

ГЛАВА 1. СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИНТЕРЕСОВ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ: ТЕНДЕНЦИИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

1.1. Специфика экономических отношений на рынке медицинских услуг

Рынок медицинских услуг - это система экономических отношений между людьми, охватывающая процессы производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Продукцией рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, то есть полезный эффект от деятельности образующих эту отрасль специалистов и предприятий (учреждений, организаций) по диагностике, профилактике и устранению (или компенсации) возникающих или имеющихся у человека анатомических и функциональных нарушений (заболеваний).

Рынок медицинских услуг имеет место тогда, когда существует потенциальная возможность для обмена. Рынок медицинских услуг определяется наличием двух сторон - нуждающихся в медицинских услугах и предлагающих их; наличием субъектов рынка - необходимых медицинских учреждений, где могут осуществляться реализация и потребление медицинской услуги или товара; наличием свободы выбора взаимных предложений производителей и потребителей медицинских услуг.

Объектом рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, которые обладают специфическими характеристиками и отличаются от других нематериальных услуг.

В ходе исследования было обосновано, что медицинские услуги, создаваемые в сфере здравоохранения не являются ни чистым общественным, ни смешанным благом, поскольку исключаемы и зачастую конкурентны.

«Институционализация социально-экономического развития региона» (Набережные Челны), «Институциональная система: становление и противоречия развития в современных условиях» (Саратов). Наиболее существенные положения и результаты исследования нашли отражение в публикациях автора общим объемом 3,6 п.л. (в т.ч. в одной публикации в издании, рекомендованном ВАК).

Структура диссертации. Структура работы обусловлена целью и задачами, поставленными в диссертационном исследовании. Работа состоит из двух глав, шести параграфов, введения, заключения, библиографии. Диссертация включает рисунки, таблицы, схемы.

II. Основные идеи и выводы, выносимые на защиту

Рынок медицинских услуг – это система экономических отношений между людьми, охватывающая процессы производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Продукцией рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, то есть полезный эффект от деятельности образующих эту отрасль специалистов и предприятий (учреждений, организаций) по диагностике, профилактике и устранению (или компенсации) возникающих или имеющихся у человека анатомических и функциональных нарушений (заболеваний).

Рынок медицинских услуг имеет место тогда, когда существует потенциальная возможность для обмена. Рынок медицинских услуг определяется наличием двух сторон - нуждающихся в медицинских услугах и предлагающих их; наличием субъектов рынка - необходимых медицинских учреждений, где могут осуществляться реализация и потребление медицинской услуги или товара; наличием свободы выбора взаимных предложений производителей и потребителей медицинских услуг.

Объектом рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, которые обладают специфическими характеристиками и отличаются от других нематериальных услуг.

В ходе исследования было обосновано, что медицинские услуги, создаваемые в сфере здравоохранения не являются ни чистым общественным, ни смешанным благом, поскольку исключаемы и зачастую конкурентны. Некоторые исследователи полагают, что медицинские услуги обладают как свойствами смешанных общественных благ, так и частных товаров, что позволяет выделить их в отдельный класс социально значимых благ, то есть благ, обладающих особыми достоинствами. Мы не отрицаем значительных положительных экстерналий, возникающих в процессе производства и

Некоторые исследователи полагают, что медицинские услуги обладают как свойствами смешанных общественных благ, так и частных товаров, что позволяет выделить их в отдельный класс социально значимых благ, то есть благ, обладающих особыми достоинствами. Мы не отрицаем значительных положительных экстерналий, возникающих в процессе производства и потребления таких благ, однако предлагаем определить медицинские услуги как «особые частные блага». Под этим термином мы понимаем экономические блага, обладающие «двойственной» полезностью, свойствами которых выступают конкурентность и исключаемость, в силу особых характеристик, не проявляющиеся в абсолютной степени.

Часть медицинских услуг можно представить как мериторные, социально значимые (заслуженные) блага, т.е. имеющие ярко выраженный внешний эффект. Социально значимое благо обладает свойствами частного исключаемого блага и свойствами общественного блага благодаря положительному эффекту. Внешний эффект может сочетаться с исключаемым благом совместного потребления. Заслуженные блага тождественны общественным благам и выполняют аналогичную роль. Любое благо может удовлетворять потребности качественно разных участников рыночных отношений, в том числе и потребности общества в целом. Действия государства, направленные на удовлетворение несводимых потребностей общества, проявляется в виде качественного улучшения общественной среды.

Относя медицинские услуги к исключительно смешанному общественному благу (перегружаемое благо совместного потребления), нельзя не заметить, что внешний эффект медицинских услуг возникает не только у непосредственных участников деятельности, связанной с производством медицинской услуги, но и у лиц, являющихся посторонними по отношению к данной деятельности. По долгосрочности своего воздействия на будущие поколения внешний эффект бессрочен. Долгосрочный характер и огромная

«Институционализация социально-экономического развития региона» (Набережные Челны), «Институциональная система: становление и противоречия развития в современных условиях» (Саратов). Наиболее существенные положения и результаты исследования нашли отражение в публикациях автора общим объемом 3,6 п.л. (в т.ч. в одной публикации в издании, рекомендованном ВАК).

Структура диссертации. Структура работы обусловлена целью и задачами, поставленными в диссертационном исследовании. Работа состоит из двух глав, шести параграфов, введения, заключения, библиографии. Диссертация включает рисунки, таблицы, схемы.

II. Основные идеи и выводы, выносимые на защиту

Рынок медицинских услуг – это система экономических отношений между людьми, охватывающая процессы производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Произдукцией рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, то есть полезный эффект от деятельности образующих эту отрасль специалистов и предприятий (учреждений, организаций) по диагностике, профилактике и устранению (или компенсации) возникающих или имеющихся у человека анатомических и функциональных нарушений (заболеваний).

Рынок медицинских услуг имеет место тогда, когда существует потенциальная возможность для обмена. Рынок медицинских услуг определяется наличием двух сторон - нуждающихся в медицинских услугах и предлагающих их; наличием субъектов рынка - необходимых медицинских учреждений, где могут осуществляться реализация и потребление медицинской услуги или товара; наличием свободы выбора взаимных предложений производителей и потребителей медицинских услуг.

Объектом рынка медицинских услуг являются медицинские услуги, которые обладают специфическими характеристиками и отличаются от других нематериальных услуг.

В ходе исследования было обосновано, что медицинские услуги, создаваемые в сфере здравоохранения не являются ни чистым общественным, ни смешанным благом, поскольку исключаемы и зачастую конкурентны. Некоторые исследователи полагают, что медицинские услуги обладают как свойствами смешанных общественных благ, так и частных товаров, что позволяет выделить их в отдельный класс социально значимых благ, то есть благ, обладающих особыми достоинствами. Мы не отрицаем значительных положительных экстерналий, возникающих в процессе производства и



Некоторые исследователи полагают, что медицинские услуги обладают как свойствами смешанных общественных благ, так и частных товаров, что позволяет выделить их в отдельный класс социально значимых благ, то есть благ, обладающих особыми достоинствами. Мы не отрицаем значительных положительных экстерналий, возникающих в процессе производства и потребления таких благ, однако предлагаем определить медицинские услуги как «особые частные блага». Под этим термином мы понимаем экономические блага, обладающие «двойственной» полезностью, свойствами которых выступают конкурентность и исключаемость, в силу особых характеристик, не проявляющиеся в абсолютной степени.

Часть медицинских услуг можно представить как мериторные, социально значимые (заслуженные) блага, т.е. имеющие ярко выраженный внешний эффект. Социально значимое благо обладает свойствами частного исключаемого блага и свойствами общественного блага благодаря положительному эффекту. Внешний эффект может сочетаться с исключаемым благом совместного потребления. Заслуженные блага тождественны общественным благам и выполняют аналогичную роль. Любое благо может удовлетворять потребности качественно разных участников рыночных отношений, в том числе и потребности общества в целом. Действия государства, направленные на удовлетворение несводимых потребностей общества, проявляется в виде качественного улучшения общественной среды.

Относя медицинские услуги к исключительно смешанному общественному благу (перегружаемое благо совместного потребления), нельзя не заметить, что внешний эффект медицинских услуг возникает не только у непосредственных участников деятельности, связанной с производством медицинской услуги, но и у лиц, являющихся посторонними по отношению к данной деятельности. По долгосрочности своего воздействия на будущие поколения внешний эффект бессрочен. Долгосрочный характер и огромная



потребления таких благ, однако предлагаем определить медицинские услуги как «особые частные блага». Под этим термином мы понимаем экономические блага, обладающие «двойственной» полезностью, свойствами которых выступают конкурентность и исключаемость, в силу особых характеристик, не проявляющиеся в абсолютной степени.

Часть медицинских услуг можно представить как мериторные, социально значимые (заслуженные) блага, т.е. имеющие ярко выраженный внешний эффект. Социально значимое благо обладает свойствами частного исключаемого блага и свойствами общественного блага благодаря положительному эффекту. Внешний эффект может сочетаться с исключаемым благом совместного потребления. Заслуженные блага тождественны общественным благам и выполняют аналогичную роль. Любое благо может удовлетворять потребности качественно разных участников рыночных отношений, в том числе и потребности общества в целом. Действия государства, направленные на удовлетворение несводимых потребностей общества, проявляется в виде качественного улучшения общественной среды.

Относя медицинские услуги к исключительно смешанному общественному благу (перегружаемое благо совместного потребления), нельзя не заметить, что внешний эффект медицинских услуг возникает не только у непосредственных участников деятельности, связанной с производством медицинской услуги, но и у лиц, являющихся посторонними по отношению к данной деятельности. По долгосрочности своего воздействия на будущие поколения внешний эффект бессрочен. Долгосрочный характер и огромная масштабность внешнего эффекта здравоохранения делают невозможным количественно и качественно измерить и оценить вклад усилий каждого субъекта производства медицинских услуг в общий внешний эффект.

Медицинские услуги, как особые частные блага могут выступать объектом рыночных отношений. Под рынком медицинских услуг мы понимаем совокупность социально-экономических институтов, организующих, структурирующих и легитимизирующих хозяйственные отношения, возникающие между экономическими агентами в процессе производства, обмена и потребления медицинских услуг. Сфера здравоохранения рассматривается нами как система взаимоотношений четырех типов субъектов: производителей, потребителей (в случае бесплатной медицинской помощи), покупателей (плательщиков) (в случае платных медуслуг), государства.

Конечные результаты деятельности сферы услуг (уровень культуры, здоровья населения, степень его образования) зависят от эффективности работы специализированных учреждений, от личных особенностей потребителя, от условий протекания жизнедеятельность человека (уровень здоровья, например, зависит не только от эффективности медицинской помощи, но и от общих социальных условий, степени удовлетворения потребностей населения в питании, одежде, жилье и многих других факторов).



масштабность внешнего эффекта здравоохранения делают невозможным количественно и качественно измерить и оценить вклад усилий каждого субъекта производства медицинских услуг в общий внешний эффект.

Медицинские услуги, как особые частные блага могут выступать объектом рыночных отношений. Под рынком медицинских услуг мы понимаем совокупность социально-экономических институтов, организующих, структурирующих и легитимизирующих хозяйственные отношения, возникающие между экономическими агентами в процессе производства, обмена и потребления медицинских услуг. Сфера здравоохранения рассматривается нами как система взаимоотношений четырех типов субъектов: производителей, потребителей (в случае бесплатной медицинской помощи), покупателей (плательщиков) (в случае платных медуслуг), государства.

Конечные результаты деятельности сферы услуг (уровень культуры, здоровья населения, степень его образования) зависят от эффективности работы специализированных учреждений, от личных особенностей потребителя, от условий протекания жизнедеятельность человека (уровень здоровья, например, зависит не только от эффективности медицинской помощи, но и от общих социальных условий, степени удовлетворения потребностей населения в питании, одежде, жилье и многих других факторов).

В настоящее время существует несколько подходов к определению здравоохранения. Сторонники первого подхода определяют здравоохранение как область хозяйственной деятельности, результатом которой являются вполне определенные экономические блага в виде неотделимых от процесса труда медицинских услуг¹. Большинство исследователей являются сторонниками

¹ Шейман И.М. Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения / И.М. Шейман, Р.М. Зелькович, Н.Б. Окушко, Э.М. Фрид, Л.Е. Исакова, В.И. Шевский, Н.Г. Шамшурина, Н.Н. Лебедева. Проект ЕС/Тасис EDRUS 9702. - М. - 1998. - 326 с.



потребления таких благ, однако предлагаем определить медицинские услуги как «особые частные блага». Под этим термином мы понимаем экономические блага, обладающие «двойственной» полезностью, свойствами которых выступают конкурентность и исключаемость, в силу особых характеристик, не проявляющиеся в абсолютной степени.

Часть медицинских услуг можно представить как мериторные, социально значимые (заслуженные) блага, т.е. имеющие ярко выраженный внешний эффект. Социально значимое благо обладает свойствами частного исключаемого блага и свойствами общественного блага благодаря положительному эффекту. Внешний эффект может сочетаться с исключаемым благом совместного потребления. Заслуженные блага тождественны общественным благам и выполняют аналогичную роль. Любое благо может удовлетворять потребности качественно разных участников рыночных отношений, в том числе и потребности общества в целом. Действия государства, направленные на удовлетворение несводимых потребностей общества, проявляется в виде качественного улучшения общественной среды.

Относя медицинские услуги к исключительно смешанному общественному благу (перегружаемое благо совместного потребления), нельзя не заметить, что внешний эффект медицинских услуг возникает не только у непосредственных участников деятельности, связанной с производством медицинской услуги, но и у лиц, являющихся посторонними по отношению к данной деятельности. По долгосрочности своего воздействия на будущие поколения внешний эффект бессрочен. Долгосрочный характер и огромная масштабность внешнего эффекта здравоохранения делают невозможным количественно и качественно измерить и оценить вклад усилий каждого субъекта производства медицинских услуг в общий внешний эффект.

Медицинские услуги, как особые частные блага могут выступать объектом рыночных отношений. Под рынком медицинских услуг мы понимаем совокупность социально-экономических институтов, организующих, структурирующих и легитимизирующих хозяйственные отношения, возникающие между экономическими агентами в процессе производства, обмена и потребления медицинских услуг. Сфера здравоохранения рассматривается нами как система взаимоотношений четырех типов субъектов: производителей, потребителей (в случае бесплатной медицинской помощи), покупателей (плательщиков) (в случае платных медуслуг), государства.

Конечные результаты деятельности сферы услуг (уровень культуры, здоровья населения, степень его образования) зависят от эффективности работы специализированных учреждений, от личных особенностей потребителя, от условий протекания жизнедеятельность человека (уровень здоровья, например, зависит не только от эффективности медицинской помощи, но и от общих социальных условий, степени удовлетворения потребностей населения в питании, одежде, жилье и многих других факторов).

Расширение сферы услуг базируется на качественно новой индустриальной основе развития экономики и общества. Современное общество представляет собой в определенной степени постиндустриальное общество, где главное значение приобретает процесс передачи информации и знаний. Среди факторов, способствующих экспансии производства нематериальных услуг, наиболее важными, на наш взгляд, являются следующие: научно-технический прогресс и широкое распространение новых информационных технологий; расширение и усложнение потребностей и, как следствие, изменение ценностных ориентиров общества; трансформация представлений потребителей о товарах, а именно стирание границ между физическими продуктами и услугами; углубление сегментации рынка; диверсификация деятельности предприятий; индивидуализация личности и социальная интеграция индивидов и др. В связи с этим, если в индустриальном обществе уровень жизни определяется через количество товаров, то постиндустриальное общество или экономика услуг определяется качеством жизни и уровнем развития таких отраслей нематериальных услуг, как здравоохранение, образование, туризм, культура, которые должны быть доступны для всех членов социума¹¹.

Развитие рынка негосударственных медицинских услуг как сегмента рынка нематериальных услуг в большей степени обостряет противоречия между системой производителя и системой потребителя, приводит к столкновению их интересов, стереотипов деятельности и ценностных ориентиров. В связи с этим необходимо определить стереотипы деятельности предприятий по оказанию медицинских- услуг и потребителей этих услуг, принципы взаимодействия двух систем ценностей.

Противоречия, обусловленные функционированием рынка негосударственных медицинских услуг, приводят к возрастанию

¹¹ Моделирование и прогнозирование здоровья населения и стратегии управления здравоохранением / А.И. Вялков, Д.И.Кича, В.О. Гурдус и др.- Воронеж: Истоки, 2001.

Глава 2. Особенности социально-экономического развития в сфере здравоохранения
2.1. Реализация экономических интересов социальных субъектов на рынке негосударственных медицинских услуг

Расширение сферы услуг базируется на качественно новой индустриальной основе развития экономики и общества. Современное общество представляет собой в определенной степени постиндустриальное общество, где главное значение приобретает процесс передачи информации и знаний. Среди факторов, способствующих экспансии производства нематериальных услуг, наиболее важными, на наш взгляд, являются следующие: научно-технический прогресс и широкое распространение новых информационных технологий; расширение и усложнение потребностей и, как следствие, изменение ценностных ориентиров общества; трансформация представлений потребителей о товарах, а именно стирание границ между физическими продуктами и услугами; углубление сегментации рынка; диверсификация деятельности предприятий; индивидуализация личности и социальная интеграция индивидов и др. В связи с этим, если в индустриальном обществе уровень жизни определяется через количество товаров, то постиндустриальное общество или экономика услуг определяется качеством жизни и уровнем развития таких отраслей нематериальных услуг, как здравоохранение, образование, туризм, культура, которые должны быть доступны для всех членов социума [94].

Развитие рынка негосударственных медицинских услуг как сегмента рынка нематериальных услуг в большей степени обостряет противоречия между системой производителя и системой потребителя, приводит к столкновению их интересов, стереотипов деятельности и ценностных ориентиров. В связи с этим необходимо определить стереотипы деятельности предприятий по оказанию медицинских услуг и потребителей этих услуг; принципы взаимодействия двух систем ценностей.



транзакционных издержек, в том числе инфраструктурных издержек и издержек поведения. На рынке негосударственных медицинских услуг возрастают и ментальные издержки. Такой тип издержек возникает в результате влияния культурных стереотипов и ценностей, регулирующих жизнь общества, на процесс производства и продвижения медицинских услуг на рынок. Оказание медицинских услуг требует их адаптации к национальным рынкам, к неформальным институтам культурного характера. Институциональные изменения оказывают существенное влияние не только на рынок негосударственных медицинских услуг, но и на предприятия, предоставляющие медицинские услуги, и на поведение потребителей.

Переход к рыночному типу экономики, осуществляемый в нашей стране, проявляется, прежде всего, в утверждении многообразия отношений собственности¹². В основе этого многообразия лежат отношения частного присвоения, которые становятся их основной формой. Отношения присвоения, с одной стороны, включают в себя в качестве элементов, экономические интересы субъектов собственности, а с другой - служат их социальной основой. Из этого следует, что поскольку экономические интересы не могут рассматриваться вне отношений собственности, предопределяющих экономические отношения в любом обществе, они, как и сами эти отношения, представляют собой исторически определенную категорию, содержание, формы проявления и реализации которой меняются вместе с изменением экономических отношений.

Как уже отмечалось, кроме социальной основы, экономические интересы имеют и материальную основу - в виде потребностей, в той или иной степени опосредованных экономическими отношениями.

Согласование экономических интересов отдельно взятого индивидуума, группы людей и общественных интересов в целом является одной из

¹² Тихомиров, А.В. Медицинская услуга. Правовые аспекты / А.В. Тихомиров. - М.: «ФИЛИНЪ», 1997.

Противоречия, обусловленные функционированием рынка негосударственных медицинских услуг, приводят к возрастанию транзакционных издержек, в том числе инфраструктурных издержек и издержек поведения. На рынке негосударственных медицинских услуг возрастают и ментальные издержки. Такой тип издержек возникает в результате влияния культурных стереотипов и ценностей, регулирующих жизнь общества, на процесс производства и продвижения медицинских услуг на рынок. Оказание медицинских услуг требует их адаптации к национальным рынкам, к неформальным институтам культурного характера. Институциональные изменения оказывают существенное влияние не только на рынок негосударственных медицинских услуг, но и на предприятия, предоставляющие медицинские услуги, и на поведение потребителей.

Переход к рыночному типу экономики, осуществляемый в нашей стране, проявляется, прежде всего, в утверждении многообразия отношений собственности [119]. В основе этого многообразия лежат отношения частного присвоения, которые становятся их основной формой. Отношения присвоения, с одной стороны, включают в себя в качестве элементов, экономические интересы субъектов собственности, а с другой - служат их социальной основой. Из этого следует, что поскольку экономические интересы не могут рассматриваться вне отношений собственности, предопределяющих экономические отношения в любом обществе, они, как и сами эти отношения, представляют собой исторически определенную категорию, содержание, формы проявления и реализации которой меняются вместе с изменением экономических отношений.

Как уже отмечалось, кроме социальной основы, экономические интересы имеют и материальную основу - в виде потребностей, в той или иной степени опосредованных экономическими отношениями.

Согласование экономических интересов отдельно взятого индивидуума, группы людей и общественных интересов в целом является



важнейших задач экономической теории и политики государства при любом общественном устройстве. Взаимодействие экономических интересов составляет основное содержание экономической жизни общества. Отсюда следует необходимость в выработке принципов оптимального сочетания экономических интересов отдельных людей и социальных групп, их реализации социальными субъектами на рынке негосударственных медицинских услуг.

Односторонний взгляд на экономический интерес позволяет выявить лишь определенную совокупность его характеристик, не обеспечивая получения полной картины обо всем его многообразном содержании. Исследования экономических интересов весьма важны, поскольку каждое направление экономической и, более широко, социальной мысли с позиций присущих ему научных принципов вносит свой особенный вклад в развитие теории и методологии познания экономического интереса.

Сегодня в науке нет единого мнения о понятии и природе экономических интересов и способов их согласования. С позиции изучения экономико-философского аспекта категории экономического интереса обращает на себя внимание определение, предложенное Ю. Чуньковым: «Интерес - это внешняя, относительно устойчивая форма проявления экономических отношений и законов, по которым они развиваются. По своему содержанию интерес объективен, ибо выступает отражением породивших его объективных условий, но по своей форме он субъективен»¹³. Рассматривая категорию экономического интереса в аспекте отношений собственности, можно привести следующее определение данной категории А. Генкина: «Интерес мы определяем как реальный, обусловленный отношениями собственности, принципом

¹³ Экономическая теория: учебн. пособие: в 4 ч. Ч. 1: Основы политэкономического анализа рыночного хозяйства / под ред. В.А. Пешехонова, А.А. Шевелева. - СПб.: ОЦЭиМ, 2003. - 124 с.

одной из важнейших задач экономической теории и политики государства при любом общественном устройстве. Взаимодействие экономических интересов составляет основное содержание экономической жизни общества. Отсюда следует необходимость в выработке принципов оптимального сочетания экономических интересов отдельных людей и социальных групп, их реализации социальными субъектами на рынке негосударственных медицинских услуг.

Односторонний взгляд на экономический интерес позволяет выявить лишь определенную совокупность его характеристик, не обеспечивая получения полной картины обо всем его многообразном содержании. Исследования экономических интересов весьма важны, поскольку каждое направление экономической и, более широко, социальной мысли с позиций присущих ему научных принципов вносит свой особенный вклад в развитие теории и методологии познания экономического интереса.

Сегодня в науке нет единого мнения о понятии и природе экономических интересов и способов их согласования. С позиции изучения экономико-философского аспекта категории экономического интереса обращает на себя внимание определение, предложенное Ю. Чуньковым: «Интерес - это внешняя, относительно устойчивая форма проявления экономических отношений и законов, по которым они развиваются. По своему содержанию интерес объективен, ибо выступает отражением породивших его объективных условий, но по своей форме он субъективен» [142]. Рассматривая категорию экономического интереса в аспекте отношений собственности, можно привести следующее определение данной категории А. Генкина: «Интерес мы определяем как реальный, обусловленный отношениями собственности, принципом экономической выгоды мотив и стимул социальных действий по удовлетворению динамических систем индивидуальных потребностей» [52].

экономической выгоды мотив и стимул социальных действий по удовлетворению динамичных систем индивидуальных потребностей»¹⁴.

Несмотря на значительное количество работ, связанных с анализом различных аспектов экономических интересов, остается ряд недостаточно исследованных теоретических вопросов. Среди них: историческая, гносеологическая и онтологическая природа экономического интереса, факторы его определяющие; формы и условия реализации интересов в современных условиях; роль и место интересов в экономической системе общества; закономерности формирования, функционирования и развития системы экономических интересов; тенденции ее трансформации.

Многие ученые сходятся во мнении, что формой проявления экономических потребностей являются экономические интересы¹⁵. Экономические интересы служат опосредующим звеном между потребностями субъектов и их стимулом к производственной и иной общественной практике, являются социально и исторически обусловленной необходимостью удовлетворения потребностей. В свою очередь, потребности составляют материальную основу экономических интересов, поскольку интерес рождается в процессе конкретных действий, направленных на удовлетворение потребностей. Отсюда ясно, что изучая понятие «экономический интерес», следует, прежде всего, уделить внимание таким категориям как «стимул» и «стимулирование».

В экономической литературе нет единого подхода к вопросу о формах проявления и реализации экономических интересов. В некоторых исследованиях формы их проявления и реализации отождествляются с любой хозяйственной практикой. Согласно таким представлениям конкретными

¹⁴ Генкин, А.С. Системы экономических интересов и социальная гармония / А.С. Генкин // Вопросы экономики. 1993. № 6. - С. 147.

¹⁵ Бияков, О.А. Региональные экономические интересы и проблемы измерения их согласованности / О.А. Бияков, Н.Ю. Коломарова // Научное издание. - Кемерово, 2003.

Несмотря на значительное количество работ, связанных с анализом различных аспектов экономических интересов, остается ряд недостаточно исследованных теоретических вопросов. Среди них: историческая, гносеологическая и онтологическая природа экономического интереса, факторы его определяющие; формы и условия реализации интересов в современных условиях; роль и место интересов в экономической системе общества; закономерности формирования, функционирования и развития системы экономических интересов; тенденции ее трансформации.

Многие ученые сходятся во мнении, что формой проявления экономических потребностей являются экономические интересы [32]. Экономические интересы служат опосредующим звеном между потребностями субъектов и их стимулом к производственной и иной общественной практике, являются социально и исторически обусловленной необходимостью удовлетворения потребностей. В свою очередь, потребности составляют материальную основу экономических интересов, поскольку интерес рождается в процессе конкретных действий, направленных на удовлетворение потребностей. Отсюда ясно, что изучая понятие «экономический интерес», следует, прежде всего, уделить внимание таким категориям как «стимул» и «стимулирование».

В экономической литературе нет единого подхода к вопросу о формах проявления и реализации экономических интересов. В некоторых исследованиях формы их проявления и реализации отождествляются с любой хозяйственной практикой. Согласно таким представлениям конкретными формами проявления экономических интересов служат стимулы, различные формы стимулирования, финансовые результаты деятельности. Между тем характеристика категорий «стимул» и «стимулирование», как и самих интересов, неоднозначна. Так, нередко происходит отождествление стимулов и интересов, а само стимулирование трактуется в качестве объективной основы экономических интересов [31].



