

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В РФ.....	6
1.1. Понятие, принципы, особенности и стратегии управления медико- социальным комплексом.....	6
1.2. Состав, структура и задачи медико-социального комплекса.....	11
2. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В РФ.....	19
2.1. Динамика и проблемы развития российского медико-социального комплекса в 2010-2012 гг.....	19
2.2. Тенденции и приоритеты развития современного отечественного медико- социального комплекса.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	32
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Совершенствование рыночных отношений, происходящее в современной экономической системе России, объективно предполагает необходимость нового подхода к исследованию особенностей такой традиционно нерыночной отрасли, как здравоохранение. В системе здравоохранения происходит трансформация экономических интересов - от общественного (государственного), определяющего развитие этой сферы, к рыночным. В этих условиях становятся актуальными исследование особенностей функционирования современного медико-социального комплекса в России и исследование вопросов, связанных с проблемами качества и экономической обоснованности проводимых реформ в этой области в их ориентации их на потребителя. Кроме того, без решения сложившихся в отечественном медико-социальном комплексе проблем эффективность функционирования всей системы здравоохранения, а также создание предпосылок для реализации экономических интересов ее хозяйствующих субъектов, становятся проблематичной. Этим обусловлены актуальность выбора данной темы.

Актуальность темы курсовой работы определила объект, предмет, цель и задачи исследования.

Объектом исследования выступают общественные отношения, складывающиеся в рамках функционирования медико-социального комплекса.

Предмет исследования – современный медико-социальный комплекс РФ.

Целью курсовой работы является проведение экономического анализа современного медико-социального комплекса в РФ.

Реализация данной цели исследования обусловила необходимость решения следующих задач:

- рассмотреть понятие, принципы, особенности и стратегии управления медико-социальным комплексом;
- изучить состав, структуру и задачи медико-социального комплекса;
- проанализировать динамику и проблемы развития российского медико-социального комплекса в 2010-2012 гг.
- исследовать тенденции и приоритеты развития современного отечественного медико-социального комплекса;
- сделать тезисные выводы и предложения по результатам проведенного исследования.

Степень разработанности проблемы. Теоретической и методологической основой

исследования являются труды ведущих отечественных ученых - экономистов, чьи исследования тем или иным образом касаются вопросов экономического анализа современного медико-социального комплекса в РФ.

Теоретические исследования по проблемам экономического анализа медико-социального комплекса проводятся как отдельными зарубежными, так и отечественными учеными. Большое внимание к исследуемой сфере проявляли такие экономисты, как К. Эрроу, Дж. Харрис, М. Ли, С. Рамсэй и др. Ими сформулирован ряд идей и концепций, касающихся организации и функционирования здравоохранения. Однако их работы в основном ориентированы на развитие здравоохранения в развитых странах. Развитию экономического анализа рыночного механизма в здравоохранении посвящены работы: И.А. Торгунова, Н.А. Войцеховича, Н.А. Редько и др. Различные аспекты исследуемой проблемы рассматриваются в целом ряде работ. В частности, Д.В. Пивень рассматривает перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении. В работах Р. Зелькович, Л.Е. Исаковой, В.А. Розенфельда, И. Розмаринский, Н.А. Шведовой, И.М. Шеймана и др. затрагивались также вопросы, связанные с сущностью и реализацией экономических интересов в здравоохранении. Вопросам рассмотрения здоровья как потребительского блага уделено внимание в работах М. Гроссмана, А.С. Скоробогатова. Исследования О. Щепина, В.В. Гришина, Г.Г. Кривошеева, Е.Б. Галкина и др. посвящены проблемам организационных преобразований в сфере здравоохранения, формирования медицинского страхования, адаптации российского здравоохранения к рыночным условиям.

Вместе с тем крайне ограничен круг исследований, посвященных непосредственно институциональным основам и экономическому анализу современного медико-социального комплекса РФ.

При исследовании использовались общенаучные методы: диалектический, исторический, логический, системный, анализ и синтез, позитивный и нормативный, структурно-функциональный, единство теории и практики, а также статистические и графические методы.

Информационной базой исследования послужили нормативно-правовые документы, данные федеральных и региональных программ, данные официальной статистики по России, аналитические материалы по вопросам здравоохранения, опубликованные в научной литературе, периодической печати, и другие информационные источники.

Практическая значимость исследования заключается в выводах и предложениях по результатам исследования поставленной в курсовой работе проблемы, сделанных на

основе исследования учебных пособий, монографий и статей современных отечественных авторов, статистических и аналитических материалов. На основе публикаций в последние годы проанализированы основные направления, проблемы и перспективы развития современного медико-социального комплекса в РФ.

Курсовая работа на тему: «Экономический анализ современного медико-социального комплекса в РФ» состоит из введения, трех глав, девяти параграфов, заключения, библиографического списка и приложений.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В РФ

1.1. Понятие, принципы, особенности и стратегии управления медико-социальным комплексом

Поддержание и улучшение состояния здоровья населения обеспечиваются не только системой здравоохранения, медициной, но и всем социальным обликом жизни людей, их жизнедеятельности. Поэтому производство, оказание услуг здравоохранения, создание и применение фармацевтических средств, осуществляемые в МПК, - лишь часть гораздо более обширного поля деятельности. Медико-социальный комплекс (МСК) охватывает потребление услуг здравоохранения вне прямого контакта с медицинским персоналом, общественные последствия потребления медицинских услуг, действие социальных факторов, оказывающих влияние на здоровье.

Собственно, как пишет А.И. Вялков, медико-производственную деятельность вместе с кругом общественных процессов, объектов, явлений, от которых существенным образом зависит здоровье людей можно называть медико-социальным комплексом (МСК). Говоря об управлении системой здравоохранения страны, региона, о рационализации ее функционирования, необходимо иметь в виду, что многие проблемы этой системы могут быть решены только в рамках всего МСК.¹

В связи с всеобщей мировой тенденцией перехода к социально ориентированной экономике, в которой производство самым тесным образом увязывается с удовлетворением общественных запросов, потребностей населения страны и ее регионов, рассмотрение здравоохранения как части МСК приобретает особую значимость.

В условиях реформирования организаций, служб, звеньев медико-социальной системы актуализируются проблемы разработки теоретико-методологических основ, всестороннего учета факторов и тенденций социально ориентированного развития здравоохранения. Становление рынка медицинских товаров и услуг приводит к определенной трансформации целей и задач, видоизменяет содержание, порождает особенности функционирования взаимосвязанных, взаимодействующих медико-производственного и потребительского комплекса, образующих единый МСК.

МСК служит основой реализации социальной политики государства в области

¹ Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 2009. - 664 с.

- процессов: формирования медицинских объединений, способствующих повышению эффективности использования ресурсов при улучшении качества медицинского обслуживания на принципах распределения видов и объемов помощи, концентрации ресурсов на приоритетных направлениях; интеграции управленческих усилий органов государственной власти и системы социального страхования;
- согласование экономических интересов основывается также на создании интеграционных связей и различных форм кооперации с организациями, работающими в области охраны здоровья, социальной защиты, образования населения, средствами массовой информации, производственными и банковскими структурами и проч., а также предприятиями сферы обслуживания;
- обеспечение дальнейшего функционирования и развития отраслевой инфраструктуры (обеспечивающих служб) на основе формирования и укрепления рыночных отношений, проведением маркетинговых исследований, совершенствования системы ценообразования; развитие частного сектора; сокращение возможностей формирования теневых, коррупционных рынков;
- обеспечение государственного интереса «здоровья нации», проявляющегося в поддержке государственных стратегических приоритетов в сохранении, укреплении и развитии национальной базы эффективных медицинских технологий, являющихся конкурентоспособными на мировом рынке и составляющих славу отечественной медицинской науки.

