

08.00.05. – ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НАРОДНЫМ ХОЗЯЙСТВОМ
01. – ЭКОНОМИКА, ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ
ПРЕДПРИЯТИЯМИ, ОТРАСЛЯМИ, КОМПЛЕКСАМИ
СФЕРА УСЛУГ

УДК 364
ББК 65.207.2

Баматгириев Омар Абасович,
аспирант каф. экономики и менеджмента
Кисловодского института экономики и права,
г. Кисловодск,
e-mail: meon_nauka

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

SOCIAL CONTRADICTIONS IN PROVIDING MEDICAL SERVICES

Статья посвящена проблемам экономической эффективности и социальной справедливости в сфере здравоохранения. Эти вопросы исследуются в контексте противоречия между институтами по поводу формирования частных и общественных благ. Проанализированы последствия государственного финансирования сферы социальных услуг по остаточному принципу. Освещены проблемы совершенствования системы обязательного медицинского страхования и поддержки наиболее важных направлений медицинской помощи. Рассматриваются социальные противоречия при предоставлении медицинских услуг в условиях существенного недофинансирования отрасли и повышающихся расходах домашних хозяйств на медицинскую помощь.

The article is devoted to the problems of economic efficiency and social justice in the health care. These issues are examined in the context of the contradictions between the institutions regarding formation of private and public goods. Effects of public funding of social services as a residual have been analyzed. Problems of improving the system of compulsory medical insurance and support of the most important areas of medical care have been reviewed. Social contradictions in providing medical services in the conditions of substantial under-funding of the industry and rising of the household expenditures for medical care have been analyzed.

Ключевые слова: социальная справедливость, сфера здравоохранения, программа государственных гарантий, дифференциация населения, экономическая эффективность, остаточный принцип финансирования, медицинская помощь, обязательное медицинское страхование, теневая оплата услуг, расходы населения.

Keywords: social justice, health care, a program of state guarantees, the differentiation of the population, economic efficiency, residual principle of funding, medical care, compulsory health insurance, shadow payment for services, expenses of population.

Введение

Трансформация геоэкономического пространства России в последние десятилетия и внедрение рыночных

принципов ведения хозяйства способствовали отказу от тоталитарных форм правления, а вместе с тем и отказу от существовавших ранее в общественном сознании парадигм относительно патерналистских функций государства. В результате на смену старым стереотипам пришли новые, в которых государство выступает не столько «покровителем», сколько «организатором» коллективных действий в процессе формирования и развития социально-экономического пространства страны.

В соответствии с современной институциональной организацией гражданского общества Российская Федерация представляет собой демократическое государство, в целом выражающее и символизирующее совокупность интересов российского общества. Опираясь на силу закона и обладая исключительным правом принуждения, государство осуществляет свои властные функции для достижения целей, задаваемых обществом. Понимание данных фактов носит весьма важный характер для проведения современных успешных общественно-политических и социально-экономических реформ.

Идеи об уважении человеческой личности и улучшении условий ее жизни как основных предпосылок обеспечения макроэкономической стабильности и микроэкономической конкуренции легли в основу подходов к определению роли государства в современном демократическом обществе. Так, до недавнего времени организация экономического пространства Российской Федерации была такова, что противоречия между институтами по поводу формирования частных и общественных благ носили классовый характер, что, естественно, не способствовало повышению эффективности использования производственных ресурсов и снижению транзакционных издержек. Однако на сегодняшний день складываются объективные предпосылки для преодоления этих противоречий, что, в частности, происходит на фоне усиления идеи о кооперативном типе поведения, где общественно ориентированное поведение приобретает для индивида рациональный характер, что, в конечном итоге, в большей степени отвечает его собственным интересам.

Кроме того, процесс трансформации экономического пространства, формирование смешанной рыночной экономики позволяют создавать объективные предпосылки для организации системы общественной эффективности,

что выступает катализатором процесса эволюции во взаимоотношениях между экономической эффективностью и социальной справедливостью.