формами проявления экономических интересов служат стимулы, различные формы стимулирования, финансовые результаты деятельности. Между тем характеристика категорий «стимул» и «стимулирование», как и самих интересов, неоднозначна. Так, нередко происходит отождествление стимулов и интересов, а само стимулирование трактуется в качестве объективной основы экономических интересов¹⁶.

Не вдаваясь в детали этого вопроса, можно присоединиться к позиции тех авторов, которые полагают, что стимулы - это осознанные интересы, а стимулирование - система определенных мер и действий, посредством которых реализуются экономические интересы. Стимулирование - это всегда действие, механизм, побуждающий субъект двигаться в определенном направлении, в результате чего может и должен реализоваться его интерес, вне которого данное действие было бы лишено смысла. Стимулирование побуждает к определенным действиям и в зависимости от его форм может быть материальным и моральным. Реализация экономических интересов (стимулирование) во многом является самонастраивающимся процессом.

Таким образом, следует признать тот факт, что экономические интересы, возникнув - реализуются, а важнейшей формой их реализации служит стимулирование. Экономическое стимулирование выступает фактором, определяющим целенаправленные действия, средством, с помощью которого один из субъектов интереса воздействует на другой, для чего используются разнообразные экономические формы, включая ценообразование, заработную плату, кредитование, управление, налогообложение и другие.

Экономические интересы затрагивают все сферы человеческой деятельности, образуя сложную многоуровневую систему, которая проявляется, в том числе, и в виде экономических потребностей. Единого взгляда на взаимосвязь интересов и потребностей нет. Некоторые исследователи считают

¹⁶ Бернар, И. Толковый экономический и финансовый словарь: в 2-х т. - Т.П: пер. с фр. / И. Бернар, Ж.-Л. Колли. - М.: Междунар. отношения, 1994. - 405 с.

Несмотря на значительное количество работ, связанных с анализом различных аспектов экономических интересов, остается ряд недостаточно исследованных теоретических вопросов. Среди них: историческая, гносеологическая и онтологическая природа экономического интереса, факторы его определяющие; формы и условия реализации интересов в современных условиях; роль и место интересов в экономической системе общества; закономерности формирования, функционирования и развития системы экономических интересов; тенденции ее трансформации.

Многие ученые сходятся во мнении, что формой проявления экономических потребностей являются экономические интересы [32]. Экономические интересы служат опосредующим звеном между потребностями субъектов и их стимулом к производственной и иной общественной практике, являются социально и исторически обусловленной необходимостью удовлетворения потребностей. В свою очередь, потребности составляют материальную основу экономических интересов, поскольку интерес рождается в процессе конкретных действий, направленных на удовлетворение потребностей. Отсюда ясно, что изучая понятие «экономический интерес», следует, прежде всего, уделить внимание таким категориям как «стимул» и «стимулирование».

В экономической литературе нет единого подхода к вопросу о формах проявления и реализации экономических интересов. В некоторых исследованиях формы их проявления и реализации отождествляются с любой хозяйственной практикой. Согласно таким представлениям конкретными формами проявления экономических интересов служат стимулы, различные формы стимулирования, финансовые результаты деятельности. Между тем характеристика категорий «стимул» и «стимулирование», как и самих интересов, неоднозначна. Так, нередко происходит отождествление стимулов и интересов, а само стимулирование трактуется в качестве объективной основы экономических интересов [31].



формами проявления экономических интересов служат стимулы, различные формы стимулирования, финансовые результаты деятельности. Между тем характеристика категорий «стимул» и «стимулирование», как и самих интересов, неоднозначна. Так, нередко происходит отождествление стимулов и интересов, а само стимулирование трактуется в качестве объективной основы экономических интересов¹⁶.

Не вдаваясь в детали этого вопроса, можно присоединиться к позиции тех авторов, которые полагают, что стимулы - это осознанные интересы, а стимулирование - система определенных мер и действий, посредством которых реализуются экономические интересы. Стимулирование - это всегда действие, механизм, побуждающий субъект двигаться в определенном направлении, в результате чего может и должен реализоваться его интерес, вне которого данное действие было бы лишено смысла. Стимулирование побуждает к определенным действиям и в зависимости от его форм может быть материальным и моральным. Реализация экономических интересов (стимулирование) во многом является самонастраивающимся процессом.

Таким образом, следует признать тот факт, что экономические интересы, возникнув - реализуются, а важнейшей формой их реализации служит стимулирование. Экономическое стимулирование выступает фактором, определяющим целенаправленные действия, средством, с помощью которого один из субъектов интереса воздействует на другой, для чего используются разнообразные экономические формы, включая ценообразование, заработную плату, кредитование, управление, налогообложение и другие.

Экономические интересы затрагивают все сферы человеческой деятельности, образуя сложную многоуровневую систему, которая проявляется, в том числе, и в виде экономических потребностей. Единого взгляда на взаимосвязь интересов и потребностей нет. Некоторые исследователи считают

¹⁶ Бернар, И. Толковый экономический и финансовый словарь: в 2-х т. - Т.П: пер. с фр. / И. Бернар, Ж.-Л. Колли. - М.: Междунар. отношения, 1994. - 405 с.



Не вдаваясь в детали этого вопроса, можно присоединиться к позиции тех авторов, которые полагают, что стимулы - это осознанные интересы, а стимулирование - система определенных мер и действий, посредством которых реализуются экономические интересы. Стимулирование - это всегда действие, механизм, побуждающий субъект двигаться в определенном направлении, в результате чего может и должен реализоваться его интерес, вне которого данное действие было бы лишено смысла. Стимулирование побуждает к определенным действиям и в зависимости от его форм может быть материальным и моральным. Реализация экономических интересов (стимулирование) во многом является самонастраивающимся процессом.

Таким образом, следует признать тот факт, что экономические интересы, возникнув - реализуются, а важнейшей формой их реализации служит стимулирование. Экономическое стимулирование выступает фактором, определяющим целенаправленные действия, средством, с помощью которого один из субъектов интереса воздействует на другой, для чего используются разнообразные экономические формы, включая ценообразование, заработную плату, кредитование, управление, налогообложение и другие.

Экономические интересы затрагивают все сферы человеческой деятельности, образуя сложную многоуровневую систему, которая проявляется, в том числе, и в виде экономических потребностей. Единого взгляда на взаимосвязь интересов и потребностей нет. Некоторые исследователи считают интересы выражением потребностей (или осознанными потребностями), другие полагают, что понятия «потребность» и «интерес» тождественны. Отождествление категорий «потребность» и «интерес» в экономической науке приобрело почти официальный статус, о чем свидетельствует определение, приведенное в политэкономическом словаре: «экономические интересы - объективно необходимые материальные потребности общества, класса, социальной группы или личности».



интересы выражением потребностей (или осознанными потребностями), другие полагают, что понятия «потребность» и «интерес» тождественны. Отождествление категорий «потребность» и «интерес» в экономической науке приобрело почти официальный статус, о чем свидетельствует определение, приведенное в политэкономическом словаре: «экономические интересы - объективно необходимые материальные потребности общества, класса, социальной группы или личности».

Многие исследователи обоснованно считают, что, во-первых, потребность - более широкое понятие, поскольку она является общей категорией для органической и социальной форм движения материи, выражает свойства и животного мира, и общества. Понятие «интереса» же применимо только к характеристике общественной жизни; во-вторых, эти понятия «нацелены» на разные объекты, «...потребность, - считает А.Г. Здравомыслов, - ориентирована, прежде всего, на предмет ее удовлетворения, интерес же направлен на те социальные отношения, институты, учреждения, от которых зависит распределение предметов, ценностей, благ, обеспечивающих удовлетворение потребностей»¹⁷. Интересы отражают не только потребности, как порождение природного мира, но и социальную сторону условий жизни, они связаны с экономическими отношениями; в-третьих, потребность и интерес играют функционально различные роли: потребность выступает как фактор развития производства, а интерес - как фактор развития самого общества. В частности, интерес направлен на рост эффективности, на оптимальное соотношение затрат и прибыли, а в потребности такой направленности нет. Интерес играет социальную роль, фокусируя возможности разрешения противоречия между неограниченными потребностями и ограниченными условиями их реализации, в частности за счет соизмерения затрат и результатов.

¹⁷ Здравомыслов, А.Г. Потребности. Интересы. Ценности. / А.Г. Здравомыслов. - М.: Политиздат, 1986.-223 с.

Не вдаваясь в детали этого вопроса, можно присоединиться к позиции тех авторов, которые полагают, что стимулы - это осознанные интересы, а стимулирование - система определенных мер и действий, посредством которых реализуются экономические интересы. Стимулирование - это всегда действие, механизм, побуждающий субъект двигаться в определенном направлении, в результате чего может и должен реализоваться его интерес, вне которого данное действие было бы лишено смысла. Стимулирование побуждает к определенным действиям и в зависимости от его форм может быть материальным и моральным. Реализация экономических интересов (стимулирование) во многом является самоорганизующимся процессом.

Таким образом, следует признать тот факт, что экономические интересы, возникнув - реализуются, а важнейшей формой их реализации служит стимулирование. Экономическое стимулирование выступает фактором, определяющим целенаправленные действия, средством, с помощью которого один из субъектов интереса воздействует на другой, для чего используются разнообразные экономические формы, включая ценообразование, заработную плату, кредитование, управление, налогообложение и другие.

Экономические интересы затрагивают все сферы человеческой деятельности, образуя сложную многоуровневую систему, которая проявляется, в том числе, и в виде экономических потребностей. Единого взгляда на взаимосвязь интересов и потребностей нет. Некоторые исследователи считают интересы выражением потребностей (или осознанными потребностями), другие полагают, что понятия «потребность» и «интерес» тождественны. Отождествление категорий «потребность» и «интерес» в экономической науке приобрело почти официальный статус, о чем свидетельствует определение, приведенное в политэкономическом словаре: «экономические интересы - объективно необходимые материальные потребности общества, класса, социальной группы или личности».



интересы выражением потребностей (или осознанными потребностями), другие полагают, что понятия «потребность» и «интерес» тождественны. Отождествление категорий «потребность» и «интерес» в экономической науке приобрело почти официальный статус, о чем свидетельствует определение, приведенное в политэкономическом словаре: «экономические интересы - объективно необходимые материальные потребности общества, класса, социальной группы или личности».

Многие исследователи обоснованно считают, что, во-первых, потребность - более широкое понятие, поскольку она является общей категорией для органической и социальной форм движения материи, выражает свойства и животного мира, и общества. Понятие «интереса» же применимо только к характеристике общественной жизни; во-вторых, эти понятия «нацелены» на разные объекты, «...потребность, - считает А.Г. Здравомыслов, - ориентирована, прежде всего, на предмет ее удовлетворения, интерес же направлен на те социальные отношения, институты, учреждения, от которых зависит распределение предметов, ценностей, благ, обеспечивающих удовлетворение потребностей»¹⁷. Интересы отражают не только потребности, как порождение природного мира, но и социальную сторону условий жизни, они связаны с экономическими отношениями; в-третьих, потребность и интерес играют функционально различные роли: потребность выступает как фактор развития производства, а интерес - как фактор развития самого общества. В частности, интерес направлен на рост эффективности, на оптимальное соотношение затрат и прибыли, а в потребности такой направленности нет. Интерес играет социальную роль, фокусируя возможности разрешения противоречия между неограниченными потребностями и ограниченными условиями их реализации, в частности за счет соизмерения затрат и результатов.

¹⁷ Здравомыслов, А.Г. Потребности. Интересы. Ценности. / А.Г. Здравомыслов. - М.: Политиздат, 1986.-223 с.



Многие исследователи обоснованно считают, что, во-первых, потребность - более широкое понятие, поскольку она является общей категорией для органической и социальной форм движения материи, выражает свойства и животного мира, и общества. Понятие «интереса» же применимо только к характеристике общественной жизни; во-вторых, эти понятия «нацелены» на разные объекты, «...потребность, - считает А.Г. Здравомыслов, - ориентирована, прежде всего, на предмет ее удовлетворения, интерес же направлен на те социальные отношения, институты, учреждения, от которых зависит распределение предметов, ценностей, благ, обеспечивающих удовлетворение потребностей» [66]. Интересы отражают не только потребности, как порождение природного мира, но и социальную сторону условий жизни, они связаны с экономическими отношениями; в-третьих, потребность и интерес играют функционально различные роли: потребность выступает как фактор развития производства, а интерес - как фактор развития самого общества. В частности, интерес направлен на рост эффективности, на оптимальное соотношение затрат и прибыли, а в потребности такой направленности нет. Интерес играет социальную роль, фокусируя возможности разрешения противоречия между неограниченными потребностями и ограниченными условиями их реализации, в частности за счет соизмерения затрат и результатов.

Другие ученые видят различие этих категорий в следующем: категория интерес - это потребность на уровне общества (общественно определенные потребности), в то время как категория «потребность» может быть охарактеризована и вне этих отношений. Хотя необходимость в удовлетворении потребностей и вытекает из природы человеческого существа, и значительная часть потребностей имеет физиологическую природу, тем не менее, их удовлетворение происходит через процесс производства и производственные отношения и, следовательно, природа этих потребностей - социально-экономическая.



Другие ученые видят различие этих категорий в следующем: категория интерес - это потребность на уровне общества (общественно определенные потребности), в то время как категория «потребность» может быть охарактеризована и вне этих отношений. Хотя необходимость в удовлетворении потребностей и вытекает из природы человеческого существа, и значительная часть потребностей имеет физиологическую природу, тем не менее, их удовлетворение происходит через процесс производства и производственные отношения и, следовательно, природа этих потребностей - социально-экономическая.

В то же время широко признается точка зрения о взаимосвязи экономических интересов и потребностей как на объективно существующей формы отношений, возникающих в процессе деятельности различных субъектов этих отношений.

Известно, что человек и общество действуют для удовлетворения тех или иных потребностей, исходя из своих экономических интересов. Интересы же являются импульсом развития производства. Экономические интересы непрерывно выступают перед производством как идеальный образ необходимых людям средств производства, предметов потребления, услуг, как «социальный заказ» производству. Процесс производства является основным этапом удовлетворения экономических потребностей, - процессом, порождающим новые интересы, ведущие к новым потребностям.

Со времен появления человека умелого, граница потребления начала расширяться. Но, по-прежнему, она носила физиологический характер. В процессе эволюции эта граница зашла за предел чисто физиологической потребности. В современное время потребности в красивой одежде, изысканной еде, в погоне за модой и престижем настолько актуальны, что от них зависят занятость на рынке труда, развитие как крупного, так и малого бизнеса.

Многие исследователи обоснованно считают, что, во-первых, потребность - более широкое понятие, поскольку она является общей категорией для органической и социальной форм движения материи, выражает свойства и животного мира, и общества. Понятие «интереса» же применимо только к характеристике общественной жизни; во-вторых, эти понятия «нацелены» на разные объекты, «...потребность, - считает А.Г. Здравомыслов, - ориентирована, прежде всего, на предмет ее удовлетворения, интерес же направлен на те социальные отношения, институты, учреждения, от которых зависит распределение предметов, ценностей, благ, обеспечивающих удовлетворение потребностей» [66]. Интересы отражают не только потребности, как порождение природного мира, но и социальную сторону условий жизни, они связаны с экономическими отношениями; в-третьих, потребность и интерес играют функционально различные роли: потребность выступает как фактор развития производства, а интерес - как фактор развития самого общества. В частности, интерес направлен на рост эффективности, на оптимальное соотношение затрат и прибыли, а в потребности такой направленности нет. Интерес играет социальную роль, фокусируя возможности разрешения противоречия между неограниченными потребностями и ограниченными условиями их реализации, в частности за счет соизмерения затрат и результатов.

Другие ученые видят различие этих категорий в следующем: категория интерес - это потребность на уровне общества (общественно определенные потребности), в то время как категория «потребность» может быть охарактеризована и вне этих отношений. Хотя необходимость в удовлетворении потребностей и вытекает из природы человеческого существа, и значительная часть потребностей имеет физиологическую природу, тем не менее, их удовлетворение происходит через процесс производства и производственные отношения и, следовательно, природа этих потребностей - социально-экономическая.





Другие ученые видят различие этих категорий в следующем: категория интерес - это потребность на уровне общества (общественно определенные потребности), в то время как категория «потребность» может быть охарактеризована и вне этих отношений. Хотя необходимость в удовлетворении потребностей и вытекает из природы человеческого существа, и значительная часть потребностей имеет физиологическую природу, тем не менее, их удовлетворение происходит через процесс производства и производственные отношения и, следовательно, природа этих потребностей - социально-экономическая.

В то же время широко признается точка зрения о взаимосвязи экономических интересов и потребностей как на объективно существующей формы отношений, возникающих в процессе деятельности различных субъектов этих отношений.

Известно, что человек и общество действуют для удовлетворения тех или иных потребностей, исходя из своих экономических интересов. Интересы же являются импульсом развития производства. Экономические интересы непрерывно выступают перед производством как идеальный образ необходимых людям средств производства, предметов потребления, услуг, как «социальный заказ» производству. Процесс производства является основным этапом удовлетворения экономических потребностей, - процессом, порождающим новые интересы, ведущие к новым потребностям.

Со времен появления человека умелого, граница потребления начала расширяться. Но, по-прежнему, она носила физиологический характер. В процессе эволюции эта граница зашла за предел чисто физиологической потребности. В современное время потребности в красивой одежде, изысканной еде, в погоне за модой и престижем настолько актуальны, что от них зависят занятость на рынке труда, развитие как крупного, так и малого бизнеса.

В то же время широко признается точка зрения о взаимосвязи экономических интересов и потребностей как на объективно существующей формы отношений, возникающих в процессе деятельности различных субъектов этих отношений.

Известно, что человек и общество действуют для удовлетворения тех или иных потребностей, исходя из своих экономических интересов. Интересы же являются импульсом развития производства. Экономические интересы непрерывно выступают перед производством как идеальный образ необходимых людям средств производства, предметов потребления, услуг, как «социальный заказ» производству. Процесс производства является основным этапом удовлетворения экономических потребностей, - процессом, порождающим новые интересы, ведущие к новым потребностям.

Со времен появления человека умелого, граница потребления начала расширяться. Но, по-прежнему, она носила физиологический характер. В процессе эволюции эта граница зашла за предел чисто физиологической потребности. В современное время потребности в красивой одежде, изысканной еде, в погоне за модой и престижем настолько актуальны, что от них зависят занятость на рынке труда, развитие как крупного, так и малого бизнеса.

Стоит повториться и отметить, что экономические потребности - это часть человеческих нужд, для удовлетворения которых необходимо производство, распределение, обмен и потребление благ и услуг. Именно они участвуют в активном взаимодействии между производством и неудовлетворенными запросами людей, создавая предпосылки новых интересов, с каждым витком усложняя систему экономических интересов. Что касается производства, то оно прямо влияет на потребности сразу на нескольких уровнях [98].

Оно создает конкретные блага и тем самым обеспечивает удовлетворение определенных человеческих запросов. Удовлетворение этих

Стоит повториться и отметить, что экономические потребности - это часть человеческих нужд, для удовлетворения которых необходимо производство, распределение, обмен и потребление благ и услуг. Именно они участвуют в активном взаимодействии между производством и неудовлетворенными запросами людей, создавая предпосылки новых интересов, с каждым витком усложняя систему экономических интересов. Что касается производства, то оно прямо влияет на потребности сразу на нескольких уровнях¹⁸.

Оно создает конкретные блага и тем самым обеспечивает удовлетворение определенных человеческих запросов. Удовлетворение этих нужд и уже потребляемая полезная вещь, в свою очередь, ведут к появлению новых запросов. В свою очередь ускорение научно-технического прогресса глобально обновляет предметный мир и уклад жизни, порождает качественно новые потребности. Потребности, будучи порождением производства, возрастают, усложняются, вступают в противоречие с производством и требуют дальнейшего его развития, а дальнейшее развитие производства порождает все новые и новые потребности, которые вновь вступают в противоречие с производством, и так бесконечно.

Производство во многом влияет на способы применения полезных вещей, а тем самым формирует определенную бытовую культуру. В свою очередь, экономические потребности оказывают обратное воздействие на производство¹⁹. Во-первых, потребности являются внутренней побудительной причиной и конкретным ориентиром созидательной деятельности. Во-вторых, запросам людей присуще свойство быстро изменяться в количественном и качественном отношениях. В силу этого экономические потребности часто

¹⁸ Ордина, Н.Б. Изучение отношения населения к введению платных медицинских услуг / Н.Б. Ордина, Ю.А. Савонина // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1997. № 3. - С. 21-23.

¹⁹ Экономическая теория: учебник. / под ред. А.Г. Грязновой, Т.В. Чечеловой. - М.: Изд-во «Экзамен», 2003.

В то же время широко признается точка зрения о взаимосвязи экономических интересов и потребностей как на объективно существующей формы отношений, возникающих в процессе деятельности различных субъектов этих отношений.

Известно, что человек и общество действуют для удовлетворения тех или иных потребностей, исходя из своих экономических интересов. Интересы же являются импульсом развития производства. Экономические интересы непрерывно выступают перед производством как идеальный образ необходимых людям средств производства, предметов потребления, услуг, как «социальный заказ» производству. Процесс производства является основным этапом удовлетворения экономических потребностей, - процессом, порождающим новые интересы, ведущие к новым потребностям.

Со времен появления человека умелого, граница потребления начала расширяться. Но, по-прежнему, она носила физиологический характер. В процессе эволюции эта граница зашла за предел чисто физиологической потребности. В современное время потребности в красной одежде, изысканной еде, в погоне за модой и престижем настолько актуальны, что от них зависят занятость на рынке труда, развитие как крупного, так и малого бизнеса.

Стоит повториться и отметить, что экономические потребности – это часть человеческих нужд, для удовлетворения которых необходимо производство, распределение, обмен и потребление благ и услуг. Именно они участвуют в активном взаимодействии между производством и неудовлетворенными запросами людей, создавая предпосылки новых интересов, с каждым витком усложняя систему экономических интересов. Что касается производства, то оно прямо влияет на потребности сразу на нескольких уровнях [98].

Оно создает конкретные блага и тем самым обеспечивает удовлетворение определенных человеческих запросов. Удовлетворение этих



Стоит повториться и отметить, что экономические потребности - это часть человеческих нужд, для удовлетворения которых необходимо производство, распределение, обмен и потребление благ и услуг. Именно они участвуют в активном взаимодействии между производством и неудовлетворенными запросами людей, создавая предпосылки новых интересов, с каждым витком усложняя систему экономических интересов. Что касается производства, то оно прямо влияет на потребности сразу на нескольких уровнях¹⁸.

Оно создает конкретные блага и тем самым обеспечивает удовлетворение определенных человеческих запросов. Удовлетворение этих нужд и уже потребляемая полезная вещь, в свою очередь, ведут к появлению новых запросов. В свою очередь ускорение научно-технического прогресса глобально обновляет предметный мир и уклад жизни, порождает качественно новые потребности. Потребности, будучи порождением производства, возрастают, усложняются, вступают в противоречие с производством и требуют дальнейшего его развития, а дальнейшее развитие производства порождает все новые и новые потребности, которые вновь вступают в противоречие с производством, и так бесконечно.

Производство во многом влияет на способы применения полезных вещей, а тем самым формирует определенную бытовую культуру. В свою очередь, экономические потребности оказывают обратное воздействие на производство¹⁹. Во-первых, потребности являются внутренней побудительной причиной и конкретным ориентиром созидательной деятельности. Во-вторых, запросам людей присуще свойство быстро изменяться в количественном и качественном отношениях. В силу этого экономические потребности часто

¹⁸ Ордина, Н.Б. Изучение отношения населения к введению платных медицинских услуг / Н.Б. Ордина, Ю.А. Савонина // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1997. № 3. - С. 21-23.

¹⁹ Экономическая теория: учебник. / под ред. А.Г. Грязновой, Т.В. Чечеловой. - М.: Изд-во «Экзамен», 2003.

нужд и уже потребляемая полезная вещь, в свою очередь, ведут к появлению новых запросов. В свою очередь ускорение научно-технического прогресса глобально обновляет предметный мир и уклад жизни, порождает качественно новые потребности. Потребности, будучи порождением производства, возрастают, усложняются, вступают в противоречие с производством и требуют дальнейшего его развития, а дальнейшее развитие производства порождает все новые и новые потребности, которые вновь вступают в противоречие с производством, и так бесконечно.

Производство во многом влияет на способы применения полезных вещей, а тем самым формирует определенную бытовую культуру. В свою очередь, экономические потребности оказывают обратное воздействие на производство [143]. Во-первых, потребности являются внутренней побудительной причиной и конкретным ориентиром созидательной деятельности. Во-вторых, запросам людей присуще свойство быстро изменяться в количественном и качественном отношениях. В силу этого экономические потребности часто обгоняют производство. В-третьих, ведущая роль потребностей ярко проявляется в том, что они вызывают движение хозяйственной деятельности - от низшей ступени ко все более высоким ступеням, что опять же усложняет систему экономических интересов и отношений общества.

Всю историю экономики, да и общества в целом, мы можем в определенном смысле рассматривать как историю формирования все более высокого уровня потребностей. В экономической науке выделяется несколько уровней потребностей:

- физиологические нужды (в пище, воде, одежде, жилье, воспроизводстве рода);
- потребности в безопасности (защите от внешних врагов и преступников, помощи при болезни, защите от нищеты);



обгоняют производство. В-третьих, ведущая роль потребностей ярко проявляется в том, что они вызывают движение хозяйственной деятельности - от низшей ступени ко все более высоким ступеням, что опять же усложняет систему экономических интересов и отношений общества.

Всю историю экономики, да и общества в целом, мы можем в определенном смысле рассматривать как историю формирования все более высокого уровня потребностей. В экономической науке выделяется несколько уровней потребностей:

- физиологические нужды (в пище, воде, одежде, жилье, воспроизводстве рода);
- потребности в безопасности (защите от внешних врагов и преступников, помощи при болезни, защите от нищеты);
- необходимость в социальных контактах (общении с людьми, имеющими те же интересы; в дружбе и любви);
- потребности в уважении (признании со стороны других людей, самоуважении, в приобретении определенного общественного положения);
- потребность в саморазвитии (в совершенствовании всех возможностей и способностей человека).

Перечисленные формы человеческих нужд впервые ясно были сформулированы и упорядочены А. Маслоу в его, так называемой пирамиде потребностей (рисунок 2).



нужд и уже потребляемая полезная вещь, в свою очередь, ведут к появлению новых запросов. В свою очередь, ускорение научно-технического прогресса глобально обновляет предметный мир и уклад жизни, порождает качественно новые потребности. Потребности, будучи порождением производства, возрастают, усложняются, вступают в противоречие с производством и требуют дальнейшего его развития, а дальнейшее развитие производства порождает все новые и новые потребности, которые вновь вступают в противоречие с производством, и так бесконечно.

