

На правах рукописи

Тернов Сергей Федорович

**ФОРМИРОВАНИЕ  
ОБЩЕСТВЕННО-ЭФФЕКТИВНОГО СПРОСА  
В СОЦИАЛЬНОМ СЕКТОРЕ ЭКОНОМИКИ РОССИИ  
(НА ПРИМЕРЕ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)**

08.00.01 – экономическая теория

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук

Томск – 2007

Диссертация выполнена на кафедре экономики ГОУ ВПО «Томский государственный архитектурно-строительный университет», в Научно-исследовательском институте медицинских материалов с памятью формы Сибирского физико-технического института при ГОУ ВПО «Томский государственный университет».

**Научный руководитель:** доктор экономических наук, профессор  
**Малаховская Марина Владимировна**

**Официальные оппоненты:** доктор экономических наук, профессор  
**Гринкевич Лариса Сергеевна**  
кандидат экономических наук, доцент  
**Лившиц Вера Исааковна**

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «Кузбасский государственный  
технический университет»

Защита состоится 19 апреля 2007 г. в 10 ч. 30 мин. на заседании диссертационного совета Д 212.267.11 в Томском государственном университете по адресу: 634050, г. Томск, ул. Герцена, 2, корпус 12.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Томского государственного университета по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 34а.

Автореферат разослан 17 марта 2007 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета  
кандидат экономических наук, доцент



Е.В. Нехода

## I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Социализация хозяйственного процесса, повышение роли личного фактора в решении экономических задач общества являются значительными тенденциями современного этапа развития страны. Однако острые социально-экономические диспропорции, возникшие в ходе проводимых в России реформ, выражающиеся в значительной поляризации благосостояния населения, отсутствии социальной справедливости, и дезинтеграция общества выступили в качестве главных ограничений мобилизации потенциальных возможностей человеческого капитала и являются одним из важнейших факторов, тормозящих развитие современного российского общества.

Опыт показывает, что существующие подходы к организации социальной сферы не способны обеспечить соответствие объемов и качества предлагаемых благ реальным потребностям общества. Развитие экономических отношений в современном обществе привело к пониманию необходимости сочетания рыночных и государственных институтов социальной сферы, но конкретные формы данного взаимодействия еще недостаточно раскрыты. Согласование хозяйственных механизмов этих институтов ключевой задачей науки и государственной экономической политики делает определение и формирование общественно-эффективного спроса на услуги социального сектора, соответствующего реальным потребностям общества. Дополнительно актуализирует необходимость формирования методологических основ экономики российского здравоохранения как одной из отраслей жизнеобеспечения современного социума через развитие экономико-методологических основ доказательной медицины и, в частности, фармакоэкономики. Единство основных экономических характеристик здравоохранения с другими отраслями социальной сферы создает возможность применить полученные результаты

для объяснения общих закономерностей формирования общественно-эффективного спроса в социальном секторе национального хозяйства.

**Цель исследования** состоит в теоретическом обосновании факторов общественно-эффективного спроса в социальном секторе экономики, проработке принципов согласования экономических интересов субъектов, определяющих спрос (на примере рынка медицинских услуг), как оснований государственной политики рыночных реформ в социальной сфере.

Достижение цели исследования требует решения следующих задач:

- исследовать теоретические аспекты общественно-эффективного спроса в социальном секторе экономики в рамках существующих организационно-экономических условий современного хозяйства (на примере спроса на медицинские услуги);

- раскрыть экономическое содержание результата функционирования социального сектора в системе социально-экономических отношений современного общества на примере рынка здоровья;

- раскрыть экономические характеристики феномена «здоровье» как определяющие формирование общественно-эффективного спроса на услуги здравоохранения и социального сектора в целом;

- выявить особенности поведения субъектов спроса на услуги социального сектора и определить подходы к распределению их финансовой ответственности за состояние человеческого капитала;

- исследовать условия рационального поведения индивидуума в качестве непосредственного потребителя медицинских услуг;

- определить поведение спроса на медицинские услуги в условиях их консолидированного финансирования потребителем;

- выработать принципы наиболее эффективного распределения общественного блага в рамках социальной сферы;

- уточнить экономическую роль государства в сфере охраны здоровья населения;

– разработать модель рационального поведения государства в качестве непосредственного субъекта спроса на рынке медицинских услуг.

**Объектом исследования** являются экономические отношения социального сектора в период развития рыночного механизма национального хозяйства (на примере здравоохранения).

**Предмет исследования** составляют закономерности формирования политики регулирования спроса в социальном секторе на примере рынка медицинских услуг.

**Разработанность темы.** Анализ современной литературы, посвященной вопросам реформы отечественной экономики, выявил растущий интерес исследователей к проблемам социального сектора. Проблемы экономической организации социальной сферы российского общества в новых условиях хозяйствования представлены в работах И. Шеймана, В. Куликова, В. Роика, Ю. Ольсевича, А. Шевякова, Н. Римашевской, С. Глазьева, В. Тамбовцева, А. Рубинштейна, Р. Гринберга.

Анализ теории и практики развития отечественного здравоохранения представлен в трудах В. Кучеренко, Ф. Кадырова, В. Корчагина, Ю. Комарова, Н. Вишнякова, Ю. Лисицина, А. Вялкова, Б. Райзберга, Ю. Шиленко, А. Решетникова, В. Стародубова, Н. Шамшуриной, В. Щепина, В. Гончаренко, А. Акопяна. Экономические проблемы здравоохранения обсуждаются в работах зарубежных авторов: W. Baxt, B. Bloom, P. Doubilet, R. Saltman, J. Figueras, B. O'Brien, B. Jonsson, S. Iliffe, J. Polder, H. Jochtmensen, J. Stiglitz и др.