Подобные тенденции ведут к формированию народнохозяйственной системы, где экономическая эффективность и социальная справедливость будут способствовать одновременному формированию общественных и частных благ, не вызывая противоречий между ними.

Особенности предоставления социальных услуг в российской экономике

Современные попытки создания в России эффективной и устойчивой социально-экономической системы также базируются на принципах кооперативного поведения. Именно из интегрирования фундаментальных основ экономической эффективности и социальной справедливости в систему смешанной экономики берут свое начало взгляды на основы социально-экономической политики и принципы формирования механизма ее реализации. Это отчасти заключается в обеспечении оптимальных уровней социальных выплат в бюджеты домашних хозяйств и налоговых отчислений в бюджеты и внебюджетные фонды различных уровней государственной власти и управления.

Однако функции государства не исчерпывают себя лишь в вопросах формирования современной эффективной и устойчивой социально-экономической системы. Неотъемлемой частью смешанной экономики в демократическом обществе является система социального обеспечения населения, гарантирующая равный доступ к жизненно необходимым товарам и услугам для различных слоев населения. Именно эта система в смешанной экономике обеспечивает решение конфликтных ситуаций, возникающих в процессах взаимодействия экономической эффективности с социальной справедливостью, частной собственности с общественными интересами.

Ранее в России, как и в других государствах социалистического лагеря, система социальных гарантий и защиты населения строилась на принципах обеспечения: тотальной занятости граждан; жесткого регулирования цен и зарплат; дотирования товаров народного потребления и услуг; чистой монополии государства на систему социального обслуживания и др. Все это в значительной степени отличало отечественную систему от ее аналогов в странах с капиталистическим укладом. Тем не менее системный кризис конца 80-х – начала 90-х гг. XX в., переход к политической демократии и рыночной экономике обозначили существенные просчеты в реализации советской системы социальных гарантий и защиты населения.

Так, с одной стороны, в отраслях сферы социальных услуг было занято большое количество трудовых ресурсов, что обеспечивало относительно высокие показатели обеспеченности населения страны работниками социально-культурной сферы. С другой стороны, наличие большой массы работников, занятых в сфере социального обеспечения населения, компенсировалось значительным отставанием в развитии материально-технической базы в сравнении с западноевропейскими странами. Кроме того, у врачей, учителей, работников культуры отсутствовали стимулы к ведению эффективной работы и внедрению инновационных методов, что, в совокуп-

ности с указанными проблемами, снижало качество предоставляемых услуг на фоне их роста в странах ОЭСР.

Еще в большей степени усугубляло ситуацию государственное финансирование сферы социальных услуг по остаточному принципу, что впоследствии способствовало широкому распространению теневой оплаты потребителями предоставленных им услуг здравоохранения, образования, культуры, в результате чего темпы роста коррупционной составляющей вышли на новый уровень.

В итоге неравенство в доступности социальных услуг, обусловленное социальным статусом людей, медленное внедрение новых технологий и обновление оборудования, дефицит ресурсов, низкая заработная плата работников социальных отраслей, порождающая теневые платежи за их услуги, отсутствие у населения легальных инструментов воздействия на качество предоставляемых услуг, рост требований к их уровню и отсутствие адекватной реакции со стороны государства способствовали формированию недовольства в обществе.

Решение проблем недостаточности бюджетного финансирования, неэффективности использования имеющихся ресурсов, растущего отставания от западноевропейских стран по качеству социального обслуживания было принято искать в направлении кардинального реформирования отраслей социальной сферы и прежде всего здравоохранения и жилищно-коммунального хозяйства. Общий вектор реформ был заимствован у стран с развитой рыночной экономикой, что объяснялось кризисом социалистической идеологии государственного управления страной и социальной сферой и их сменой на рыночную парадигму. Причем интерес был обращен к новейшим моделям финансирования социальной сферы, которые в это время активно обсуждались и начинали внедряться в Западной Европе. В частности, речь идет о переходе от системы бюджетного финансирования здравоохранения к системе обязательного медицинского страхования; формировании накопительных фондов системы пенсионного обеспечения; развитии негосударственных пенсионных фондов; приватизации части объектов социальной инфраструктуры.