Производство во многом влияет на способы применения полезных вещей, а тем самым формирует определенную бытовую культуру. В свою очередь, экономические потребности оказывают обратное воздействие на производство [143]. Во-первых, потребности являются внутренней побудительной причиной и конкретным ориентиром созидательной деятельности. Во-вторых, запросам людей присуще свойство быстро изменяться в количественном и качественном отношении. В силу этого экономические потребности часто обгоняют производство. В-третьих, ведущая роль потребностей ярко проявляется в том, что они вызывают движение хозяйственной деятельности - от низшей ступени ко все более высоким ступеням, что опять же усложняет систему экономических интересов и отношений общества.

Всю историю экономики, да и общества в целом, мы можем в определенном смысле рассматривать как историю формирования все более высокого уровня потребностей. В экономической науке выделяется несколько уровней потребностей:

- физиологические нужды (в пище, воде, одежде, жилье, воспроизводстве рода);
- потребности в безопасности (защите от внешних врагов и преступников, помощи при болезни, защите от нищеты);

обгоняют производство. В-третьих, ведущая роль потребностей ярко проявляется в том, что они вызывают движение хозяйственной деятельности - от низшей ступени ко все более высоким ступеням, что опять же усложняет систему экономических интересов и отношений общества.

Всю историю экономики, да и общества в целом, мы можем в определенном смысле рассматривать как историю формирования все более высокого уровня потребностей. В экономической науке выделяется несколько уровней потребностей:

- физиологические нужды (в пище, воде, одежде, жилье, воспроизводстве рода);
- потребности в безопасности (защите от внешних врагов и преступников, помощи при болезни, защите от нищеты);

- необходимость в социальных контактах (общении с людьми, имеющими те же интересы; в дружбе и любви);
- потребности в уважении (признании со стороны других людей, самоуважении, в приобретении определенного общественного положения);
- потребность в саморазвитии (в совершенствовании всех возможностей и способностей человека).

Перечисленные формы человеческих нужд впервые ясно были сформулированы и упорядочены А. Маслоу в его, так называемой пирамиде потребностей (рисунок 2).

- необходимость в социальных контактах (общении с людьми, имеющими те же интересы; в дружбе и любви);
- потребности в уважении (признании со стороны других людей, самоуважении, в приобретении определенного общественного положения);
- потребность в саморазвитии (в совершенствовании всех возможностей и способностей человека).

Перечисленные формы человеческих нужд впервые ясно были сформулированы и упорядочены А. Маслоу в его, так называемой пирамиде потребностей (Рисунок 4).



Рисунок 4. Пирамида потребностей

А. Маслоу указал на то, что человека следует рассматривать не только как человека экономического, но и как человека социального. Некоторые экономические школы рассматривали человека как существо сугубо

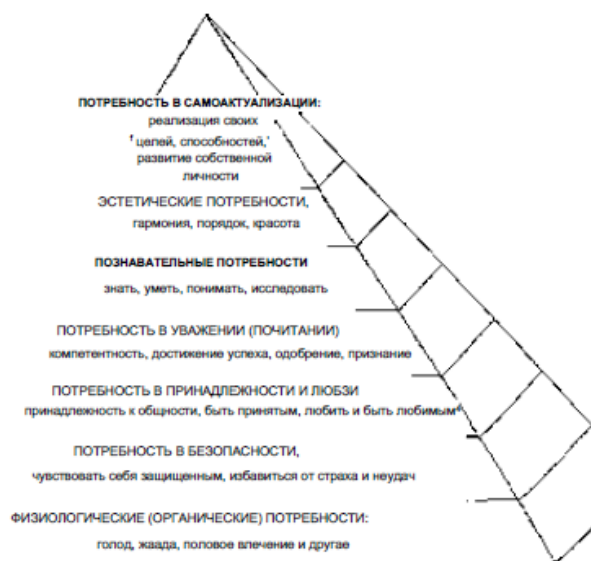


Рисунок 2 - Пирамида потребностей А.Маслоу

А. Маслоу указал на то, что человека следует рассматривать не только как человека экономического, но и как человека социального. Некоторые экономические школы рассматривали человека как существо сугубо экономическое - в отрыве от его социальной жизни и культурной среды. Результат конфликта традиционных подходов к изучению человека экономического и человека социального - множество несогласованных друг с другом мнений и теорий.

С точки зрения социологии конфликта и социальное взаимодействие, и, следовательно, интересы людей нельзя сводить только лишь к экономическим отношениям. Интересы пронизывают все сферы жизнедеятельности и все жизненные отправления человека, раскрывая свою социальную природу и

- 61
- необходимость в социальных контактах (общении с людьми, имеющими те же интересы; в дружбе и любви);
 - потребности в уважении (признании со стороны других людей, самоуважении, в приобретении определенного общественного положения);
 - потребность в саморазвитии (в совершенствовании всех возможностей и способностей человека).
- Перечисленные формы человеческих нужд впервые ясно были сформулированы и упорядочены А. Маслоу в его, так называемой пирамиде потребностей (Рисунок 4).



Рисунок 4. Пирамида потребностей

А. Маслоу указал на то, что человека следует рассматривать не только как человека экономического, но и как человека социального. Некоторые экономические школы рассматривали человека как существо сугубо

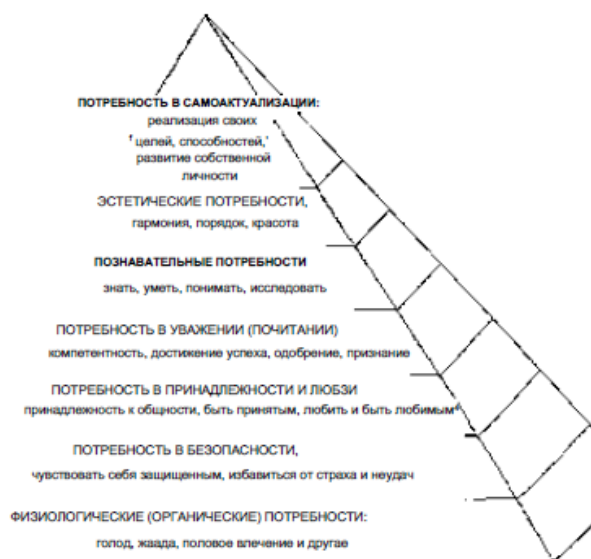


Рисунок 2 - Пирамида потребностей А.Маслоу

А. Маслоу указал на то, что человека следует рассматривать не только как человека экономического, но и как человека социального. Некоторые экономические школы рассматривали человека как существо сугубо экономическое - в отрыве от его социальной жизни и культурной среды. Результат конфликта традиционных подходов к изучению человека экономического и человека социального - множество несогласованных друг с другом мнений и теорий.

С точки зрения социологии конфликта и социального взаимодействие, и, следовательно, интересы людей нельзя сводить только лишь к экономическим отношениям. Интересы пронизывают все сферы жизнедеятельности и все жизненные отправления человека, раскрывая свою социальную природу и



экономическое - в отрыве от его социальной жизни и культурной среды. Результат конфликта традиционных подходов к изучению человека экономического и человека социального - множество несогласованных друг с другом мнений и теорий.

С точки зрения социологии конфликта и социального взаимодействие, и, следовательно, интересы людей нельзя сводить только лишь к экономическим отношениям. Интересы пронизывают все сферы жизнедеятельности и все жизненные отправления человека, раскрывая свою социальную природу и постоянно демонстрируя, что любой жизненный акт, так или иначе, затрагивает отношения с другими людьми, с обществом, с социальными группами. В духовной жизни интересы получают свое завершение, оформление через формирование определенных стереотипов культуры, через признание нормальными определенных форм жизнедеятельности людей.

В современном обществе процесс реализации интереса невозможен без использования многообразных социальных институтов и, в первую очередь, института собственности. В связи с этим разработка возможных направлений по корректировке экономических реформ в России должна основываться на системном рассмотрении экономики, ее связи с социальными процессами и на четком определении места и роли социальных институциональных факторов и процессов их реформирования. Важную роль здесь должен играть учет этической составляющей, особенно если речь идет о социально-экономических элементах и их взаимодействии.

Этически-ориентированная традиция в экономике восходит к Аристотелю. Ее концептуальная специфика обуславливается, во-первых, проблемой человеческой мотивации, связанной с общим этическим вопросом «Как следует жить?». Во-вторых, она определяется оценкой социальных достижений и выяснением: «что есть благо для индивида и как оно соотносится с проблемой эффективности?». Для описания эффективности в



постоянно демонстрируя, что любой жизненный акт, так или иначе, затрагивает отношения с другими людьми, с обществом, с социальными группами. В духовной жизни интересы получают свое завершение, оформление через формирование определенных стереотипов культуры, через признание нормальными определенных форм жизнедеятельности людей.

В современном обществе процесс реализации интереса невозможен без использования многообразных социальных институтов и, в первую очередь, института собственности. В связи с этим разработка возможных направлений по корректировке экономических реформ в России должна основываться на системном рассмотрении экономики, ее связи с социальными процессами и на четком определении места и роли социальных институциональных факторов и процессов их реформирования. Важную роль здесь должен играть учет этической составляющей, особенно если речь идет о социально-экономических элементах и их взаимодействии.

Этически-ориентированная традиция в экономике восходит к Аристотелю. Ее концептуальная специфика обуславливается, во-первых, проблемой человеческой мотивации, связанной с общим этическим вопросом «Как следует жить?». Во-вторых, она определяется оценкой социальных достижений и выяснением: «что есть благо для индивида и как оно соотносится с проблемой эффективности?». Для описания эффективности в рамках этой

традиции явно недостаточно использования только «инженерного», или чисто экономического, подхода, строго соизмеряющее показатели «материальные затраты - материальные результаты». Общественная жизнь дает нам дополнительные социальные составляющие: нравственные, религиозные, национальные, политические, экологические и др.

Потребности человека как социального существа могут удовлетворяться различными способами: в частности, диапазон существующих технологий производства одних и тех же материальных благ и принципов их распределения



экономическое – в отрыве от его социальной жизни и культурной среды. Результат конфликта традиционных подходов к изучению человека экономического и человека социального – множество несогласованных друг с другом мнений и теорий.

С точки зрения социологии конфликта и социального взаимодействия, и, следовательно, интересы людей нельзя сводить только лишь к экономическим отношениям. Интересы пронизывают все сферы жизнедеятельности и все жизненные отправления человека, раскрывая свою

социальную природу и постоянно демонстрируя, что любой жизненный акт, так или иначе, затрагивает отношения с другими людьми, с обществом, с социальными группами. В духовной жизни интересы получают свое завершение, оформление через формирование определенных стереотипов культуры, через признание нормальными определенных форм жизнедеятельности людей.

В современном обществе процесс реализации интереса невозможен без использования многообразных социальных институтов и, в первую очередь, института собственности. В связи с этим разработка возможных направлений по корректировке экономических реформ в России должна основываться на системном рассмотрении экономики, ее связи с социальными процессами и на четком определении места и роли социальных институциональных факторов и процессов их реформирования. Важную роль здесь должен играть учет этической составляющей, особенно если речь идет о социально-экономических элементах и их взаимодействии.

Этически-ориентированная традиция в экономике восходит к Аристотелю. Ее концептуальная специфика обуславливается, во-первых, проблемой человеческой мотивации, связанной с общим этическим вопросом «Как следует жить?». Во-вторых, она определяется оценкой социальных достижений и выяснением: «что есть благо для индивида и как оно соотносится с проблемой эффективности?». Для описания эффективности в



постоянно демонстрируя, что любой жизненный акт, так или иначе, затрагивает отношения с другими людьми, с обществом, с социальными группами. В духовной жизни интересы получают свое завершение, оформление через формирование определенных стереотипов культуры, через признание нормальными определенных форм жизнедеятельности людей.

В современном обществе процесс реализации интереса невозможен без использования многообразных социальных институтов и, в первую очередь, института собственности. В связи с этим разработка возможных направлений по корректировке экономических реформ в России должна основываться на системном рассмотрении экономики, ее связи с социальными процессами и на четком определении места и роли социальных институциональных факторов и процессов их реформирования. Важную роль здесь должен играть учет этической составляющей, особенно если речь идет о социально-экономических элементах и их взаимодействии.

Этически-ориентированная традиция в экономике восходит к Аристотелю. Ее концептуальная специфика обуславливается, во-первых, проблемой человеческой мотивации, связанной с общим этическим вопросом «Как следует жить?». Во-вторых, она определяется оценкой социальных достижений и выяснением: «что есть благо для индивида и как оно соотносится

с проблемой эффективности?». Для описания эффективности в рамках этой традиции явно недостаточно использования только «инженерного», или чисто экономического, подхода, строго соизмеряющее показатели «материальные затраты - материальные результаты». Общественная жизнь дает нам дополнительные социальные составляющие: нравственные, религиозные, национальные, политические, экологические и др.

Потребности человека как социального существа могут удовлетворяться различными способами: в частности, диапазон существующих технологий производства одних и тех же материальных благ и принципов их распределения



рамках этой традиции явно недостаточно использования только «инженерного», или чисто экономического, подхода, строго соизмеряющее показатели «материальные затраты - материальные результаты». Общественная жизнь дает нам дополнительные социальные составляющие: нравственные, религиозные, национальные, политические, экологические и др.

Потребности человека как социального существа могут удовлетворяться различными способами: в частности, диапазон существующих технологий производства одних и тех же материальных благ и принципов их распределения у народов, находящихся на разных стадиях развития, от туземных племен до высших цивилизаций, огромен. Роль интереса в этой динамике исключительно велика. Например, если бы не проявлялось стремления к удовлетворению потребностей «с наименьшими издержками», траектории общественного прогресса могли быть иными. Таким образом, интерес представляется как содержательная сторона процесса общественного развития.

Прогресс общества ярко проявляется в действии закона возвышения потребностей. Этот закон выражает объективную необходимость роста и совершенствования человеческих нужд с развитием производства и культуры. Некоторые ученые утверждают, что потребности людей все время растут безгранично. Однако на деле повышение потребностей не состоит в простом пропорциональном росте всех их видов. Быстрес всего насыщаются и имеют определенный предел увеличения нужды низшего (физиологические) порядка, а запросы высшего порядка – социальные и интеллектуальные (духовные) – практически не насыщаемы. Человек с его потребностями, целями, интересами, в конечном счете – высшая цель всякого общественного производства. Человеческая личность развивает свои существующие силы и способности на основе и в процессе материального и нематериального, духовного производства.





у народов, находящихся на разных стадиях развития, от туземных племен до высших цивилизаций, огромен. Роль интереса в этой динамике исключительно велика. Например, если бы не проявлялось стремления к удовлетворению потребностей «с наименьшими издержками», траектории общественного прогресса могли быть иными. Таким образом, интерес представляется как содержательная сторона процесса общественного развития.

Прогресс общества ярко проявляется в действии закона возвышения потребностей. Этот закон выражает объективную необходимость роста и совершенствования человеческих нужд с развитием производства и культуры. Некоторые ученые утверждают, что потребности людей все время растут безгранично. Однако на деле повышение потребностей не состоит в простом пропорциональном росте всех их видов. Быстрее всего насыщаются и имеют определенный предел увеличения нужды низшего (физиологические) порядка, а запросы высшего порядка - социальные и интеллектуальные (духовные) - практически не насыщаемы. Человек с его потребностями, целями, интересами, в конечном счете - высшая цель всякого общественного производства. Человеческая личность развивает свои существующие силы и способности на основе и в процессе материального и нематериального, духовного производства.

Таким образом, интерес представляет собой категорию, отражающую самоутверждение субъекта и характеризующую его социальный статус. Социальный статус характеризуется положением субъекта в системе экономических отношений. Мотивом служит стремление субъектом осуществить свой интерес, он есть своеобразный импульс к началу действий. Формирование мотивов у субъектов как бы завершает процесс реализации интереса. Сама же реализация экономических интересов состоит в совершенствовании того или иного социального действия, в ходе которого



рамках этой традиции явно недостаточно использования только «инженерного», или чисто экономического, подхода, строго соизмеряющее показатели «материальные затраты - материальные результаты». Общественная жизнь дает нам дополнительные социальные составляющие: нравственные, религиозные, национальные, политические, экологические и др.

Потребности человека как социального существа могут удовлетворяться различными способами: в частности, диапазон существующих технологий производства одних и тех же материальных благ

и принципов их распределения у народов, находящихся на разных стадиях развития, от туземных племен до высших цивилизаций, огромен. Роль интереса в этой динамике исключительно велика. Например, если бы не проявлялось стремления к удовлетворению потребностей «с наименьшими издержками», траектории общественного прогресса могли быть иными. Таким образом, интерес представляется как содержательная сторона процесса общественного развития.

Прогресс общества ярко проявляется в действии закона возвышения потребностей. Этот закон выражает объективную необходимость роста и совершенствования человеческих нужд с развитием производства и культуры. Некоторые ученые утверждают, что потребности людей все время растут безгранично. Однако на деле повышение потребностей не состоит в простом пропорциональном росте всех их видов. Быстрее всего насыщаются и имеют определенный предел увеличения нужды низшего (физиологические) порядка, а запросы высшего порядка - социальные и интеллектуальные (духовные) - практически не насыщаемы. Человек с его потребностями, целями, интересами, в конечном счете - высшая цель всякого общественного производства. Человеческая личность развивает свои существующие силы и способности на основе и в процессе материального и нематериального, духовного производства.



у народов, находящихся на разных стадиях развития, от туземных племен до высших цивилизаций, огромен. Роль интереса в этой динамике исключительно велика. Например, если бы не проявлялось стремления к удовлетворению потребностей «с наименьшими издержками», траектории общественного прогресса могли быть иными. Таким образом, интерес представляется как содержательная сторона процесса общественного развития.

Прогресс общества ярко проявляется в действии закона возвышения потребностей. Этот закон выражает объективную необходимость роста и совершенствования человеческих нужд с развитием производства и культуры. Некоторые ученые утверждают, что потребности людей все время растут безгранично. Однако на деле повышение потребностей не состоит в простом пропорциональном росте всех их видов. Быстрее всего насыщаются и имеют определенный предел увеличения нужды низшего (физиологические) порядка, а запросы высшего порядка - социальные и интеллектуальные (духовные) - практически не насыщаемы. Человек с его потребностями, целями, интересами, в конечном счете - высшая цель всякого общественного производства. Человеческая личность развивает свои существующие силы и способности на основе и в процессе материального и нематериального, духовного производства.

Таким образом, интерес представляет собой категорию, отражающую самоутверждение субъекта и характеризующую его социальный статус. Социальный статус характеризуется положением субъекта в системе экономических отношений. Мотивом служит стремление субъектом осуществить свой интерес, он есть своеобразный импульс к началу действий. Формирование мотивов у субъектов как бы завершает процесс реализации интереса. Сама же реализация экономических интересов состоит в совершенствовании того или иного социального действия, в ходе которого

Таким образом, интерес представляет собой категорию, отражающую самоутверждение субъекта и характеризующую его социальный статус. Социальный статус характеризуется положением субъекта в системе экономических отношений. Мотивом служит стремление субъектом осуществить свой интерес, он есть своеобразный импульс к началу действий. Формирование мотивов у субъектов как бы завершает процесс реализации интереса. Сама же реализация экономических интересов состоит в совершенствовании того или иного социального действия, в ходе которого субъект стремится повысить свой социальный статус, то есть свое положение в системе экономических отношений.

Исходной составляющей человека является желание быть здоровым. Однако в процессе жизнедеятельности, организм человека постоянно находится в сосуществовании с факторами внешней и внутренней среды. Сохранение паритета между упомянутыми факторами и гомеостазом - есть здоровье, которое обеспечивает человеку комфортность в среде обитания. Болезнь заставляет человека заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья.

При этом каждый человек, чтобы выжить, что-либо делает. То есть он, преобразуя ресурсы в продукты, осуществляет производство. Цель производственной деятельности - создание необходимых обществу материальных и нематериальных благ. Одним из нематериальных благ являются медицинские услуги. Их появление и выделение в самостоятельную отрасль стало возможным благодаря разделению и специализации труда. Человек, имея склонность к врачеванию, стал выполнять конкретные виды работ в узкой деятельности (лечение людей). Накапливая опыт своих предшественников, и специализируясь в какой-либо отрасли медицины, врач совершенствует технические приемы, благодаря чему, улучшается качество лечения. Это разделение труда и стало одной из объективных причин возникновения рыночных отношений в медицине.



субъект стремится повысить свой социальный статус, то есть свое положение в системе экономических отношений.

Исходной составляющей человека является желание быть здоровым. Однако в процессе жизнедеятельности, организм человека постоянно находится в сосуществовании с факторами внешней и внутренней среды. Сохранение паритета между упомянутыми факторами и гомеостазом - есть здоровье, которое обеспечивает человеку комфортность в среде обитания. Болезнь заставляет человека заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья.

При этом каждый человек, чтобы выжить, что-либо делает. То есть он, преобразуя ресурсы в продукты, осуществляет производство. Цель производственной деятельности — создание необходимых обществу материальных и нематериальных благ. Одним из нематериальных благ являются медицинские услуги. Их появление и выделение в самостоятельную отрасль стало возможным благодаря разделению и специализации труда. Человек, имея склонность к врачеванию, стал выполнять конкретные виды работ в узкой деятельности (лечение людей). Накапливая опыт своих предшественников, и специализируясь в какой-либо отрасли медицины, врач совершенствует технические приемы, благодаря чему, улучшается качество лечения. Это разделение труда и стало одной из объективных причин возникновения рыночных отношений в медицине. Однако никто не стал бы специализироваться на лечении людей, если бы не рассчитывал обменять плоды своего труда на другие блага (еду, жилье, одежду), удовлетворяющие его потребности²⁰.

Потребность людей в лечении недугов и избавлении от ран и болезней существовала всегда. Уже в самых ранних цивилизациях начинают появляться лекари и врачеватели, обслуживающие эту потребность на профессиональной

²⁰ Бородулин, Ф.Р. История медицины: Избранные лекции / Ф.Р. Бородулин. - М.: Медгиз, 1961.

Таким образом, интерес представляет собой категорию, отражающую самоутверждение субъекта и характеризующую его социальный статус. Социальный статус характеризуется положением субъекта в системе экономических отношений. Мотивом служит стремление субъектом осуществить свой интерес, он есть своеобразный импульс к началу действий. Формирование мотивов у субъектов как бы завершает процесс реализации интереса. Сама же реализация экономических интересов состоит в совершенствовании того или иного социального действия, в ходе которого субъект стремится повысить свой социальный статус, то есть свое положение в системе экономических отношений.

Исходной составляющей человека является желание быть здоровым. Однако в процессе жизнедеятельности, организм человека постоянно находится в сосуществовании с факторами внешней и внутренней среды. Сохранение паритета между упомянутыми факторами и гомеостазом - есть здоровье, которое обеспечивает человеку комфортность в среде обитания. Болезнь заставляет человека заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья.

При этом каждый человек, чтобы выжить, что-либо делает. То есть он, преобразуя ресурсы в продукты, осуществляет производство. Цель производственной деятельности - создание необходимых обществу материальных и нематериальных благ. Одним из нематериальных благ являются медицинские услуги. Их появление и выделение в самостоятельную отрасль стало возможным благодаря разделению и специализации труда. Человек, имея склонность к врачеванию, стал выполнять конкретные виды работ в узкой деятельности (лечение людей). Накапливая опыт своих предшественников, и специализируясь в какой-либо отрасли медицины, врач совершенствует технические приемы, благодаря чему, улучшается качество лечения. Это разделение труда и стало одной из объективных причин возникновения рыночных отношений в медицине.





субъект стремится повысить свой социальный статус, то есть свое положение в системе экономических отношений.

Исходной составляющей человека является желание быть здоровым. Однако в процессе жизнедеятельности, организм человека постоянно находится в сосуществовании с факторами внешней и внутренней среды. Сохранение паритета между упомянутыми факторами и гомеостазом - есть здоровье, которое обеспечивает человеку комфортность в среде обитания. Болезнь заставляет человека заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья.

При этом каждый человек, чтобы выжить, что-либо делает. То есть он, преобразуя ресурсы в продукты, осуществляет производство. Цель производственной деятельности — создание необходимых обществу материальных и нематериальных благ. Одним из нематериальных благ являются медицинские услуги. Их появление и выделение в самостоятельную отрасль стало возможным благодаря разделению и специализации труда. Человек, имея склонность к врачеванию, стал выполнять конкретные виды работ в узкой деятельности (лечение людей). Накапливая опыт своих предшественников, и специализируясь в какой-либо отрасли медицины, врач совершенствует технические приемы, благодаря чему, улучшается качество лечения. Это разделение труда и стало одной из объективных причин возникновения рыночных отношений в медицине.

Однако никто не стал бы специализироваться на лечении людей, если бы не рассчитывал обменивать плоды своего труда на другие блага (еду, жилье, одежду), удовлетворяющие его потребности²⁰.

Потребность людей в лечении недугов и избавлении от ран и болезней существовала всегда. Уже в самых ранних цивилизациях начинают появляться лекари и врачеватели, обслуживающие эту потребность на профессиональной

²⁰ Бородулин, Ф.Р. История медицины: Избранные лекции / Ф.Р. Бородулин. - М.: Медгиз, 1961.



Однако никто не стал бы специализироваться на лечении людей, если бы не рассчитывал обменивать плоды своего труда на другие блага (еду, жилье, одежду), удовлетворяющие его потребности [36].

Потребность людей в лечении недугов и избавлении от ран и болезней существовала всегда. Уже в самых ранних цивилизациях начинают появляться лекари и врачеватели, обслуживающие эту потребность на профессиональной основе. Лечение проводилось за установленную плату, определенную в денежном или натуральном выражении. Об этом свидетельствуют дошедшие до нас исторические документы и артефакты.

Законы Древнего Ирана, записанные в древних писаниях, констатируют появление врача-профессионала и также устанавливают вознаграждение за его труд, только в расчете не на серебро, а на домашний скот. За излечение сатрапа провинции полагалось две пары волов, за излечение начальника уезда — коня, за излечение старшины общины — быка, за излечение домохозяина — осла, за излечение жреца — благословение.

Так как лекари осуществляли лечение пациентов за соответствующее вознаграждение, профессия врача была отнесена в Античности к ремеслу и являлась, по сути, семейным бизнесом, где знания передавались от отца к сыну. Неразглашение профессиональных секретов и поддержка режима коммерческой тайны являлись залогом прибыльности и поддержания статуса профессии.

Из поэм Гомера известно, что в VII-VI вв. до н. э. врачебной практикой занимались немногие семьи, возводившие свое происхождение к богу врачевания Асклепию. Со временем врачебный корпус начал расширяться, так как потомственные лекари стали делиться основами профессии с третьими лицами, взимая за ученичество плату.