Основное внимание отечественных авторов сосредоточено на осмыслении проводимых преобразований, направленных на переход к рыночным отношениям. Наиболее глубоко рассматриваются современные проблемы государственного регулирования и организации социального сектора. При этом вопросы теории рынка применительно к социальной сфере и, в частности, факторы формирования общественно-эффективного спроса сегодня характеризуются крайне слабой освещенностью. Поэтому при

достижении цели диссертационной работы использовались общетеоретические исследования представленные в трудах Дж. Кейнса, Р. Коуза, А. Маршалла, К. Менгера, Д. Хаймана, П. Самуэльсона, Г. Веккера и др.

**Теоретическую и методологическую основу** исследования составили принципы маржинального, неоклассического и институционального анализа, общенаучные принципы исторического и логического, абстрактного и конкретного, эмпирического и теоретического, качественного и количественного анализа в научном исследовании.

**Научная новизна** состоит в обосновании возможностей управления социальным сектором (на примере здравоохранения) на основе распределения экономической ответственности участников и раскрывается следующими положениями.

1. На основе разработки способа согласования экономических интересов выявлены сущность и содержание общественно-эффективного спроса на социальные услуги в сфере здравоохранения, как отражающего совокупность предельных общественных выгод и способствующего увеличению индивидуального и общественного выигрышей от потребления. В целях обоснования приемлемой государственной политики регулирования систематизированы понятия общественно-эффективный спрос, общественно-эффективные инвестиции, общественно-эффективное управление, общественно-эффективные издержки, общественно-эффективное финансирование.

2. Раскрыта экономическая природа здоровья как условия, позволяющего производительную деятельность хозяйствующего субъекта, что дало возможность определить подходы к его количественным (стоимостным) характеристикам. Общественное здоровье, определяемое как способность субъекта и общества к осуществлению свойственных им социальных и хозяйственных функций на основе консолидации

индивидуального здоровья, обосновано в качестве неценовой детерминанты совокупного спроса.

3. Доказано, что российская система здравоохранения в рамках существующих институтов демотивирует потребителей. Противоречие между целями реформы здравоохранения и средствами их реализации раскрыто на основе доказательства взаимного умножения недостатков как платного, так и бесплатного подхода в здравоохранении.

4. Предложена альтернативная модель использования экономических ресурсов здравоохранения, позволяющая регламентировать участие индивидуума, домохозяйства, работодателя (в том числе корпораций), государства в обеспечении общественного здоровья на основе создания консолидированного фонда.

**Практическая значимость исследования** заключается в развитии прикладного содержания экономических категорий, создании методологической основы экономического анализа медицинской деятельности и, в частности, доказательной медицины, обосновании и разграничении структуры и объемов общественно-эффективного финансирования социальной сферы. Результаты исследования, углубляя понимание факторов, определяющих формирование общественно-эффективного спроса в социальной сфере, уточняют содержание административно-правовых, собственнических, финансовых и кредитно-денежных инструментов регулирования социально-экономических отношений на различных хозяйственных уровнях современного общества.

Основные положения и выводы диссертационного исследования могут быть использованы при выборе инструментов разработки государственных и региональных программ в социальной сфере, а также при выборе индикаторов реализации данных программ, в преподавании курсов «Экономическая теория» и «Экономические основы доказательной медицины».

**Апробация результатов.** Основные положения и выводы диссертационного исследования обсуждались на всероссийской научно-практической конференции «Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии», Красноярск (2003); международной научно-практической конференции «Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в медицине», Томск (2004); X юбилейной международной научно-практической конференции «Качество – стратегия XXI века», Томск (2005); III международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы прикладных наук: теория и практика – 2006», Днепропетровск (2006); научно-практической конференции «Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии», Томск – Красноярск (2006); III Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические проблемы экономической безопасности России в XXI веке», Томск (2006).

По теме диссертационного исследования опубликовано 10 работ общим объемом 2,8 п.л., в том числе личный вклад автора составил 2 п.л.

Обоснованность основных результатов диссертационного исследования подтверждается внедрением Департаментом здравоохранения Томской области элементов управления совокупным спросом на рынке медицинских услуг, позволивших повысить эффективность использования ресурсов и согласованность действий субъектов здравоохранения; внедрением в практику работы Клиники дентальной имплантологии ООО «Научно-производственное предприятие «Медико-инженерный центр» и ООО «Элион» предложенной системы социального дотирования сотрудников, позволяющей оптимизировать расходы на адаптацию трудовых ресурсов к требованиям производственной функции предприятия.

**Структура работы.** Настоящая диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений общим объемом 172 страницы машинописного текста; содержит 22 таблицы, 37 рисунков, 11 приложений; список литературы включает 186 источников.



**Во введении** обоснованы выбор направления и актуальность исследования, сформулированы цель и задачи, определены структура и порядок решения поставленных задач, установлена степень исследованности.

**В первой главе** «Особенности развития социального сектора национальной экономики России» раскрывается значимость социального сектора и, в частности, здравоохранения в экономической системе современного общества, а также проблема недопроизводства производимых им благ. Обосновывается роль общественно-эффективного спроса, отражающего всю совокупность предельных общественных выгод, в качестве важнейшего фактора стабилизации социального сектора национальной экономики. Уточняются факторы общественно-эффективного спроса и предлагается принципиальная модель консолидированного финансирования социального сектора, сочетающая в себе аспекты неоклассической и институциональной методологий. Анализируются методологические аспекты существующих подходов к хозяйственной организации здравоохранения как социально значимого сектора экономики, в результате чего обнаруживается противоречивость между целями реформы отечественного здравоохранения и средствами их достижения. Обнаруживается необходимость конкретизации экономической категории здоровья и согласования интересов экономических субъектов в сфере охраны здоровья населения в качестве неотъемлемых факторов общественно-эффективного спроса на услуги медицинского сектора здравоохранения.

