

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Государственное регулирование экономики / Под ред. Т.Г. Морозовой. – М., 2002. – С. 147-167.
2. Майбуров И.А. Механизм согласования возможностей высшей школы с потребностями региона // Университетское управление: практика и анализ. – 2003. – № 5-6 (28).
3. Российский статистический ежегодник 2009 / Под ред. В.Л. Солокина: Стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 795 с.
4. Требования работодателей к системе профессионального образования / Под ред. Т.Л. Клячко, Г.А. Краснова. – М.: МАКС-Пресс, 2006.

**Ракитин Алексей Андреевич**

Технологический институт федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южный федеральный университет» в г. Таганроге.

E-mail: rakitinalexey@ya.ru.

347928, г. Таганрог, пер. Некрасовский, д. 44.

Тел.: 88634371732.

**Rakitin Alexey Andreevich**

Taganrog Institute of Technology – Federal State-Owned Educational Establishment of Higher Vocational Education “Southern Federal University”.

E-mail: rakitinalexey@ya.ru.

44, Nekrasovskiy, Taganrog, 347928, Russia.

Phone: +78634371732.

УДК 614.2:33

**Т.Т. Синельников**

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ:  
ИНФРАСТРУКТУРНЫЕ И ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ  
ПРОБЛЕМЫ**

*Рассмотрены основные инфраструктурные и финансово-экономические проблемы развития отечественной системы здравоохранения, выявлены их причины и формы влияния на эффективность процесса управления медицинским обслуживанием, а также вектор мероприятий для совершенствования искомой сферы.*

*Система управления здравоохранением; финансовое обеспечение и инфраструктурные условия; задачи процесса управления развитием сферы здравоохранения.*

**T.T. Sinelnicov**

**THE ANALYTICAL PORTRAIT OF NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM:  
FINANCIAL, ECONOMIC AND INFRASTRUCTURAL PROBLEMS**

*In the article the author considers the basic infrastructural, financial and economic problems in the process of public health system development, establishes their reasons, influence forms on the public health management process and defines ways to its perfection.*

*The system of public health services; financing and infrastructural conditions; management process problems in the public health system.*

Трансформация приоритетов социально-экономического развития на всех уровнях управления обуславливает необходимость существенной перестройки всех сфер жизнеобеспечения, отвечающих за сохранение и развитие человеческого капитала – важнейшей базовой ценности российского сообщества. Одной из наиболее важных сфер, отвечающих за количественное и качественное приращение человеческих ресурсов как суммарной ценности трудовых ресурсов и челове-

ского капитала, является сфера здравоохранения. В масштабах национальной экономики здравоохранение представляет собой сферу особой опеки государства на всех уровнях формирования системы социально-экономического управления. Она является наиболее интегрированной специфической отраслью государства, системой с высокой степенью структурных и функциональных связей. Следовательно, эффективность функционирования системы здравоохранения определяется не только организационно-экономическими механизмами, вовлеченными в процесс управления, но также инфраструктурными и финансово-экономическими условиями, в рамках которых реализуются основные задачи системы в сфере обеспечения социального благополучия страны.

В связи с этим в настоящее время в качестве основной причины регресса социального развития РФ в области охраны здоровья правомерно рассматривать деградирующую систему медицинского обслуживания, обусловленную множеством проблем, в комплексе оказывающих негативное воздействие как на развитие рассматриваемого сегмента социальной инфраструктуры, так и на уровень медико-демографического благополучия по стране в целом. Современное состояние системы управления здравоохранением можно описать характеристиками, представленными на рис. 1.

В первую очередь следует отметить высокую степень морального и физического износа материально-технической базы здравоохранения. По данным Центра социальной политики Института экономики РАН, износ основных фондов в здравоохранении составляет в среднем 58,5 %, в том числе медицинского оборудования – 64 % [3]. Представленные данные подтверждают необходимость улучшения технического состояния лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), из которых 25,7% (10 976 объектов) требуют капитального ремонта, 5,2 % (2 257) нуждаются в реконструкции и 2,7 % (1 170) находятся в аварийном состоянии [5].