Реализация выделенных направлений позволит поднять отрасль на новый уровень развития, что потребует пересмотра системы управления здравоохранения на основе широкого внедрения современных принципов стратегического управления.²

Таким образом, изучение понятия, принципов, особенностей и стратегии управления медико-социальным комплексом позволило сделать ряд выводов. Медико-социальный комплекс (МСК) охватывает потребление услуг здравоохранения вне прямого контакта с медицинским персоналом, общественные последствия потребления медицинских услуг, действие социальных факторов, оказывающих влияние на здоровье. МСК служит основой реализации социальной политики государства в области охраны здоровья людей. Выделяют экономические и организационно-распорядительные методы реализации политики в сфере здравоохранения. Политика государства в области охраны здоровья, направляющая деятельность МСК, строится на следующих основных принципах: доступность в получении медицинской помощи, гарантии со стороны государства в

² Киселев С.В., Сунгатов Р.Ш. Инновационная деятельность в экономической системе здравоохранения. - М.: Экономздрав, 2009. – 342 с.

получении общедоступной медицинской помощи. Реализация этих принципов осуществляется соответствующими органами исполнительной власти всех уровней управления на основе разработки и выполнения целевых медико-социальных программ и подпрограмм, мероприятия которых охватывают отраслевой и региональный аспекты решаемой проблемы. В функционировании МСК существенная роль принадлежит правовым основам медицинской деятельности, ее юридической стороне. В условиях рыночной трансформации экономики медико-социальная политика государства приобретает ряд особенностей. Основная цель институционализации системы здравоохранения состоит в повышении качества медицинского обслуживания. Достигается это в процессе принятия стратегических решений, направленных на согласование экономических интересов всех участников в данной отрасли.

1.2. Состав, структура и задачи медико-социального комплекса

Процессы разработки и реализации политики государства в области охраны здоровья могут успешно осуществляться, если они имеют под собой соответствующую материальную основу, требуемые объемы финансирования и организационно-экономический механизм, способный претворить в жизнь цели и задачи этой политики как в масштабе страны, так и в каждой ячейке медико-социальной системы.

Как полагает А.И. Вялков, в процессе динамичного реформирования и функционирования системы здравоохранения в ней исторически объективно складывается масштабный, многоаспектный по своему профилю и сложный по организационной и управленческой структуре МСК.³

Это совокупность подотраслей, служб и видов медико-социальной и экономической деятельности, занятых производством и обеспечением потребления услуг и товаров медицинского назначения, призванных удовлетворить потребность в полноценном наборе лечебных и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Таким образом, МСК включает все то, что непосредственно связано с охраной и укреплением здоровья населения в целях создания условий и достижения социального и экономического прогресса государства и общества, с формированием здорового образа жизни, с обеспечением воспроизводства трудового и личностного потенциала нации, с решением текущих задач обеспечения нормальной жизнедеятельности в целом, отдельных социальных групп и слоев населения, семей и их членов.

³ Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 2009. - 664 с.

Наряду с производством медицинских услуг и товаров, МСК способствует их продвижению к потребителю, самому процессу потребления, обеспечению благоприятных последствий потребления продукта медицинской деятельности. Тем самым МСК включает различные группы подотраслей, служб и секторов, связанных с производством услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обеспечением ими населения, воздействием на их потребление людьми. Одни из них, например стоматологическую службу, медицинское протезирование, репродукцию человека, можно назвать материально-вещественным сектором медико-социальной сферы, другие представляют собой различные виды медико-социальной помощи, лечения, рекреационных услуг, мер по защите здоровья, третьи - производство товаров медицинского назначения, четвертые - научное, проектное обеспечение производства и лечебных процессов, пятые - подготовку кадров специалистов.

С этой точки зрения МСК можно определить, как совокупность организаций, лиц, средств, видов медико-социальной деятельности, решающих задачи оказания услуг и производства товаров для обеспечения потребностей в охране и укреплении здоровья людей.

В условиях смешанной экономики, в которой представлены государственный и частный секторы здравоохранения и действует рынок ряда медицинских услуг, МСК включает виды деятельности, услуги, продукцию и работы, производимые и реализуемые самыми разными автономными субъектами хозяйствования, относящимися к различным формам собственности. При этом они управляются многими самостоятельными субъектами разной ведомственной принадлежности в рамках законодательства и государственного регулирования.

Вместе с тем отдельные подотрасли, службы и секторы МСК никоим образом не могут быть разрозненными, «размытыми» по предмету своей деятельности - охране и укреплению здоровья людей, а следовательно, и по своей организационной структуре, системе управления. Действуя в рамках единого национального, социального и экономического пространства, отраслевые звенья и относительно автономные субъекты хозяйствования потребляют конкретные виды ресурсов, формирующиеся в этом пространстве, реализуют в нем подавляющую массу результатов своего труда. Это требует соблюдения соответствующего баланса между спросом и предложением ресурсов, услуг и товаров на едином национальном рынке и в отдельных его сегментах, а также учета влияния взаимосвязей в процессе производства и потребления ресурсов, услуг и товаров, разработки эффективного механизма государственного регулирования. В рамках этих ограничений субъекты медико-социальной деятельности обладают высокой

степенью экономической свободы.

Поэтому институциональное развитие современного российского МСК, как отмечают В.М. Багинова и К.Ж. Маланов, следует рассматривать в общем контексте экономической системы к конституциональным требованиям построения ее на основе смешанной (либерально-солидарной) идеологии, отвечающей требованиям «социального рыночного государства».⁴ Современная структура экономических отношений на рынке медицинских услуг в России в современных условиях отражена на рис. 1.⁵

Распадаясь на группы подотраслей, служб и звеньев, МСК представляет собой высокоразвитую, многоуровневую и устойчивую структуру. В частности, в качестве составляющих этого комплекса в него входят: собственно здравоохранение как совокупность лечебно-профилактических учреждений, система ОМС, фармацевтическая служба, медицинская промышленность, санитарно-природоохранная деятельность, санаторно-курортное дело, наука, медико-образовательная деятельность, народная медицина, лечебная физическая культура, оздоровительный туризм, санитарно-просветительская деятельность.

Здравоохранение и медико-социальные услуги охватывают деятельность по охране здоровья человека огромного количества организаций и работников, включая больницы и специализированные лечебные центры, санитарно-профилактические учреждения, врачебные и зубоврачебные амбулатории, научно-исследовательские и проектные институты, санаторно-курортные организации, ветеринарные лечебницы. Это также деятельность членских организаций (коммерческих, предпринимательских и профессиональных организаций, профсоюзов, региональных, политических, общественных и других частных организаций). Кроме того, многие подотрасли и виды деятельности создают товары и работы, способные непосредственно (без участия врачей, медицинского персонала) удовлетворять личные или общественные медико-социальные потребности.

Рассматривая состав МСК, следует иметь в виду, что он вбирает в себя подотрасли, службы и виды социально-экономической деятельности, использующие труд в материально-вещественной и интеллектуально-духовной сферах.⁶

При этом, объединяясь в единое целое в соответствии со своим функциональным назначением в ходе обеспечения воспроизводственного процесса и решения задач реализации политики государства, его подотрасли и секторы, отдельные виды социально-

⁴ Багинова В.М., Маланов К.Ж. Особенности институциональной базы систем здравоохранения // Вестник Бурятского государственного университета. - 2011. - №2 – С. 65-67.

⁵ Приложение 1

⁶ Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 2009. - 664 с.

экономической деятельности выполняют единые задачи охраны и укрепления здоровья людей, обеспечения граждан квалифицированной доступной медицинской помощью.⁷

Основу в определенной мере условного деления МСК на производственную и непроизводственную сферы хозяйства составляют принципы оценки результатов общественного труда в процессе функционирования конкретной отрасли, службы, организации, подразделения или вида медико-социальной, экономической деятельности. К подотраслям сферы материального производства относятся те объекты и виды деятельности, в которых результаты труда представляют собой материальные услуги или вещественные товары, способные удовлетворить многообразные потребности населения в охране здоровья и его воспроизводстве, лечении, диагностике и реабилитации. К числу подобных подотраслей можно отнести медицинскую и фармацевтическую промышленность, производство протезов, ортопедических изделий.

