальным данным было зафиксировано 10% случаев оказания помощи ненадлежащего качества, 11% случаев неверно поставленного диагноза.

Данные негативные процессы связываются с низким уровнем финансирования здравоохранения, которое значительно уступает развитым странам. Если в целом в РФ расходы на здравоохранение составляют 3,7% от ВВП, то в развитых европейских странах – 7-8% от ВВП и выше. Кроме того, по данным ВОЗ, в нашей стране до 90% средств, выделяемых из национального

бюджета на здравоохранение, растрачиваются впустую (в развитых странах 40-50%).

Реформирование экономики постсоветской России сопровождалось формированием общества, состоящего из богатых и бедных. Безусловно, процесс дифференциации населения и низкий уровень социальной защиты затрагивают интересы всех слоев общества, ведут к изменению баланса этих интересов. В результате либеральных преобразований экономики баланс интересов нарушился, что стало барьером для социально-экономического развития страны. О масштабах дифференциации населения и уровне социальной защиты сегодня можно судить по следующим социально-экономическим показателям (табл. 2.)

Таблица 2

Социально-экономические показатели развития России

Показатель	2013 г.
коэффициент фондов (коэффициент дифференциации доходов) в разгах	16,2
коэффициент Джинни (индекс концентрации доходов)	0,418
численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (в процентах от общей численности населения)	11,0
удельный вес заработной платы и социальных выплат в структуре денежных доходов, в процентах	84,4
отношение среднемесячной заработной платы и выплат социального характера к величине прожиточного минимума трудоспособного населения, в процентах	387
разница между минимальными и максимальными значениями среднемесячной номинальной начисленной заработной платы работников организаций по видам экономической деятельности	4,9
разница между минимальными и максимальными значениями среднедушевых доходов субъектов РФ, в разгах	5,86

Значительная дифференциация и низкий уровень социальной защиты населения обуславливает низкий уровень жизни основной части населения. В сфере здравоохранения это выразилось в дисбалансах в интересах субъектов экономических отношений. В частности, низкий уровень жизни основной части населения обуславливает, с одной стороны, низкий уровень платежеспособного спроса на медицинские услуги, ограничивая тем самым развитие частной медицины, а, с другой стороны, низкий уровень требований к качеству медицинских услуг в связи с дефицитом базовых медицинских услуг,

оказываемых на безвозмездной основе. Соответственно, значительная дифференциация населения, обусловленная региональной, территориальной, отраслевой спецификой и крайне низкий уровень социальной защиты не позволяют сформировать конкурентную среду в сфере здравоохранения, несмотря на ее коммерциализацию и переход на одноканальное финансирование. Кроме того, следует отметить несбалансированность административных и рыночных рычагов управления, обусловленную неустоявшимися нормативами в сфере здравоохранения.

Таким образом, детерминантами противоречий во взаимодействии экономических интересов в сфере здравоохранения следует признать: низкий уровень государственного финансирования сферы здравоохранения и эффективности отдачи от финансовых вложений; имущественную дифференциацию населения, обусловленную региональной, территориальной, отраслевой спецификой, и носящую девиантный характер; несбалансированность административных и рыночных рычагов управления; низкий уровень социальной защиты.

В-четвертых, разработана нормативная модель согласования экономических интересов субъектов государственного сегмента на основе вектора целей управления системой здравоохранения.

Интересы населения конфликтуют, с одной стороны, с интересами работодателей, которые стремятся к минимизации расходов, а, с другой стороны, с интересами государственных медицинских организаций, которые стремятся максимизировать доходы и в своем целеполагании все более ведут себя как коммерческие организации.

Следующий институциональный разрыв наметился на линии «государство – страховые компании». Отсутствие эффективной системы планирования и обратных связей на основе оценки социальной эффективности системы обязательного медицинского страхования мотивирует её на рост валового оборота финансовых ресурсов без обеспечения должных гарантий роста социальной эффективности расходов по страхованию.

Действующее ранее централизованное обеспечение ресурсами, недостаток механизмов внутреннего накопления основного капитала стали противоречить рыночным принципам образования бюджетов, а также бюджетным ограничениям организаций здравоохранения. В данных условиях медицинские организации сталкиваются с острым недостатком финансовых ресурсов, что приводит к размыванию государственного сегмента здравоохранения. В свою очередь, упор медицинских организаций на оказание платных услуг

подрывает их социальную значимость, ограничивает доступ к медицинской помощи для многих социальных групп населения.

Причина несогласованности интересов кроется и в действующей организационной модели системы ОМС, а точнее в разбалансированности рыночных и административных рычагов управления. Система обязательного медицинского страхования всё ещё платит не за результат, а за процесс, за сам факт представления услуг. В таких условиях медицинские организации заинтересованы в запущенности состояния клиентов, так как за счёт этого растут их доходы.