Когда численность врачей, не состоявших в родстве, возросла, создались своего рода цеховые объединения и центры врачебной подготовки. Позднее врачевание стало изучаться в медицинских школах и у



основе. Лечение проводилось за установленную плату, определенную в денежном или натуральном выражении. Об этом свидетельствуют дошедшие до нас исторические документы и артефакты.

Законы Древнего Ирана, записанные в древних писаниях, констатируют появление врача-профессионала и также устанавливают вознаграждение за его труд, только в расчете не на серебро, а на домашний скот. За излечение сатрапа провинции полагалось две пары волов, за излечение начальника уезда - коня, за излечение старшины общины - быка, за излечение домохозяина — осла, за излечение жреца - благословение.

Так как лекари осуществляли лечение пациентов за соответствующее вознаграждение, профессия врача была отнесена в Античности к ремеслу и являлась, по сути, семейным бизнесом, где знания передавались от отца к сыну. Неразглашение профессиональных секретов и поддержка режима коммерческой тайны являлись залогом прибыльности и поддержания статуса профессии.

Из поэм Гомера известно, что в VII-VI вв. до н. э. врачебной практикой занимались немногие семьи, возводившие свое происхождение к богу врачевания Асклепию. Со временем врачебный корпус начал расширяться, так как потомственные лекари стали делиться основами профессии с третьими лицами, взимая за ученичество плату.

Когда численность врачей, не состоявших в родстве, возросла, создались своего рода цеховые объединения и центры врачебной подготовки. Позднее врачевание стало изучаться в медицинских школах и у практикующих лекарей. Таким образом, врачебное дело по своему экономическому содержанию изначально представляло собой предпринимательскую деятельность, в рамках которой врачи получали доходы по двум основным направлениям: во-первых, за оказание лечебных услуг и, во-вторых, от преподавания и передачи секретов профессионального мастерства.

Однако никто не стал бы специализироваться на лечении людей, если бы не рассчитывал обменять плоды своего труда на другие блага (еду, жилье, одежду), удовлетворяющие его потребности [36].

Потребность людей в лечении недугов и избавлении от ран и болезней существовала всегда. Уже в самых ранних цивилизациях начинают появляться лекари и врачеватели, обслуживающие эту потребность на профессиональной основе. Лечение проводилось за установленную плату, определенную в денежном или натуральном выражении. Об этом свидетельствуют дошедшие до нас исторические документы и артефакты.

Законы Древнего Ирана, записанные в древних писаниях, констатируют появление врача-профессионала и также устанавливают вознаграждение за его труд, только в расчете не на серебро, а на домашний скот. За излечение сатрапа провинции полагалось две пары волов, за излечение начальника уезда – коня, за излечение старшины общины – быка, за излечение домохозяина – осла, за излечение жреца – благословение.

Так как лекари осуществляли лечение пациентов за соответствующее вознаграждение, профессия врача была отнесена в Античности к ремеслу и являлась, по сути, семейным бизнесом, где знания передавались от отца к сыну. Неразглашение профессиональных секретов и поддержка режима коммерческой тайны являлись залогом прибыльности и поддержания статуса профессии.

Из поэм Гомера известно, что в VII-VI вв. до н. э. врачебной практикой занимались немногие семьи, возводившие свое происхождение к богу врачевания Асклепию. Со временем врачебный корпус начал расширяться, так как потомственные лекари стали делиться основами профессии с третьими лицами, взимая за ученичество плату.

Когда численность врачей, не состоявших в родстве, возросла, создались своего рода цеховые объединения и центры врачебной подготовки. Позднее врачевание стало изучаться в медицинских школах и у



основе. Лечение проводилось за установленную плату, определенную в денежном или натуральном выражении. Об этом свидетельствуют дошедшие до нас исторические документы и артефакты.

Законы Древнего Ирана, записанные в древних писаниях, констатируют появление врача-профессионала и также устанавливают вознаграждение за его труд, только в расчете не на серебро, а на домашний скот. За излечение сатрапа провинции полагалось две пары волов, за излечение начальника уезда - коня, за излечение старшины общины - быка, за излечение домохозяина — осла, за излечение жреца - благословение.

Так как лекари осуществляли лечение пациентов за соответствующее вознаграждение, профессия врача была отнесена в Античности к ремеслу и являлась, по сути, семейным бизнесом, где знания передавались от отца к сыну. Неразглашение профессиональных секретов и поддержка режима коммерческой тайны являлись залогом прибыльности и поддержания статуса профессии.

Из поэм Гомера известно, что в VII-VI вв. до н. э. врачебной практикой занимались немногие семьи, возводившие свое происхождение к богу врачевания Асклепию. Со временем врачебный корпус начал расширяться, так как потомственные лекари стали делиться основами профессии с третьими лицами, взимая за ученичество плату.

Когда численность врачей, не состоявших в родстве, возросла, создались своего рода цеховые объединения и центры врачебной подготовки. Позднее

врачевание стало изучаться в медицинских школах и у практикующих лекарей. Таким образом, врачебное дело по своему экономическому содержанию изначально представляло собой предпринимательскую деятельность, в рамках которой врачи получали доходы по двум основным направлениям: во-первых, за оказание лечебных услуг и, во-вторых, от преподавания и передачи секретов профессионального мастерства.

практикующих лекарей. Таким образом, врачебное дело по своему экономическому содержанию изначально представляло собой предпринимательскую деятельность, в рамках которой врачи получали доходы по двум основным направлениям: во-первых, за оказание лечебных услуг и, во-вторых, от преподавания и передачи секретов профессионального мастерства.

Помимо оседлых, постоянно практикующих лекарей, врачебной деятельностью занимались так называемые периодевты – странствующие врачи. Остаиваясь ненадолго в отдельных населенных пунктах, где не было собственных врачей, они за вознаграждение оказывали медицинские услуги, залечивали раны, производили хирургические операции. Что же касается принятия родов и гинекологической помощи, то ее осуществляли, как правило, акушерки, которые причислялись к врачам.

Врачи, представлявшие государственное здравоохранение, появились значительно позже частнопрактикующих лекарей. Согласно дошедшим до нас историческим свидетельствам, с VI в. до н. э. в крупных городах Древней Греции и Малой Азии наряду со свободно практикующими врачами появились врачи, находившиеся на государственной службе и получавшие жалованье.

Позднее врачей стали брать на государственную службу в войсковые соединения. Первыми врачами в римских войсках были рабы, которых впоследствии заменили свободные люди. По указу Цезаря все римские врачи получили гражданские права, к которым затем добавились другие привилегии. Во II в. н. э. некоторые городские (общинные) врачи и императорские лейб-медики, носившие титул архиатра, были включены в военную табель о рангах.

Параллельно с совершенствованием организации лечебного дела развивалась фармакология и аптечный бизнес. Изготовление и реализация лекарственных препаратов со временем приобрели очертания

Помимо оседлых, постоянно практикующих лекарей, врачебной деятельностью занимались так называемые «периодевты» - странствующие врачи. Останавливаясь ненадолго в отдельных населенных пунктах, где не было собственных врачей, они за вознаграждение оказывали медицинские услуги, залечивали раны, производили хирургические операции. Что же касается принятия родов и гинекологической помощи, то ее осуществляли, как правило, акушерки, которые причислялись к врачам.

Врачи, представлявшие государственное здравоохранение, появились значительно позже частнопрактикующих лекарей. Согласно дошедшим до нас историческим свидетельствам, с VI в. до н. э. в крупных городах Древней Греции и Малой Азии наряду со свободно практикующими врачами появились врачи, находившиеся на государственной службе и получавшие жалование.

Позднее врачей стали брать на государственную службу в войсковые соединения. Первыми врачами в римских войсках были рабы, которых впоследствии заменили свободные люди. По указу Цезаря все римские врачи получили гражданские права, к которым затем добавились другие привилегии. Во II в. н. э. некоторые городские (общинные) врачи и императорские лейб-медики, носившие титул «архиатра», были включены в военную табель о рангах.

Параллельно с совершенствованием организации лечебного дела развивалась фармакология и аптечный бизнес. Изготовление и реализация лекарственных препаратов со временем приобрели очертания самостоятельного вида предпринимательской деятельности. Первоначально большинство врачей изготавливали лекарства в домашних условиях, прибегая к помощи членов семьи или учеников. Теоретической базой приготовления фармацевтических средств служили труды о лекарственных препаратах и сборники рецептов.

Постепенно фармакологическая и торговая деятельность отпочковываются от врачебного дела и приобретают характер обособленного вида бизнеса. Производить и продавать лечебные снадобья стали специальные

практикующих лекарей. Таким образом, врачебное дело по своему экономическому содержанию изначально представляло собой предпринимательскую деятельность, в рамках которой врачи получали доходы по двум основным направлениям: во-первых, за оказание лечебных услуг и, во-вторых, от преподавания и передачи секретов профессионального мастерства.

Помимо оседлых, постоянно практикующих лекарей, врачебной деятельностью занимались так называемые периодевты – странствующие врачи. Останавливаясь ненадолго в отдельных населенных пунктах, где не было собственных врачей, они за вознаграждение оказывали медицинские услуги, залечивали раны, производили хирургические операции. Что же касается принятия родов и гинекологической помощи, то ее осуществляли, как правило, акушерки, которые причислялись к врачам.

Врачи, представлявшие государственное здравоохранение, появились значительно позже частнопрактикующих лекарей. Согласно дошедшим до нас историческим свидетельствам, с VI в. до н. э. в крупных городах Древней Греции и Малой Азии наряду со свободно практикующими врачами появились врачи, находившиеся на государственной службе и получавшие жалование.

Позднее врачей стали брать на государственную службу в войсковые соединения. Первыми врачами в римских войсках были рабы, которых впоследствии заменили свободные люди. По указу Цезаря все римские врачи получили гражданские права, к которым затем добавились другие привилегии. Во II в. н. э. некоторые городские (общинные) врачи и императорские лейб-медики, носившие титул архиатра, были включены в военную табель о рангах.

Параллельно с совершенствованием организации лечебного дела развивалась фармакология и аптечный бизнес. Изготовление и реализация лекарственных препаратов со временем приобрели очертания



Помимо оседлых, постоянно практикующих лекарей, врачебной деятельностью занимались так называемые «периодевты» - странствующие врачи. Остановившись ненадолго в отдельных населенных пунктах, где не было собственных врачей, они за вознаграждение оказывали медицинские услуги, залечивали раны, производили хирургические операции. Что же касается принятия родов и гинекологической помощи, то ее осуществляли, как правило, акушерки, которые причислялись к врачам.

Врачи, представлявшие государственное здравоохранение, появились значительно позже частнопрактикующих лекарей. Согласно дошедшим до нас историческим свидетельствам, с VI в. до н. э. в крупных городах Древней Греции и Малой Азии наряду со свободно практикующими врачами появились врачи, находившиеся на государственной службе и получавшие жалованье.

Позднее врачей стали брать на государственную службу в войсковые соединения. Первыми врачами в римских войсках были рабы, которых впоследствии заменили свободные люди. По указу Цезаря все римские врачи получили гражданские права, к которым затем добавились другие привилегии. Во II в. н. э. некоторые городские (общинные) врачи и императорские лейб-медики, носившие титул «архиатра», были включены в военную табель о рангах.

Параллельно с совершенствованием организации лечебного дела развивалась фармакология и аптечный бизнес. Изготовление и реализация лекарственных препаратов со временем приобрели очертания самостоятельного вида предпринимательской деятельности. Первоначально большинство врачей изготавливали лекарства в домашних условиях, прибегая к помощи членов семьи или учеников. Теоретической базой приготовления фармацевтических средств служили труды о лекарственных препаратах и сборники рецептов.

Постепенно фармакологическая и торговая деятельность отпочковываются от врачебного дела и приобретают характер обособленного вида бизнеса. Производить и продавать лечебные снадобья стали специальные

самостоятельного вида предпринимательской деятельности. Первоначально большинство врачей изготавливали лекарства в домашних условиях, прибегая к помощи членов семьи или учеников. Теоретической базой приготовления фармацевтических средств служили труды о лекарственных препаратах и сборники рецептов.

Постепенно фармакологическая и торговая деятельность отпочковываются от врачебного дела и приобретают характер обособленного вида бизнеса. Производить и продавать лечебные снадобья стали специальные торговцы лекарствами, которые выполняли функции современных провизоров и розничных продавцов [37].

Состоятельные врачи покупали оптом сырье для изготовления лекарств у так называемых ризотомов (копателей корешков) и хранили его вместе с готовыми препаратами на складах, которые получили название «аптека». Со временем аптеки-склады стали повсеместно превращаться в торговые предприятия, специализирующиеся на продаже медикаментов и других сопутствующих товаров.

Первые лечебницы, возникшие в древности, носили частный характер. Общественных больниц до периода раннего Средневековья не было. Пробразом больницы выступала частная клиника, которую врач устраивал в собственном доме, выделяя для больных несколько комнат. В IV в. под влиянием христианства впервые открываются общественные лечебницы и военные лазареты.

В течение многих веков система медицинского обслуживания, сложившаяся в период поздней Античности, претерпевала лишь незначительные изменения. Частнопрактикующие врачи и частный аптечный бизнес составляли основу медицинской отрасли во многих странах мира. И только к XVIII-XIX вв. в развитых государствах начинает складываться новая система экономических взаимоотношений в области здравоохранения,

торговцы лекарствами, которые выполняли функции современных провизоров и розничных продавцов²¹.

Состоятельные врачи покупали оптом сырье для изготовления лекарств у так называемых «ризотомов» (копателей корешков) и хранили его вместе с готовыми препаратами на складах, которые получили название «аптека». Со временем аптеки-склады стали повсеместно превращаться в торговые предприятия, специализирующиеся на продаже медикаментов и других сопутствующих товаров.

Первые лечебницы, возникшие в древности, носили частный характер. Общественных больниц до периода раннего Средневековья не было. Прообразом больницы выступала частная клиника, которую врач устраивал в собственном доме, выделяя для больных несколько комнат. В IV в. под влиянием христианства впервые открываются общественные лечебницы и военные лазареты.

В течение многих веков система медицинского обслуживания, сложившаяся в период поздней Античности, претерпевала лишь незначительные изменения. Частнопрактикующие врачи и частный аптечный бизнес составляли основу медицинской отрасли во многих странах мира. И только к XVIII-XIX вв. в развитых государствах начинает складываться новая система экономических взаимоотношений в области здравоохранения, в структуре которой постепенно нарастал сектор государственной и муниципальной медицины.

Отдельные ростки некоммерческого сектора здравоохранения возникли уже в период раннего Средневековья. Часть лечебных учреждений, больниц и госпиталей находились под эгидой церкви и существовали на доходы от пожертвований частных лиц. Впоследствии к финансированию медицинских учреждений стали подключаться государственные и муниципальные власти. Из

²¹ Бронштейн, А. Частная медицина: ее настоящее и будущее / А. Бронштейн // Врач. 1999. № 1.-С. 40-41.

самостоятельного вида предпринимательской деятельности. Первоначально большинство врачей изготавливали лекарства в домашних условиях, прибегая к помощи членов семьи или учеников. Теоретической базой приготовления фармацевтических средств служили труды о лекарственных препаратах и сборники рецептов.

Постепенно фармакологическая и торговая деятельность отпочковываются от врачебного дела и приобретают характер обособленного вида бизнеса. Производить и продавать лечебные снабдья стали

специальные торговцы лекарствами, которые выполняли функции современных провизоров и розничных продавцов [37].

Состоятельные врачи покупали оптом сырье для изготовления лекарств у так называемых ризотомов (копателей корешков) и хранили его вместе с готовыми препаратами на складах, которые получили название «аптека». Со временем аптеки-склады стали повсеместно превращаться в торговые предприятия, специализирующиеся на продаже медикаментов и других сопутствующих товаров.

Первые лечебницы, возникшие в древности, носили частный характер. Общественных больниц до периода раннего Средневековья не было. Прообразом больницы выступала частная клиника, которую врач устраивал в собственном доме, выделяя для больных несколько комнат. В IV в. под влиянием христианства впервые открываются общественные лечебницы и военные лазареты.

В течение многих веков система медицинского обслуживания, сложившаяся в период поздней Античности, претерпевала лишь незначительные изменения. Частнопрактикующие врачи и частный аптечный бизнес составляли основу медицинской отрасли во многих странах мира. И только к XVIII-XIX вв. в развитых государствах начинает складываться новая система экономических взаимоотношений в области здравоохранения,



торговцы лекарствами, которые выполняли функции современных провизоров и розничных продавцов²¹.

Состоятельные врачи покупали оптом сырье для изготовления лекарств у так называемых «ризотомов» (копателей корешков) и хранили его вместе с готовыми препаратами на складах, которые получили название «аптека». Со временем аптеки-склады стали повсеместно превращаться в торговые предприятия, специализирующиеся на продаже медикаментов и других сопутствующих товаров.

Первые лечебницы, возникшие в древности, носили частный характер. Общественных больниц до периода раннего Средневековья не было. Пробразом больницы выступала частная клиника, которую врач устраивал в собственном доме, выделяя для больных несколько комнат. В IV в. под влиянием христианства впервые открываются общественные лечебницы и военные лазареты.

В течение многих веков система медицинского обслуживания, сложившаяся в период поздней Античности, претерпевала лишь незначительные изменения. Частнопрактикующие врачи и частный аптечный бизнес составляли основу медицинской отрасли во многих странах мира. И только к XVIII-XIX вв. в развитых государствах начинает складываться новая система экономических взаимоотношений в области здравоохранения, в структуре которой постепенно нарастал сектор государственной и муниципальной медицины.

Отдельные ростки некоммерческого сектора здравоохранения возникли уже в период раннего Средневековья. Часть лечебных учреждений, больниц и госпиталей находились под эгидой церкви и существовали на доходы от пожертвований частных лиц. Впоследствии к финансированию медицинских учреждений стали подключаться государственные и муниципальные власти. Из

²¹ Бронштейн, А. Частная медицина: ее настоящее и будущее / А. Бронштейн // Врач. 1999. № 1.-С. 40-41.

в структуре которой постепенно нарастал сектор государственной и муниципальной медицины.

Отдельные ростки некоммерческого сектора здравоохранения возникли уже в период раннего Средневековья. Часть лечебных учреждений, больниц и госпиталей находились под эгидой церкви и существовали на доходы от пожертвований частных лиц. Впоследствии к финансированию медицинских учреждений стали подключаться государственные и муниципальные власти.

Из центральных и местных бюджетов выделялись значительные суммы на нужды медицинского образования, вакцинации, здравоохранения, научных исследований. К началу XX в. во многих странах действовал развитый сектор некоммерческого здравоохранения. Стало казаться, что время частной медицины прошло и ей на смену пришла государственная, некоммерческая медицина. В целом ряде государств социалистического лагеря после Второй мировой войны была выстроена система здравоохранения, в которой не было места медицинскому бизнесу.

До конца XIX века в России больницы действовали только в губернских городах, и в большинстве случаев качество медицинских услуг находилось на весьма низком уровне. Профессиональная медицинская помощь населению, практически не оказывалась. После проведения земской реформы организация медицинской помощи стала одним из ярких проявлений деятельности местного самоуправления. Врачи в городах лечили, оказывая личные услуги (или, как было принято говорить в те времена – имели практику). Объемы медицинской помощи в дореволюционной России были достаточно велики. В год помощь оказывалась 21 миллиону человек. Много врачей работали в московских и петербургских клиниках и университетах, где был широко распространен институт приват-доцентуры и приват-профессуры, частнопрактикующие врачи, имевшие ученые степени, бесплатно работали преподавателями и ординаторами. Надо отметить, что тогда не существовало понятий «частная и

центральных и местных бюджетов выделялись значительные суммы на нужды медицинского образования, вакцинации, здравоохранения, научных исследований. К началу XX в. во многих странах действовал развитый сектор некоммерческого здравоохранения. Стало казаться, что время частной медицины прошло и ей на смену пришла государственная, некоммерческая медицина. В целом ряде государств социалистического лагеря после Второй мировой войны была выстроена система здравоохранения, в которой не было места медицинскому бизнесу.

До конца XIX века в России больницы действовали только в губернских городах, и в большинстве случаев качество медицинских услуг находилось на весьма низком уровне. Профессиональная медицинская помощь населению, практически не оказывалась. После проведения земской реформы организация медицинской помощи стала одним из ярких проявлений деятельности местного самоуправления. Врачи в городах лечили, оказывая личные услуги (или, как было принято говорить в те времена — имели практику). Объемы медицинской помощи в дореволюционной России были достаточно велики. В год помощь оказывалась 21 миллиону человек. Много врачей работали в московских и петербургских клиниках и университетах, где был широко распространен институт приват-доцентуры и приват-профессуры, частнопрактикующие врачи, имевшие ученые степени, бесплатно работали преподавателями и ординаторами. Надо отметить, что тогда не существовало понятий «частная и платная медицина», а было понятие «практика». В конце XIX века уровень оплаты труда врача был довольно высок. Если сравнивать с современностью, то это уровень доходов среднего практикующего врача в Соединенных Штатах. Частная платная медицина хотя и была развита, но оставалась дорогой²².

²² Гасников, В.К. Эволюция проблем теории и практики управления здравоохранением в регионе / В.К. Гасников. — Ижевск, 2001. - 390 с.

в структуре которой постепенно нарастал сектор государственной и муниципальной медицины.

Отдельные ростки некоммерческого сектора здравоохранения возникли уже в период раннего Средневековья. Часть лечебных учреждений, больниц и госпиталей находились под эгидой церкви и существовали на доходы от пожертвований частных лиц. Впоследствии к финансированию медицинских учреждений стали подключаться государственные и муниципальные власти.

Из центральных и местных бюджетов выделялись значительные суммы на нужды медицинского образования, вакцинации, здравоохранения, научных исследований. К началу XX в. во многих странах действовал развитый сектор некоммерческого здравоохранения. Стало казаться, что время частной медицины прошло и ей на смену пришла государственная, некоммерческая медицина. В целом ряде государств социалистического лагеря после Второй мировой войны была выстроена система здравоохранения, в которой не было места медицинскому бизнесу.

До конца XIX века в России больницы действовали только в губернских городах, и в большинстве случаев качество медицинских услуг находилось на весьма низком уровне. Профессиональная медицинская помощь населению, практически не оказывалась. После проведения земской реформы организация медицинской помощи стала одним из ярких проявлений деятельности местного самоуправления. Врачи в городах лечили, оказывая личные услуги (или, как было принято говорить в те времена — имели практику). Объемы медицинской помощи в дореволюционной России были достаточно велики. В год помощь оказывалась 21 миллиону человек. Много врачей работали в московских и петербургских клиниках и университетах, где был широко распространен институт приват-доцентуры и приват-профессуры, частнопрактикующие врачи, имевшие ученые степени, бесплатно работали преподавателями и ординаторами. Надо отметить, что тогда не существовало понятий «частная и





центральных и местных бюджетов выделялись значительные суммы на нужды медицинского образования, вакцинации, здравоохранения, научных исследований. К началу XX в. во многих странах действовал развитый сектор некоммерческого здравоохранения. Стало казаться, что время частной медицины прошло и ей на смену пришла государственная, некоммерческая медицина. В целом ряде государств социалистического лагеря после Второй мировой войны была выстроена система здравоохранения, в которой не было места медицинскому бизнесу.

До конца XIX века в России больницы действовали только в губернских городах, и в большинстве случаев качество медицинских услуг находилось на весьма низком уровне. Профессиональная медицинская помощь населению, практически не оказывалась. После проведения земской реформы организация медицинской помощи стала одним из ярких проявлений деятельности местного самоуправления. Врачи в городах лечили, оказывая личные услуги (или, как было принято говорить в те времена — имели практику). Объемы медицинской помощи в дореволюционной России были достаточно велики. В год помощь оказывалась 21 миллиону человек. Много врачей работали в московских и петербургских клиниках и университетах, где был широко распространен институт приват-доцентуры и приват-профессуры, частнопрактикующие врачи, имевшие ученые степени, бесплатно работали преподавателями и ординаторами. Надо отметить, что тогда не существовало

понятий «частная и платная медицина», а было понятие «практика». В конце XIX века уровень оплаты труда врача был довольно высок. Если сравнивать с современностью, то это уровень доходов среднего практикующего врача в Соединенных Штатах. Частная платная медицина хотя и была развита, но оставалась дорогой²².

²² Гасников, В.К. Эволюция проблем теории и практики управления здравоохранением в регионе / В.К. Гасников. — Ижевск, 2001. - 390 с.



платная медицина», а было понятие «практика». В конце XIX века уровень оплаты труда врача был довольно высок. Если сравнивать с современностью, то это уровень доходов среднего практикующего врача в Соединенных Штатах. Частная платная медицина хотя и была развита, но оставалась дорогой [51].

Поэтому в начале XX века осознание необходимости более эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения привело к началу формирования системы медицинского страхования населения. В стране существовала сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Эта система просуществовала в нашей стране до 1926 года. И была ликвидирована с отменой НЭПа.

Послереволюционный период ознаменовался мощным развитием государственных форм общественного здравоохранения, которое организационно сложилось в 1918 г. с образованием Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР. Централизованное управление отраслью, принявшей почти полностью государственный характер, было оправданным и эффективным в период социальных потрясений. Позиция новой власти, по отношению к врачам была агрессивной. Коммунисты стремились политизировать медицину.

За годы советской власти в СССР сформировалась государственная централизованная плановая бюджетная система здравоохранения, которую на Западе называют моделью Семашко. Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. За годы существования этой системы достигнуты весомые результаты в охране здоровья нации. В целом средняя продолжительность жизни увеличилась за 1926–1972 гг. на 26 лет. Основным недостатком советской медицины был перекос в подготовке квалифицированных кадров в ущерб материально-техническому оснащению. Врачам приходилось работать в условиях острой



Поэтому в начале XX века осознание необходимости более эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения привело к началу формирования системы медицинского страхования населения. В стране существовала сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Эта система просуществовала в нашей стране до 1926 года. И была ликвидирована с отменой НЭПа.

Послереволюционный период ознаменовался мощным развитием государственных форм общественного здравоохранения, которое организационно сложилось в 1918 г. с образованием Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР. Централизованное управление отраслью, принявшей почти полностью государственный характер, было оправданным и эффективным в период социальных потрясений. Позиция новой власти, по отношению к врачам была агрессивной. Коммунисты стремились политизировать медицину.

За годы советской власти в СССР сформировалась государственная централизованная плановая бюджетная система здравоохранения, которую на Западе называют моделью Семашко. Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. За годы существования этой системы достигнуты весомые результаты в охране здоровья нации. В целом средняя продолжительность жизни увеличилась за 1926-1972 гг. на 26 лет. Основным недостатком советской медицины был перекос в подготовке квалифицированных кадров в ущерб материально-техническому оснащению. Врачам приходилось работать в условиях острой нехватки или вообще отсутствия современного оборудования. Самый главный недостаток советского здравоохранения - низкая зарплата медицинских работников. Страна отстала в развитии медицинской науки и технологии²³.