Отрасли непроизводственной сферы - это подотрасли и виды медико-социальной и экономической деятельности, результаты труда которых проявляются в виде нематериальных услуг, санитарно-противоэпидемических и медико-профилактических благ, информационного продукта. Сюда входит основная часть производимых лечебно-диагностических услуг.

При этом разделение производственной и непроизводственной сферы МСК носит условный характер, во многих случаях одну и ту же деятельность можно отнести к разным сферам. К тому же правомерно говорить о производстве медицинских услуг и даже интеллектуальном, информационном производстве. Поэтому, рассматривая столь сложное интегральное понятие, как МСК, сочетающий в себе многообразные формы деятельности, нельзя подходить к нему упрощенно, используя разделение деятельности на производственную и непроизводственную, что не связано с результатом труда. В ряде подотраслей, служб и секторов МСК используемый труд имеет одновременно производственный и «непроизводственный» характер. С учетом этого рациональным признаком отнесения подотраслей и видов деятельности к МСК является их функциональная роль в системе общественного воспроизводства здоровья населения.

При таком подходе критерием отнесения подотраслей, секторов и видов деятельности к медико-социальной сфере экономики выступает производство услуг социального характера и социально значимых товаров, способствующих укреплению здоровья людей. В данном случае результаты труда выступают и в качестве деятельности (услуги или работы), и в качестве товара (вещи).

В итоге в состав МСК органично входят и взаимодействуют в нем субъекты

⁷ Экономика здравоохранения / Под ред. А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -272 с.

деятельности по созданию материально-вещественного продукта, оказания медицинских услуг материального и нематериального характера, а также виды деятельности в сфере социально-культурного обслуживания населения. Во всех отраслях имеют место разнообразные и масштабные процессы воспроизводственно-социального характера, сопровождаемые обменом и потреблением товаров и предметов личного потребления (фармпрепаратов, предметов личной гигиены и протезирования).

В условиях формирования, преобразования, совершенствования экономических отношений в обществе эти виды деятельности призваны создавать нормальные условия жизнедеятельности общества, функционирования национальной экономики.⁸ В наиболее общей форме подотрасли и виды медико-социальной и экономической деятельности, входящие в состав МСК национальной хозяйственной системы, представлены на рис. 2.⁹

Из определения сути и состава МСК следует, что в его структуре можно выделить несколько блоков подотраслей, служб и звеньев, различных видов деятельности, играющих различную роль и имеющих разное по приоритетам значение в процессе воспроизводства здоровья населения.

Наряду с представленным на схеме делением МСК на подотрасли производства товаров медицинского назначения и оказания услуг, обеспечения здравоохранения, правомерно также разделить подотрасли МСК и свойственные им виды деятельности на три группы в соответствии и с их назначением:

- группа подотраслей, деятельность которых связана с непосредственным удовлетворением потребностей людей в лечебно-диагностической помощи и созданием, обеспечением нормальных (цивилизованных) условий жизнедеятельности (медицинская помощь, санитарно-противоэпидемиологический надзор, санаторно-курортная служба, лечебная физическая культура, оздоровительный туризм и т.п.). Деятельность подотраслей этой группы, в которой ведущее место занимают службы здравоохранения, связана с обеспечением предусмотренных Конституцией РФ государственных гарантий обязательности предоставления квалифицированных медико-санитарных услуг всем без исключения гражданам страны;
- группа подотраслей, создающих укрепляющие здоровье материальные блага и удовлетворяющих разнообразные личные потребности людей в материально-вещественной форме (лекарства, зубопротезирование, предметы гигиены и санитарии). Деятельность подотраслей этой группы находит свое отражение в форме производимой продукции, поступающей к конечному потребителю преимущественно

⁸ Цеханов О.В. Экономическое планирование и государственное регулирование динамики развития здравоохранения. // Экономист лечебного учреждения – 2011 - № 6 - С. 7-8.

⁹ Приложение 2

через акты купли-продажи и лишь в отдельных случаях, хотя и в достаточно больших размерах, бесплатно или на льготной основе;

- виды деятельности, задача которых состоит в осуществлении специальных видов медико-социального обслуживания людей, больных, нуждающихся в медсестринском уходе, лечении на дому, медико-бытовом обслуживании. Такие потребности в принципе должны удовлетворяться на бесплатной основе за счет средств государственного либо местного бюджета, общественных организаций и объединений граждан, спонсоров и благотворителей, между тем реально они в значительной степени удовлетворяются посредством оплаты за счет больных и их родственников или вообще не удовлетворяются.

Функциональная роль и значение подотраслей МСК, его качественная специализация, формы и способы функционирования по-разному проявляются на федеральном, региональном, отраслевом, муниципальном уровнях в зависимости от конкретных организационно-правовых форм организаций, учреждений, служб медико-социальной ориентации. Посредством деятельности подотраслей, служб, звеньев и секторов этого комплекса осуществляются взаимосвязь и взаимодействие социальных и экономических начал в хозяйственной системе страны, строятся взаимоотношения между звеньями производственной и непроизводственной социально-культурной сферы экономики.

МСК призван обеспечивать:

- единство всех воспроизводственных процессов охраны и укрепления общественного здоровья;
- оказание гражданам квалифицированной доступной медицинской помощи в целях достижения социального прогресса;
- решение текущих и перспективных задач реализации социальной политики государства.

В условиях расширения и углубления социально-экономических преобразований, становления рыночных отношений, либерализации экономических процессов в России роль и значение МСК в целом и входящих в его состав подотраслей и служб возрастает.

Соответственно становятся необходимыми:¹⁰

- уточнение целей и задач функционирования лечебно-диагностических и профилактических подсистем, т.е. переход от традиционной централизованно планируемой службы здравоохранения на иные принципы управления, свойственные и

¹⁰ Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 2009. - 664 с.

- адекватные хозяйственной системе социально ориентированного МСК рыночного типа;
- более тесное сочетание интересов, мотивов и установок деятельности работников здравоохранения с результатами их труда, прежде всего на личностном уровне;
 - становление рыночных механизмов регулирования частнопредпринимательского сектора в сфере здравоохранения в процессе осуществления рыночных преобразований в экономике страны;
 - развитие и совершенствование организационно-экономических основ хозяйственной деятельности, предполагающих плюрализм форм собственности, более тесное сочетание механизма управления МСК с интересами участников лечебно-диагностических и профилактических процессов;
 - более широкое использование источников, ресурсов экономического роста за счет личностного фактора социального прогресса, проявляющегося в такой сфере жизнедеятельности человека, социальных слоев, классов и групп, как сфера охраны здоровья, с целью получения доступной квалифицированной медицинской помощи;
 - расширение круга задач МСК, включающих как социальные гарантии охраны здоровья, так и социальные процессы, связанные с уровнем и качеством жизни.