Наконец, последний разрыв наметился в самой сфере финансирования государством системы здравоохранения. С одной стороны, государство стремится к оптимизации своих расходов, однако последнее связано, скорее, с сокращением бюджетного финансирования сферы здравоохранения, чем с оптимизацией структуры расходов. С другой стороны, данная ситуация не может не сказаться на финансовом состоянии медицинских организаций. В связи с этим, государственное здравоохранение в случае «рутинных» заболеваний может выступать объектом финансирования частного медицинского страхования. Однако тяжёлые заболевания и сложные случаи, которые требуют квалифицированного вмешательства и наукоёмкой медицинской техники, должны финансироваться за счёт бюджетных средств.

Иными словами, необходима оптимизация расходов не с позиции размеров финансирования, а с позиции их структуры. Модель согласования экономических интересов предполагает регулирование экономических отношений в сфере здравоохранения, которое направлено на устранение институциональных разрывов и реализацию вектора целей развития данной отрасли социальной сферы (рис. 2).

Вектор целей представляет собой иерархически упорядоченное множество частных целей управления социально-экономической системой на основе подчинения частных интересов общественным интересам. Критерием его реализации служит продолжительность жизни населения, а положительный эффект сопряжен с ростом общественного здоровья, и, следовательно, совокупного человеческого потенциала национальной экономики.

Возможность реализации вектора целей управления системой здравоохранения непосредственно обусловлена не только гармонизацией экономических интересов субъектов отношений в сфере здравоохранения, но и системным выбором модели социально-экономического развития государства, а также результатами макроэкономической и социальной политики.

Реализация вектора целей развития системы здравоохранения в государственных масштабах должна ориентироваться не на фактическую или сравнительную, а на ожидаемую продолжительность при условии реализации совокупного человеческого потенциала.