Рис. 1. Проблемная характеристика функционирования отечественной системы здравоохранения

Помимо существенного износа материально-технической базы здравоохранения, большинство лечебно-профилактических учреждений требуют благоустройства в отношении коммунальной и инженерной инфраструктуры. В частности, более 36 % (15 150) зданий больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений не обеспечены горячим водоснабжением, в 11,5 % (4 949) лечебно-профилактических учреждениях отсутствует центральное отопление, а более 10 % (4 500) зданий вовсе не подведены к водопроводу. Опираясь на данные Федеральной службы государственной статистики, следует отметить, что указанные проблемы касаются, прежде всего, сферы амбулаторно-поликлинической помощи, то есть первичного звена здравоохранения, учреждения которого в большей степени нуждаются в благоустройстве.

Вместе с тем, инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения, составляют всего 2,7 % от общего объема капитальных вложений в экономику или порядка 10 % расходов консолидированного бюджета на здравоохранение. Соответственно, такой объем капитальных вложений позволяет осуществлять ввод основных фондов в здравоохранении на уровне 4,5 %, притом что в 1990 г. данный показатель достигал 5,7 % при объемах инвестиций в основной капитал на уровне, превышающем настоящее значение всего на 0,2 % [5].

Учитывая значительный износ материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, а также низкий уровень их благоустройства и технического состояния, можно заключить, что указанный объем инвестиций не позволяет органам государственного управления в полной мере осуществлять капитальный ремонт, реконструкцию, закупку и обновление основных фондов в необходимом объеме. С другой стороны, сопоставление объемов выделяемых финансовых ресурсов на капитальные вложения с конечными показателями обновления основных фондов здравоохранения, а также их реальным состоянием позволяет утверждать о низкой степени эффективности инвестирования в основной капитал рассматриваемой сферы.

Влияние на состояние системы управления здравоохранением в РФ оказывает не только объемы и степень эффективности финансовых ресурсов, выделяемых на развитие материально-технической базы здравоохранения, но и объемы расходов на оказание медицинской помощи и здравоохранение в целом. По мнению специалистов Министерства здравоохранения и социального развития, текущий рост отечественного показателя ожидаемой продолжительности жизни, а также снижение уровня смертности и заболеваемости в значительной степени связано с увеличением государственных расходов на медицинскую помощь с 2,6 % ВВП в 2005 г. до 2,9 % в 2007 г., а также повышением общего объема финансирования здравоохранения с 3,2 % ВВП в 2005 г. до 3,5 % ВВП в 2007 г. [2].

В то же время сравнение отечественных и зарубежных медико-демографических показателей и объемов расходования на здравоохранение не позволяет утверждать о достаточности финансового обеспечения российской системы охраны здоровья. Так, например, общие расходы на здравоохранение в «новых» странах ЕС составляют 6,06 % ВВП, в «старых» странах ЕС – 9,6 %, а в США они достигают 15 % [8]. При этом в Великобритании – стране со схожей системой здравоохранения – общий объем финансирования данной отрасли в 2,5 раза превышает российские показатели, достигая 8,4% ВВП.

Учитывая уровень здоровья населения, а также состояние системы охраны здоровья в России и зарубежных странах, очевидно, что объем отечественных ассигнований на здравоохранение носит весьма ограниченный характер, который, с точки зрения экономической составляющей, не позволяет достичь высокого качества медицины и, соответственно, здоровья нации. Объясняется данное обстоя-

тельство в первую очередь тем, что объем государственных расходов на здравоохранение не позволяет сформировать в требуемом объеме и в необходимом качестве основные ресурсы отрасли.

Столь низкий уровень расходов на здравоохранение сопровождается неразвитостью и слабой наполняемостью финансовыми ресурсами системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Доля последней в финансовом обеспечении бесплатной медицинской помощи из общегосударственных источников составляет порядка 36,6 %, в то время как 63,4 % поступает из бюджетов всех уровней бюджетной системы [2]. При этом доля ОМС в финансировании бесплатной медицинской помощи постоянно снижается, что приводит к необходимости принятия дополнительных расходных обязательств органами государственного управления в части увеличения объемов финансирования системы здравоохранения, а также реализации различных программно-целевых мероприятий по развитию социальной сферы. И это при том, что из федерального бюджета, а также бюджетов субъектов РФ постоянно направляются субсидии в соответствующие территориальные фонды ОМС на медицинское страхование неработающего населения, что в еще большей степени увеличивают нагрузку на бюджет.