Таким образом, исследование состава, структуры и задач медико-социального комплекса выявило, что в процессе динамичного реформирования и функционирования системы здравоохранения в ней исторически объективно складывается масштабный, многоаспектный по своему профилю и сложный по организационной и управленческой структуре МСК. МСК включает различные группы подотраслей, служб и секторов, связанных с производством услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обеспечением ими населения, воздействием на их потребление людьми. С этой точки зрения МСК можно определить, как совокупность организаций, лиц, средств, видов медико-социальной деятельности, решающих задачи оказания услуг и производства товаров для обеспечения потребностей в охране и укреплении здоровья людей. Институциональное развитие современного российского МСК следует рассматривать в общем контексте экономической системы к конституциональным требованиям построения ее на основе смешанной (либерально-солидарной) идеологии, отвечающей требованиям «социального рыночного государства». Распадаясь на группы подотраслей, служб и звеньев, МСК представляет собой высокоразвитую, многоуровневую и устойчивую структуру. МСК вбирает в себя подотрасли, службы и виды социально-экономической деятельности, использующие труд в материально-вещественной и интеллектуально-духовной сферах. Основу в определенной мере условного деления МСК

на производственную и непроизводственную сферы хозяйства составляют принципы оценки результатов общественного труда в процессе функционирования конкретной отрасли, службы, организации, подразделения или вида медико-социальной, экономической деятельности. Наряду с представленным на схеме делением МСК на подотрасли производства товаров медицинского назначения и оказания услуг, обеспечения здравоохранения, правомерно также разделить подотрасли МСК и свойственные им виды деятельности на три группы в соответствии и с их назначением. МСК призван обеспечивать: единство всех воспроизводственных процессов охраны и укрепления общественного здоровья, оказание гражданам квалифицированной доступной медицинской помощи в целях достижения социального прогресса, решение текущих и перспективных задач реализации социальной политики государства.

2. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В РФ

2.1. Динамика и проблемы развития российского медико-социального комплекса в 2010-2012 гг.

Результаты деятельности любой системы здравоохранения, как отмечает Г.Э. Улумбекова, оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям, в т.ч. по ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и общему коэффициенту смертности (ОКС).¹¹ На рис. 3 представлена динамика общего коэффициента смертности в РФ в период с 1980 по 2011 г. и прогнозы до 2020 г.

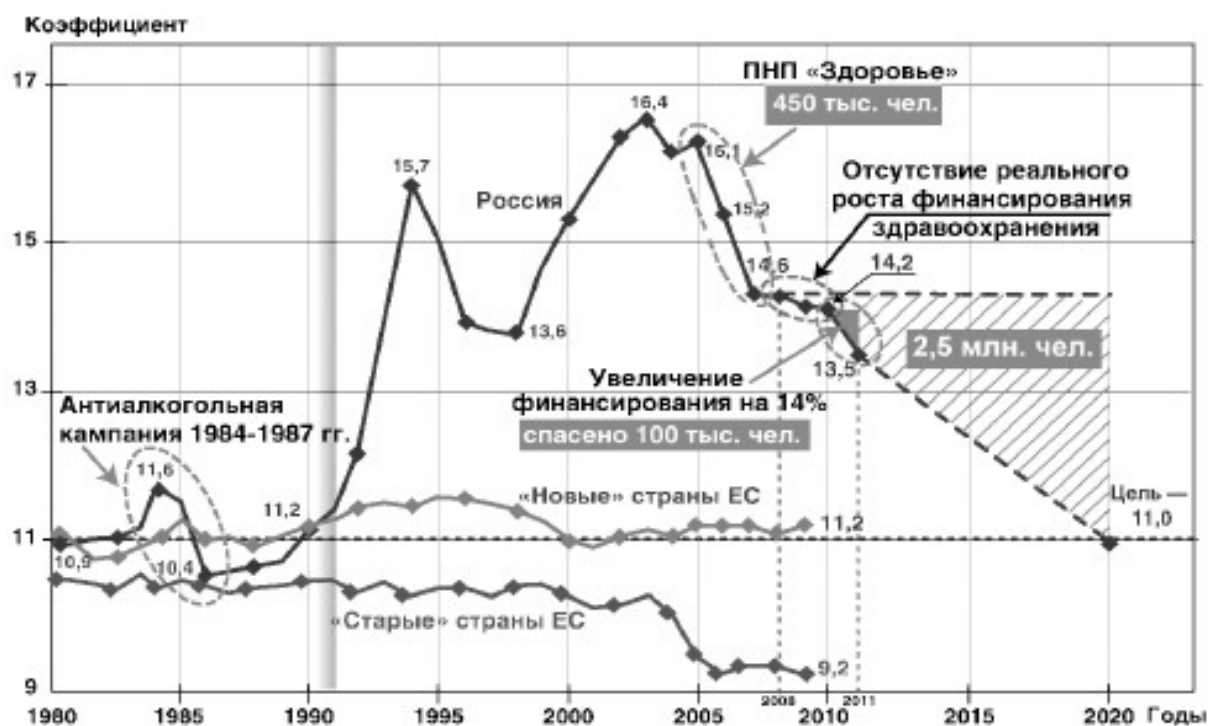


Рисунок 3 - Динамика ОКС в «старых» и «новых» странах Евросоюза и РФ, прогноз ОКС в РФ до 2020 г.

На рисунке 3 наглядно видно, что реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в период 2005-2008 гг. и определенное улучшение социально-экономической обстановки в России снизили величину ОКС на 9%, что сохранило жизни 450 тыс. граждан нашей страны. Даже небольшие ежегодные вложения в этот проект (10% от

¹¹ Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестник Росздравнадзора – 2012 - № 2 – С. 36-40.

общих государственных расходов на здравоохранение) за 4 года вызвали позитивные изменения в состоянии здоровья населения.

В период с 2008 по 2010 г. величина ОКС практически не менялась, снижение составило всего 3%. Это связано с экономическим кризисом 2008-2009 гг. и стагнацией реального, очищенного от инфляции государственного финансирования здравоохранения в этот период.

Однако в 2011 г. благодаря тому, что руководством страны было принято решение увеличить государственные расходы на здравоохранение на 14% (или 220 млрд руб. ежегодно за счет увеличения на 2% тарифов страховых взносов в систему ОМС), смертность населения в 2011 г. по сравнению с 2010 г. сократилась на 100 тыс. человек и ОКС снизился на 5% (с 14,2 до 13,5).

То есть можно сделать вывод, что важнейший урок этих двух периодов – увеличение финансирования здравоохранения и политическая воля руководителей страны позволили добиться заметного улучшения демографических показателей в стране.¹²

Следует также отметить, что в результате реализации программ Минздравсоцразвития РФ в период с 2008 по 2011 г. были достигнуты следующие положительные результаты по другим демографическим показателям:

- ожидаемая продолжительность жизни граждан Российской Федерации достигла в 2011 г. 70 лет;
- впервые за многие годы был обеспечен рост численности россиян до 143 млн человек; смертность от болезней кровообращения снизилась на 6,2%, от туберкулеза - на 7,4%, от ДТП - на 5,6%, от новообразований - на 1%.
- также продолжает снижаться младенческая смертность, в 2011 г. этот показатель составил 7,3 на 1 тыс. родившихся живыми, а в 23 регионах страны младенческая смертность сопоставима с уровнем стран ЕС.

На рисунке 3 также показана величина ОКС - 11,0, которая принята за целевую в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. Если ОКС будет снижаться по пунктирной линии, показанной на рисунке 3 (до уровня 11,0), то до 2020 г. будет спасено 2,5 млн жизней наших граждан. Однако для этого потребуется гораздо более интенсивное развитие системы здравоохранения и более существенное увеличение ее финансирования.

Из таблицы 1, в свою очередь видно, что расходы бюджетной системы в 2012 г. по разделу «Здравоохранение» выросли в абсолютном выражении по сравнению с

¹² Николаев И.С. О развитии конкурентной среды в системе здравоохранения России // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН – 2011 - №1 (77) - Ч. 2. – С. 16.

предыдущим годом на 18,1%, в том числе за счет прироста расходов на стационарную и скорую медицинскую помощь и сокращения расходов на статью «Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов» (на 24,5%) и «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» (на 14,5%).¹³

Таблица 1 - Кассовое исполнение федерального бюджета и консолидированного бюджета субъектов РФ в 2011-2012 гг.