В сферах образования и культуры наблюдалось интенсивное развитие негосударственного сектора и увеличение масштабов рыночного предложения образовательных и культурных услуг. В то же время в организации государственного финансирования этих отраслей серьезных изменений не происходило.

При этом характерной особенностью реформирования сферы социального обеспечения в России, как и в некоторых других постсоциалистических странах, являлось воздействие трансформационных процессов на источники формирования средств финансирования социальных программ. При этом объем социальных гарантий, установленных в эпоху социализма, практически нигде не пересматривался, а доходы в бюджет и внебюджетные фонды не могли обеспечить их полного финансирования.

Все это привело к дисбалансу в системе социального обслуживания населения, призванной обеспечивать решение конфликтных ситуаций, возникающих в процессе взаимодействия между экономической эффективностью

и социальной справедливостью, частной собственностью и общественными интересами в смешанной экономике. В результате сегодня мы наблюдаем ситуацию, когда для получения нужной медицинской помощи и хорошего образования домохозяйствам приходится все больше и больше выплачивать средств из собственных доходов в ущерб потреблению товаров и услуг других категорий. Все это ведет к социальной дифференциации населения, что в значительной степени подрывает фундаментальные основы демократического государства.

Социальные проблемы модернизации здравоохранения

На сегодняшний день сфера здравоохранения населения России с позиций экономической эффективности и социальной справедливости является одной из самых неблагополучных и требующих срочной модернизации. Удручающая ситуация здесь сложилась во многом не только вследствие представленных выше факторов, но и на фоне того, что после разрушения советской системы практически десятилетие в медицинской отрасли не происходило кардинальных изменений, адекватно отвечающих вызовам времени. Лишь в последние годы на проблемы в отрасли было обращено должное внимание, что привело к принятию в 2006 г. Приоритетного национального проекта «Здоровье», предусматривающего: развитие первичной медико-санитарной помощи; усиление профилактической составляющей медицинской помощи; повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи; улучшение качества медицинской помощи женщинам в период беременности и родов.

На рисунке графически представлена информация об изменении ожидаемой продолжительности жизни при рождении и естественном приросте населения России. Из графика видно, что в последние годы, начиная с 2004 г., ожидаемая продолжительность жизни стала увеличиваться и в 2009 г. достигла уровня 68,7 лет. Также, начиная с 2002 г., стала сокращаться убыль населения.

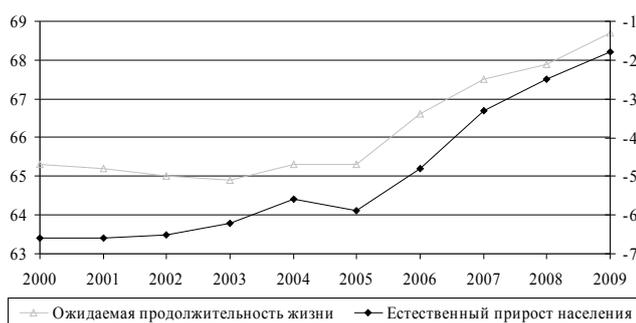


Рис. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (слева), лет, и естественный прирост (справа) населения России, промилле¹

Тем не менее сравнительный анализ представленных показателей с аналогичными показателями стран Европейского Союза свидетельствуют о наличии проблем

в сфере российского здравоохранения. В частности, уровень ожидаемой продолжительности жизни в России ниже показателей новых стран ЕС на 7 лет, а в сравнении со старыми странами ЕС – ниже на 13 лет.

Анализ естественного прироста населения также дает понять, что темпы рождаемости в России до сих пор отстают от темпов смертности. При этом анализ причин смертности показывает, что рост смертности населения в период с 1990-х гг. произошел в основном за счет роста смертности населения в трудоспособном возрасте, причем от предотвратимых причин – болезней системы кровообращения и внешних причин смерти, которые более чем на половину связаны с излишним употреблением алкоголя и на одну пятую – с широким распространением табакокурения (поведенческие факторы, рост которых отражает усиление социального неблагополучия общества).