**Во второй главе** «Формирование экономических характеристик здоровья как фактор, определяющий общественно-эффективный спрос» на основе современного понимания социально-биологической сущности человека и его здоровья конкретизируется экономическая природа данного феномена как субъективной категории, являющейся неизбежным условием, регламентирующим экономическую деятельность индивидуума. На основе маржинальной теории раскрываются подходы к количественной и

стоимостной оценке здоровья на индивидуальном, производственном, государственном и общественном уровнях.

**В третьей главе** «Особенности адаптации экономических интересов на рынке медицинских услуг» анализируются принципы рационального поведения потребителя на рынке медицинских услуг как составляющей системы здравоохранения в различных клинических и экономических условиях. Рассматривается зависимость потребительского выбора и кривой рыночного спроса на рынке медицинских услуг от уровня дохода потребителей. Доказывается несостоятельность текущей государственной политики в области финансирования здравоохранения, направленной на разделение медицинских услуг на платные и бесплатные, и предлагается модель рационального поведения государства в качестве непосредственного субъекта спроса на рынке медицинских услуг.

**В заключении** обобщены результаты диссертационного исследования, изложены основные выводы и рекомендации.

## **II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**1. На основе разработки способа согласования экономических интересов выявлены сущность и содержание общественно-эффективного спроса на социальные услуги в сфере здравоохранения как отражающего совокупность предельных общественных выгод и способствующего увеличению индивидуального и общественного выигрышей от потребления. В целях обоснования приемлемой государственной политики регулирования систематизированы понятия: общественно-эффективный спрос, общественно-эффективные инвестиции, общественно-эффективное управление, общественно-эффективные издержки, общественно-эффективное финансирование.**

Производство услуг, являясь сферой, в которой происходит потребление экономических ресурсов и производится новая стоимость, т.е.

осуществляется хозяйственная деятельность, должно основывать свои решения на соотношении предельных затрат и выгод. Особенностью экономики социального сектора является ее объективная зависимость от бюджетных средств. Издержки производства ряда услуг социального сектора являются выше цен на конечный продукт, при этом повышение последних невозможно без существенного сокращения объемов производства либо повышения уровня спроса. Явление известно экономической науке как «болезнь Баумоля», или «болезнь цен».

Снижение объемов производства услуг социального сектора способствует росту рыночных цен в данной сфере, однако экономический интерес к производительным способностям человека со стороны хозяйствующих субъектов и общества в целом формирует положительный внешний эффект услуг социального сектора, что, в свою очередь, определяет неэффективность снижения их объемов в структуре национального производства. Следовательно, несостоятельность социального сектора к самоокупаемости в современных рыночных условиях обусловлена тем, что спрос на его услуги, предъявляемый индивидуумами, отстает от «желаемого обществом».

Сложность обозначенной проблемы заключается в том, что в условиях современного рынка на передний план выходят не индивидуальные, а субъектные отношения его участников. Рыночные предпочтения индивидуума, как правило, опосредованы хозяйствующими субъектами (домохозяйство, фирма, город, регион, государство и т.д.), в состав которых он входит и чьи экономические интересы могут как согласовываться, так и противоречить друг другу. Следовательно, в условиях современного рынка полноценно предпочтения индивидуумов проявляются только в совокупности экономических интересов всех хозяйствующих субъектов. При этом необходимо признать, что отставание фактического спроса на услуги социального сектора от «желаемого обществом» обусловлено существованием потенциальных субъектов спроса, проявление

экономических интересов которых сдержано институтами современного общества.

Общественное здоровье как условие функционирования хозяйства предполагает согласованное потребление медицинских услуг, выражающееся в формировании общественно-эффективного, достаточного для функционирования общества спроса.

Под общественно-эффективным спросом понимается обеспеченная ресурсами выраженная и согласованная потребность в медицинских услугах всех субъектов хозяйства. Хозяйственный характер блага «здоровье», предполагающий вовлечение ресурсов в его воспроизводство, указывает на необходимость инвестиций в создание условий функционирования здравоохранения. Общественно-эффективные инвестиции  $AI$  в социальный сектор аналитически имеют вид:

$$ID = \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^m Pi,$$

который увязывает все равновесные инвестиции  $Pi$  хозяйствующих субъектов  $i$  в производственные способности индивидуумов  $j$ .

В процессе хозяйствования для поддержания условий воспроизводства отрасли необходимо возмещение издержек ее деятельности. Существование здоровья как блага общественного позволяет определить общественно-эффективные издержки, уравнивающиеся общественными выгодами, следующим образом:

$$MPC + MCC + MNC + MEC = MPB + MCB + MNB + MEB.$$

Определяемый посубъектно состав издержек включает предельные частные издержки домохозяйства  $MPC$ , предельные издержки фирмы работодателя  $MCC$ , предельные издержки государства  $MNC$ , предельные внешние издержки  $MEC$ . В числе учитываемых выгод (тоже посубъектно

определяемых), предельные частные выгоды домохозяйства *MPB*, предельные выгоды фирмы работодателя *MSB*, предельные выгоды государства *MNB*, предельные внешние выгоды *MEB*.

Ключом к обеспечению эффективного финансирования социального сектора является формирование общественно-эффективного спроса на его услуги, способствующего включению в воспроизводственный цикл только тех благ и в таком количестве, освоение которых увеличит индивидуальный и совокупный выигрыш от потребления. Под общественно-эффективным управлением как основой преемственной государственной политики регулирования понимается процесс выявления, создания условий удовлетворения и достижения достаточного для эффективного функционирования общества потребления медицинских услуг.