	Федеральный бюджет				Консолидированный бюджет субъектов РФ			
	2012		2011		2012		2011	
	утверждено, млрд руб.	кассовое исполнение, %	утверждено, млрд руб.	кассовое исполнение, %	утверждено, млрд руб.	кассовое исполнение, %	утверждено, млрд руб.	кассовое исполнение, %
Расходы, всего	13035,3	98,9	11126,0	98,3	9182,9	90,8	8400,7	91,4
В том числе:								
Здравоохранение	626,7	97,8	513,0	97,4	1479,0	91,8	1333,2	89,4

Тем не менее, в МКС РФ, несмотря на ряд позитивных отмеченных изменений сохраняются нерешенные проблемы.

Эти проблемы могут по оценке экспертов препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Среди них главными являются:¹⁴

- недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза. Нет достаточного финансирования - нет достойной оплаты труда медицинского персонала, нет достаточного обеспечения населения бесплатными лекарствами, нет возможности соблюдать современные стандарты лечения и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами. Так, в Российской Федерации в государственные расходы на здравоохранение (включая расходы на программу государственных гарантий, образование, инвестиции в инфраструктуру и санитарно-эпидемиологическое благополучие) составили в 1,5 раза меньшую величину, чем в среднем в «новых» странах Евросоюза (6% ВВП). Следует отметить, что эти страны имеют близкий к РФ ВВП на душу населения в год - около 20 тыс. \$, т.е. так же экономически развиты, как и Россия. Больше финансирование здравоохранения позволяет этим странам уже сегодня иметь ожидаемую продолжительность жизни 76 лет и ОКС, равный 11,0, т.е. даже лучшие показатели, чем те, которых мы хотим добиться к 2020 г. Из этого вытекает, что дальнейшее расширение объемов бесплатной медицинской помощи потребует увеличения

¹³ Российская экономика в 2012 году. Тенденции и перспективы. (Выпуск 34) - М.: Институт Гайдара, 2013. - 656 с.

¹⁴ Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 592 с.

- финансирования в 1,5 раза, что составляет около 800 млрд руб. ежегодно;
- вторая важная проблема - это дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Не будет врачей - не будет доступной медицинской помощи. Именно врач обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Сегодня обеспеченность врачами в Российской Федерации на 1 тыс. населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов составила в РФ 4,5, что в 1,5 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР⁴, где она составляет 3,1 врача на 1 тыс. населения. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения на 40-50% выше, чем в странах ОЭСР в среднем (соответственно, выше и потребность в медицинской помощи). Более того, в ближайшие 5 лет в Российской Федерации прогнозируется существенный дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда, - она на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по Российской Федерации. Хотя нельзя не отметить, что позитивным фактором выступило повышение в 2012 г. средней заработной платы до 70-77% среднего по экономике уровня.¹⁵ Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5-2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах. Дефицит также будет связан с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом. Так, количество выпускников школ в 2011 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза и, как следствие, через 5-6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов. Следует также обратить внимание на крайне низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских и фармацевтических вузов, что, естественно, не стимулирует повышение уровня обучения студентов. Так, заработные платы преподавателей этих вузов не превышают 15-20 тыс. руб. в месяц, в то время как даже секретари и водители в коммерческих фирмах имеют значительно более высокие заработки;
 - третья важнейшая проблема - это неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Нет врача - плохо, но нет квалифицированного врача - также плохо. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутрибольничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской

¹⁵ Российская экономика в 2012 году. Тенденции и перспективы. (Выпуск 34) - М.: Институт Гайдара, 2013. - 656 с.

- Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР;
- четвертая проблема - это отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения Российской Федерации. Именно эта проблема вызывает очереди в поликлиниках, проблемы с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи. Например, с 1999 по 2010 г. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения (которая определяет потребность в медицинской помощи) в период с 1990 по 2010 г. увеличилась в 1,5 раза, а доля пожилого населения возросла на 4%. Наше население также недостаточно обеспечено бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, по рецепту врача в поликлиниках. Так, в 2010 г. подушевые расходы на ЛС за счет государственных источников были в Российской Федерации в 5,6 раза ниже, чем в странах ОЭСР (соответственно, составили 45 и 250\$), и в 3 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, и это при почти тех же ценах на лекарства у нас и у них. Более того, сегодня в Российской Федерации преимущественно инвалиды (около 13 млн. человек) и ряд других немногочисленных категорий граждан имеют право на бесплатные лекарства, в то время как в развитых странах все нуждающееся население за счет государственных средств полностью или частично обеспечивается бесплатными лекарствами;
 - пятая проблема - это очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Например, число операций реваскуляризации на сердце (т.е. восстановление проходимости сосудов сердца), которые составляют 25% в объемах квот по высокотехнологичной медицинской помощи, в РФ делается в 5 раз меньше, чем в «новых» странах ЕС;
 - шестая проблема - это неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Например, А.И. Шапошникова¹⁶ пишет, в данном контексте, что эффективным финансовым механизмом здравоохранения считается финансовый механизм, посредством которого при наименьшем уровне финансовых затрат на здравоохранение достигается наибольший экономический (путем сохранения капитала здоровья, увеличения продолжительности жизни людей трудоспособного возраста и, следовательно, увеличения объема ВВП) и социальный эффект (улучшение показателей рождаемости, смертности, заболеваемости и пр.). Однако в Российской

¹⁶ Шапошникова А.И. Этапы реформирования финансового механизма здравоохранения. - Волгоград: Волгогр. науч. изд-во, 2010. - 30 с.

Федерации отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов (в т.ч. ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности. Неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Имеет место неэффективное использование оборудования и коечного фонда. Также недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов.

В свою очередь, А. Лаврентьева выделяет, как ряд дополнительных, так и уже освещенных проблем. Она полагает, что существуют факторы, отраженные в таблице 2, которые обуславливают необходимость дальнейшего структурного и функционального реформирования финансового механизма системы здравоохранения:¹⁷

Таблица 2 – Оценка отечественного МСК в сравнении с развитыми и развивающимися странами

Показатель	Россия	Бразилия	Индия	Китай	США	ЕС	ЦВЕ
Больницы ('000)	6 122	6 772	18 667	17 080	5 803	10 875	12 149
Государственные больницы ('000)	5 693	2 097	8 027	15 714	1 293	5 686	11 012
% государственных больниц	93%	31%	43%	92%	22%	52%	91%
Больничные койки на 10 000 чел. населения	95	23	7	22	31	48	82
Докторов и медработников на 10 000 чел. населения	50	15	7	15	26	41	42
Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП	5,3%	9,2%	4,1%	4,6%	16,4%	10,7%	6,4%
Расходы на здравоохранение в расчёте на 1 чел. (долл. США в год)	549	964	56	208	7 794	4 160	607
% расходов на здравоохранение со стороны государства	64%	46%	33%	50%	48%	~75%	Н/Д

- положения Концепции развития здравоохранения до 2020 года остаются

¹⁷ Лаврентьева А. Здравоохранение в России: финансирование спроса на фоне реформ. - М.: Изд-во PWC, 2013. - 26 с.

- дискуссионными;
- актуальной остается проблема сочетания бюджетно-налоговых (нерыночных), страховых и других рыночных механизмов финансирования расходов на здравоохранение;
 - несовершенна система контроля использования финансовых ресурсов распорядителями и получателями бюджетных средств;
 - продолжается практика многоканального финансирования медицинских учреждений;
 - недостаточна мотивация коммерческих организаций и населения в оплате медицинских услуг, участии в добровольном медицинском страховании (ДМС);
 - состояние финансового механизма системы здравоохранения не соответствует принципам экономической макро- и микроэффективности.