²³ Корчагин, В.П. Платные медицинские услуги СССР / В.П. Корчагин, М.П. Ройтман,



платная медицина», а было понятие «практика». В конце XIX века уровень оплаты труда врача был довольно высок. Если сравнивать с современностью, то это уровень доходов среднего практикующего врача в Соединенных Штатах. Частная платная медицина хотя и была развита, но оставалась дорогой [51].

Поэтому в начале XX века осознание необходимости более эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения привело к началу формирования системы медицинского страхования населения. В стране существовала сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Эта система просуществовала в нашей стране до 1926 года. И была ликвидирована с отменой НЭПа.

Послереволюционный период ознаменовался мощным развитием государственных форм общественного здравоохранения, которое организационно сложилось в 1918 г. с образованием Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР. Централизованное управление отраслью, принявшей почти полностью государственный характер, было оправданным и эффективным в период социальных потрясений. Позиция новой власти, по отношению к врачам была агрессивной. Коммунисты стремились политизировать медицину.

За годы советской власти в СССР сформировалась государственная централизованная плановая бюджетная система здравоохранения, которую на Западе называют моделью Семашко. Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. За годы существования этой системы достигнуты весомые результаты в охране здоровья нации. В целом средняя продолжительность жизни увеличилась за 1926-1972 гг. на 26 лет. Основным недостатком советской медицины был перекос в подготовке квалифицированных кадров в ущерб материально-техническому оснащению. Врачам приходилось работать в условиях острой



Поэтому в начале XX века осознание необходимости более эффективного решения проблемы медицинского обслуживания населения привело к началу формирования системы медицинского страхования населения. В стране существовала сеть республиканских, губернских, уездных и окружных Фондов медицинской помощи застрахованным. Эта система просуществовала в нашей стране до 1926 года. И была ликвидирована с отменой НЭПа.

Послереволюционный период ознаменовался мощным развитием государственных форм общественного здравоохранения, которое организационно сложилось в 1918 г. с образованием Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР. Централизованное управление отраслью, принявшей почти полностью государственный характер, было оправданным и эффективным в период социальных потрясений. Позиция новой власти, по отношению к врачам была агрессивной. Коммунисты стремились политизировать медицину.

За годы советской власти в СССР сформировалась государственная централизованная плановая бюджетная система здравоохранения, которую на Западе называют моделью Семашко. Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. За годы существования этой системы достигнуты весомые результаты в охране здоровья нации. В целом средняя продолжительность жизни увеличилась за 1926-1972 гг. на 26 лет. Основным недостатком советской медицины был перекос в подготовке квалифицированных кадров в ущерб материально-техническому оснащению.

Врачам приходилось работать в условиях острой нехватки или вообще отсутствия современного оборудования. Самый главный недостаток советского здравоохранения - низкая зарплата медицинских работников. Страна отстала в развитии медицинской науки и технологий²³.

²³ Корчагин, В.П. Платные медицинские услуги СССР / В.П. Корчагин, М.П. Ройтман,



нехватки или вообще отсутствия современного оборудования. Самый главный недостаток советского здравоохранения – низкая зарплата медицинских работников. Страна отстала в развитии медицинской науки и технологий [81].

Экономический кризис конца 80-х годов прошлого века привел к краху системы исключительно бюджетного финансирования здравоохранения. Назрели реформы, которые начались в 1991 году, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [8]. Было предусмотрено введение всеобщего обязательного медицинского страхования и децентрализация системы организации и финансирования здравоохранения. Согласно замыслу разработчиков Закона, страховое финансирование должно было заменить бюджетное. При этом страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять средства за работающее население, а местные органы власти за неработающее. Таким образом, государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Именно на этот период приходится появление первых ростков частной медицины – медицинских кооперативов.

Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократова.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.



Экономический кризис конца 80-х годов прошлого века привел к краху системы исключительно бюджетного финансирования здравоохранения. Назрели реформы, которые начались в 1991 году, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»²⁴. Было предусмотрено введение всеобщего обязательного медицинского страхования и децентрализация системы организации и финансирования здравоохранения. Согласно замыслу разработчиков Закона, страховое финансирование должно было заменить бюджетное. При этом страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять средства за работающее население, а местные органы власти за неработающее. Таким образом, государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Именно на этот период приходится появление первых ростков частной медицины — медицинских кооперативов.

Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократова.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.

Н.П. Челидзе, В.В. Гришин, С.А. Сагин // Советское здравоохранение. 1989. № 10. - С. 10-12.

²⁴ Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с изменениями) // Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР. 4 июля, 1991. N 27.



нехватки или вообще отсутствия современного оборудования. Самый главный недостаток советского здравоохранения — низкая зарплата медицинских работников. Страна отстала в развитии медицинской науки и технологии [81].

Экономический кризис конца 80-х годов прошлого века привел к краху системы исключительно бюджетного финансирования здравоохранения. Назрели реформы, которые начались в 1991 году, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [8]. Было предусмотрено введение всеобщего обязательного медицинского страхования и децентрализация системы организации и финансирования здравоохранения. Согласно замыслу разработчиков Закона, страховое финансирование должно было заменить бюджетное. При этом страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять средства за работающее население, а местные органы власти за неработающее. Таким образом, государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Именно на этот период приходится появление первых ростков частной медицины — медицинских кооперативов.

Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократова.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.

Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера - безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц²⁵.

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники — колдуны) лечил травмами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

²⁵ Галкин, Р.А. Новый хозяйственный механизм как этап перехода к медицинскому страхованию / Р.А. Галкин, В.Н. Шевский // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1994. № 1. - С. 40-42.

Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера – безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц [50].

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники – колдуны) лечил травмами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинскими услугами на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго



Концентрация усилий врачавателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго этапа - децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель — продавец медицинских услуг, а потребитель услуг — человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую[^] структуру (рисунок 3):

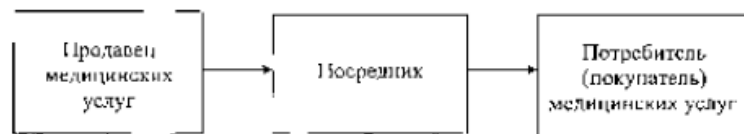


Рисунок 3 - Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем



Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера – безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц [50].

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники – колдуны) лечил травами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачавателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго этапа - децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель — продавец медицинских услуг, а потребитель услуг — человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (рисунок 3):



Рисунок 3 - Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем

этапа – децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель – продавец медицинских услуг, а потребитель услуг – человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (Рисунок 5):

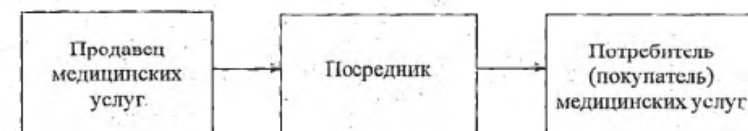


Рисунок 5. Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой



общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату²⁶.

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

Общими ценностями, провозглашенными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), являются:

- здоровье как одно из прав человека,
- солидарность,

²⁶ Волков, С.Л. Социально-экономические последствия разгосударствления и приватизации предприятий здравоохранения / С.Л. Волков // Региональные аспекты государственного регулирования здравоохранения в рыночной экономике. — СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1997.-С. 15-17.



этапа – децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель – продавец медицинских услуг, а потребитель услуг – человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (Рисунок 5):

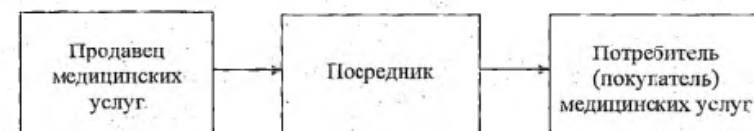


Рисунок 5. Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой



общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату²⁶.

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

Общими ценностями, провозглашенными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), являются:

- здоровье как одно из прав человека,
- солидарность,

²⁶ Волков, С.Л. Социально-экономические последствия разгосударствления и приватизации предприятий здравоохранения / С.Л. Волков // Региональные аспекты государственного регулирования здравоохранения в рыночной экономике. — СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1997.-С. 15-17.



деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату [44].

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

делает невозможным функционирование здравоохранения только лишь в рыночных условиях.

Медицинская услуга удовлетворяет следующие виды потребностей: жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, возврат к норме при временной потере трудоспособности, сохранение определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности, достижение наивысшей степени "качества жизни".

Потребители медицинских услуг выступают на рынке медицинских услуг на стороне спроса. Спрос - это платежеспособная потребность широких социальных групп населения в медицинских услугах. Величина спроса — это количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за данный период по определенной цене. Зависимость спроса от цены находит выражение в действии закона спроса: при прочих равных условиях спрос на услуги изменяется в обратной зависимости от цены, что обусловлено действием эффектов дохода и замещения.

Особенностью рыночного спроса на медицинские услуги является сложность определения перспективных потребностей в масштабах и структуре медицинских услуг. Предложение медицинских услуг во многом зависит от медицинских и лечебно-профилактических учреждений конкретного российского региона, их количества, статуса, направленности. Главным не-ценовым фактором спроса и предложения медицинских услуг выступает общее социально-экономическое положение конкретного региона.

На кривой спроса выделяются три части, соответствующие разным уровням цен: зона общедоступности (характеризуется уровнем цен на услуги, не отягощающим потребителя), зона ограниченной доступности; воспользоваться рыночными услугами в объеме, определяемом потребителями, состоянием здоровья, могут далеко не все нуждающиеся в них люди; зона недоступности.

- неопределенность в возникновении потребности в медицинской услуге (потребитель не может спланировать вероятность возникновения потребности в медицинской услуге, потребность может появиться в результате непредвиденных обстоятельств)

- наличие разных механизмов предоставления (услуги целесообразно разделить по типам выпуска: на рыночные (платные услуги по рыночным ценам) и нерыночные (услуги, предоставляемые бесплатно или по ценам, не имеющим экономического значения; в последнем случае оценка производится с использованием рыночных цен подобных услуг, реализуемых на рынке, или по затратам); взаимозаменяемые, взаимодополняющие и независимые).

Медицинская услуга удовлетворяет следующие виды потребностей: жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, возврат к норме при временной потере трудоспособности, сохранение определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности, достижение наивысшей степени "качества жизни".

Потребители медицинских услуг выступают на рынке медицинских услуг на стороне спроса. Спрос - это платежеспособная потребность широких социальных групп населения в медицинских услугах. Величина спроса – это количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за данный период по определенной цене. Зависимость спроса от цены находит выражение в действии закона спроса: при прочих равных условиях спрос на услуги изменяется в обратной зависимости от цены, что обусловлено действием эффектов дохода и замещения.

Особенностью рыночного спроса на медицинские услуги является сложность определения перспективных потребностей в масштабах и структуре медицинских услуг. Предложение медицинских услуг во многом зависит от медицинских и лечебно-профилактических учреждений конкретного российского региона, их количества, статуса, направленности. Главным не-ценовым фактором спроса и предложения медицинских услуг выступает общее социально-экономическое положение конкретного региона.

На кривой спроса выделяются три части, соответствующие разным уровням цен: зона общедоступности (характеризуется уровнем цен на услуги, не отягощающим потребителя), зона ограниченной доступности; воспользоваться рыночными услугами в объеме, определяемом потребителями, состоянием здоровья, могут далеко не все нуждающиеся в них люди; зона недоступности.

В качестве ценовых детерминантов спроса на медицинские услуги в исследовании рассмотрены: уровень доходов населения (чем выше доход, тем больше возможность расходувать на получение медицинских услуг); изменения в социально-демографическом составе населения (старение, увеличение количества пенсионеров увеличивает спрос на лекарства, медицинское обслуживание); численность пациентов в стране; изменение вкусов пациентов (мода на пластические операции привела к большому спросу на них); реклама

В качестве неценовых детерминантов спроса на медицинские услуги в исследовании рассмотрены: уровень доходов населения (чем выше доход, тем больше возможность расходовать на получение медицинских услуг); изменения в социально-демографическом составе населения (старение, увеличение количества пенсионеров увеличивает спрос на лекарства, медицинское обслуживание); численность пациентов в стране; изменение вкусов пациентов (мода на пластические операции привела к большому спросу на них); реклама здорового образа жизни; «форсирование спроса» на медицинские услуги (врачи своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на их услуги).

Типичная кривая совокупного предложения медицинских услуг на рынках страны или крупного региона, отображающая зависимость величины (объема) предложения услуг со стороны их производителей от складывающихся на рынке цен на данные услуги состоит из зон убыточности, безубыточности, предельных производственных возможностей.

На отдельных локальных рынках спрос и предложение специализированных медицинских услуг могут складываться по-разному, отклоняясь от линии изменения совокупного спроса и предложения на данные услуги, поэтому каждый производитель конкретных услуг должен изучать спрос на эти услуги на так называемом целевом рынке, на котором он намерен их предлагать, и соответственно вырабатывать тактику предложения с учетом спроса и производственных затрат.

Следует также принимать во внимание взаимодействие спроса и предложения рыночных платных услуг и общественных бесплатных услуг. Во многом эти разновидности медицинских услуг взаимозамещаемы, поэтому практически нереально делать уверенные выводы о спросе и предложении платных услуг без учета объема структуры, доступности адекватных общественных бесплатных медицинских услуг в данном регионе. Оба вида предоставления услуг могут оказаться как взаимодополняющими друг друга, так

- неопределенность в возникновении потребности в медицинской услуге (потребитель не может спланировать вероятность возникновения потребности в медицинской услуге, потребность может появиться в результате непредвиденных обстоятельств)

- наличие разных механизмов предоставления (услуги целесообразно разделить по типам выпуска: на рыночные (платные услуги по рыночным ценам) и нерыночные (услуги, предоставляемые бесплатно или по ценам, не имеющим экономического значения; в последнем случае оценка производится с использованием рыночных цен подобных услуг, реализуемых на рынке, или по затратам); взаимозамещаемые, взаимодополняющие и независимые).

Медицинская услуга удовлетворяет следующие виды потребностей: жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, возврат к норме при временной потере трудоспособности, сохранение определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности, достижение наивысшей степени "качества жизни".

Потребители медицинских услуг выступают на рынке медицинских услуг на стороне спроса. Спрос - это платежеспособная потребность широких социальных групп населения в медицинских услугах. Величина спроса - это количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за данный период по определенной цене. Зависимость спроса от цены находит выражение в действии закона спроса: при прочих равных условиях спрос на услуги изменяется в обратной зависимости от цены, что обусловлено действием эффектов дохода и замещения.

Особенностью рыночного спроса на медицинские услуги является сложность определения перспективных потребностей в масштабах и структуре медицинских услуг. Предложение медицинских услуг во многом зависит от медицинских и лечебно-профилактических учреждений конкретного российского региона, их количества, статуса, направленности. Главным неценовым фактором спроса и предложения медицинских услуг выступает общее социально-экономическое положение конкретного региона.

На кривой спроса выделяются три части, соответствующие разным уровням цен: *зона общедоступности* (характеризуется уровнем цен на услуги, не отягощающим потребителя), *зона ограниченной доступности*; воспользоваться рыночными услугами в объеме, определяемом потребителями, состоянием здоровья, могут далеко не все нуждающиеся в них люди; *зона недоступности*.

В качестве неценовых детерминантов спроса на медицинские услуги в исследовании рассмотрены: уровень доходов населения (чем выше доход, тем больше возможность расходовать на получение медицинских услуг); изменения в социально-демографическом составе населения (старение, увеличение количества пенсионеров увеличивает спрос на лекарства, медицинское обслуживание); численность пациентов в стране; изменение вкусов пациентов (мода на пластические операции привела к большому спросу на них); реклама

В качестве неценовых детерминантов спроса на медицинские услуги в исследовании рассмотрены: уровень доходов населения (чем выше доход, тем больше возможность расходовать на получение медицинских услуг); изменения в социально-демографическом составе населения (старение, увеличение количества пенсионеров увеличивает спрос на лекарства, медицинское обслуживание); численность пациентов в стране; изменение вкусов пациентов (мода на пластические операции привела к большому спросу на них); реклама здорового образа жизни; «форсирование спроса» на медицинские услуги (врачи своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на их услуги).

Типичная кривая совокупного предложения медицинских услуг на рынках страны или крупного региона, отображающая зависимость величины (объема) предложения услуг со стороны их производителей от складывающихся на рынке цен на данные услуги состоит из зон убыточности, безубыточности, предельных производственных возможностей.

На отдельных локальных рынках спрос и предложение специализированных медицинских услуг могут складываться по-разному, отклоняясь от линии изменения совокупного спроса и предложения на данные услуги, поэтому каждый производитель конкретных услуг должен изучать спрос на эти услуги на так называемом целевом рынке, на котором он намерен их предлагать, и соответственно выработать тактику предложения с учетом спроса и производственных затрат.

Следует также принимать во внимание взаимодействие спроса и предложения рыночных платных услуг и общественных бесплатных услуг. Во многом эти разновидности медицинских услуг взаимозамещаемы, поэтому практически нереально делать уверенные выводы о спросе и предложении платных услуг без учета объема структуры, доступности адекватных общественных бесплатных медицинских услуг в данном регионе. Оба вида предоставления услуг могут оказаться как взаимодополняющими друг друга, так

здорового образа жизни; «форсирование спроса» на медицинские услуги (врачи своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на их услуги).

Типичная кривая совокупного предложения медицинских услуг на рынках страны или крупного региона, отображающая зависимость величины (объема) предложения услуг со стороны их производителей от складывающихся на рынке цен на данные услуги состоит из зон убыточности, безубыточности, предельных производственных возможностей.

На отдельных локальных рынках спрос и предложение специализированных медицинских услуг могут складываться по-разному, отклоняясь от линии изменения совокупного спроса и предложения на данные услуги, поэтому каждый производитель конкретных услуг должен изучать спрос на эти услуги на так называемом целевом рынке, на котором он намерен их предлагать, и соответственно выработать тактику предложения с учетом спроса и производственных затрат.

Следует также принимать во внимание взаимодействие спроса и предложения рыночных платных услуг и общественных бесплатных услуг. Во многом эти разновидности медицинских услуг взаимозамещаемы, поэтому практически нереально делать уверенные выводы о спросе и предложении платных услуг без учета объема структуры, доступности адекватных общественных бесплатных медицинских услуг в данном регионе. Оба вида предоставления услуг могут оказаться как взаимодополняющими друг друга, так и конкурентными. К тому же и на самом рынке платных медицинских услуг развивающаяся конкуренция между производителями таких услуг оказывает все большее влияние на спрос, предложение и рыночные цены.

На предложение помимо цены воздействует ряд других факторов: количество врачей (чем их больше, тем больше предложение медицинских услуг), стоимость медицинского оборудования (зависимость не может быть определена ни как обратная, ни как прямая), технология оборудования (при ее совершенствовании снижаются издержки и оказывается большее количество медицинских услуг), налоги (повышение снижает предложение), нормативно-законодательная деятельность государства (государство может способствовать увеличению предложения, или наоборот, ужесточая порядок лицензирования, ограничивать его).

В исследовании проанализированы группы интересов субъектов рынка медицинских услуг: потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства (табл. 1), при этом интерес трактовался с двух позиций. С одной стороны, экономические интересы всегда связаны с формой присвоения материальных благ. Каков характер присвоения, таковы и экономические интересы. Поэтому одним из наиболее важных стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.



и конкурентными. К тому же и на самом рынке платных медицинских услуг развивающаяся конкуренция между производителями таких услуг оказывает все большее влияние на спрос, предложение и рыночные цены.

На предложение помимо цены воздействует ряд других факторов: количество врачей (чем их больше, тем больше предложение медицинских услуг), стоимость медицинского оборудования (зависимость не может быть определена ни как обратная, ни как прямая), технология оборудования (при ее совершенствовании снижаются издержки и оказывается большее количество медицинских услуг), налоги (повышение снижает предложение), нормативно-законодательная деятельность государства (государство может способствовать увеличению предложения, или наоборот, ужесточая порядок лицензирования, ограничивать его).

Экономический кризис конца 80-х годов прошлого века привел к краху системы исключительно бюджетного финансирования здравоохранения. Назрели реформы, которые начались в 1991 году, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»⁴⁰. Было предусмотрено введение всеобщего обязательного медицинского страхования и децентрализация системы организации и финансирования здравоохранения. Согласно замыслу разработчиков Закона, страховое финансирование должно было заменить бюджетное. При этом страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять средства за работающее население, а местные органы власти за неработающее. Таким образом, государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Именно на этот период приходится появление первых ростков частной медицины - медицинских кооперативов.

⁴⁰ Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с изменениями) // Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР. 4 июля, 1991. N 27.

здорового образа жизни; «форсирование спроса» на медицинские услуги (врачи своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на их услуги).

Типичная кривая совокупного предложения медицинских услуг на рынках страны или крупного региона, отображающая зависимость величины (объема) предложения услуг со стороны их производителей от складывающихся на рынке цен на данные услуги состоит из зон убыточности, безубыточности, предельных производственных возможностей.

На отдельных локальных рынках спрос и предложение специализированных медицинских услуг могут складываться по-разному, отклоняясь от линии изменения совокупного спроса и предложения на данные услуги, поэтому каждый производитель конкретных услуг должен изучать спрос на эти услуги на так называемом целевом рынке, на котором он намерен их предлагать, и соответственно выработать тактику предложения с учетом спроса и производственных затрат.

Следует также принимать во внимание взаимодействие спроса и предложения рыночных платных услуг и общественных бесплатных услуг. Во многом эти разновидности медицинских услуг взаимозаменяемы, поэтому практически нереально делать уверенные выводы о спросе и предложении платных услуг без учета объема структуры, доступности адекватных общественных бесплатных медицинских услуг в данном регионе. Оба вида предоставления услуг могут оказаться как взаимодополняющими друг друга, так

и конкурентными. К тому же и на самом рынке платных медицинских услуг развивающаяся конкуренция между производителями таких услуг оказывает все большее влияние на спрос, предложение и рыночные цены.

На предложение помимо цены воздействует ряд других факторов: количество врачей (чем их больше, тем больше предложение медицинских услуг), стоимость медицинского оборудования (зависимость не может быть определена ни как обратная, ни как прямая), технология оборудования (при ее совершенствовании снижаются издержки и оказывается большее количество медицинских услуг), налоги (повышение снижает предложение), нормативно-законодательная деятельность государства (государство может способствовать увеличению предложения, или наоборот, ужесточая порядок лицензирования, ограничивать его).

В исследовании проанализированы группы интересов субъектов рынка медицинских услуг: потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства (табл. 1), при этом интерес трактовался с двух позиций. С одной стороны, экономические интересы всегда связаны с формой присвоения материальных благ. Каков характер присвоения, таковы и экономические интересы. Поэтому одним из наиболее важных стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократата.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.

Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удастся нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера - безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц⁴¹.

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно

⁴¹ Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 4. - С. 5-10.

нехватки или вообще отсутствия современного оборудования. Самый главный недостаток советского здравоохранения – низкая зарплата медицинских работников. Страна отстала в развитии медицинской науки и технологии [81].

Экономический кризис конца 80-х годов прошлого века привел к краху системы исключительно бюджетного финансирования здравоохранения. Назрели реформы, которые начались в 1991 году, когда был принят закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [8]. Было предусмотрено введение всеобщего обязательного медицинского страхования и децентрализация системы организации и финансирования здравоохранения. Согласно замыслу разработчиков Закона, страховое финансирование должно было заменить бюджетное. При этом страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять средства за работающее население, а местные органы власти за неработающее. Таким образом, государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Именно на этот период приходится появление первых ростков частной медицины – медицинских кооперативов.

Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократата.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.



Идеологи некоммерческой медицины указывали на недостатки частного здравоохранения, подрывавшие, по их мнению, сами основы лечебного дела. В частности, указывалось, что коммерческий интерес врача ограничивал доступ к качественным медицинским услугам малоимущих граждан, приводил к навязыванию дорогостоящего лечения и лекарственных препаратов, нарушению медицинской этики и клятвы Гиппократата.

Ликвидировать эти недостатки и злоупотребления была призвана государственная медицина, в которой коммерческий интерес, предпринимательская инициатива врача изначально исключались организационными и административными мерами.

Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера - безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц ⁴¹.

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно

⁴¹ Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 4. - С. 5-10.



Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера - безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц [50].

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники - колдуны) лечил травмами и заговорами своих одессельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинскими услугами на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго



разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники - колдуны) лечил травмами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго этапа - децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель - продавец медицинских услуг, а потребитель услуг — человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (рисунок 7):



Многолетний опыт функционирования системы здравоохранения, основанной только на государственной и муниципальной форме собственности лечебных учреждений, показал, что отдельные недостатки частной медицины действительно удается нейтрализовать. Однако в государственном здравоохранении начинают разрастаться и принимать гипертрофированные формы пороки иного характера – безынициативность, халатность, падение врачебной дисциплины, ненадлежащее отношение к своим должностным обязанностям и пациентам. В условиях хронического недофинансирования государственная система здравоохранения страдает от дефицита лекарственных препаратов, нехватки среднего и младшего медицинского персонала, недостатка клиник и больниц [50].

Подобные условия в медицинской отрасли порождают «внутреннее» предпринимательство медицинских работников, которое носит латентный и незаконный характер. Система скрытых поборов и подношений дезорганизует работу медицинских учреждений, делает ее де-факто платной и неэффективной.

Становление рынка (государственных и негосударственных) медицинских услуг, как и иных форм человеческой деятельности, можно разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники – колдуны) лечил травмами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго



разделить на 3 этапа: самообеспечение, децентрализованный и централизованный обмен.

На первом этапе самообеспечения человек, наделенный опытом «примитивного врачевания» использовал его наряду с другими способами обеспечения своей жизнедеятельности. Например, мельник (считалось, что все мельники - колдуны) лечил травмами и заговорами своих односельчан. Врачеватель рассматривал свое окружение как потенциальных потребителей медицинских услуг.

Концентрация усилий врачевателя на лечении людей привела к накоплению опыта и улучшению качества врачевания, обмену медицинских услуг на нужные ему товары и услуги и способствовала становлению второго

этапа - децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель - продавец медицинских услуг, а потребитель услуг — человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (рисунок 7):



этапа – децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель – продавец медицинских услуг, а потребитель услуг – человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (Рисунок 5):

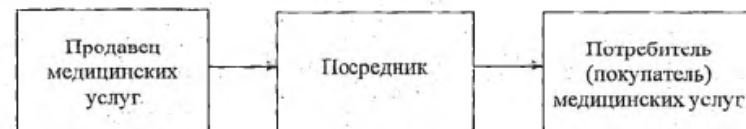


Рисунок 5. Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой



Рисунок 7 - Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату⁴².

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система

⁴² Климантова Г.И. Развитие обязательного медицинского страхования в Российской Федерации/ Г.И. Климантова //Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2006. - № 11(62). - 41с.



этапа – децентрализованного обмена. В условиях централизованного и децентрализованного обмена, врачеватель – продавец медицинских услуг, а потребитель услуг – человек, нуждающийся в сохранении здоровья. В условиях децентрализованного обмена производители медицинских услуг представляют продукт своей общественно-полезной деятельности (врачевание) для продажи, одновременно обменивая его на необходимые товары (услуги).