**2. Раскрыта экономическая природа здоровья как условия, позволяющего производительную деятельность хозяйствующего субъекта, что дало возможность определить подходы к его количественным (стоимостным) характеристикам. Общественное здоровье, определяемое как способность субъекта и общества к осуществлению свойственных им социальных и хозяйственных функций на основе консолидации индивидуального здоровья, обосновано в качестве неценовой детерминанты совокупного спроса.**

Современные подходы к определению понятия «здоровье» в литературе, посвященной вопросам социальной гигиены и организации здравоохранения, базируются на понимании социальной сущности человека, объединившего и преобразовавшего в себе биологическое и социальное начала. Исходя из данных медико-социальных позиций, ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Экономическая природа индивидуального здоровья определяется как соответствие характеристик организма человека его потребностям как хозяйствующего субъекта, по отношению к которым они проявляют свойства

благ. В качестве единицы блага «здоровье» выступает минимальная предельная величина функции организма человека, которая способна повлиять на количество либо качество удовлетворяемых потребностей. Поэтому количественные экономические характеристики здоровья выражаются степенью его соответствия целевой функции хозяйствующего субъекта.

Являясь феноменом жизнедеятельности человека, здоровье во многом определяет и ее экономическую составляющую. Здоровье выступает фактором, детерминирующим производственную, распределительную, меновую и потребительную функции человека. Здоровье рассматривается в качестве важнейшего комплементарного блага по отношению ко всем остальным имеющимся в распоряжении человека благам, по мере утраты которого все остальные блага также утрачивают свою значимость для человека. Используя известный методический прием агрегирования комплементарных здоровью благ в «композитное благо» обнаруживаем нелинейную зависимость между ним и благом «здоровье» (рис. 1).

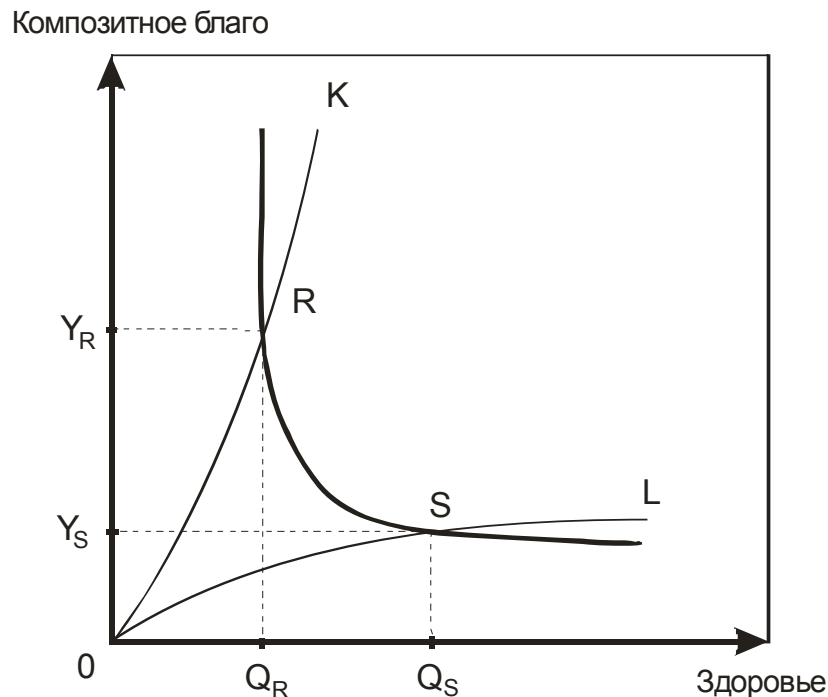


Рис. 1. Кривая безразличия для наборов «здоровье – композитное благо»

Нелинейность означает, что в некоторых пределах (отрезок  $RS$ ) возможно эффективное взаимозамещение здоровья и композитного блага. Однако по закону убывающей предельной производительности факторов по мере замещения оба блага накладывают друг на друга количественные ограничения, за пределами которых они утрачивают сущность благ.

По статистическим оценкам здоровье на 55% обусловлено образом жизни, в том числе, характеризуемым потреблением композитного блага. Следовательно, между уровнем здоровья и объемом потребления композитного блага, необходимым для его поддержания, существует зависимость (кривая  $OL$ ). Повышение уровня здоровья выше значения  $Q_S$  не обеспечено минимально необходимым для его поддержания объемом потребления композитного блага, поэтому является безразличным для человека. Болезнь, ограничивая экономическую деятельность, устанавливает зависимость (кривая  $OK$ ) между уровнем здоровья и максимально достижимым количеством потребления композитного блага. Общественное здоровье как категория, отражающая способность субъекта и общества осуществлять свойственные им социальные и хозяйственные функции на основе консолидации индивидуального здоровья, является неценовой детерминантой совокупного спроса.

**3. Доказано, что российская система здравоохранения в рамках существующих институтов демотивирует потребителей. Противоречие между целями реформы здравоохранения и средствами их реализации раскрыто на основе доказательства взаимного умножения недостатков как платного, так и бесплатного подхода в здравоохранении.**

Социально-экономические преобразования, происходящие в различных сферах современного российского общества, связаны с развитием рыночных отношений. В основу механизма реформы отечественного здравоохранения были положены принципы страховой медицины в виде обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС).

Введение страхования предполагало коренную реорганизацию экономической базы здравоохранения, внедрение методов управления, основанных на современных принципах маркетинга и менеджмента, хозяйственную самостоятельность медицинских организаций. В процессе реформы здравоохранения создана многоканальная, многоуровневая система финансирования и управления отраслью, однако, несмотря на значительные структурные изменения в системе финансирования и управления, реального улучшения деятельности медицинских организаций, как в медицинском, так и в финансово-экономическом, реформа здравоохранения не принесла.