Таким образом, оценка динамики и проблем развития российского медико-социального комплекса в 2010-2012 гг. показала, что важнейший урок периода развития отечественного МСК до 2011 г. – увеличение финансирования здравоохранения и политическая воля руководителей страны позволили добиться заметного улучшения демографических показателей в стране. В результате реализации программ Минздравсоцразвития РФ в период с 2008 по 2011 г. были достигнуты определенные положительные результаты развития всего МСК. В свою очередь, и расходы бюджетной системы в 2012 г. по разделу «Здравоохранение» выросли в абсолютном выражении по сравнению с предыдущим годом на 18,1%, в том числе за счет прироста расходов на стационарную и скорую медицинскую помощь и сокращения расходов на статью «Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов» на 24,5% и «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» на 14,5%. Тем не менее, в МКС РФ, несмотря на ряд позитивных отмеченных изменений сохраняются нерешенные проблемы. Эти проблемы могут по оценке экспертов препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Среди них главными являются: недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза, дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров, низкое качество медицинской помощи, отставание нормативов объемов медицинской помощи, очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи, неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Кроме того, ряд авторов отмечает, что существуют факторы, которые обуславливают необходимость дальнейшего структурного и функционального реформирования финансового механизма системы здравоохранения. Выявленные проблемы предполагают изучение перспектив их решения.

2.2. Тенденции и приоритеты развития современного отечественного медико-социального комплекса

Различные авторы предлагают многочисленные рекомендации по развитию отечественного МСК. Если их объединить в смысловые группы то речь идет как правило о нескольких группах направлений.

Г.Э. Улумбекова, например отмечает, что новая законодательная база, отраженная в таблице 3¹⁸, в частности, Законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹⁹ и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²⁰ помогут решить проблемы здравоохранения только частично. Так, Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает серьезные положительные нормы:²¹

- централизацию финансирования системы ОМС на уровне Федерального фонда ОМС;
- нормирование тарифов страховых взносов на неработающее население;
- изменение структуры тарифа на ОМС - с 2013 г. включение расходов на содержание учреждения, а также включение в систему ОМС скорой медицинской помощи с 2013 г. и высокотехнологичной помощи с 2015 г., т.е. организацию одноканального финансирования;
- повышение ответственности регионов за оказание первичной помощи;²²
- обязательное исполнение порядков и стандартов медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС и формирование критериев эффективности этих программ.²³

Вместе с тем имеются определенные факторы риска при реализации этого закона, что потребует их решения в других федеральных законах или подзаконных актах. Например, централизация финансирования с последующим перераспределением средств в регионы в условиях общего дефицита этих средств может поставить под угрозу объемы финансирования здравоохранения в относительно богатых субъектах РФ. Соответственно,

¹⁸Приложение 3

¹⁹ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ // РГ - Федеральный выпуск №5353 – 3 декабря 2010 г.

²⁰ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // РГ - Федеральный выпуск №5639 - 23 ноября 2011 г.

²¹ Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. - 2012. - № 2. – С. 19.

²² Цыцорина И.А. Основные направления совершенствования системы охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации // Бюллетень СО РАМН. - 2010. - Т. 30. - № 5. - С. 87-92.

²³ Степкина Ю.А., Рыбин В.Н. Развитие российской системы финансирования обязательного медицинского страхования // Вестник ИНЖЭКОНа. - Сер. Экономика. - 2011. - Вып.7 (50). - С. 182-190.

может пострадать заработная плата врачей. Далее в этом законе акцентируются меры по расширению прав пациента выбирать врача и медицинскую организацию без учета территориального принципа прикрепления населения, этапов и уровней оказания медицинской помощи пациентам, что повлечет за собой дополнительные затраты в системе. Задача состоит не в том, чтобы предоставить свободу выбора пациенту, а в том, чтобы обеспечить доступность и качество медицинской помощи в большинстве медицинских организаций (а эти организации, как правило, находятся по месту жительства пациента).

Что касается Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то следует отметить также несколько положительных норм.

Передача полномочий по оказанию первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи с муниципального уровня на уровень субъекта РФ. Эта норма продиктована тем, что у большинства муниципальных образований было недостаточно средств на оказание данных видов медицинской помощи. «Бедная» система здравоохранения в Российской Федерации должна быть централизована: так легче ей управлять и контролировать. Положение о предоставлении медицинской помощи по участково-территориальному принципу, использование системы направлений. Эти положения устраняют риск снижения координации медицинской помощи населению, вводимый положениями законопроекта «Об обязательном медицинском страховании», которые декларируют право выбора пациентом врача и медицинской организации.

Закон правильно решает и отдельные узкоспециализированные вопросы здравоохранения: в детской трансплантологии, в лечении орфанных заболеваний, в применении репродуктивных технологий и др.

Все эти вопросы важны, но первоочередная цель главного закона страны по охране здоровья граждан - закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья всех граждан Российской Федерации, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью всех заболевших. К сожалению, эти вопросы не нашли должного отражения в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», он не решает этих задач.²⁴ Более того, этот закон приведет к усилению недовольства населения (в связи с риском снижения гарантий бесплатной медицинской помощи), а также медицинских работников, т.к. он не улучшает их положения.

Поэтому при формировании приоритетов и задач до 2020 г. необходимо принять во

²⁴ Батчиков С., Кара-Мурза С. От здравоохранения к продаже медицинских услуг // Экономические стратегии – 2013 - № 2 – С. 11-12.

внимание цели по улучшению здоровья населения, поставленные Правительством Российской Федерации к этому сроку. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. мы должны существенно улучшить показатели здоровья населения, а именно:²⁵ увеличить ожидаемую продолжительность жизни населения с нынешних 70 до 73 лет и снизить общий коэффициент смертности с 13,5 случая на 1 тыс. населения до 11,0.

Более того, в целом ряде программных документов федерального уровня, проиллюстрированных на рис. 4, определены главные направления развития здравоохранения. Среди них – акцент на удовлетворенности населения, повышение квалификации медицинских работников и конкурентоспособности их заработной платы, развитие первичного звена здравоохранения, увеличение доступности бесплатных лекарств, профилактика и формирование условий для здорового образа жизни наших граждан и, что самое главное, повышение эффективности управления, прозрачности в принятии решений, ответственности и отчетности руководителей отрасли за результат, ликвидация коррупции.



Рисунок 4 – Комплекс программных и нормативно-правовых документов, направленных на развитие отечественного МСК до 2020 г.

Необходимо понимать: чтобы реализовать эту программу, потребуются консолидированные усилия всего общества - это и эффективная работа команды

²⁵ Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестник Росздравнадзора – 2012 - № 2 – С. 36-40.

управленцев здравоохранением, и принятие нелегких решений по увеличению финансирования государственных расходов на здравоохранение, и, безусловно, ответственность самих граждан за сохранение и укрепление своего здоровья.²⁶

Из вышеперечисленных направлений, а также анализа нерешенных проблем и вызовов, стоящих перед отраслью, вытекают приоритеты и задачи, которые должны быть отражены в программе здравоохранения. Приоритеты:

- сохранение и укрепление здоровья граждан трудоспособного возраста;
- сохранение и укрепление здоровья женщин репродуктивного возраста и детей, пропаганда рождаемости;
- формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации;
- формирование доступных и качественных медико-социальных услуг для граждан старшей возрастной группы и инвалидов;
- повышение эффективности расходования государственных ресурсов.

Определены и соответствующие задачи:

- увеличить в 1,5 раза тарифы на Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, соответственно, минимум в 1,5 раза увеличится оплата труда медицинских работников и появится возможность соблюдать современные стандарты медицинской помощи;
- увеличить в 3 раза бесплатное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, причем это важно сделать для детей и граждан, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- повысить квалификацию медицинских работников;
- увеличить в 2 раза объем высокотехнологичной медицинской помощи для уже действующих лечебных учреждений;
- развивать школьную и производственную медицину.