Самообеспечение и децентрализованный обмен существуют и сейчас в форме частной медицинской практики.

Третьим этапом в становлении рынка медицинских услуг является этап централизованного обмена. На этом этапе, в сферу деятельности продавец-потребитель (врач-больной), внедряется посредник (страховая компания или государство), занимая место в центре ранее сложившихся отношений. После этого система оказания медицинской помощи приобретает следующую структуру (Рисунок 5):

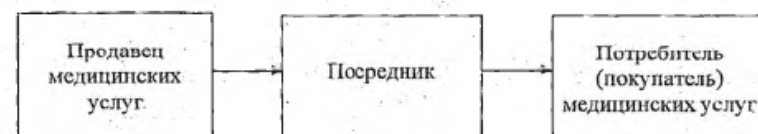


Рисунок 5. Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой



Рисунок 7 - Системы оказания медицинской помощи

Расслоение общества на классы (богатых и бедных), необходимость врачевания и его дороговизна, прогрессирующая недоступность врачевания для больших групп людей с малым материальным достатком, явились причиной внедрения в свободный рынок врачевания сначала религиозных, затем общественных и страховых организаций, а впоследствии и государства. Религиозные, общественные, государственные фонды, используя известные механизмы, депонировали определенную часть продукта человеческой деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату⁴².

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система

⁴² Климантова Г.И. Развитие обязательного медицинского страхования в Российской Федерации/ Г.И. Климантова //Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2006. - № 11(62). - 41с.

деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производят оплату [44].

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения отвечает система здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

В исследовании проанализированы группы интересов субъектов рынка медицинских услуг: потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства (табл. 2).

Таблица 2

Интересы субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребитель (покупатель) медицинской услуги	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение здоровья (потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; желание сохранения определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности; потребность достижения наивысшей степени "качества жизни"); - формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики)	<ul style="list-style-type: none"> - повышение эффективности взаимодействия как с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения, так и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; - корпоративный интерес (служение долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия; - удовлетворение первоочередных потребностей (при бюджетном финансировании); максимизация прибыли и минимизация издержек (платные мед. услуги); - преодоление ограниченности ресурсных возможностей наращивания производства услуг; - расширение медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	<ul style="list-style-type: none"> - выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; - формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной, профилактической помощи, оздоровления и медицинской реабилитации больных, развитие медицины как науки и системы специального образования, системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники;

деятельности или его эквивалента, приобретая для членов общества доступное или бесплатное врачевание, выполняя функции посредника. Последние изучают исходный статус состояния здоровья потребителя медицинских услуг, определяют ресурсную базу (создают свои больницы или оплачивают услуг сторонних учреждений и врачей), формируют стандарт медицинских услуг, оценивают конечный статус здоровья их потребителей, с учетом которого, производит оплату [44].

Ключом к решению проблемы формирования качественной системы здравоохранения является многообразие форм собственности и организации медицинских институтов и деятельности врачей. Практика функционирования медицинской отрасли во многих странах мира свидетельствует, что в наибольшей степени потребностям населения

отвечает система здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.



здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

В исследовании проанализированы группы интересов субъектов рынка медицинских услуг: потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства (табл. 2).

Таблица 2

Интересы субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребитель (покупатель) медицинской услуги	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение здоровья (потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; желание сохранения определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности; потребность достижения наивысшей степени "качества жизни"); - формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики)	<ul style="list-style-type: none"> - повышение эффективности взаимодействия как с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения, так и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; - корпоративный интерес (служение долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия; - <u>удовлетворение первоочередных потребностей (при бюджетном финансировании)</u>; максимизация прибыли и минимизация издержек (платные между слуги); - преодоление ограниченности ресурсных возможностей наращивания производства услуг; - расширение медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	<ul style="list-style-type: none"> - выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; - формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной, профилактической помощи, оздоровления и медицинской реабилитации больных, развитие медицины как науки и <u>системы специального образования, системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники;</u>



стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Таблица 3.

Интересы субъектов рынка негосударственных медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребители (покупатели) медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение здоровья (потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; желание сохранения определенной «ниши» трудоспособности при наличии инвалидности; потребность достижения наивысшей степени «качества жизни»); - формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики) медицинских услуг	<ul style="list-style-type: none"> - повышение эффективности взаимодействия как с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения, так и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; - корпоративный интерес (служение долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия; - максимизация прибыли и минимизация издержек; - преодоление ограниченности ресурсных возможностей наращивания производства услуг; - расширение медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	<ul style="list-style-type: none"> - выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; - формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной, профилактической помощи, оздоровления и медицинской реабилитации

здравоохранения, которая имеет прочный фундамент как в государственном секторе, так и в частной медицине, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее жизнеспособные и передовые формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли.

В исследовании проанализированы группы интересов субъектов рынка медицинских услуг: потребителей и покупателей, производителей и поставщиков, государства (табл. 2).

Таблица 2

Интересы субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребитель (покупатель) медицинской услуги	<ul style="list-style-type: none"> - сохранение здоровья (потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; желание сохранения определенной "ниши" трудоспособности при наличии инвалидности; потребность достижения наивысшей степени "качества жизни"); - формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики)	<ul style="list-style-type: none"> - повышение эффективности взаимодействия как с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения, так и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; - корпоративный интерес (служение долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия; - удовлетворение первоочередных потребностей (при бюджетном финансировании); максимизация прибыли и минимизация издержек (платные медуслуги); - преодоление ограниченности ресурсных возможностей наращивания производства услуг; - расширение медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	<ul style="list-style-type: none"> - выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; - формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной профилактической помощи оздоровления и медицинской реабилитации больных, развитие медицины как науки и системы специального образования, системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники;

	<p>больных, развитие медицины как науки и системы специального образования, системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники.</p>
Финансово-кредитные организации	<ul style="list-style-type: none"> - размещение временно свободных денежных средств; - максимизация банковской маржи.
Страховые организации	<ul style="list-style-type: none"> - расширение спектра страховых услуг; - увеличение числа страхователей; - максимизация прибыли.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических и экономических компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (Таблица 4).

Таблица 4.

Группы интересов субъектов рынка негосударственных медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	<ul style="list-style-type: none"> Максимизация полезности Обеспечение «эффекта здоровья» 	<ul style="list-style-type: none"> Любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления 	<ul style="list-style-type: none"> Стабильность в обеспечении медицинскими услугами
Поставщики и продавцы	<ul style="list-style-type: none"> Реализация госзаказа Получение максимума прибыли Получение правовой и экономической самостоятельности Диверсификация в целях изменения структуры 	<ul style="list-style-type: none"> Формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. Направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления 	<ul style="list-style-type: none"> Лоббирование



С одной стороны, экономические интересы всегда связаны с формой присвоения материальных благ. Каков характер присвоения, таковы и экономические интересы. Поэтому одним из наиболее важных стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических, экономических и духовно-культурных компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (табл. 3).

Таблица 3

Группы интересов субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	Максимизация полезности Обеспечение «эффекта здоровья»	Любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления	Стабильность в обеспечении медицинскими услугами
Поставщики и продавцы	Реализация госзаказа Получение максимума прибыли Получение правовой и экономической самостоятельности Диверсификация в целях изменения структуры производства и ассортимента продукции	Формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. Направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления	Лоббирование
Государство А) как хозяйствующий субъект(продавец медицинских услуг,	Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья	• Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан и проведение	Усиление мощи государства Повышение количества и качества



стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Таблица 3.

Интересы субъектов рынка негосударственных медицинских услуг

Субъекты	Интересы
Потребители (покупатели) медицинских услуг	- сохранение здоровья (потребность жить, быть здоровым с сохранением трудоспособности, потребность возврата к норме при временной потере трудоспособности; желание сохранения определенной «ниши» трудоспособности при наличии инвалидности; потребность достижения наивысшей степени «качества жизни»); - формирование личного капитала здоровья (базового и приобретенного).
Производители (поставщики) медицинских услуг	- повышение эффективности взаимодействия как с покупателем медицинских услуг и товаров медицинского назначения, так и с обладателями факторов медико-производственного предпринимательства; - корпоративный интерес (служение долгу и Отечеству, обеспечения профессионального и гражданского достоинства врачебного сословия); - максимизация прибыли и минимизация издержек; - преодоление ограниченности ресурсных возможностей паразитирования производства услуг; - расширение медицинских услуг и увеличение притока средств.
Государство	- выявление и отражение в государственных планах объема ресурсов, направляемых государством в отрасль охраны здоровья; - формирование и функционирование системы охраны здоровья как сферы государственной и политической деятельности, системы оказания лечебной, профилактической помощи, оздоровления и медицинской реабилитации

С одной стороны, экономические интересы всегда связаны с формой присвоения материальных благ. Каков характер присвоения, таковы и экономические интересы. Поэтому одним из наиболее важных стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических, экономических и духовно-культурных компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (табл. 3).

Таблица 3

Группы интересов субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	Максимизация полезности Обеспечение «эффекта здоровья»	Любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления	Стабильность в обеспечении медицинскими услугами
Поставщики и продавцы	Реализация госзаказа Получение максимума прибыли Получение правовой и экономической самостоятельности Диверсификация в целях изменения структуры производства и ассортимента продукции	Формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. Направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления	Лоббирование
Государство А) как хозяйствующий субъект(продавец медицинских услуг,	Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья	Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан и проведение	Усиление мощи государства Повышение количества и качества

	больных, развитие медицины как науки и системы специального образования, системы разработки, производства и продвижения на рынок лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и сложной медицинской техники.
Финансово-кредитные организации	- размещение временно свободных денежных средств; - максимизация банковской маржи.
Страховые организации	- расширение спектра страховых услуг; - увеличение числа страхователей; - максимизация прибыли.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических и экономических компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (Таблица 4).

Таблица 4.

Группы интересов субъектов рынка негосударственных медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	Максимизация полезности Обеспечение «эффекта здоровья»	Любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления	Стабильность в обеспечении медицинскими услугами
Поставщики и продавцы	Реализация госзаказа Получение максимума прибыли Получение правовой и экономической самостоятельности Диверсификация в целях изменения структуры	Формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. Направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления	Лоббирование

С одной стороны, экономические интересы всегда связаны с формой присвоения материальных благ. Каков характер присвоения, таковы и экономические интересы. Поэтому одним из наиболее важных стратегических вопросов любой власти во все времена являлся вопрос о собственности. С другой стороны, экономические отношения проявляются непосредственно через взаимодействие экономических интересов отдельных субъектов. И здесь интересы выступают как формы проявления потребностей.

Интересы субъектов рынка медицинских услуг следует рассматривать в единстве социальных, политических, экономических и духовно-культурных компонентов, что предопределяет необходимость выделения нескольких групп интересов (табл. 3).

Таблица 3
Группы интересов субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Интересы		
	экономические	институциональные	политические
Потребители и покупатели	Максимизация полезности Обеспечение «эффекта здоровья»	Любой достигнутый уровень порождает изменения в объемах и ассортименте потребления	Стабильность в обеспечении медицинскими услугами
Поставщики и продавцы	Реализация госзаказа Получение максимума прибыли Получение правовой и экономической самостоятельности Диверсификация в целях изменения структуры производства и ассортимента продукции	Формирование у населения мотивации укрепления здоровья и соответствующего стиля жизни, создания имиджа здорового человека, системы здорового образа жизни. Направленное воздействие на формирование образа жизни и стиля потребления	Лоббирование
Государство А) как хозяйствующий субъект(продавец медицинских услуг,	Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья	• Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан и проведение	Усиление мощи государства Повышение количества и качества

Государство 1) как хозяйствующий субъект (продавец медицинских услуг,	производства и ассортимента продукции Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья <u>наши</u> <u>Профилактика</u>	Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан и проведение	Усиление мощи государства Повышение количества и качества <u>человеческого</u> <u>капитала</u>
фактический покупатель медицинских услуг и собственник медицинских учреждений) 2) как административно-правовой орган 3) как представитель общенациональных интересов	заболеваний Финансовое обеспечение социальных стандартов, усиление связи социальной стандартизации с бюджетно-нормативной деятельностью	политики, направленной на полное удовлетворение социальных потребностей населения Создание правового поля Выработка стратегии здравоохранения Создание национальной системы охраны здоровья	Реализация национально-государственных интересов Гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи
Финансово-кредитные организации	Максимизация прибыли	Развитие кредитно-финансового сектора экономики	Лоббирование
Страховые организации	Максимизация прибыли	Развитие и укрепление рынка медицинского страхового	Лоббирование

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии

фактический покупатель медицинских услуг и собственник медицинских учреждений) Б) как административно-правовой орган В) как выразитель общенациональных интересов	нации Профилактика заболеваний Финансовое обеспечение социальных стандартов, усиление социальной стандартизации бюджетно-нормативной деятельностью	политики, направленной на удовлетворение социальных потребностей населения Создание правового поля Выработка стратегии здравоохранения Создание национальной системы охраны здоровья	человеческого капитала Реализация национально-государственных интересов Гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи
---	--	---	---

Таким образом, систематизирована совокупность экономических интересов в системе «общество (получатели услуг) — учреждения здравоохранения (как выразитель интересов государства и как субъект коммерческой деятельности) — государство (как хозяйствующий субъект, как административно-правовой орган, как выразитель общенациональных интересов)». Определено, что реализация на рынке медицинских услуг как платной, так и бесплатной деятельности предопределяет наличие у каждого субъекта системы противоречащих интересов, определяемой реализацией конечной цели: получение прибыли или охрана и укрепление здоровья.

На наш взгляд, на рынке медицинских услуг экономические интересы определяются организационно-правовой формой хозяйствования.

Особенностью системы отечественного здравоохранения в настоящее время является наличие и функционирование в ней медицинских организаций различной формы собственности. Данная ситуация обусловлена тем, что в соответствии с Конституцией, в РФ действует государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения, основным классификационным признаком разделения которых является форма

Государство 1) как хозяйствующий субъект (пролавец) 2) как административно-правовой орган 3) как выразитель общенациональных интересов	производства и ассортимента продукции Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья нации Профилактика заболеваний Финансовое обеспечение социальных стандартов, усиление связи социальной стандартизации с бюджетно-нормативной деятельностью	Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для <u>всех граждан и проведение политики, направленной на полное удовлетворение социальных потребностей населения</u> Создание правового поля Выработка стратегии здравоохранения Создание национальной системы охраны здоровья	Усиление мощи государства Повышение количества и качества человеческого капитала Реализация национально-государственных интересов Гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи
Финансово-кредитные организации	Максимизация прибыли	Развитие кредитно-финансового сектора экономики	Лоббирование
Страховые организации	Максимизация прибыли	Развитие и укрепление рынка медицинского страхового	Лоббирование

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии

2.3. Направления согласования экономических интересов субъектов хозяйствования на рынке медицинских услуг.

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения - это направление и развитие их с целью надлежащего функционирования системы здравоохранения, приведение составляющих частей и элементов в состояние, обеспечивающее нормальную и эффективную деятельность всех ее субъектов¹⁰⁵.

Можно выделить три механизма регулирования медицинской деятельности:

1) государственное регулирование;

¹⁰⁵ Шиленко, Ю.В. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты / Ю.В. Шиленко // Экономика здравоохранения. 2002. № 5-6. - С. 8-12.

	производства и ассортимента продукции		
Государство 1) как хозяйствующий субъект (продавец медицинских услуг, фактический покупатель медицинских услуг и собственник медицинских учреждений) 2) как административно-правовой орган 3) как выразитель общенациональных интересов	Распространение здорового образа жизни Формирование капитала здоровья нации Профилактика заболеваний Финансовое обеспечение социальных стандартов, усиление связи социальной стандартизации с бюджетно-нормативной деятельностью	Обеспечение гарантированного минимума медицинского обслуживания для всех граждан и проведение политики, направленной на полное удовлетворение социальных потребностей населения Создание правового поля Выработка стратегии здравоохранения Создание национальной системы охраны здоровья	Усиление мощи государства Повышение количества и качества человеческого капитала Реализация национально-государственных интересов Гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи
Финансово-кредитные организации	Максимизация прибыли	Развитие кредитно-финансового сектора экономики	Лоббирование
Страховые организации	Максимизация прибыли	Развитие и укрепление рынка медицинского страхового	Лоббирование

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии

2.3. Направления согласования экономических интересов субъектов хозяйствования на рынке медицинских услуг.

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения - это направление и развитие их с целью надлежащего функционирования системы здравоохранения, приведение составляющих частей и элементов в состояние, обеспечивающее нормальную и эффективную деятельность всех ее субъектов¹⁰⁵.

Можно выделить три механизма регулирования медицинской деятельности:

- 1) государственное регулирование;

¹⁰⁵ Шиленко, Ю.В. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты / Ю.В. Шиленко // Экономика здравоохранения. 2002. № 5-6. - С. 8-12.

решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения - это направление и развитие их с целью надлежащего функционирования системы здравоохранения, приведение составляющих частей и элементов в состояние, обеспечивающее нормальную и эффективную деятельность всех ее субъектов [135].

Можно выделить три механизма регулирования медицинской деятельности:

- 1) государственное регулирование;
- 2) сорегулирование;
- 3) саморегулирование.

Среди полномочий органов государственной власти по регулированию медицинской деятельности можно выделить следующие:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей и организаций в здравоохранении;
- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;

- 2) урегулирование;
- 3) саморегулирование.

Среди полномочий органов государственной власти по регулированию медицинской деятельности можно выделить следующие:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей и организаций в здравоохранении;
- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;

- лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;

- координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан.

Это лишь наиболее важная часть полномочий федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения. Очевидно, что в условиях динамичной рыночной экономики обеспечение нормальной и эффективной деятельности всех субъектов национальной системы здравоохранения не возможно лишь в плоскости вертикальных административно-правовых отношений, которые типичны для государственного управления. Рынок диктует необходимость развития горизонтальных гражданско-правовых отношений, в рамках которых стороны фактически и юридически равноправны. В этой связи в здравоохранении Российской Федерации, в

решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Регулирование общественных отношений в сфере здравоохранения - это направление и развитие их с целью надлежащего функционирования системы здравоохранения, приведение составляющих частей и элементов в состояние, обеспечивающее нормальную и эффективную деятельность всех ее субъектов [135].

Можно выделить три механизма регулирования медицинской деятельности:

- 1) государственное регулирование;
- 2) саморегулирование;
- 3) саморегулирование.

Среди полномочий органов государственной власти по регулированию медицинской деятельности можно выделить следующие:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей и организаций в здравоохранении;
- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;



- 2) урегулирование;
- 3) саморегулирование.

Среди полномочий органов государственной власти по регулированию медицинской деятельности можно выделить следующие:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- разработка единых критериев и программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей и организаций в здравоохранении;
- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением;

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан.

Это лишь наиболее важная часть полномочий федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения. Очевидно, что в условиях динамичной рыночной экономики обеспечение нормальной и эффективной деятельности всех субъектов национальной системы здравоохранения не возможно лишь в плоскости вертикальных административно-правовых отношений, которые типичны для государственного управления. Рынок диктует необходимость развития горизонтальных гражданско-правовых отношений, в рамках которых стороны фактически и юридически равноправны. В этой связи в здравоохранении Российской Федерации, в



- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан.

Это лишь наиболее важная часть полномочий федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения. Очевидно, что в условиях динамичной рыночной экономики обеспечение нормальной и эффективной деятельности всех субъектов национальной системы здравоохранения не возможно лишь в плоскости вертикальных административно-правовых отношений, которые типичны для государственного управления. Рынок диктует необходимость развития горизонтальных гражданско-правовых отношений, в рамках которых стороны фактически и юридически равноправны. В этой связи в здравоохранении Российской Федерации, в частности, в медицине начинают постепенно развиваться механизмы сорегулирования и саморегулирования медицинской деятельности [20].

С учетом реалий сегодняшнего дня, когда Россия вошла в десятку стран с наиболее развитыми экономками, вступление нашей страны во Всемирную торговую организацию (ВТО), необходимо ставить вопрос о реальном развитии механизма саморегулирования медицинской деятельности.

Саморегулирование определенных видов деятельности исторически формировалось в экономически развитых странах с целью защиты интересов бизнеса на отраслевых (межотраслевых) рынках или их сегментах.

частности, в медицине начинают постепенно развиваться механизмы урегулирования и саморегулирования медицинской деятельности¹⁰⁶.

С учетом реальностей сегодняшнего дня, когда Россия вошла в десятку стран с наиболее развитыми экономиками, вступление нашей страны во Всемирную торговую организацию (ВТО), необходимо ставить вопрос о реальном развитии механизма саморегулирования медицинской деятельности.

Саморегулирование определенных видов деятельности исторически формировалось в экономически развитых странах с целью защиты интересов бизнеса на отраслевых (межотраслевых) рынках или их сегментах.

В соответствии с ч. 2 ст. 41 Конституции РФ в России принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения¹⁰⁷. Представляется, что если говорить о цивилизованном рынке в классическом, общепризнанном мировом сообществе понимании, то основными поставщиками медицинских услуг на таком рынке являются субъекты частной системы здравоохранения.

В Перечне терминов, кратком описании процедур и договоренностей, принятых в рамках ВТО, указано: «Услуга - это коммерческая услуга, предоставляемая на конкурентной основе». Услуги, потребляемые правительством для собственных нужд, под действие ГАТС не подпадают¹⁰⁸.

Следовательно, говоря о медицинских услугах, поставляемых для государственных и муниципальных нужд, важно подчеркнуть, что в соответствии с международными требованиями, которые будут распространяться и на Россию, после ее вступления в ВТО, данные услуги поставляются на некоммерческой основе и не на условиях конкуренции с одним или несколькими поставщиками. Именно в этой связи следует

¹⁰⁶ Акопян, А.Г. Экономические проблемы здравоохранения / А.Г. Акопян, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шилленко / под ред. В.З.Кучеренко. - М.: ИНФРА-М, 2000. - 191 с.

¹ Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993г.) // Российская газета. 25 декабря, 1993. N 237.

⁰⁸ <http://www.compet.ane.ru/>

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- лицензирование отдельных видов деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;
- координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан.

Это лишь наиболее важная часть полномочий федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения. Очевидно, что в условиях динамичной рыночной экономики обеспечение нормальной и эффективной деятельности всех субъектов национальной системы здравоохранения не возможно лишь в плоскости вертикальных административно-правовых отношений, которые типичны для государственного управления. Рынок диктует необходимость развития горизонтальных гражданско-правовых отношений, в рамках которых стороны фактически и юридически равноправны. В этой связи в здравоохранении Российской Федерации, в

частности, в медицине начинают постепенно развиваться механизмы сорегулирования и саморегулирования медицинской деятельности [20].

С учетом реальностей сегодняшнего дня, когда Россия вошла в десятку стран с наиболее развитыми экономиками, вступление нашей страны во Всемирную торговую организацию (ВТО), необходимо ставить вопрос о реальном развитии механизма саморегулирования медицинской деятельности.

Саморегулирование определенных видов деятельности исторически формировалось в экономически развитых странах с целью защиты интересов бизнеса на отраслевых (межотраслевых) рынках или их сегментах.



частности, в медицине начинают постепенно развиваться механизмы урегулирования и саморегулирования медицинской деятельности¹⁰⁶.

С учетом реальностей сегодняшнего дня, когда Россия вошла в десятку стран с наиболее развитыми экономиками, вступление нашей страны во Всемирную торговую организацию (ВТО), необходимо ставить вопрос о реальном развитии механизма саморегулирования медицинской деятельности.

Саморегулирование определенных видов деятельности исторически формировалось в экономически развитых странах с целью защиты интересов бизнеса на отраслевых (межотраслевых) рынках или их сегментах.

В соответствии с ч. 2 ст. 41 Конституции РФ в России принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения¹⁰⁷. Представляется, что если говорить о цивилизованном рынке в классическом, общепризнанном мировом сообществе понимании, то основными поставщиками медицинских услуг на таком рынке являются субъекты частной системы здравоохранения.

В Перечне терминов, кратком описании процедур и договоренностей, принятых в рамках ВТО, указано: «Услуга - это коммерческая услуга, предоставляемая на конкурентной основе». Услуги, потребляемые правительством для собственных нужд, под действие ГАТС не подпадают¹⁰⁸.

Следовательно, говоря о медицинских услугах, поставляемых для государственных и муниципальных нужд, важно подчеркнуть, что в соответствии с международными требованиями, которые будут распространяться и на Россию, после ее вступления в ВТО, данные услуги поставляются на некоммерческой основе и не на условиях конкуренции с одним или несколькими поставщиками. Именно в этой связи следует

¹⁰⁶ Акопян, А.Г. Экономические проблемы здравоохранения / А.Г. Акопян, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко / под ред. В.З.Кучеренко. - М.: ИНФРА-М, 2000. - 191 с.

¹ Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993г.) // Российская газета. 25 декабря, 1993. N 237.

⁰⁸ <http://www.compet.ane.ru/>

В соответствии с ч. 2 ст. 41 Конституции РФ в России принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения [1]. Представляется, что если говорить о цивилизованном рынке в классическом, общепризнанном мировом сообществе понимании, то основными поставщиками медицинских услуг на таком рынке являются субъекты частной системы здравоохранения.

В Перечне терминов, кратком описании процедур и договоренностей, принятых в рамках ВТО, указано: «Услуга - это коммерческая услуга, предоставляемая на конкурентной основе». Услуги, потребляемые правительством для собственных нужд, под действие ГАТС не подпадают [148].

Следовательно, говоря о медицинских услугах, поставляемых для государственных и муниципальных нужд, важно подчеркнуть, что в соответствии с международными требованиями, которые будут распространяться и на Россию, после ее вступления в ВТО, данные услуги поставляются на некоммерческой основе и не на условиях конкуренции с одним или несколькими поставщиками. Именно в этой связи следует говорить о том, что основными, а еще точнее, единственными поставщиками в цивилизованном рынке медицинских услуг являются субъекты частной системы здравоохранения. Поэтому и адекватное развитие механизма саморегулирования медицинской деятельности возможно лишь в частной системе здравоохранения России.

Рынок медицинских услуг имеет ряд существенных особенностей, в частности, очевидный приоритет интересов потребителей медицинских услуг над интересами их производителей. В связи с этим цель и основные задачи саморегулирования деятельности производителей медицинских услуг не могут определяться лишь на основе представлений о структуре и функции института саморегулирования товарно-сырьевых рынков.



говорить о том, что основными, а еще точнее, единственными поставщиками в цивилизованном рынке медицинских услуг являются субъекты частной системы здравоохранения. Поэтому и адекватное развитие механизма саморегулирования медицинской деятельности возможно лишь в частной системе здравоохранения России.