Примечательно, что, достигнув территории России во второй половине 2008 г., мировой финансовый кризис значительно расширил и обогатил представления о возможностях государственного вмешательства в экономику и социальную сферу, его масштабах, направлениях, формах и приоритетах, а также о национальных особенностях применения отдельных мер. Так, в области здравоохранения, помимо того что была сохранена ранее сформулированная политика, предусматривающая совершенствование системы обязательного медицинского страхования и поддержку наиболее важных направлений медицинской помощи, был разработан целый ряд антикризисных мер.

В рамках ПНП «Здоровье» была начата реализация программ по развитию системы оказания специализированной сосудистой помощи и совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Увеличилось число субъектов РФ, участвующих в данных проектах. Наряду с пропагандой массового донорства крови была развернута работа по техническому оснащению 119 учреждений службы крови, а также создана единая информационная база. В 2009 г. были организованы мероприятия по совершенствованию онкологической и противотуберкулезной помощи населению. Также в настоящий момент продолжается программа дополнительной диспансеризации работающих граждан и углубленного медицинского осмотра работников, занятых на вредных или опасных для здоровья производствах; продолжается разработка комплекса мероприятий с целью совершенствования процесса оказания медицинской помощи матерям и детям.

Во время кризиса повысилось внимание к проблемам лекарственной помощи. В конце 2008 г. цены на лекарства выросли более чем на 16,4 % (при этом рост цен на непродовольственные товары составил 8 %). В конце 2009 г. прирост цен на медикаменты составил 17 % по отношению к ценам предшествующего года (на непродовольственные товары – 9,4 %). Такая ситуация вызвала необходимость введения обязательной регистрации предельных отпускных цен производителей на входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также корректировки самого Перечня.

В результате органы управления субъектов РФ были обязаны минимизировать уровни предельных оптовых и розничных надбавок на все лекарственные средства;

¹ Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики. Режим доступа: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi?pl=2415003>; <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi?pl=2415019> (дата обращения: 29.04.2011).

организовать и обеспечить проведение мониторинга за соблюдением дистрибьютерами и аптечными организациями установленных торговых надбавок. Также была признана необходимость упорядочения процесса допуска лекарственных средств к применению, усиления контроля за их качеством, эффективностью и безопасностью. В связи с этим в 2010 г. на лекарственное обеспечение населения дополнительно планировалось затратить порядка 710 млн руб.

Целями всех обозначенных административно-контрольных мер в области лекарственного обеспечения являлись:

- нормализация рынка лекарственных средств;
- создание барьера для проникновения на рынок некачественных товаров;
- установка высоких стандартов производства;
- расширение доли отечественных лекарств и, как следствие, снижение цен.

Вызванное кризисом повышение цен на медицинские услуги (в 2009 г. рост составил 13,1 %) показало особое значение бесплатной медицинской помощи. В 2009 г. в рамках Программы государственных гарантий осуществлялась дополнительная финансовая поддержка системы обязательного медицинского страхования по следующим направлениям:

- увеличение дотаций бюджетам территориальных систем обязательного медицинского страхования;
- выделение бюджетных ассигнований Федеральному фонду ОМС с целью дальнейшего перечисления межбюджетных трансфертов территориальным фондам (в случае снижения их доходов по сравнению с запланированными).

В 2010 г. вследствие сокращения доходов бюджета произошло снижение расходов на здравоохранение на 4,5 %. Несмотря на это, предполагалось увеличение финансирования стационарной медицинской помощи на 3,6 % к уровню 2009 г.; амбулаторной медицинской помощи – на 20,6 %. В свою очередь, расходы на скорую медицинскую помощь подверглись сокращению, что весьма ограничит в дальнейшем возможности экстренного реагирования.