Анализ литературы, посвященной проблемам реформы здравоохранения показал, что существующие подходы к решению проблем финансового дефицита в данной отрасли, в целом, сводится к разграничению всего комплекса медицинских мероприятий на платный (рыночный) и бесплатный (государственный). Однако именно это обстоятельство выступило в качестве одной из важнейших причин существующих в здравоохранении противоречий.

Во-первых, структура экономической организация здравоохранения, разграничивающая на уровне конкретной медицинской услуги рыночные и государственные механизмы регулирования границами секторов, не решает, а сочетает в себе проблемы обеих моделей хозяйствования и препятствует формированию общественно-эффективного спроса на медицинские услуги.

В качестве факторов, обуславливающих несостоятельность бюджетного здравоохранения, рассмотрены: государственная монополизация права аттестации качества и управления национальным здоровьем; разделение товарных и финансовых потоков, что предопределило несогласованность потребностей общества в медицинских услугах с ресурсными возможностями; низкая экономическая заинтересованность человека в сохранении своего здоровья и завышение спроса на медицинские услуги; существование теневого рынка, свидетельствующее о желании потребителей влиять на процесс лечения в соответствии со своими



потребностями и раскрывающее противоречия институциональной среды российского здравоохранения.

Несостоятельность рынка обеспечить общественно-эффективное распределение ресурсов здравоохранения обусловлена: ограниченной рациональностью потребителей на рынке медицинских услуг, устанавливающей приоритет интересов врача; приоритетной направленностью на реализацию интересов состоятельных слоев общества, что в условиях значительной дифференциации доходов населения нарушает принципы равного доступа к наиболее важным услугам здравоохранения; безразличием к проблемам внешних эффектов и общественных благ, характерных для основной части услуг здравоохранения.

Во-вторых, современный уровень развития медицинской науки определил рост альтернативности технологий лечения, возможность выбора которых позволяет адаптировать медицинскую деятельность к реальным потребностям общества. Ограничение спектра бесплатных медицинских услуг, реализуемое в действующей системе обязательного медицинского страхования, снижая индивидуальность лечения, препятствует практической реализации потенциала современной медицины и нарушает равенство в социальной защищенности граждан, поскольку невозможно сформировать ограниченный набор медицинских услуг, в равной степени отвечающий потребностям всех членов общества.

В-третьих, бюджетный сектор предлагает наименее затратные и, как правило, менее эффективные услуги, при этом на потребителя платных медицинских услуг ложится весь груз финансовой ответственности за лечение. В данной парадоксальной ситуации, когда разница в стоимости между более эффективной и менее эффективной медицинской услугой увеличивается за счет бесплатности последней, система здравоохранения демотивирует потребителя медицинских услуг от достижения наиболее высокого уровня здоровья, препятствуя практической реализации потенциала современной медицины.

Указанные обстоятельства позволили заключить, что деление хозяйственной системы здравоохранения по источникам финансирования не позволяет согласовать экономические интересы субъектов рынка медицинских услуг, что в свою очередь препятствует формированию общественно-эффективного спроса и выступает в качестве фактора, усугубляющего финансовый кризис отечественного здравоохранения.

Препятствием на пути согласования экономических интересов субъектами рынка медицинских услуг выступил существующий регламент финансового участия работодателей в системе обязательного медицинского страхования, при котором отсутствует принципиальная возможность оптимизации инвестиций фирмы в здоровье своего персонала. Нерациональным является и само государственное опосредование данных взаимоотношений, ведущее к значительному росту транзакционных издержек. Экономические отношения между индивидуумом и хозяйственными организациями, как правило, строятся на контрактной основе, предполагающей количественную и качественную оценку результатов данного отношения и определяющей возможность непосредственного регулирования финансовой ответственности работодателя и работника за воспроизводство человеческого капитала при незначимом росте транзакционных издержек.

**4. Предложена альтернативная модель использования экономических ресурсов здравоохранения, позволяющая регламентировать участие индивидуума, домохозяйства, работодателя (в том числе корпораций), государства в обеспечении общественного здоровья на основе создания консолидированного фонда.**

Анализ существующих подходов к решению финансовых проблем здравоохранения, основанных на разделении медицинских услуг на платные и бесплатные, позволил выдвинуть тезис о необходимости решения данной проблемы на уровне распределения финансовых средств, позволяющего повысить степень адаптации экономических ресурсов общества к

потребностям каждого субъекта. Данное положение послужило основанием для предложения концепции общественно-эффективного финансирования здравоохранения и социальной сферы в целом, предполагающей существование спроса, консолидирующего в себе финансовые средства всех хозяйствующих субъектов, заинтересованных в развитии человеческого капитала в объемах, соответствующих получаемым от этого выгодам (рис. 2).

Чистый частный характер блага «медицинская услуга» обуславливает эффективность рыночных принципов во взаимоотношениях между производителями и потребителями медицинских услуг, поэтому решение проблемы отставания спроса на медицинские услуги от общественно-эффективного необходимо осуществлять за рамками данных отношений.



Рис. 2. Принципиальная схема финансирования услуг социального сектора

Исследование поведения потребителя на рынке медицинских услуг показало, что предпочтения индивидуума являются одной из важнейших детерминант потребительского выбора, при этом осуществление пациентами и лечебными учреждениями регулирующих функций относительно методов оказания медицинской помощи и ее оплаты ведет к повышению качества медицинского обслуживания и его рентабельности. Данное обстоятельство обусловило необходимость опосредования экономических интересов общества предпочтениями индивидуума, что предполагает консолидацию финансовых средств общества, выделяемых на здравоохранение и

социальную сферу на уровне непосредственных потребителей. При этом роль страховых компаний сводится к страхованию рисков хозяйствующих субъектов, возникающих вследствие заболевания индивидуума, включающих в себя и финансовую ответственность за его лечение.