Рынок медицинских услуг имеет ряд существенных особенностей, в частности, очевидный приоритет интересов потребителей медицинских услуг над интересами их производителей. В связи с этим цель и основные задачи саморегулирования деятельности производителей медицинских услуг не могут определяться лишь на основе представлений о структуре и функции института саморегулирования товарно-сырьевых рынков.

Частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт эволюции здравоохранения свидетельствует о том, что частная медицина, в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан международного и государственного масштаба. Именно частная медицина во всем мире является для государств эффективным ресурсосберегающим инструментом воспроизводства трудового потенциала нации. Частная система здравоохранения нуждается в государственном переосмыслении ее значимости в общенациональной системе охраны здоровья граждан. Частная медицина относится к здравоохранению, но никак не к коммерции, поскольку это низкорентабельная, ресурсоемкая, высокзатратная и высокорисковая отрасль социальной сферы. Следовательно, рассматривая предпосылки формирования механизма реализации экономических интересов в сфере негосударственных медицинских услуг, необходимо исходить из общих норм функционирования социальной сферы¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Адамян, А.Т. Здравоохранение: переход к рыночным отношениям / А.Т. Адамян // Врачебная газета. 1999. № 3. - С. 16-17.



В соответствии с ч. 2 ст. 41 Конституции РФ в России принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения [1]. Представляется, что если говорить о цивилизованном рынке в классическом, общепризнанном мировым сообществом понимании, то основными поставщиками медицинских услуг на таком рынке являются субъекты частной системы здравоохранения.

В Перечне терминов, кратком описании процедур и договоренностей, принятых в рамках ВТО, указано: «Услуга - это коммерческая услуга, предоставляемая на конкурентной основе». Услуги, потребляемые правительством для собственных нужд, под действие ГАТС не подпадают [148].

Следовательно, говоря о медицинских услугах, поставляемых для государственных и муниципальных нужд, важно подчеркнуть, что в соответствии с международными требованиями, которые будут распространяться и на Россию, после ее вступления в ВТО, данные услуги поставляются на некоммерческой основе и не на условиях конкуренции с одним или несколькими поставщиками. Именно в этой связи следует

говорить о том, что основными, а еще точнее, единственными поставщиками в цивилизованном рынке медицинских услуг являются субъекты частной системы здравоохранения. Поэтому и адекватное развитие механизма саморегулирования медицинской деятельности возможно лишь в частной системе здравоохранения России.

Рынок медицинских услуг имеет ряд существенных особенностей, в частности, очевидный приоритет интересов потребителей медицинских услуг над интересами их производителей. В связи с этим цель и основные задачи саморегулирования деятельности производителей медицинских услуг не могут определяться лишь на основе представлений о структуре и функции института саморегулирования товарно-сырьевых рынков.



говорить о том, что основными, а еще точнее, единственными поставщиками в цивилизованном рынке медицинских услуг являются субъекты частной системы здравоохранения. Поэтому и адекватное развитие механизма саморегулирования медицинской деятельности возможно лишь в частной системе здравоохранения России.

Рынок медицинских услуг имеет ряд существенных особенностей, в частности, очевидный приоритет интересов потребителей медицинских услуг над интересами их производителей. В связи с этим цель и основные задачи саморегулирования деятельности производителей медицинских услуг не могут определяться лишь на основе представлений о структуре и функции института саморегулирования товарно-сырьевых рынков.

Частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт эволюции здравоохранения свидетельствует о том, что частная медицина, в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан международного и государственного масштаба. Именно частная медицина во всем мире является для государств эффективным ресурсосберегающим инструментом воспроизводства трудового потенциала нации. Частная система здравоохранения нуждается в государственном переосмыслении ее значимости в общенациональной системе охраны здоровья граждан. Частная медицина относится к здравоохранению, но никак не к коммерции, поскольку это низкорентабельная, ресурсоемкая, высокочрезвычайная и высокорисковая отрасль социальной сферы. Следовательно, рассматривая предпосылки формирования механизма реализации экономических интересов в сфере негосударственных медицинских услуг, необходимо исходить из общих норм функционирования социальной сферы¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Адамьян, А.Т. Здравоохранение: переход к рыночным отношениям / А.Т. Адамьян // Врачебная газета. 1999. № 3. - С. 16-17.

Частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт эволюции здравоохранения свидетельствует о том, что частная медицина, в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан международного и государственного масштаба. Именно частная медицина во всем мире является для государств эффективным ресурсосберегающим инструментом воспроизводства трудового потенциала нации. Частная система здравоохранения нуждается в государственном переосмыслении ее значимости в общенациональной системе охраны здоровья граждан. Частная медицина относится к здравоохранению, но никак не к коммерции, поскольку это низкорентабельная, ресурсоемкая, высокочрезвычайная и высокорисковая отрасль социальной сферы. Следовательно, рассматривая предпосылки формирования механизма реализации экономических интересов в сфере негосударственных медицинских услуг, необходимо исходить из общих норм функционирования социальной сферы [19].

Любая национальная система здравоохранения координирует государственные меры по охране здоровья граждан, с целью максимальной их эффективности, которая реализуется на уровне базового структурного элемента здравоохранения – системы «врач-пациент». Вся деятельность государства в этом направлении направлена на конечный результат – индивидуальное и общественное здоровье. Для достижения этого результата, от государства требуется достаточное бюджетное финансирование здравоохранения; координация всех элементов системы здравоохранения; обеспечение максимальной эффективности функционирования системы «врач-пациент».

В целях эффективности социального развития и получения максимальной отдачи затрат на охрану здоровья граждан Российской Федерации, частная система здравоохранения должна получить



Любая национальная система здравоохранения координирует государственные меры по охране здоровья граждан, с целью максимальной их эффективности, которая реализуется на уровне базового структурного элемента здравоохранения - системы «врач-пациент». Вся деятельность государства в этом направлении направлена на конечный результат — индивидуальное и общественное здоровье. Для достижения этого результата, от государства требуется достаточное бюджетное финансирование здравоохранения; координация всех элементов системы здравоохранения; обеспечение максимальной эффективности функционирования системы «врач-пациент».

В целях эффективности социального развития и получения максимальной отдачи затрат на охрану здоровья граждан Российской Федерации, частная система здравоохранения должна получить государственную поддержку, гарантированную Конституцией. Основными направлениями этой поддержки являются: сохранение и развитие существующей системы и постепенный и поэтапный переход к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения¹¹⁰.

Частная система здравоохранения Российской Федерации играет важную роль в общенациональной системе охраны здоровья граждан, однако на сегодняшний день, представляет собой разрозненную, слабоструктурированную совокупность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Основным преимуществом частной медицины является эффективность функционирования базового структурного элемента здравоохранения - системы «врач-пациент», определяющим в конечном итоге качество медицинской помощи.

Необходимо развивать существующую, слабоструктурированную частную систему здравоохранения с постепенным и поэтапным переходом к

¹¹⁰ Бабашкина, А.М. Государственное регулирование национальной экономики / А.М. Бабашкина. - М.: Финансы и статистика, 2003. - 480 с.

Частная система здравоохранения является неотъемлемой частью здравоохранения Российской Федерации, потенциал которой в должной мере не востребован государством. Мировой опыт эволюции здравоохранения свидетельствует о том, что частная медицина, в большинстве стран мира способна эффективно выполнять задачи по охране здоровья граждан международного и государственного масштаба. Именно частная медицина во всем мире является для государств эффективным ресурсосберегающим инструментом воспроизводства трудового потенциала нации. Частная система здравоохранения нуждается в государственном переосмыслении ее значимости в общенациональной системе охраны здоровья граждан. Частная медицина относится к здравоохранению, но никак не к коммерции, поскольку это низкорентабельная, ресурсоемкая, высокозатратная и высокорисковая отрасль социальной сферы. Следовательно, рассматривая предпосылки формирования механизма реализации экономических интересов в сфере негосударственных медицинских услуг, необходимо исходить из общих норм функционирования социальной сферы [19].

Любая национальная система здравоохранения координирует государственные меры по охране здоровья граждан, с целью максимальной их эффективности, которая реализуется на уровне базового структурного элемента здравоохранения - системы «врач-пациент». Вся деятельность государства в этом направлении направлена на конечный результат - индивидуальное и общественное здоровье. Для достижения этого результата, от государства требуется достаточное бюджетное финансирование здравоохранения; координация всех элементов системы здравоохранения; обеспечение максимальной эффективности функционирования системы «врач-пациент».

В целях эффективности социального развития и получения максимальной отдачи затрат на охрану здоровья граждан Российской Федерации, частная система здравоохранения должна получить

Любая национальная система здравоохранения координирует государственные меры по охране здоровья граждан, с целью максимальной их эффективности, которая реализуется на уровне базового структурного элемента здравоохранения - системы «врач-пациент». Вся деятельность государства в этом направлении направлена на конечный результат — индивидуальное и общественное здоровье. Для достижения этого результата, от государства требуется достаточное бюджетное финансирование здравоохранения; координация всех элементов системы здравоохранения; обеспечение максимальной эффективности функционирования системы «врач-пациент».

В целях эффективности социального развития и получения максимальной отдачи затрат на охрану здоровья граждан Российской Федерации, частная система здравоохранения должна получить государственную поддержку, гарантированную Конституцией. Основными направлениями этой поддержки являются: сохранение и развитие существующей системы и постепенный и поэтапный переход к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения¹¹⁰.

Частная система здравоохранения Российской Федерации играет важную роль в общенациональной системе охраны здоровья граждан, однако на сегодняшний день, представляет собой разрозненную, слабоструктурированную совокупность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Основным преимуществом частной медицины является эффективность функционирования базового структурного элемента здравоохранения - системы «врач-пациент», определяющим в конечном итоге качество медицинской помощи.

Необходимо развивать существующую, слабоструктурированную частную систему здравоохранения с постепенным и поэтапным переходом к

¹¹⁰ Бабашкина, А.М. Государственное регулирование национальной экономики / А.М. Бабашкина. - М.: Финансы и статистика, 2003. - 480 с.

государственную поддержку, гарантированную Конституцией. Основными направлениями этой поддержки являются: сохранение и развитие существующей системы и постепенный и поэтапный переход к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения [28].

Частная система здравоохранения Российской Федерации играет важную роль в общенациональной системе охраны здоровья граждан, однако на сегодняшний день, представляет собой разрозненную, слабоструктурированную совокупность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Основным преимуществом частной медицины является эффективность функционирования базового структурного элемента здравоохранения – системы «врач-пациент», определяющим в конечном итоге качество медицинской помощи.

Необходимо развивать существующую, слабоструктурированную частную систему здравоохранения с постепенным и поэтапным переходом к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой системе, которая должна стать полноценным участником национального здравоохранения, способным решать масштабные социальные задачи охраны здоровья граждан. Что невозможно сделать без существенной государственной поддержки [92].

Целый ряд отдельных положений законов и подзаконных актов Российской Федерации содержат ограничения на осуществление определенных видов медицинской деятельности в частной системе здравоохранения. Подобная ситуация создает неравенство условий функционирования производителей медицинских услуг.

В пересмотре и внесении поправок нуждается законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, в котором содержатся прямые ограничения на выполнение тех или иных видов медицинской помощи в частной системе здравоохранения. Лицензирование данных видов

современной, высокотехнологичной, саморегулируемой системе, которая должна стать полноценным участником национального здравоохранения, способным решать масштабные социальные задачи охраны здоровья граждан. Что невозможно сделать без существенной государственной поддержки.

Целый ряд отдельных положений законов и подзаконных актов Российской Федерации содержат ограничения на осуществление определенных видов медицинской деятельности в частной системе здравоохранения. Подобная ситуация создает неравенство условий функционирования производителей медицинских услуг.

В пересмотре и внесении поправок нуждается законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, в котором содержатся прямые ограничения на выполнение тех или иных видов медицинской помощи в частной системе здравоохранения. Лицензирование данных видов медицинской деятельности в частных медицинских организациях следует отнести на федеральный уровень.

В российском законодательном поле о здравоохранении имеются существенные недостатки, которые необходимо исправлять с использованием системного подхода. Этот подход, вполне может быть реализован в виде принятия Кодекса об охране здоровья граждан, в котором будут сконцентрированы все законодательные нормы, действующие в нашей сфере. Необходимо привести ряд положений о порядке лицензирования медицинской деятельности в соответствие реальным возможностям субъектов частной системы здравоохранения¹¹¹. В обновлении нуждаются санитарные нормы, которые не учитывают реальных условий деятельности

¹¹¹ Федеральный закон от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями) // Российская газета. 10 августа, 2001. №153.

государственную поддержку, гарантированную Конституцией. Основными направлениями этой поддержки являются: сохранение и развитие существующей системы и постепенный и поэтапный переход к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения [28].

Частная система здравоохранения Российской Федерации играет важную роль в общенациональной системе охраны здоровья граждан, однако на сегодняшний день, представляет собой разрозненную, слабоструктурированную совокупность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Основным преимуществом частной медицины является эффективность функционирования базового структурного элемента здравоохранения – системы «врач-пациент», определяющим в конечном итоге качество медицинской помощи.

Необходимо развивать существующую, слабоструктурированную частную систему здравоохранения с постепенным и поэтапным переходом к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой системе, которая должна стать полноценным участником национального здравоохранения, способным решать масштабные социальные задачи охраны здоровья граждан. Что невозможно сделать без существенной государственной поддержки [92].

Целый ряд отдельных положений законов и подзаконных актов Российской Федерации содержат ограничения на осуществление определенных видов медицинской деятельности в частной системе здравоохранения. Подобная ситуация создает неравенство условий функционирования производителей медицинских услуг.

В пересмотре и внесении поправок нуждается законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, в котором содержатся прямые ограничения на выполнение тех или иных видов медицинской помощи в частной системе здравоохранения. Лицензирование данных видов



современной, высокотехнологичной, саморегулируемой системе, которая должна стать полноценным участником национального здравоохранения, способным решать масштабные социальные задачи охраны здоровья граждан. Что невозможно сделать без существенной государственной поддержки.

Целый ряд отдельных положений законов и подзаконных актов Российской Федерации содержат ограничения на осуществление определенных видов медицинской деятельности в частной системе здравоохранения. Подобная ситуация создает неравенство условий функционирования производителей медицинских услуг.

В пересмотре и внесении поправок нуждается законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, в котором содержатся прямые ограничения на выполнение тех или иных видов медицинской помощи в частной системе здравоохранения. Лицензирование данных видов медицинской деятельности в частных медицинских организациях следует отнести на федеральный уровень.

В российском законодательном поле о здравоохранении имеются существенные недостатки, которые необходимо исправлять с использованием системного подхода. Этот подход, вполне может быть реализован в виде принятия Кодекса об охране здоровья граждан, в котором будут сконцентрированы все законодательные нормы, действующие в нашей сфере. Необходимо привести ряд положений о порядке лицензирования медицинской деятельности в соответствие реальным возможностям субъектов частной системы здравоохранения¹¹¹. В обновлении нуждаются санитарные нормы, которые не учитывают реальных условий деятельности

¹¹¹ Федеральный закон от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями и дополнениями) // Российская газета. 10 августа, 2001. №153.



медицинской деятельности в частных медицинских организациях следует отнести на федеральный уровень.

В российском законодательном поле о здравоохранении имеются существенные недостатки, которые необходимо исправлять с использованием системного подхода. Этот подход, вполне может быть реализован в виде принятия Кодекса об охране здоровья граждан, в котором будут сконцентрированы все законодательные нормы, действующие в нашей сфере. Необходимо привести ряд положений о порядке лицензирования медицинской деятельности в соответствие реальным возможностям субъектов частной системы здравоохранения [6]. В обновлении нуждаются санитарные нормы, которые не учитывают реальных условий деятельности субъектов частной системы здравоохранения и существенно отстают от прогресса в строительстве и технической сфере [11].

Основным фактором, влияющим на развитие существующей частной системы здравоохранения, является проблема инфраструктуры, которая выражается в непредсказуемости арендных отношений субъектов частного здравоохранения и собственников недвижимости, отсутствии продуманной инвестиционной политики и государственной поддержки лизинга дорогостоящего медицинского оборудования. Подавляющее большинство частных медицинских организаций используют для своей деятельности арендованные помещения. В последнее пятилетие происходит активный процесс приватизации муниципального имущества, при котором не учитываются интересы арендаторов. Зачастую, собственник продает помещения без ведома арендатора, после чего медицинская организация просто прекращает свое существование.

В этой связи, необходимо принятие мер по установлению специального правового режима продажи объектов недвижимости, находящихся в государственной и муниципальной собственности, где осуществляется



субъектов частной системы здравоохранения и существенно отстают от прогресса в строительстве и технической сфере¹¹².

Основным фактором, влияющим на развитие существующей частной системы здравоохранения, является проблема инфраструктуры, которая выражается в непредсказуемости арендных отношений субъектов частного здравоохранения и собственников недвижимости, отсутствии продуманной инвестиционной политики и государственной поддержки лизинга дорогостоящего медицинского оборудования. Подавляющее большинство частных медицинских организаций используют для своей деятельности арендованные помещения. В последнее пятилетие происходит активный процесс приватизации муниципального имущества, при котором не учитываются интересы арендаторов. Зачастую, собственник продает помещения без ведома арендатора, после чего медицинская организация просто прекращает свое существование.

В этой связи, необходимо принятие мер по установлению специального правового режима продажи объектов недвижимости, находящихся в государственной и муниципальной собственности, где осуществляется деятельность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Эти меры должны предусматривать:

- 1) мораторий на продажу объектов государственной и муниципальной недвижимости, занимаемых частными клиниками. Сроком на 5-10 лет;
- 2) предпочтительное право выкупа, с длительной рассрочкой;
- 3) нормативное закрепление обязательного сохранения медицинского профиля использования недвижимости.

Необходимо законодательное и нормативное урегулирование имущественных отношений в сфере обращения государственной и муниципальной недвижимости и закрепление приоритета и защиты

¹¹² Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1. - М: Дом Советов России, 1993.

медицинской деятельности в частных медицинских организациях следует отнести на федеральный уровень.

В российском законодательном поле о здравоохранении имеются существенные недостатки, которые необходимо исправлять с использованием системного подхода. Этот подход, вполне может быть реализован в виде принятия Кодекса об охране здоровья граждан, в котором будут сконцентрированы все законодательные нормы, действующие в нашей сфере. Необходимо привести ряд положений о порядке лицензирования медицинской деятельности в соответствие реальным возможностям субъектов частной системы здравоохранения [6]. В обновлении нуждаются санитарные нормы, которые не учитывают реальных условий деятельности субъектов частной системы здравоохранения и существенно отстают от прогресса в строительстве и технической сфере [11].

Основным фактором, влияющим на развитие существующей частной системы здравоохранения, является проблема инфраструктуры, которая выражается в непредсказуемости арендных отношений субъектов частного здравоохранения и собственников недвижимости, отсутствии продуманной инвестиционной политики и государственной поддержки лизинга дорогостоящего медицинского оборудования. Подавляющее большинство частных медицинских организаций используют для своей деятельности арендованные помещения. В последнее пятилетие происходит активный процесс приватизации муниципального имущества, при котором не учитываются интересы арендаторов. Зачастую, собственник продает помещения без ведома арендатора, после чего медицинская организация просто прекращает свое существование.

В этой связи, необходимо принятие мер по установлению специального правового режима продажи объектов недвижимости, находящихся в государственной и муниципальной собственности, где осуществляется

субъектов частной системы здравоохранения и существенно отстают от прогресса в строительстве и технической сфере¹¹².

Основным фактором, влияющим на развитие существующей частной системы здравоохранения, является проблема инфраструктуры, которая выражается в непредсказуемости арендных отношений субъектов частного здравоохранения и собственников недвижимости, отсутствии продуманной инвестиционной политики и государственной поддержки лизинга дорогостоящего медицинского оборудования. Подавляющее большинство частных медицинских организаций используют для своей деятельности арендованные помещения. В последнее пятилетие происходит активный процесс приватизации муниципального имущества, при котором не учитываются интересы арендаторов. Зачастую, собственник продает помещения без ведома арендатора, после чего медицинская организация просто прекращает свое существование.

В этой связи, необходимо принятие мер по установлению специального правового режима продажи объектов недвижимости, находящихся в государственной и муниципальной собственности, где осуществляется

деятельность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Эти меры должны предусматривать:

- 1) мораторий на продажу объектов государственной и муниципальной недвижимости, занимаемых частными клиниками. Сроком на 5-10 лет;
- 2) предпочтительное право выкупа, с длительной рассрочкой;
- 3) нормативное закрепление обязательного сохранения медицинского профиля использования недвижимости.

Необходимо законодательное и нормативное урегулирование имущественных отношений в сфере обращения государственной и муниципальной недвижимости и закрепление приоритета и защиты

¹¹² Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1. - М: Дом Советов России, 1993.

деятельность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Эти меры должны предусматривать:

- 1) мораторий на продажу объектов государственной и муниципальной недвижимости, занимаемых частными клиниками. Сроком на 5-10 лет;
- 2) предпочтительное право выкупа, с длительной рассрочкой;
- 3) нормативное закрепление обязательного сохранения медицинского профиля использования недвижимости.

Необходимо законодательное и нормативное урегулирование имущественных отношений в сфере обращения государственной и муниципальной недвижимости и закрепление приоритета и защиты арендатора (частной медицинской организации), при продаже (приватизации) помещения [2, 3, 4].

Развитие частного здравоохранения в Российской Федерации происходит не системно и достаточно хаотично. Инвестиции в отрасль носят эпизодический, инициативный характер. Доля государственных и иностранных инвестиций в частное здравоохранение очень мала. Поскольку производство медицинских услуг является высокочрезвычайно затратным, низкорентабельным и высокорисковым видом деятельности, а рынок медицинских услуг имеет высокую социальную значимость, средние сроки окупаемости проектов в частной медицине составляют 5-7 лет, для создания благоприятных условия развития рынка медицинских услуг и повышения инвестиционной привлекательности частной системы здравоохранения, необходимо предпринять ряд государственных мер, направленных на формирование эффективной инвестиционной политики. Эти меры должны предусматривать не только существенные преимущества для отечественных и иностранных инвесторов, но и государственную поддержку, в виде бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов [67].

Основным государственным инструментом развития существующей частной системы здравоохранения, являются: бюджетные инвестиции;



арендатора (частной медицинской организации), при продаже (приватизации) помещения¹¹³.

Развитие частного здравоохранения в Российской Федерации происходит не системно и достаточно хаотично. Инвестиции в отрасль носят эпизодический, инициативный характер. Доля государственных и иностранных инвестиций в частное здравоохранение очень мала. Поскольку производство медицинских услуг является высокочрезвычайным, низкорентабельным и высокорисковым видом деятельности, а рынок медицинских услуг имеет высокую социальную значимость, средние сроки окупаемости проектов в частной медицине составляют 5-7 лет, для создания благоприятных условия развития рынка медицинских услуг и повышения инвестиционной привлекательности частной системы здравоохранения, необходимо предпринять ряд государственных мер, направленных на формирование эффективной инвестиционной политики. Эти меры должны предусматривать не только существенные преимущества для отечественных и иностранных инвесторов, но и государственную поддержку, в виде бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов¹¹⁴.

Основным государственным инструментом развития существующей частной системы здравоохранения, являются: бюджетные инвестиции; бюджетные кредиты, основанием для которых являются ст. 80 и 93 Бюджетного Кодекса Российской Федерации. Программа выделения бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов должна предусматривать непосредственное экспертное участие системообразующих организаций частной системы здравоохранения (соответствующих общероссийских

¹¹³ Гражданский кодекс Российской Федерации часть первая от 30 ноября 1994 г. N 51-ФЗ, часть вторая от 26 января 1996 г. N 14-ФЗ, часть третья от 26 ноября 2001 г. N 146-ФЗ и часть четвертая от 18 декабря 2006 г. N 230-ФЗ (с изменениями); Налоговый Кодекс РФ (часть первая) от 31 июля 1998 г. N 146-ФЗ // Российская газета. 6 августа, 1998. N 148-149.; Налоговый Кодекс РФ (часть вторая) от 5 августа 2000 г. N 117-ФЗ // Российская газета. 10 августа, 2000. N 153-154.

¹¹⁴ Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С. В. Шишкин. Авт. колл.: Г.Е. Бестремянная, А.С. Заборовская, В.А. Чернец, С.В. Шишкин. - М.: Поматур, 2006. - 272 с.



деятельность частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей. Эти меры должны предусматривать:

- 1) мораторий на продажу объектов государственной и муниципальной недвижимости, занимаемых частными клиниками. Сроком на 5-10 лет;
- 2) предпочтительное право выкупа, с длительной рассрочкой;
- 3) нормативное закрепление обязательного сохранения медицинского профиля использования недвижимости.

Необходимо законодательное и нормативное урегулирование имущественных отношений в сфере обращения государственной и муниципальной недвижимости и закрепление приоритета и защиты

арендатора (частной медицинской организации), при продаже (приватизации) помещения [2, 3, 4].

Развитие частного здравоохранения в Российской Федерации происходит не системно и достаточно хаотично. Инвестиции в отрасль носят эпизодический, инициативный характер. Доля государственных и иностранных инвестиций в частное здравоохранение очень мала. Поскольку производство медицинских услуг является высокочрезвычайным, низкорентабельным и высокорисковым видом деятельности, а рынок медицинских услуг имеет высокую социальную значимость, средние сроки окупаемости проектов в частной медицине составляют 5-7 лет, для создания благоприятных условия развития рынка медицинских услуг и повышения инвестиционной привлекательности частной системы здравоохранения, необходимо предпринять ряд государственных мер, направленных на формирование эффективной инвестиционной политики. Эти меры должны предусматривать не только существенные преимущества для отечественных и иностранных инвесторов, но и государственную поддержку, в виде бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов [67].

Основным государственным инструментом развития существующей частной системы здравоохранения, являются: бюджетные инвестиции;

арендатора (частной медицинской организации), при продаже (приватизации) помещения¹¹³.

Развитие частного здравоохранения в Российской Федерации происходит не системно и достаточно хаотично. Инвестиции в отрасль носят эпизодический, инициативный характер. Доля государственных и иностранных инвестиций в частное здравоохранение очень мала. Поскольку производство медицинских услуг является высокочрезвычайным, низкорентабельным и высокорисковым видом деятельности, а рынок медицинских услуг имеет высокую социальную значимость, средние сроки окупаемости проектов в частной медицине составляют 5-7 лет, для создания благоприятных условия развития рынка медицинских услуг и повышения инвестиционной привлекательности частной системы здравоохранения, необходимо предпринять ряд государственных мер, направленных на формирование эффективной инвестиционной политики. Эти меры должны предусматривать не только существенные преимущества для отечественных и иностранных инвесторов, но и государственную поддержку, в виде бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов¹¹⁴.