В целом, существующий уровень официальных расходов на здравоохранение на фоне неполноценного функционирования страховых медицинских фондов отражается нехваткой финансовых ресурсов, необходимых для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью в рамках территориальных программ государственных гарантий. Так, к 2008 г., по данным Министерства здравоохранения и социального развития, дефицит территориальных программ государственных гарантий наблюдался в 60 субъектах Российской Федерации. Его совокупный объем составил 65,4 млрд. рублей или порядка 7 % государственных расходов на оказание бесплатной медицинской помощи. В свою очередь, дефицит в финансировании территориальных программ ОМС как составной части программ государственных гарантий установлен в 58 регионах суммарным объемом 29,2 млрд. рублей, что составляет порядка 9 % стоимости базовой программы ОМС [2].

В добавление ко всему следует упомянуть о неразвитости системы добровольного медицинского страхования (ДМС), что еще в большей степени ограничивает ресурсную базу страховых медицинских фондов в России. Причина существования данного фактора заключается в низком уровне благосостояния основной части населения РФ, а также в незаинтересованности и финансовой несостоятельности предприятий частного сектора нести социальную ответственность перед своим персоналом, в том числе в более широком масштабе, чем принято понимать на данном этапе социально-экономического развития РФ.

По мнению экономистов, а также официальных представителей сектора государственного управления, для «качественного прорыва в области здравоохранения потребуются удвоение ресурсов отрасли» [4]. Однако в настоящее время решение данной задачи становится неосуществимым мероприятием, поскольку высокая степень нехватки бюджетных средств, порожденная современными финансово-экономическими процессами, не только не позволяет органам государственного управления принимать на себя дополнительные расходные обязательства, но и осуществлять текущие.

Все указанные выше обстоятельства характеризуют проблему ограниченности финансирования публичной системы здравоохранения в качестве одного из основных препятствий для повышения степени эффективности функционирования системы управления здравоохранением.

В продолжение анализа современных характеристик функционирования системы охраны здоровья, следует отметить, что недостаточность ресурсного обеспе-

чения здравоохранения объясняется не только предельно низкими расходами на здравоохранение, осуществляемыми на принципах остаточного финансирования, но отчасти и действующей вариацией бюджетно-страховой медицины [4]. Речь идет о модели распределения финансовых средств здравоохранения, которая основывается на показателях ресурсного обеспечения отрасли или иначе – на поста-тейно-сметном принципе, подразумевающим финансирование бесплатной медицин-ской помощи не по объему и виду, а по месту ее оказания [7].

Следует отметить, что представленный способ финансирования является «самым дешевым» и применяется при недостаточности бюджетно-страховых ре-сурсов [6]. Данное обстоятельство делает его наиболее подходящим для органов государственного управления, стремящихся к высвобождению бюджетных средств для осуществления мероприятий, которые обладают более ощутимым экономиче-ским эффектом в отличие от мероприятий по развитию социальной инфраструкту-ры. В то же время такая модель ограничивает создание механизмов, оптимизи-рующих государственные расходы, и препятствует возможности получения каче-ственно и количественно большего объема услуг за соответствующий объем бюд-жетных средств [7]. В этой связи учреждения государственной системы здраво-охранения стремительно увеличивают объем платных услуг, сокращая объемы бесплатного обслуживания [6], что снижает доступ населения к получению каче-ственной и бесплатной медицинской помощи.

В целом, следует отметить, что представленный финансово-экономические, а также инфраструктурные аспекты функционирования рассматриваемого сегмен-та социальной инфраструктуры, а также множество других факторов отражаются и в то же время усиливают «фрагментарность» системы управления здравоохране-нием в РФ, то есть ограничивают свободный доступ населения (его отдельных групп) к бесплатным и качественным медицинским услугам, снижают их эффек-тивность по различным критериям или приводят к регрессу отдельных сегментов здравоохранения (рис. 1).