При этом необходимо обеспечить строжайший контроль за эффективностью расходования государственных средств и использования ресурсов.²⁷

При этом анализ расходных обязательств федерального бюджета в 2010-2015 гг. по данным Закона о бюджете на трехлетку (2013-2015 гг.), по мнению целого ряда авторитетных отечественных экономистов²⁸ абсолютно не коррелирует с обозначенными в программах и нормативно-правовых актах приоритетами и задачами. Как видно из

²⁶ Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 592 с.

²⁷ Кушхов К.А. Контроллинг в здравоохранении: возможности и перспективы // Социальная политика и социальное партнерство - 2012. - №3 – С. 18.

²⁸ Российская экономика в 2012 году. Тенденции и перспективы. (Выпуск 34) - М.: Институт Гайдара, 2013. - 656 с.

таблицы 4 в перспективе до 2015 г. наблюдается общее сокращение расходов по разделу «Здравоохранение», связанное в том числе и с перераспределением бюджетных средств на реализацию проекта модернизации отрасли из бюджета Минздрава в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования.

Таблица 4 - Расходные обязательства федерального бюджета в 2010-2015 гг., % ВВП

Наименование	Факт			Закон		
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего	22,4	20,0	21,1	20,1	19,2	18,8
Здравоохранение***	0,8	0,9	1,0	0,8	0,6	0,4

Можно впрочем отметить прирост в 2,5 раза расходов в 2013 г. относительно предыдущего года по статье «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» - до 22,8 млрд руб. Из них 96,4% выведено из системы государственных закупок и будет направлено в виде субсидий федеральным бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям, а остальные 3,6% являются бюджетными инвестициями, не включенными в ФЦП.

Нельзя не отметить, что такой подход несколько противоречит в том числе и принципам эффективности бюджетных средств, так как финансируется деятельность подведомственных учреждений, а не результат.

Таким образом, изучение тенденций и приоритетов развития современного отечественного медико-социального комплекса позволило сделать вывод, что различные авторы предлагают многочисленные рекомендации по развитию отечественного МСК. Если их объединить в смысловые группы то речь идет как правило о нескольких группах направлений. Большинство из них касается устранения недостатков новой законодательной базы, в частности, Законов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Тем не менее, первоочередная цель - закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья всех граждан Российской Федерации, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью всех заболевших. В целом ряде программных документов федерального уровня, определены главные направления развития здравоохранения. Для анализа нерешенных проблем и вызовов, стоящих перед отраслью, вытекают приоритеты и задачи, которые должны быть дополнительно отражены в программе здравоохранения. При этом необходимо обеспечить строжайший контроль за эффективностью расходования государственных средств и использования ресурсов. Однако оценка расходных обязательств федерального бюджета в 2010-2015 гг. по данным Закона о бюджете на

трехлетку (2013-2015 гг.), по мнению целого ряда авторитетных отечественных экономистов абсолютно не коррелирует с обозначенными в программах и нормативно-правовых актах приоритетами и задачами. Кроме того, структура бюджетных расходов несколько противоречит в том числе и принципам эффективности бюджетных средств, так как финансируется деятельность подведомственных учреждений, а не результат. Данные выводы свидетельствуют о необходимости корректировки, как бюджетных показателей на развитие МСК, так и дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сделаем выводы и предложения по результатам проведенного исследования.

Изучение понятия, принципов, особенностей и стратегии управления медико-социальным комплексом позволило сделать ряд выводов. Медико-социальный комплекс (МСК) охватывает потребление услуг здравоохранения вне прямого контакта с медицинским персоналом, общественные последствия потребления медицинских услуг, действие социальных факторов, оказывающих влияние на здоровье. МСК служит основой реализации социальной политики государства в области охраны здоровья людей. Выделяют экономические и организационно-распорядительные методы реализации политики в сфере здравоохранения. Политика государства в области охраны здоровья, направляющая деятельность МСК, строится на следующих основных принципах: доступность в получении медицинской помощи, гарантии со стороны государства в получении общедоступной медицинской помощи. Реализация этих принципов осуществляется соответствующими органами исполнительной власти всех уровней управления на основе разработки и выполнения целевых медико-социальных программ и подпрограмм, мероприятия которых охватывают отраслевой и региональный аспекты решаемой проблемы. В функционировании МСК существенная роль принадлежит правовым основам медицинской деятельности, ее юридической стороне. В условиях рыночной трансформации экономики медико-социальная политика государства приобретает ряд особенностей. Основная цель институционализации системы здравоохранения состоит в повышении качества медицинского обслуживания. Достигается это в процессе принятия стратегических решений, направленных на согласование экономических интересов всех участников в данной отрасли.

Исследование состава, структуры и задач медико-социального комплекса выявило, что в процессе динамичного реформирования и функционирования системы здравоохранения в ней исторически объективно складывается масштабный, многоаспектный по своему профилю и сложный по организационной и управленческой структуре МСК. МСК включает различные группы подотраслей, служб и секторов, связанных с производством услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обеспечением ими населения, воздействием на их потребление людьми. С этой точки зрения МСК можно определить, как совокупность организаций, лиц, средств, видов медико-социальной деятельности, решающих задачи оказания услуг и производства товаров для обеспечения потребностей в охране и укреплении здоровья людей. Институциональное развитие современного российского МСК следует рассматривать в общем контексте экономической системы к конституциональным требованиям построения ее на основе смешанной (либерально-солидарной) идеологии, отвечающей

требованиям «социального рыночного государства». Распадаясь на группы подотраслей, служб и звеньев, МСК представляет собой высокоразвитую, многоуровневую и устойчивую структуру. МСК вбирает в себя подотрасли, службы и виды социально-экономической деятельности, использующие труд в материально-вещественной и интеллектуально-духовной сферах. Основу в определенной мере условного деления МСК на производственную и непроизводственную сферы хозяйства составляют принципы оценки результатов общественного труда в процессе функционирования конкретной отрасли, службы, организации, подразделения или вида медико-социальной, экономической деятельности. Наряду с представленным на схеме делением МСК на подотрасли производства товаров медицинского назначения и оказания услуг, обеспечения здравоохранения, правомерно также разделить подотрасли МСК и свойственные им виды деятельности на три группы в соответствии и с их назначением. МСК призван обеспечивать: единство всех воспроизводственных процессов охраны и укрепления общественного здоровья, оказание гражданам квалифицированной доступной медицинской помощи в целях достижения социального прогресса, решение текущих и перспективных задач реализации социальной политики государства.

Оценка динамики и проблем развития российского медико-социального комплекса в 2010-2012 гг. показала, что важнейший урок периода развития отечественного МСК до 2011 г. – увеличение финансирования здравоохранения и политическая воля руководителей страны позволили добиться заметного улучшения демографических показателей в стране. В результате реализации программ Минздравсоцразвития РФ в период с 2008 по 2011 г. были достигнуты определенные положительные результаты развития всего МСК. В свою очередь, и расходы бюджетной системы в 2012 г. по разделу «Здравоохранение» выросли в абсолютном выражении по сравнению с предыдущим годом на 18,1%, в том числе за счет прироста расходов на стационарную и скорую медицинскую помощь и сокращения расходов на статью «Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов» на 24,5% и «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» на 14,5%. Тем не менее, в МКС РФ, несмотря на ряд позитивных отмеченных изменений, сохраняются нерешенные проблемы. Эти проблемы могут по оценке экспертов препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Среди них главными являются: недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза, дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров, неудовлетворительная квалификация медицинских кадров, низкое качество медицинской помощи, отставание нормативов

объемов медицинской помощи, очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи, неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Кроме того, ряд авторов отмечает, что существуют факторы, которые обуславливают необходимость дальнейшего структурного и функционального реформирования финансового механизма системы здравоохранения.