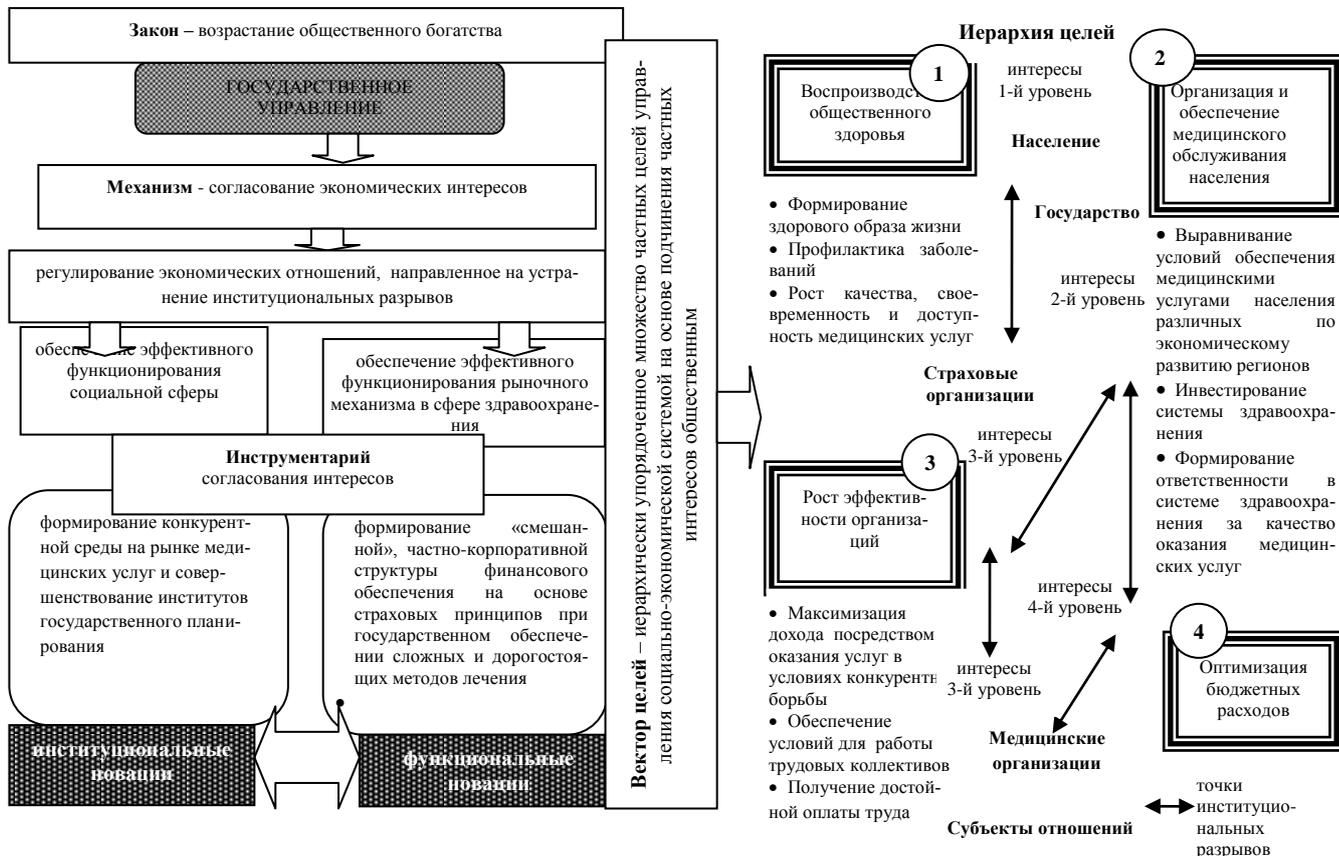


Рис. 2. Нормативная модель согласования интересов субъектов экономических отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения

Критерий ожидаемой продолжительности жизни отвечает методологическим требованиям феноменологии человеческого потенциала, для которого характерна внешняя обусловленность его формирования и реализации, так как его реализация определена «внешними» по отношению к нему природно-экологическими и социально-экономическими условиями и факторами. Это позволяет разграничить экзо- и эндогенные факторы реализации целевой функции сферы здравоохранения, среди которых уровень развития собственно системы здравоохранения, как эндогенный фактор, является производным (табл. 3).

Таблица 3

Группировка факторов общественного здоровья²

Сфера	Значение для здоровья (удельный вес %)	Группы риска
Образ жизни	49 - 53	Курение, потребление табака, несбалансированное неправильное питание, употребление алкоголя; вредные условия труда, стрессовые ситуации; адинамия, гиподинамия; плохие материально-бытовые условия, потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами; непрочность семей, одиночество; низкие образовательный и культурный уровни; чрезмерная урбанизация
Генетика, биология человека	18 - 22	Предрасположенность к наследственным болезням; предрасположенность к дегенеративным болезням.
Внешняя среда, природные условия	17 - 20	Загрязнение воздуха и воды канцерогенами; другие загрязнения воздуха и воды; загрязнение почвы; загрязнение жилища; резкие смены погоды; повышенные гелиокосмические, магнитные и другие излучения
Здравоохранение	8 - 10	Неэффективность профилактических мероприятий; низкое качество медицинской помощи и ее несвоевременность

В-пятых, разработан комплексный инструментарий по преодолению институциональных разрывов в целеполагании субъектов экономических отношений в государственном сегменте сферы здравоохранения.

Анализ действующих моделей взаимодействия экономических интересов позволил синтезировать основные направления совершенствования сферы здравоохранения современной России:

Функциональное направление. С функциональной точки зрения, базовой новацией, направленной на преодоление институциональных разрывов в целеполагании и гармонизации на этой основе интересов субъектов экономических отношений в сфере здравоохранения следует признать формирование

² Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 1987.

«смешанной», частно-корпоративной структуры финансового обеспечения текущих расходов на медицинское обслуживание на основе принципов обязательного и добровольного страхования при государственном обеспечении сложных и дорогостоящих методов лечения.

Институциональное направление. С институциональной точки зрения, базовые новации заключается в формировании конкурентной среды на рынке медицинских услуг и совершенствовании институтов государственного планирования.

В диссертации предложены следующие направления по нивелированию существующих институциональных разрывов в целеполагании субъектов государственного сегмента сферы здравоохранения:

1) «Население – страховые компании»: нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином; создать условия для заинтересованного участия системы ОМС в защите прав страхователей и эффективном использовании ресурсов медицинскими организациями путем создания высококонкурентной среды.

2) «Государство – страховые компании»: разработать критерии достижения баланса интересов государства и системы обязательного медицинского страхования.

3) «Государство – медицинские организации»: выработка и закрепление требований к её руководителям по выполнению показателей, отражающих: финансовую, технологическую и территориальную доступность медицинской помощи населению, её эффективность и безопасность; степень удовлетворённости застрахованных лиц (населения) качеством медицинской помощи; динамику управляемых показателей здоровья застрахованных лиц; достигнутый медико-социальный и экономический эффект ОМС, как отражение доступности и эффективности медицинской помощи населению и улучшения показателей здоровья.

4) «Медицинские организации – страховые компании»: приоритетное финансирование профилактики, раннего выявления и своевременного лечения болезней, т.е. приоритет плановой медицинской помощи и переход от нынешней системы оплаты любых обращений за медицинской помощью к активному, плановому управлению здоровьем населения.