Следовательно, в рамках формирования стратегии, направленной на совер-шенствование системы управления здравоохранением и как следствие – повыше-ние уровня социального благополучия в стране, важной задачей управления на всех уровнях публичной власти становится нейтрализация наиболее важных ин-фраструктурных, административно-правовых и финансовых проблем функциони-рования системы здравоохранения. В связи с этим основными задачами управле-ния в отношении системы охраны здоровья является: изменение принципов фи-нансирования здравоохранения на основе минимальных подушевых нормативов; модернизация системы обязательного медицинского страхования; приоритетное развитие первичного звена здравоохранения (усиление профилактической направ-ленности здравоохранения); укрепление материально-технической базы медицин-ских организаций; расширение хозяйственной самостоятельности учреждений здравоохранения; повышение эффективности функционирования государственной системы здравоохранения и т.д.

Очевидно, что в сложившихся социально-экономических условиях решение данного комплекса задач не может ограничиваться простым инвестированием в объекты социальной сферы. В рамках долгосрочного целеполагания решение по-ставленных задач потребует также осуществления комплекса институциональных, структурных и организационно-экономических преобразований, реализуемых со-вместно с последовательной социальной политикой, основанной на применении эффективных методов и инструментов достижения выбранных целей. Однако все экономические, финансовые и административные затраты, связанные с разработ-кой и реализацией намеченных мероприятий, будут полностью оправданы соци-альным эффектом, инерционно сохраняющим в долгосрочной перспективе поло-жительные результаты необходимых преобразований.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. «Бюджетный кодекс РФ» от 31.07.1998 № 145-ФЗ (принят ГД ФС РФ 17.07.1998) (ред. от 09.04.2009), п.1 ч.1 ст.146 гл.17 ч.2.
2. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года».
3. *Гонтмахер Е.* Бедность как болезнь // Российская газета. Федеральный выпуск № 4618 от 21 марта 2008 г.
4. *Гришин В.В.* Медицинские накопительные счета – путь к эффективному здравоохранению // Национальные проекты. – 2007. – № 3 (22). – С. 37.
5. Здравоохранение в России. 2007: Стат.сб./Росстат. – М., – С. 26, С. 315.
6. *Лебедев А.А.* Приоритетный национальный проект «Здоровье» – основа здравоохранения XXI века // Национальные проекты. – 2007. – № 3 (10). – С. 62.
7. Модернизация экономики и выращивание институтов [Текст]: В 2 кн. / Отв. ред. *Е.Г. Ясин*; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. – 2 кн. – С. 107, 109.
8. WHO Statistical Information System (WHOSIS) [Электронный ресурс]: Статистическая информационная система Всемирной организации здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp> (дата обращения: 17.12.09).

**Синельников Тимур Тамазович**

Технологический институт федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южный федеральный университет» в г. Таганроге.

E-mail: [timur-judoka@mail.ru](mailto:timur-judoka@mail.ru).

347928, г. Таганрог, пер. Некрасовский, 44.

Тел.: 88634371742.

**Sinelnicov Timur Tamazovich**

Taganrog Institute of Technology – Federal State-Owned Education Establishment of Higher Vocational Education “Southern Federal University”.

E-mail: [timur-judoka@mail.ru](mailto:timur-judoka@mail.ru).

44, Nekrasovskiy, Taganrog, 347928, Russia.

Phone: 88634371742.

УДК 334.012.64

**Н.В. Брюханова**

**КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ РАЗВИТИЯ И ПОДДЕРЖКИ МАЛОГО  
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА**

*Предлагается методика анализа и принятия решений в сфере управления малым бизнесом, основанная на когнитивном моделировании, являющаяся целостной системой методов построения когнитивных моделей, их анализа и разработки сценариев поведения моделируемой системы взаимодействия малого бизнеса с внешней средой. Применение этой методики в целях исследования сложных систем, какой является система взаимодействия малого бизнеса с внешней средой, и обоснования стратегий их управления имеет несомненную практическую ценность при разработке муниципальных программ поддержки малого предпринимательства.*

*Малое предпринимательство; муниципальная программа поддержки малого предпринимательства; когнитивное моделирование; сценарный анализ; методика анализа и принятия решений в сфере управления малым бизнесом.*