Эффективность выдвигаемой концепции раскрывается на основе исследования рационального поведения потребителя на рынке медицинских услуг (рис. 3). Анализ влияния величины дохода потребителя на уровень предъявляемого им спроса обусловил консолидацию финансовых средств в единый бюджет потребителя в качестве фактора, позволяющего повысить доступность платной медицинской помощи, в том числе и ее высокотехнологичных (дорогостоящих) видов, что подтверждается существующей статистикой (таблица).

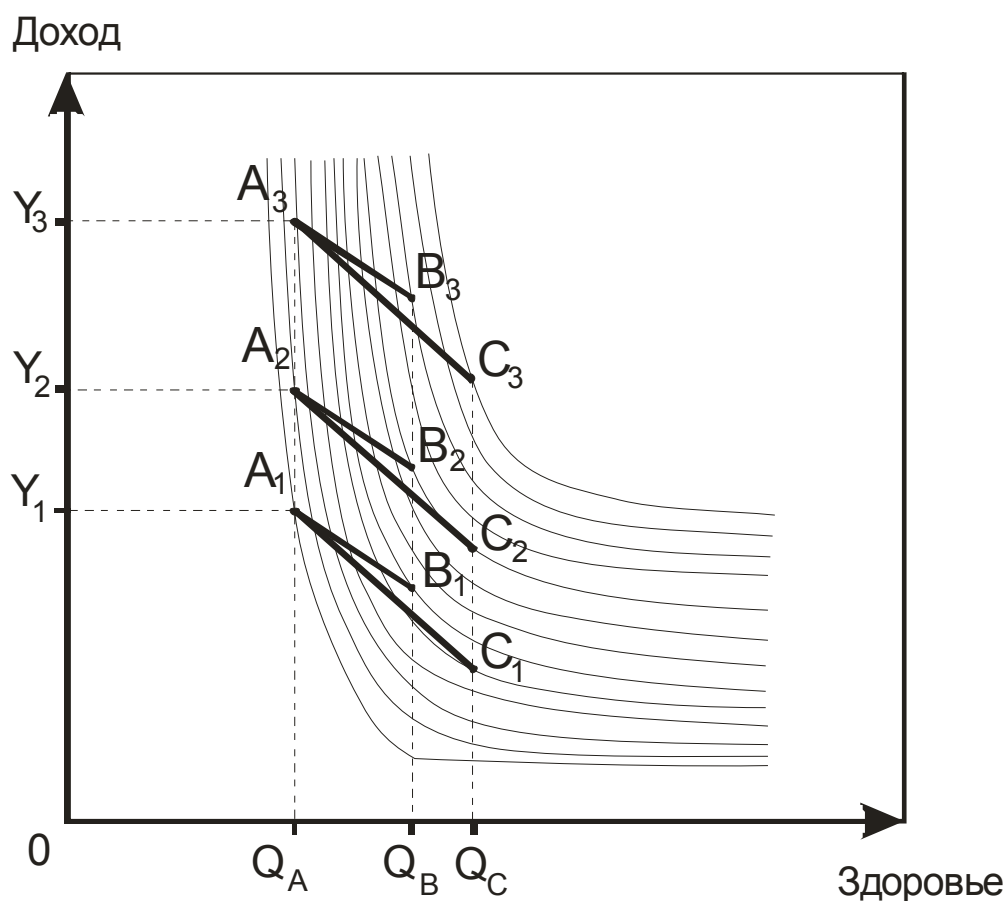


Рис. 3. Влияние уровня дохода потребителя на его выбор в условиях альтернативного предложения медицинских услуг  $AB$  и  $AC$

Таблица - Зависимость обращаемости к врачам разных специальностей от уровня дохода пациентов, в %

Специальность врача	Уровень ежемесячного дохода, доллары					
	до 50	50 – 100	100 – 300	300 – 500	500 – 1000	более 1000
Стоматолог-терапевт	7,5	8,8	20,8	35,3	15,5	12,1
Стоматолог-ортопед	–	–	4,2	15,7	53,6	26,4
Стоматолог-Хирург	5,4	18,2	23,6	17,9	25,5	9,4
Итого	5,4	8,8	17,6	27,2	26,2	14,8

Анализ индивидуального спроса на медицинские услуги позволил заключить, что с увеличением доходов населения в постоянном интервале рассматриваемых цен  $Y_1 - Y_2$  (рис. 4) кривая рыночного спроса смещается вертикально вверх, становясь при этом вогнутой по отношению к началу координат.