Изучение тенденций и приоритетов развития современного отечественного медико-социального комплекса позволило сделать вывод, что различные авторы предлагают многочисленные рекомендации по развитию отечественного МСК. Если их объединить в смысловые группы то речь идет, как правило, о нескольких группах направлений. Большинство из них касается устранения недостатков новой законодательной базы, в частности, Законов «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Тем не менее, первоочередная цель - закрепить организационные и финансовые механизмы для защиты и укрепления здоровья всех граждан Российской Федерации, а также для обеспечения доступной и качественной медицинской помощью всех заболевших. В целом ряде программных документов федерального уровня, определены главные направления развития здравоохранения. Для анализа нерешенных проблем и вызовов, стоящих перед отраслью, вытекают приоритеты и задачи, которые должны быть дополнительно отражены в программе здравоохранения. При этом необходимо обеспечить строжайший контроль за эффективностью расходования государственных средств и использования ресурсов. Однако оценка расходных обязательств федерального бюджета в 2010-2015 гг., по мнению целого ряда авторитетных отечественных экономистов абсолютно не коррелирует с обозначенными в программах и нормативно-правовых актах приоритетами и задачами. Кроме того, структура бюджетных расходов несколько противоречит, в том числе и принципам эффективности бюджетных средств. Данные выводы свидетельствуют о необходимости корректировки, как бюджетных показателей на развитие МСК, так и дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года // Российская газета. - 25.12.1993. - № 237.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (части первая, вторая, третья и четвертая) (с изм. и доп. от 20.03.2011 г.) / Под ред. А.П. Сергеева. - СПб.: Питер, 2011. – 1056 с.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // РГ - Федеральный выпуск №5639 - 23 ноября 2011 г.
4. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ // РГ - Федеральный выпуск №5353 – 3 декабря 2010 г.
5. Жильцов Е.Н., Казаков В.Н. Экономика социальных отраслей сферы услуг. - М.: Экономический факультет МГУ: ТЕИС, 2010. – 288 с.
6. Калиниченко А.В. Охрана труда и техника безопасности в здравоохранении: Учебное пособие. - Новосибирск: Сибмедиздат, 2008. -102 с.
7. Киселев С.В., Сабитов Н.Х. Экономические и организационные основы функционирования сферы услуг. - Казань: Издательство «ТИСБИ», 2010. – 220 с.
8. Киселев С.В., Сунгатов Р.Ш. Инновационная деятельность в экономической системе здравоохранения. - М.: Экономздрав, 2009. – 342 с.
9. Лаврентьева А. Здравоохранение в России: финансирование спроса на фоне реформ. - М.: Изд-во РВС, 2013. - 26 с.
10. Российская экономика в 2012 году. Тенденции и перспективы. (Выпуск 34) - М.: Институт Гайдара, 2013. - 656 с.
11. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 592 с.
12. Улумбекова Г.Э. Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на вызовы системе здравоохранения: аналитическая справка. - М.: Статут, 2011. - 104 с.
13. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова. - 2009. - 664 с.
14. Экономика здравоохранения / Под ред. А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -272 с.
15. Архипов А.П. О перспективах медицинского страхования // Страховой рынок Российской Федерации в условиях вступления в ВТО: состояние и перспективы развития: материалы Международной научно-практической конференции (5 - 7 июня 2012 г., г. Нижний Новгород). - Нижний Новгород: ВГАВТ, 2012. - 653 с.

16. Багинова В.М., Маланов К.Ж. Особенности институциональной базы систем здравоохранения // Вестник Бурятского государственного университета. - 2011. - №2 – С. 65-67.
17. Батчиков С., Кара-Мурза С. От здравоохранения к продаже медицинских услуг // Экономические стратегии – 2013 - № 2 – С. 11-12.
18. Бородина Т.А. Проблемы сочетания основной деятельности медицинских учреждений с оказанием платных медицинских услуг // Российское предпринимательство. - 2009. - № 12 - Вып. 1 (148). - С. 131-135.
19. Долгова Н.А. Организация экономических учреждений в системе обязательного медицинского страхования. // Экономист лечебного учреждения – 2011 - № 6 – С. 15-17.
20. Кушхов К.А. Контроллинг в здравоохранении: возможности и перспективы // Социальная политика и социальное партнерство - 2012. - №3 – С. 18.
21. Николаев И.С. О развитии конкурентной среды в системе здравоохранения России // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН – 2011 - №1 (77) - Ч. 2. – С. 16.
22. Николаев И.С. Проблемы формирования предпринимательства и конкурентной среды в системе здравоохранения // Известия ИГЭА (Байкальский государственный университет экономики и права). - 2011. - № 3. – С. 7-10.
23. Степкина Ю.А. Особенности нормативно-правового регулирования системы здравоохранения в Российской Федерации // Актуальные проблемы финансов и банковского дела: XIV сборник научных трудов. - СПб.: СПбГИЭУ, 2011. – С. 34-37.
24. Степкина Ю.А., Рыбин В.Н. Развитие российской системы финансирования обязательного медицинского страхования // Вестник ИНЖЭКОНа. - Сер. Экономика. - 2011. - Вып.7 (50). - С. 182-190.
25. Таппасханова Е.О., Мустафаева З.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Российское предпринимательство. - 2012. - № 13 (211). - С. 112-118.
26. Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. - 2012. - № 2. – С. 19.
27. Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестник Росздравнадзора – 2012 - № 2 – С. 36-40.
28. Цеханов О.В. Экономическое планирование и государственное регулирование динамики развития здравоохранения. // Экономист лечебного учреждения – 2011 - № 6 - С. 7-8.

29. Цомартова Ф.В. Правовые основы модернизации здравоохранения. // Журнал российского права. – 2011 - № 2 – С. 9-12.
30. Цыцорина И.А. Основные направления совершенствования системы охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации // Бюллетень СО РАМН. - 2010. - Т. 30. - № 5. - С. 87-92.
31. Шапошникова А.И. Этапы реформирования финансового механизма здравоохранения. - Волгоград: Волгогр. науч. изд-во, 2010. - 30 с.



Рисунок 1 - Структура экономических отношений на рынке медицинских услуг в России в современных условиях



Рисунок 2 - Укрупненная структура МСК

Таблица 3 – Основные отечественные программы и нормативные акты, направленные на развитие МСК

	Финансирование	Цели и задачи
Национальный проект «Здоровье»	166 млрд руб. (2012) 176 млрд руб. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> Укрепление здоровья граждан Повышение доступности и качества медицинской помощи Развитие первичной медицинской помощи Возрождение профилактического направления в здравоохранении Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью
ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»	–	<ul style="list-style-type: none"> Цель – совершенствование законодательства в области здравоохранения Закрепление права выбора пациентом медицинского учреждения и врача Разработка единых для всех регионов стандартов лечения и требований к качеству медицинских услуг Принятие нормы о недопустимости отказа в медицинской помощи Определение редких заболеваний, лечение которых будет оплачиваться из бюджета
ФЗ «Об обязательном медицинском страховании»	–	<ul style="list-style-type: none"> Цель - создание эффективной одноканальной системы финансирования ОМС Включение всех видов медицинской помощи в ОМС, кроме инновационных технологий, амбулаторного лекарственного обеспечения, а так же социально-обусловленных заболеваний Централизация ОМС Переход на единый полный тариф Сближение выплат на работающее и неработающее население
	Финансирование	Цели и задачи
ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)»	96 млрд руб.	<ul style="list-style-type: none"> Совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях (сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ, онкология, вирусные гепатиты, артериальная гипертония) Разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях на основе передовых технологий Строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений
ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности РФ на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»	188 млрд руб.	<ul style="list-style-type: none"> Технологическое перевооружение производственных мощностей отечественной фармацевтической и медицинской промышленности до экспортоспособного уровня Выпуск отечественной фармацевтической и медицинской промышленностью стратегически значимых лекарственных средств и медицинской техники Вывод на рынок инновационной отечественной продукции фармацевтической и медицинской промышленности Кадровое обеспечение перехода отечественной фармацевтической и медицинской промышленности на инновационную модель развития