5) Государственное целеполагание «оптимизация расходов государства – финансирование здравоохранения»: формирование дифференцированного подхода к обеспечению медицинских услуг, который будет подразумевать их государственное финансирование в зависимости от степени приоритетности.

Основные функциональные и институциональные новации в сфере здравоохранения, связанные с преодолением институциональных разрывов, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Комплексный инструментарий преодоления институциональных разрывов в целеполагании субъектов государственного сегмента сферы здравоохранения

Институциональное направление	Функциональное направление
<ul style="list-style-type: none"> • Минимизация теневых отношений в сфере здравоохранения (распространение принципа договорных отношений на все элементы и статьи затрат; утверждение принципа конкурентного размещения заказа на оказание медицинских услуг; введение института финансовых аудиторов, проверяющих обоснованность цен) • Развитие социально ответственного предпринимательства (формирование институтов общественного контроля за качеством и доступностью медицинских услуг; введение института социальной отчетности для медицинских организаций) • Стимулирование конкуренции в сфере оказания медицинских услуг (формирования сети независимых врачей общей практики, поддержка и привлечение к участию в государственных программах мелких и средних частных организаций; формирование сети социальных аптек) • Развитие системы долгосрочного планирования и мониторинга состояния и социальной эффективности государственного сегмента сферы здравоохранения • Материальное стимулирование всех звеньев оказания медицинских услуг 	<ul style="list-style-type: none"> • Дефрагментация нормативной базы как основной, так и предпринимательской деятельности медицинских организаций (четкая регламентация источников погашения обязательств медицинских организаций, использования государственного имущества для ведения медицинских организациями предпринимательской деятельности) • Совершенствование организации профпатологической службы на послеоперационном этапе (организация системы учета и мониторинга мероприятий по реабилитации, разработка стандартов реабилитации лиц с профессиональными заболеваниями) • Совершенствование профилактической медицины, которая должна присутствовать при всех случаях нарушения здоровья не только как комплекс гигиенических и санитарных мер, но и как комплекс предварительной диагностики, в том числе применительно к профилактике профессиональных заболеваний • Разделение стационарной медицинской помощи по технологическому принципу и увеличение объема амбулаторных услуг • Совершенствование информационных основ и минимизация информационной асимметрии в сфере здравоохранения (введение универсальной медицинской карты, создание единого реестра лиц ОМС)

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки РФ:

1. *Машенцева Н.Г.* Гармонизация экономических интересов: сущность и проблемы обеспечения // Социально-экономические явления и процессы. 2012. №7-8. – 0,5 п.л.
2. *Машенцева Н.Г.* Интересы региона в различных отраслях социальной сферы // Социально-экономические явления и процессы. 2013. № 3. – 0,5 п.л.
3. *Машенцева Н.Г.* Об институциональных разрывах в сфере здравоохранения России // Социально-экономические явления и процессы. 2015. № 1. – 0,7 п.л.
4. *Машенцева Н.Г., Степичева О.А.* Нормативная модель согласования экономических интересов в государственном сегменте сферы здравоохранения // Социально-экономические явления и процессы. 2015. № 2. – 0,7 п.л. (авт. –0,4 п.л.).

Публикации в прочих изданиях:

1. *Машенцева Н.Г.* Структура регионального экономического интереса: основные противоречия // Глобальные проблемы модернизации национальной экономики: мат-лы II Междунар. науч.-практ. конф. (заоч.). Тамбов, 2013. – 0,5 п.л.
2. *Машенцева Н.Г.* Социальная политика: региональный аспект // Сборник науч. трудов кафедры политической экономии и мирового глобального хозяйства. Тамбов, 2013. Вып. 1. – 0,4 п.л.
3. *Машенцева Н.Г.* Специфика проявления экономических интересов в социальной сфере (на примере здравоохранения) // Глобальные проблемы модернизации национальной экономики: мат-лы III Междунар. науч.-практ. конф. (заоч.). Тамбов, 2014. – 0,7 п.л.
4. *Машенцева Н.Г.* К вопросу о разработке механизма реализации государственной и муниципальной политики в сфере здравоохранения России // Актуальные вопросы социальных и гуманитарных наук: сбор. науч. трудов по мат-лам IV Междунар. науч.-практ. конф. Тамбов, 2014. – 0,4 п.л.
5. *Машенцева Н.Г.* Здравоохранение в России: основные проблемы и различия от других национальных систем // Проблемы социально-экономического развития России на современном этапе: мат-лы VII Ежегод. Всерос. науч.-практ. конф. (заоч.). Тамбов, 2014. – 0,8 п.л.