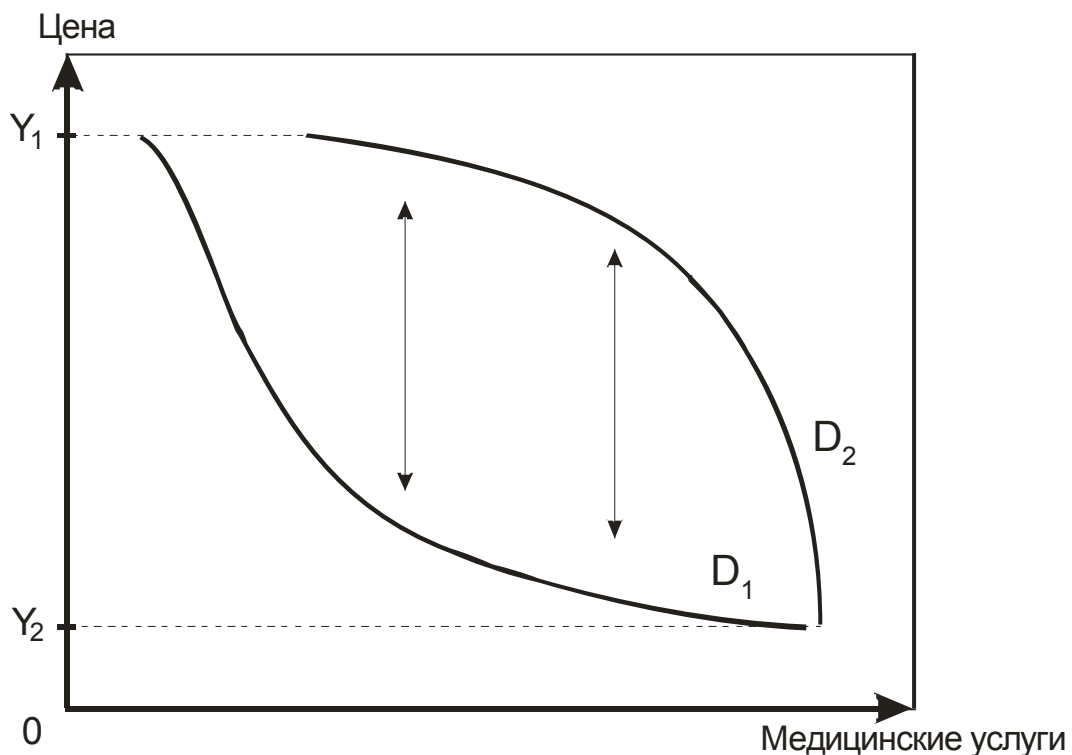


Рис. 4. Трансформация кривой спроса на медицинские услуги при изменении уровня доходов населения

Трансформация кривой спроса объясняется тем, что с ростом дохода увеличивается как объем индивидуального потребления медицинских услуг, так и общего числа потребителей, поэтому в области верхнего предела цен эластичность спроса повышается, сдерживая рост цен на медицинские услуги. Однако в краткосрочном периоде времени потребность индивидуума в здоровье и медицинских услугах ограничена, поэтому в области нижнего предела цен спрос на медицинские услуги становится неэластичным.

Данная зависимость актуализирует проблему эффективного распределения ресурсов общества, позволяющего через максимизацию доступности медицинских услуг повысить рыночный спрос на медицинские услуги и уровень общественного здоровья.

Зависимость поведения потребителя медицинских услуг от формы его дотирования анализируется на примере сопоставления действия программы, направленной на снижение рыночной стоимости медицинской услуги, с программой, повышающей доход потребителя (рис. 5).

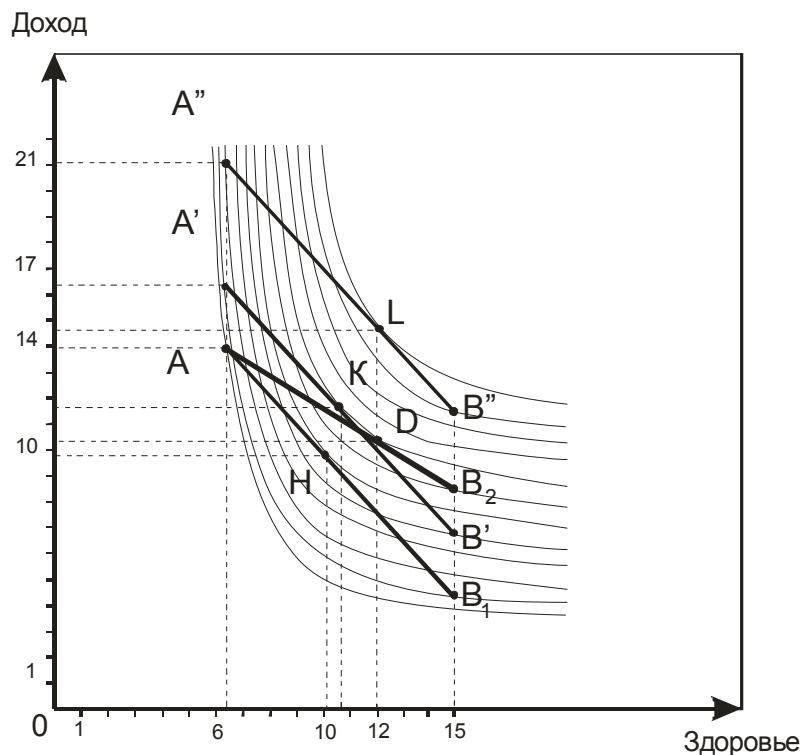


Рис. 5. Сравнительный анализ действия программы государственного финансирования здравоохранения, направленной на снижение рыночной стоимости медицинской услуги  $AB$ , с программой, направленной на повышение дохода потребителя медицинских услуг

Проведенный анализ показал, что финансирование здравоохранения, компенсирующее затраты потребителя на лечение, стимулируя рост потребления медицинских услуг, противоречит эффективному распределению общественных благ. В свою очередь, действие программ финансирования, повышающих уровень дохода потребителя, который может быть распределен на весь социальный сектор, нивелируя противоречия общественного выбора, направленного на реализацию интересов «медианного избирателя», обеспечивает более эффективное распределение общественных благ социального сектора экономики.

Основной предпосылкой анализа государственного участия в финансировании медицинских услуг послужило понимание государства в качестве самостоятельного хозяйствующего субъекта, преследующего свои собственные интересы в социальном секторе экономики, направленные на повышение уровня совокупного дохода. В условиях рынка явный доход государства формируется за счет налоговых сборов и представляет собой некоторую функцию от ВВП. Влияние здравоохранения на данный показатель выражается в том, что, во-первых, медицинские товары и услуги сами непосредственно входят в состав ВВП. Во-вторых, через свое влияние на качество человеческого капитала здравоохранение во многом обуславливает результаты экономической деятельности большинства субъектов национального хозяйства, что неизбежно находит свое отражение в объеме ВВП. И, в-третьих, снижение заболеваемости населения сокращает государственные расходы по оплате больничных листов и пособий по инвалидности. Таким образом, между объемами потребления медицинских услуг и доходами государства при прочих равных условиях устанавливается прямая зависимость.