В 2009 г. общая сумма расходов на здравоохранение (включая профилактические физическую культуру и спорт) составляла 334,6 млрд руб. Высокотехнологичная медицинская помощь была оказана 230 тыс. чел. В 2010 г. планировалось помочь 255 тыс. чел. (к сравнению, в 2005 г. эта цифра составляла 60 тыс. чел.). С этой целью работают новые медицинские клиники Пензы, Астрахани, Чебоксар, Калининграда, Иркутска и других городов. Намечается введение в эксплуатацию Центра сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске. В планах открыть аналогичные центры в Красноярске и Перми, а также Нейрохирургический центр в Тюмени и Центр травматологии в Барнауле. В 2010 г. планировалось выделение на приоритетный национальный проект «Здоровье» на 532,8 млн руб. больше, чем в 2009 г., и их направление на развитие программ высокотехнологичной медицинской помощи и лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

Однако в целом оценку эффективности реализованных антикризисных мер и в целом действий по модерни-

зации системы здравоохранения в России за последние годы можно дать, сославшись на выступление Л. Рошалья на Первом Всероссийском форуме медицинских работников 13 апреля 2011 г. В своем выступлении Л. Рошаль затронул множество аспектов и выделил серьезные проблемы, основными из которых являются: существенное недофинансирование системы здравоохранения, организация тендеров по закупке оборудования, закрытие больниц и ЛПУ, долгая проработка Концепции развития системы здравоохранения и т. п.

Кроме того, на наш взгляд, еще одной немаловажной проблемой современной российской системы здравоохранения является существенная дифференциация разных слоев населения в доступе к медицинским услугам. В таблице произведен расчет дифференциации населения Российской Федерации по 20-процентным группам в доступе к медицинским услугам в 2009 г. По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2009 г. население России составило 141,9 млн человек. Следовательно, к каждой из 20-процентных групп относится 28,4 млн человек. Также известно, что расходы на конечное потребление в среднем на человека в месяц по стране в 2009 г. составили 9 054,0 руб. Кроме того, известны величины распределения расходов на конечное потребление по 20-процентным группам населения в 2009 г., выраженные в %. Таким образом, можно установить суммарный объем расходов на конечное потребление населением каждой 20-процентной группы. Для этого найдем произведение между показателями численности постоянного населения всего по РФ и средними расходами на конечное потребление. Искомое – суммарные расходы на конечное потребление всего по стране – будет равно 1 284,8 млрд руб.

Используя полученную цифру и данные о распределении расходов на конечное потребление по 20-процентным группам населения, можно установить суммарные расходы на конечное потребление для каждой 20-процентной группы. Получим, что население первой группы в 2009 г. осуществило расходов на 98,9 млрд руб. (1 284,8·7,7 %), население второй группы – 151,6 млрд руб. (1 284,8·11,8 %), население третьей группы – 210,7 млрд руб. (1 284,8·16,4 %), население четвертой группы – 309,6 млрд руб. (1 284,8·24,1 %), население пятой группы – 513,9 млрд руб. (1 284,8·40,0 %).

Теперь определим расходы на конечное потребление для каждой 20-процентной группы населения. Этот показатель является результатом деления показателей суммарных расходов на конечное потребление на численность постоянного населения по каждой группе. Получим, что расходы на конечное потребление в 2009 г. у населения первой 20-процентной группы были равны 3 485,8 руб. на чел. в месяц (98,9 млрд руб./28,4 млн чел.), второй группы – 5 341,9 руб. на чел. в месяц (151,6 млрд руб./28,4 млн чел.), третьей группы – 7 424,3 руб. на чел. в месяц (210,7 млрд руб./28,4 млн чел.), четвертой группы – 10 910,1 руб. на чел. в месяц (309,6 млрд руб./28,4 млн чел.), пятой группы – 18 108,0 руб. на чел. в месяц (513,9 млрд руб./28,4 млн чел.).

Используя данные Федеральной службы государственной статистики о расходах домашних хозяйств на медицинскую помощь по 20-процентным группам насе-

Дифференциация населения Российской Федерации по 20-процентным группам по доступности медицинских услуг в 2009 г.²

	Численность постоянного населения РФ, млн чел.	Расходы на конечное потребление, руб. в месяц	Суммарные расходы на конечное потребление, млрд руб.	Распределение расходов на конечное потребление по 20-процентным группам населения, %	Расходы домашних хозяйств на медицинскую помощь по 20-процентным группам населения, руб. на чел. в месяц	Доля расходов на медицинскую помощь среди всех расходов на конечное потребление, %	Доступные средства на конечное потребление, за исключением расходов на медицинскую помощь, руб. на чел. в месяц
Всего	141,9	9 054,0	1 284,8	100,0	1 071,1	11,8	7 982,9
Первая (с наименьшими располагаемыми ресурсами)	28,4	3 485,8	98,9	7,7	428,4	12,3	3 057,4
Вторая	28,4	5 341,9	151,6	11,8	552,5	10,3	4 789,4
Третья	28,4	7 424,3	210,7	16,4	959,1	12,9	6 465,2
Четвертая	28,4	10 910,1	309,6	24,1	1 159,5	10,6	9 750,6
Пятая (с наибольшими располагаемыми ресурсами)	28,4	18 108,0	513,9	40,0	1 360,6	7,5	16 747,4

ления в 2009 г., получаем, что у первой 20-процентной группы доля расходов на медицинскую помощь среди всех расходов на конечное потребление составляла 12,3 % (428,4 руб. на чел. в месяц / 3 485,8 руб. на чел. в месяц), второй группы – 10,3 % (552,5 руб. на чел. в месяц / 5 341,9 руб. на чел. в месяц), третьей группы – 12,9 % (959,1 руб. на чел. в месяц / 7 424,3 руб. на чел. в месяц), четвертой группы – 10,6 % (1 159,5 руб. на чел. в месяц / 10 910,1 руб. на чел. в месяц), пятой группы – 7,5 % (1 360,6 руб. на чел. в месяц / 18 108,0 руб. на чел. в месяц).

Очевидно, что население группы с наименьшими располагаемыми ресурсами тратит на здравоохранение более чем в 3 раза меньше в реальном выражении, но в 2 раза больше в относительном выражении в сравнении с населением наиболее обеспеченной группы. При этом, если рассчитать остаток доступных средств на конечное потребление, за исключением расходов на медицинскую помощь, по этим группам населения, то получим, что у первой группы остаток будет равен 3 057,4 руб. на чел. в месяц (3 485,8 руб. на чел. в месяц – 428,4 руб. на чел. в месяц), у второй – 4 789,4 руб. на чел. в месяц (5 341,9 руб. на чел. в месяц – 552,5 руб. на чел. в месяц), у третьей – 6 465,2 руб. на чел. в месяц (7 424,3 руб. на чел. в месяц – 959,1 руб. на чел. в месяц), у четвертой – 9 750,6 руб. на чел. в месяц (10 910,1 руб. на чел. в месяц – 1 159,5 руб. на чел. в месяц), у пятой – 16 747,4 руб. на чел. в месяц (18 108,0 руб. на чел. в месяц – 1 360,6 руб. на чел. в месяц). Другими словами, остаток доступных средств на конечное потребление, за исключением расходов на медицинскую помощь, у населения первой группы более чем в 5 раз меньше, нежели у населения пятой группы.

Заключение

Таким образом, в настоящее время сложилась определенная угроза обострения социальных противоречий при предоставлении медицинских услуг и требуются меры для решения конфликтных ситуаций, возникающих в процессах взаимодействия экономической эффективности с социальной справедливостью, частной собственности с общественными интересами. Так, с одной стороны оказались малообеспеченные слои населения, доходов которых едва хватает на минимальные социальные услуги, а выбор между направлениями их расходования серьезно ограничен. С другой стороны оказались высокообеспеченные слои населения, имеющие достаточные доходы для приобретения товаров и услуг высокого качества. В результате возникает конфликт интересов между этими группами. Причем, учитывая тот факт, что дифференциация населения по уровню доходов имеет ярко выраженный территориальный характер, то и конфликт этих интересов также приобретает региональную специфику, что несет в себе угрозу разрушения целостности единого демократического государства.