Издержки государства на рынке медицинских услуг должны состоять из объемов дотаций населения, а также расходов по содержанию административного аппарата здравоохранения и поддержанию соответствующей организационно-правовой базы.

Представленное понимание выигрышей и потерь государства от медицинской деятельности и участия в ее финансировании явилось достаточным для построения модели его рационального поведения на рынке медицинских услуг, основанного на сопоставлении предельного дохода с предельными издержками финансирования (рис. 6). Опосредованность интересов государства предпочтениями непосредственного потребителя обусловила нелинейную зависимость издержек и выигрышей государства от объемов государственного финансирования, что потребовало введения третьей координаты, отражающей размеры государственных дотаций.

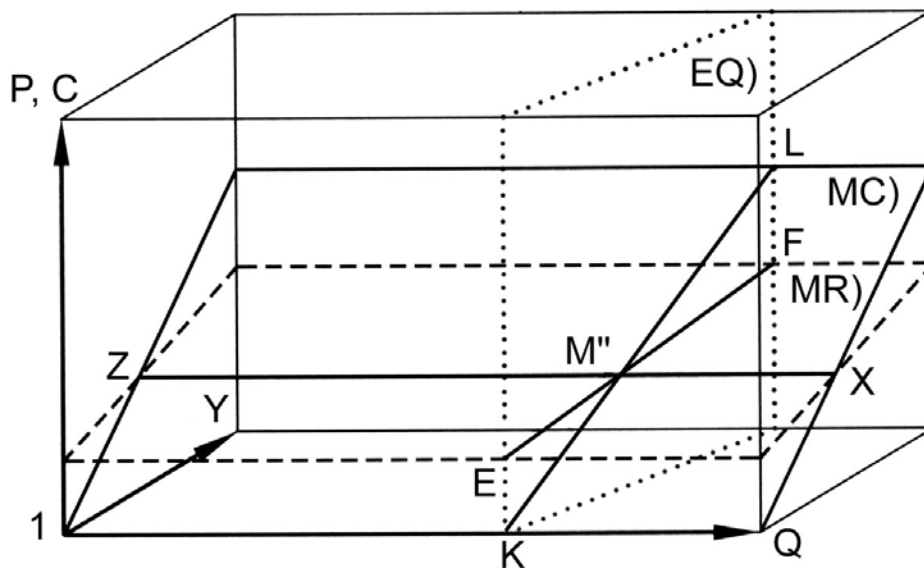


Рис. 5. Модель равновесного производства медицинской услуги в условиях согласованности государственных и рыночных институтов здравоохранения

Превышение предельного дохода образует убытки, и только на кривой  $XZ$ , где предельный доход равен предельным издержкам, достигается оптимальный объем государственного финансирования медицинских услуг. При этом только в точке пересечения кривых  $EF$  и  $KL$  (точка  $M''$ ) достигается согласование интересов всех субъектов здравоохранения.

Таким образом, на основе выявления сущности и содержания действующих в социальном секторе хозяйствующих субъектов и их



экономических интересов доказана возможность управления социальным сектором (на примере здравоохранения) через распределение экономической ответственности участников обеспечения общественного здоровья.

### **Публикации автора по теме диссертационного исследования**

В изданиях, входящих в перечень ВАК:

1. Тернов С.Ф. Развитие социального сектора экономики России в трансформационный период / С.Ф. Тернов // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2007. – № 1 (27). – С. 161-164. (0,3 п.л.)

2. Тернов С.Ф. Оценка экономической эффективности медицинских вмешательств / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 17-21. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

3. Тернов С.Ф. Экономические принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 34-38. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

В периодической печати, материалах конференций и иных изданиях:

4. Тернов С.Ф. Оценка экономической эффективности медицинских вмешательств / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Главврач. – 2004. – июль. – С. 74-78. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

5. Тернов С.Ф. Экономическая эффективность применения сверхэластичных конструкций с памятью формы в ортодонтии / С.Ф. Тернов, Н.А. Молчанов, В.И. Полуев // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии / Под ред. В.Э. Гюнтера. – Томск: ИПФ; Изд-во НТЛ, 2003. – С. 162-164. (0,2 п.л. / 0,1 п.л.)

6. Тернов С.Ф. Экономические закономерности инновационного процесса в здравоохранении / С.Ф. Тернов // Биосовместимые материалы и новые технологии в медицине / Под ред. В.Э. Гюнтера. – Томск: ИПФ; Изд-во НТЛ, 2004. – С. 412-415. (0,2 п.л.)

7. Тернов С.Ф., Принципиальные подходы к решению проблемы финансирования современного здравоохранения / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская, П.Г. Сысолятин // Имплантаты с памятью формы. – 2005. № 1-2. – С. 106-111. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

8. Тернов С.Ф. Экономическая роль государства в социальном секторе, на примере рынка медицинских услуг / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Актуальные проблемы прикладных наук: теория и практика – 2006: Материалы III Международной научно-практической конференции. – 2006. – Т. 18. – С. 41-46. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

9. Тернов С.Ф. Рациональный выбор потребителя на рынке медицинских услуг / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии / Под ред. В.Э. Гюнтера. – Томск: Изд-во «НПП «МИЦ», 2006. – С. 248-252. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)

10. Тернов С.Ф. Особенности развития социального сектора в условиях переходной экономики России / С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Экономика России в XXI веке: Сб. научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические проблемы экономической безопасности России в XXI веке» / Под ред. Г.А. Барышевой, Л.М. Борисовой. – Томск: Изд-во ТПУ, 2006. – С. 103-107. (0,3 п.л. / 0,2 п.л.)