Именно из такого представления целесообразно разработать Концепцию развития здравоохранения на период до 2020 г.

² Рассчитано и составлено автором на основе данных Центральной базы статистических данных Федеральной службы государственной статистики РФ. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi?pl=2403024>; Социальное положение и уровень жизни населения России. 2010 : стат. сб. М. : Росстат, 2010. С. 241, 243, 342.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айзинова И. М. Антикризисные меры социальной защиты населения // Проблемы прогнозирования. 2010. № 3. С. 93–114.
2. Информация о социально-экономическом положении России в ноябре 2009 г. М.: Федеральная служба государственной статистики, 2009. 107 с.
3. Минздрав обиделся на тумбочку [Электронный ресурс] // Газета. RU. Режим доступа: <http://news.mail.ru/politics/5741273/> (дата обращения: 29.04.2011).
4. Структура и состав расходных обязательств Федерального бюджета в 2010 году [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства финансов РФ. Режим доступа: <http://info.minfin.ru/fbstrash.php> (дата обращения: 29.04.2011).

REFERENCES

1. Ayzinova I. M. Anti-crisis measures of social protection // Problems of forecasting. 2010. # 3. P. 93–114.
2. Information on socio-economic situation in Russia in November 2009. M.: Federal State Statistics Service, 2009. 107 p.
3. Ministry of Health has taken offense at a bedside table // Gazeta.ru. Mode of access: <http://news.mail.ru/politics/5741273/> (date of viewing: 29.04.2011).
4. Structure and composition of expenditure commitments of the Federal budget in 2010 // Official website of the Russian Ministry of Finance. Mode of access: <http://info.minfin.ru/fbstrash.php> (date of viewing: 29.04.2011).

УДК 364
ББК 65.207.2

Морева Анна Ивановна,
аспирант каф. экономики и менеджмента
Кисловодского института экономики и права,
г. Кисловодск,
e-mail: brigitta@narzan.com

ДОСТУПНОСТЬ САНАТОРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ И МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

AVAILABILITY OF RESORT AND HEALTH-IMPROVING SERVICES AND MODERNIZATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM

В статье рассматриваются проблемы модернизации здравоохранения с позиций расширения доступности санаторно-оздоровительных услуг для различных слоев населения страны. Особое внимание уделено вопросам развития сферы санаторно-оздоровительных услуг для населения в целях профилактического предупреждения болезней, которые предлагается отразить в Концепции развития здравоохранения России до 2020 г. Проведен анализ распределения общих объемов расходов домашних хозяйств на санаторно-оздоровительные услуги по различным группам населения. Обосновывается необходимость снижения социальной дифференциации по доступу к рассматриваемым услугам в процессе модернизации отечественного здравоохранения.

Problems of modernization of the health care from the standpoint of increasing the availability of health-improving services to different population segments have been reviewed in the article. The special attention has been paid to the development of the sphere of sanatorium-health improvement services for prevention of diseases that are proposed to be reflected in the Concept of the health care development of Russia till 2020. The analysis of the distribution of the total volume of the household expenses on the health-improving services for different population groups has been carried

out. Necessity of decrease of the social differentiation in the access to the reviewed services in the course of modernization of domestic public health services has been justified.

Ключевые слова: концепция развития здравоохранения, санаторно-оздоровительные услуги, модернизация профилактической медицины, первичная медико-санитарная помощь, медицинские услуги, уровень здоровья населения, программа государственных гарантий, санаторный комплекс, денежные расходы домашних хозяйств, стоимость санаторно-оздоровительных услуг.

Keywords: concept of health care development, health-improving services, modernization of preventive medicine, primary medical assistance, medical services, level of public health, program of the state guarantees, sanatorium complex, expenditures of households, cost of health-improving services.

Введение

Представления людей о достойном образе жизни и их ожидания как членов общества, их социально-экономические ценности являются важными ориентирами, регулирующими деятельность сектора здравоохранения. Этими факторами опосредованно обусловлены: рост государственных расходов (в целом по миру более чем на