Основным государственным инструментом развития существующей частной системы здравоохранения, являются: бюджетные инвестиции; бюджетные кредиты, основанием для которых являются ст. 80 и 93 Бюджетного Кодекса Российской Федерации. Программа выделения бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов должна предусматривать непосредственное экспертное участие системообразующих организаций частной системы здравоохранения (соответствующих общероссийских

¹¹³ Гражданский кодекс Российской Федерации часть первая от 30 ноября 1994 г. N 51-ФЗ, часть вторая от 26 января 1996 г. N 14-ФЗ, часть третья от 26 ноября 2001 г. N 146-ФЗ и часть четвертая от 18 декабря 2006 г. N 230-ФЗ (с изменениями); Налоговый Кодекс РФ (часть первая) от 31 июля 1998 г. N 146-ФЗ // Российская газета. 6 августа, 1998. N 148-149; Налоговый Кодекс РФ (часть вторая) от 5 августа 2000 г. N 117-ФЗ // Российская газета. 10 августа, 2000. N 153-154.

¹¹⁴ Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С. В. Шишкин. Авт. колл.: Г.Е. Бестремянная, А.С. Заборовская, В.А. Чернец, С.В. Шишкин. - М.: Поматур, 2006. - 272 с.

бюджетные кредиты, основанием для которых являются ст. 80 и 93 Бюджетного Кодекса Российской Федерации. Программа выделения бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов должна предусматривать непосредственное экспертное участие системообразующих организаций частной системы здравоохранения (соответствующих общероссийских медицинских ассоциаций, представляющих интересы частной системы здравоохранения).

Также для частнопрактикующих врачей (предпринимателей без образования юридического лица) может быть предусмотрен механизм льготного микрокредитования, осуществляемого уполномоченными кредитными организациями при государственной поддержке.

Ключевой проблемой развития частной системы здравоохранения является отсутствие в Российской Федерации возможностей приобретения дорогостоящего медицинского оборудования по льготному лизингу. Вследствие чего, частная система здравоохранения отстает в техническом оснащении. Это обусловлено тем, что в стране нет государственной программы поддержки лизинга медицинского оборудования. Необходимо принятие целевых программных мер федерального масштаба, предусматривающих государственное участие, бюджетное субсидирование, льготы по налогу на имущество и административную поддержку лизинга медицинского оборудования [80].

Правительство Российской Федерации принимает меры по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения. Данные меры, в частности, должны предусматривать формирование режима преференций, целью которого является снижение стоимости медицинских услуг в частной системе здравоохранения.

Поскольку механическое перенесение норм налогообложения, применяемых на товарных рынках на рынок негосударственных





медицинских ассоциаций, представляющих интересы частной системы здравоохранения).

Также для частнопрактикующих врачей (предпринимателей без образования юридического лица) может быть предусмотрен механизм льготного микрокредитования, осуществляемого уполномоченными кредитными организациями при государственной поддержке.

Ключевой проблемой развития частной системы здравоохранения является отсутствие в Российской Федерации возможностей приобретения дорогостоящего медицинского оборудования по льготному лизингу. Вследствие чего, частная система здравоохранения отстает в техническом оснащении. Это обусловлено тем, что в стране нет государственной программы поддержки лизинга медицинского оборудования. Необходимо принятие целевых программных мер федерального масштаба, предусматривающих государственное участие, бюджетное субсидирование, льготы по налогу на имущество и административную поддержку лизинга медицинского оборудования ¹¹⁵.

Правительство Российской Федерации принимает меры по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения. Данные меры, в частности, должны предусматривать формирование режима преференций, целью которого является снижение стоимости медицинских услуг в частной системе здравоохранения.

Поскольку механическое перенесение норм налогообложения, применяемых на товарных рынках на рынок негосударственных медицинских услуг, значительно влияет на рост цен на медицинские услуги, необходимо установление специального режима налоговых преференций для частных медицинских организаций и врачей частной практики - частных

¹¹⁵ Корчагин, В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения / В.П. Корчагин. - М.: ЗАО изд-во «Эпидавр», 1997.-272 с.

бюджетные кредиты, основанием для которых являются ст. 80 и 93 Бюджетного Кодекса Российской Федерации. Программа выделения бюджетных инвестиций и бюджетных кредитов должна предусматривать непосредственное экспертное участие системообразующих организаций частной системы здравоохранения (соответствующих общероссийских медицинских ассоциаций, представляющих интересы частной системы здравоохранения).

Также для частнопрактикующих врачей (предпринимателей без образования юридического лица) может быть предусмотрен механизм льготного микрокредитования, осуществляемого уполномоченными кредитными организациями при государственной поддержке.

Ключевой проблемой развития частной системы здравоохранения является отсутствие в Российской Федерации возможностей приобретения дорогостоящего медицинского оборудования по льготному лизингу. Вследствие чего, частная система здравоохранения отстает в техническом оснащении. Это обусловлено тем, что в стране нет государственной программы поддержки лизинга медицинского оборудования. Необходимо принятие целевых программных мер федерального масштаба, предусматривающих государственное участие, бюджетное субсидирование, льготы по налогу на имущество и административную поддержку лизинга медицинского оборудования [80].

Правительство Российской Федерации принимает меры по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения. Данные меры, в частности, должны предусматривать формирование режима преференций, целью которого является снижение стоимости медицинских услуг в частной системе здравоохранения.

Поскольку механическое перенесение норм налогообложения, применяемых на товарных рынках на рынок негосударственных



медицинских ассоциаций, представляющих интересы частной системы здравоохранения).

Также для частнопрактикующих врачей (предпринимателей без образования юридического лица) может быть предусмотрен механизм льготного микрокредитования, осуществляемого уполномоченными кредитными организациями при государственной поддержке.

Ключевой проблемой развития частной системы здравоохранения является отсутствие в Российской Федерации возможностей приобретения дорогостоящего медицинского оборудования по льготному лизингу. Вследствие чего, частная система здравоохранения отстает в техническом оснащении. Это обусловлено тем, что в стране нет государственной программы поддержки лизинга медицинского оборудования. Необходимо принятие целевых программных мер федерального масштаба, предусматривающих государственное участие, бюджетное субсидирование, льготы по налогу на имущество и административную поддержку лизинга медицинского оборудования ¹¹⁵.

Правительство Российской Федерации принимает меры по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения. Данные меры, в частности, должны предусматривать формирование режима преференций, целью которого является снижение стоимости медицинских услуг в частной системе здравоохранения.

Поскольку механическое перенесение норм налогообложения, применяемых на товарных рынках на рынок негосударственных медицинских услуг, значительно влияет на рост цен на медицинские услуги, необходимо установление специального режима налоговых преференций для частных медицинских организаций и врачей частной практики - частных

¹¹⁵ Корчагин, В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения / В.П. Корчагин. - М.: ЗАО изд-во «Эпидавр», 1997.-272 с.



медицинских услуг, значительно влияет на рост цен на медицинские услуги, необходимо установление специального режима налоговых преференций для частных медицинских организаций и врачей частной практики – частных предпринимателей. Подобный льготный налоговый режим должен содержать положения:

- освобождение медицинских услуг от налога на добавленную стоимость и недопущение попыток их обложения;
- налоговые каникулы для вновь созданных частных медицинских организаций и врачей частной практики (частных предпринимателей) в части налога на прибыль и налога на имущество;
- расширение перечня состава затрат по упрощенной системе налогообложения.

Наиболее весомым фактором, влияющим на стоимость медицинских услуг, является аренда помещений. Следовательно, для того, чтобы существенно повысить для населения доступность медицинской помощи, оказываемой субъектами частной системы здравоохранения, необходимо принятие законодательных мер, предусматривающих льготы по аренде государственной и муниципальной недвижимости для частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, как социально значимых субъектов.

Одной из наиболее эффективных мер по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения, является участие частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан, включая ОМС. Для нормативного обеспечения этого участия, Правительство Российской Федерации, совместно с системообразующими организациями частного здравоохранения должно разработать и утвердить административный регламент, устанавливающий механизм и процедуру вхождения частных медицинских организаций в



предпринимателей. Подобный льготный налоговый режим должен содержать положения:

- освобождение медицинских услуг от налога на добавленную стоимость и недопущение попыток их обложения;
- налоговые каникулы для вновь созданных частных медицинских организаций и врачей частной практики (частных предпринимателей) в части налога на прибыль и налога на имущество;
- расширение перечня состава затрат по упрощенной системе налогообложения.

Наиболее весомым фактором, влияющим на стоимость медицинских услуг, является аренда помещений. Следовательно, для того, чтобы существенно повысить для населения доступность медицинской помощи, оказываемой субъектами частной системы здравоохранения, необходимо принятие законодательных мер, предусматривающих льготы по аренде государственной и муниципальной недвижимости для частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, как социально значимых субъектов.

Одной из наиболее эффективных мер по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения, является участие частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан, включая ОМС. Для нормативного обеспечения этого участия, Правительство Российской Федерации, совместно с системообразующими организациями частного здравоохранения должно разработать и утвердить административный регламент, устанавливающий механизм и процедуру вхождения частных медицинских организаций в систему ОМС и другие программы государственных гарантий охраны здоровья граждан.

Субъекты частного здравоохранения, в настоящее время не имеют возможности покрывать текущие затраты на аренду, содержание и ремонт

медицинских услуг, значительно влияет на рост цен на медицинские услуги, необходимо установление специального режима налоговых преференций для частных медицинских организаций и врачей частной практики – частных предпринимателей. Подобный льготный налоговый режим должен содержать положения:

- освобождение медицинских услуг от налога на добавленную стоимость и недопущение попыток их обложения;
- налоговые каникулы для вновь созданных частных медицинских организаций и врачей частной практики (частных предпринимателей) в части налога на прибыль и налога на имущество;
- расширение перечня состава затрат по упрощенной системе налогообложения.

Наиболее весомым фактором, влияющим на стоимость медицинских услуг, является аренда помещений. Следовательно, для того, чтобы существенно повысить для населения доступность медицинской помощи, оказываемой субъектами частной системы здравоохранения, необходимо принятие законодательных мер, предусматривающих льготы по аренде государственной и муниципальной недвижимости для частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, как социально значимых субъектов.

Одной из наиболее эффективных мер по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения, является участие частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан, включая ОМС. Для нормативного обеспечения этого участия, Правительство Российской Федерации, совместно с системообразующими организациями частного здравоохранения должно разработать и утвердить административный регламент, устанавливающий механизм и процедуру вхождения частных медицинских организаций в

предпринимателей. Подобный льготный налоговый режим должен содержать положения:

- освобождение медицинских услуг от налога на добавленную стоимость и недопущение попыток их обложения;
- налоговые каникулы для вновь созданных частных медицинских организаций и врачей частной практики (частных предпринимателей) в части налога на прибыль и налога на имущество;
- расширение перечня состава затрат по упрощенной системе налогообложения.

Наиболее весомым фактором, влияющим на стоимость медицинских услуг, является аренда помещений. Следовательно, для того, чтобы существенно повысить для населения доступность медицинской помощи, оказываемой субъектами частной системы здравоохранения, необходимо принятие законодательных мер, предусматривающих льготы по аренде государственной и муниципальной недвижимости для частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, как социально значимых субъектов.

Одной из наиболее эффективных мер по увеличению доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам субъектами частной системы здравоохранения, является участие частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей в программах государственных гарантий охраны здоровья граждан, включая ОМС. Для нормативного обеспечения этого участия, Правительство Российской Федерации, совместно с системообразующими организациями частного здравоохранения должно разработать и утвердить административный регламент, устанавливающий механизм и процедуру вхождения частных медицинских организаций в систему ОМС и другие программы государственных гарантий охраны здоровья граждан.

Субъекты частного здравоохранения, в настоящее время не имеют возможности покрывать текущие затраты на аренду, содержание и ремонт

систему ОМС и другие программы государственных гарантий охраны здоровья граждан.

Субъекты частного здравоохранения, в настоящее время не имеют возможности покрывать текущие затраты на аренду, содержание и ремонт помещений из бюджетных средств. Это служит основным фактором, определяющим высокую себестоимость медицинской помощи. Для ее снижения необходима разработка и принятие комплекса мер, предусматривающих возможность соплатежей за медицинские услуги, оказываемые субъектами частной системы здравоохранения из следующих источников:

- средства ОМС;
- средства ДМС;
- средства работодателя;
- личные средства граждан;
- средства бюджетных субсидий, выделяемых производителям услуг, в соответствии со ст. 69 Бюджетного Кодекса Российской Федерации.

На сегодняшний день проблемы развития частной системы здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях связаны не только с недостатком материальных ресурсов. Требуют решения вопросы гармоничного развития всех субъектов частной медицины. При этом особое значение имеет строительство и оснащение новых объектов частной системы здравоохранения. Строительство указанных объектов сопряжено с крупными непосильными для частнопрактикующих врачей и медицинских организаций затратами на выполнение проектно-исследовательских работ, проведение работ по выделению и оформлению земельного участка, подведение необходимых коммуникаций. У частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций имеются также серьезные проблемы с привлечением финансовых ресурсов на начальном этапе деятельности. Как правило, отсутствует возможность получения банковских кредитов из-за их высокой



помещений из бюджетных средств. Это служит основным фактором, определяющим высокую себестоимость медицинской помощи. Для ее снижения необходима разработка и принятие комплекса мер, предусматривающих возможность соплатежей за медицинские услуги, оказываемые субъектами частной системы здравоохранения из следующих источников:

- средства ОМС;
- средства ДМС;
- средства работодателя;
- личные средства граждан;
- средства бюджетных субсидий, выделяемых производителям услуг,

в соответствие со ст. 69 Бюджетного Кодекса Российской Федерации.

На сегодняшний день проблемы развития частной системы здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях связаны не только с недостатком материальных ресурсов. Требуют решения вопросы гармоничного развития всех субъектов частной медицины. При этом особое значение имеет строительство и оснащение новых объектов частной системы здравоохранения. Строительство указанных объектов сопряжено с крупными непосильными для частнопрактикующих врачей и медицинских организаций затратами на выполнение проектно-изыскательских работ, проведение работ по выделению и оформлению земельного участка, подведение необходимых коммуникаций. У частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций имеются также серьезные проблемы с привлечением финансовых ресурсов на начальном этапе деятельности. Как правило, отсутствует возможность получения банковских кредитов из-за их высокой стоимости и невозможности применения мер, направленных на обеспечение исполнения обязательств по возврату банковского кредита. Большие сложности субъекты частной системы здравоохранения испытывают с



систему ОМС и другие программы государственных гарантий охраны здоровья граждан.

Субъекты частного здравоохранения, в настоящее время не имеют возможности покрывать текущие затраты на аренду, содержание и ремонт

помещений из бюджетных средств. Это служит основным фактором, определяющим высокую себестоимость медицинской помощи. Для ее снижения необходима разработка и принятие комплекса мер, предусматривающих возможность соплатежей за медицинские услуги, оказываемые субъектами частной системы здравоохранения из следующих источников:

- средства ОМС;
- средства ДМС;
- средства работодателя;
- личные средства граждан;
- средства бюджетных субсидий, выделяемых производителям услуг,

в соответствие со ст. 69 Бюджетного Кодекса Российской Федерации.

На сегодняшний день проблемы развития частной системы здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях связаны не только с недостатком материальных ресурсов. Требуют решения вопросы гармоничного развития всех субъектов частной медицины. При этом особое значение имеет строительство и оснащение новых объектов частной системы здравоохранения. Строительство указанных объектов сопряжено с крупными непосильными для частнопрактикующих врачей и медицинских организаций затратами на выполнение проектно-изыскательских работ, проведение работ по выделению и оформлению земельного участка, подведение необходимых коммуникаций. У частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций имеются также серьезные проблемы с привлечением финансовых ресурсов на начальном этапе деятельности. Как правило, отсутствует возможность получения банковских кредитов из-за их высокой

помещений из бюджетных средств. Это служит основным фактором, определяющим высокую себестоимость медицинской помощи. Для ее снижения необходима разработка и принятие комплекса мер, предусматривающих возможность соплатежей за медицинские услуги, оказываемые субъектами частной системы здравоохранения из следующих источников:

- средства ОМС;
- средства ДМС;
- средства работодателя;
- личные средства граждан;
- средства бюджетных субсидий, выделяемых производителям услуг,

в соответствие со ст. 69 Бюджетного Кодекса Российской Федерации.

На сегодняшний день проблемы развития частной системы здравоохранения на государственном и муниципальном уровнях связаны не только с недостатком материальных ресурсов. Требуют решения вопросы гармоничного развития всех субъектов частной медицины. При этом особое значение имеет строительство и оснащение новых объектов частной системы здравоохранения. Строительство указанных объектов сопряжено с крупными непосильными для частнопрактикующих врачей и медицинских организаций затратами на выполнение проектно-изыскательских работ, проведение работ по выделению и оформлению земельного участка, подведение необходимых коммуникаций. У частнопрактикующих врачей и частных медицинских организаций имеются также серьезные проблемы с привлечением финансовых ресурсов на начальном этапе деятельности. Как правило, отсутствует возможность получения банковских кредитов из-за их высокой стоимости и невозможности применения мер, направленных на обеспечение исполнения обязательств по возврату банковского кредита. Большие сложности субъекты частной системы здравоохранения испытывают с

стоимости и невозможности применения мер, направленных на обеспечение исполнения обязательств по возврату банковского кредита. Большие сложности субъекты частной системы здравоохранения испытывают с предоставлением гарантий для привлечения долгосрочных инвестиций, в частности, иностранных инвесторов [114].

Для решения комплекса этих проблем, необходим системный подход с использованием программных методов. Основным инструментом постепенного и поэтапного перехода к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения являются целевые программы развития частной системы здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней.

Целевые программы развития частного здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней должны предусматривать меры правового, административного и финансового характера, основной целью которых должно быть создание благоприятных условий инфраструктурного, технологического и кадрового развития субъектов частного здравоохранения, значительное повышение инвестиционной привлекательности и конкурентоспособности частного здравоохранения Российской Федерации.

Сотрудничество между государственными учреждениями и частными предприятиями, организациями существует в современной России более пятнадцати лет. Как свидетельствуют отечественный и мировой опыт, основными формами государственно-частного партнерства являются договоры, контракты, концессионные соглашения о взаимодействии бизнеса и государства в тех или иных отраслях и сферах, в реализации приоритетных национальных проектов, эксплуатации производственных мощностей, развитии конкретных территорий.

В социально-политическом аспекте выражается обеспокоенность тем, что государственно-частное партнерство может стать очередным этапом приватизации государственных предприятий и учреждений социальной



предоставлением гарантий для привлечения долгосрочных инвестиций, в частности, иностранных инвесторов¹¹⁶.

Для решения комплекса этих проблем, необходим системный подход с использованием программных методов. Основным инструментом постепенного и поэтапного перехода к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения являются целевые программы развития частной системы здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней.

Целевые программы развития частного здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней должны предусматривать меры правового, административного и финансового характера, основной целью которых должно быть создание благоприятных условий инфраструктурного, технологического и кадрового развития субъектов частного здравоохранения, значительное повышение инвестиционной привлекательности и конкурентоспособности частного здравоохранения Российской Федерации.

Сотрудничество между государственными учреждениями и частными предприятиями, организациями существует в современной России более пятнадцати лет. Как свидетельствуют отечественный и мировой опыт, основными формами государственно-частного партнерства являются договоры, контракты, концессионные соглашения о взаимодействии бизнеса и государства в тех или иных отраслях и сферах, в реализации приоритетных национальных проектов, эксплуатации производственных мощностей, развитии конкретных территорий.

В социально-политическом аспекте выражается обеспокоенность тем, что государственно-частное партнерство может стать очередным этапом приватизации государственных предприятий и учреждений социальной

¹¹⁶ Стародубов, В.И. Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения РФ / В.И. Стародубов, Р.М. Зелькевич и др. // Экономика здравоохранения. 1996. № 10-11. - С. 23.

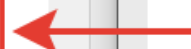
стоимости и невозможности применения мер, направленных на обеспечение исполнения обязательств по возврату банковского кредита. Большие сложности субъекты частной системы здравоохранения испытывают с предоставлением гарантий для привлечения долгосрочных инвестиций, в частности, иностранных инвесторов [114].

Для решения комплекса этих проблем, необходим системный подход с использованием программных методов. Основным инструментом постепенного и поэтапного перехода к современной, высокотехнологичной, саморегулируемой частной системе здравоохранения являются целевые программы развития частной системы здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней.

Целевые программы развития частного здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней должны предусматривать меры правового, административного и финансового характера, основной целью которых должно быть создание благоприятных условий инфраструктурного, технологического и кадрового развития субъектов частного здравоохранения, значительное повышение инвестиционной привлекательности и конкурентоспособности частного здравоохранения Российской Федерации.

Сотрудничество между государственными учреждениями и частными предприятиями, организациями существует в современной России более пятнадцати лет. Как свидетельствуют отечественный и мировой опыт, основными формами государственно-частного партнерства являются договоры, контракты, концессионные соглашения о взаимодействии бизнеса и государства в тех или иных отраслях и сферах, в реализации приоритетных национальных проектов, эксплуатации производственных мощностей, развитии конкретных территорий.

В социально-политическом аспекте выражается обеспокоенность тем, что государственно-частное партнерство может стать очередным этапом приватизации государственных предприятий и учреждений социальной



сферы. А это в конечном итоге приведет к резкому повышению оплаты за социальные услуги, в том числе в сферах образования, здравоохранения.

Предприниматели, в свою очередь, опасаются усиления роли государства и его вторжения в бизнес-сферу. В этой связи они высказывают суждения о том, что государство, овладев капиталом и новыми технологиями, используя административный ресурс, может стать триумфатором в конкуренции с бизнесом. К тому же, в случае наметившихся экономических потерь, государство может увеличить налоги и пошлины с налогоплательщиков, что соответственно негативно отразится на интересах частного бизнеса ¹¹⁷.

Также возникает целый ряд вопросов об эффективности государственно-частного партнерства. Нельзя ли достигнуть предполагаемого повышения эффективности другим путем?

Зарубежный опыт и отечественная практика показывают, что сами по себе частные предприятия не более продуктивны и эффективны, чем общественные и государственные во многих отраслях особенно социальной сферы. Тем не менее, структурных преобразований всей экономики, государственным предприятиям и учреждениям выгодно государственно-частное партнерство. Именно оно способно содействовать реализации программ социально-экономической модернизации с наименьшими издержками и потерями для общественного сектора.

На сегодняшний день необходимо констатировать, что модернизация и развитие здравоохранения невозможно без использования современного механизма эффективной и компетентной инвестиционной политики - модели государственно-частного партнерства.

В развитых странах мира, государственно-частное партнерство является основным инструментом привлечения частного инвестиционного капитала, что значительно улучшает инфраструктуру лечебных учреждений. Настоящая концепция признает основной организационно-правовой формой



сферы. А это в конечном итоге приведет к резкому повышению оплаты за социальные услуги, в том числе в сферах образования, здравоохранения.

Предприниматели, в свою очередь, опасаются усиления роли государства и его вторжения в бизнес-сферу. В этой связи они высказывают суждения о том, что государство, овладев капиталом и новыми технологиями, используя административный ресурс, может стать триумфатором в конкуренции с бизнесом. К тому же, в случае наметившихся экономических потерь, государство может увеличить налоги и пошлины с налогоплательщиков, что соответственно негативно отразится на интересах частного бизнеса [146].

Также возникает целый ряд вопросов об эффективности государственно-частного партнерства. Нельзя ли достигнуть предполагаемого повышения эффективности другим путем?

Зарубежный опыт и отечественная практика показывают, что сами по себе частные предприятия не более продуктивны и эффективны, чем общественные и государственные во многих отраслях особенно социальной сферы. Тем не менее, структурных преобразований всей экономики, государственным предприятиям и учреждениям выгодно государственно-частное партнерство. Именно оно способно содействовать реализации программ социально-экономической модернизации с наименьшими издержками и потерями для общественного сектора.

На сегодняшний день необходимо констатировать, что модернизация и развитие здравоохранения невозможно без использования современного механизма эффективной и компетентной инвестиционной политики - модели государственно-частного партнерства.

В развитых странах мира, государственно-частное партнерство является основным инструментом привлечения частного инвестиционного капитала, что значительно улучшает инфраструктуру лечебных учреждений. Настоящая концепция признает основной организационно-правовой формой



государственно-частного партнерства в сфере частного здравоохранения открытые акционерные общества с государственным участием.

В ближайшие годы необходимо создавать крупные медико-социальные холдинги (открытые акционерные общества) с участием государства и частных инвесторов. Деятельность этих холдингов должна быть ориентирована на оказание как первичной, так и специализированной медицинской помощи. Структурная основа холдингов — территориальные многопрофильные центры.

Для становления сферы негосударственных медицинских услуг важно развивать системообразующие факторы частной системы здравоохранения Российской Федерации. К системообразующим факторам частной системы здравоохранения относятся общероссийские профессиональные медицинские ассоциации и саморегулируемые организации федерального масштаба, объединяющие представителей частного здравоохранения. Основной целью саморегулирования медицинской деятельности в частной системе здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи, защита прав пациентов и непосредственное перенесение ресурсов к конечному потребителю - системе «врач-пациент». Необходимость государственной поддержки поступательного развития системообразующих факторов частной системы здравоохранения диктуется потребностями дополнения вертикали государственного регулирования горизонтальными саморегулируемыми связями, создающими стабильность всего национального здравоохранения¹¹⁸.

Основными направлениями государственной поддержки системообразующих факторов частной системы здравоохранения являются:

- формирование стандартов медицинской деятельности;
- формирование реестра субъектов частной системы здравоохранения;

¹¹⁸ Шейман, И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И.М. Шейман.-М., 1998.- 175 с.

государственно-частного партнерства в сфере частного здравоохранения открытые акционерные общества с государственным участием.

В ближайшие годы необходимо создавать крупные медико-социальные холдинги (открытые акционерные общества) с участием государства и частных инвесторов. Деятельность этих холдингов должна быть ориентирована на оказание как первичной, так и специализированной медицинской помощи. Структурная основа холдингов – территориальные многопрофильные центры.

Для становления сферы негосударственных медицинских услуг важно развивать системообразующие факторы частной системы здравоохранения Российской Федерации. К системообразующим факторам частной системы здравоохранения относятся общероссийские профессиональные медицинские ассоциации и саморегулируемые организации федерального масштаба, объединяющие представителей частного здравоохранения. Основной целью саморегулирования медицинской деятельности в частной системе здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи, защита прав пациентов и непосредственное перенесение ресурсов к конечному потребителю – системе «врач-пациент». Необходимость государственной поддержки поступательного развития системообразующих факторов частной системы здравоохранения диктуется потребностями дополнения вертикали государственного регулирования горизонтальными саморегулируемыми связями, создающими стабильность всего национального здравоохранения [134].

Основными направлениями государственной поддержки системообразующих факторов частной системы здравоохранения являются:

- формирование стандартов медицинской деятельности;
- формирование реестра субъектов частной системы здравоохранения;
- развитие информационного поля;

- развитие информационного поля;
- непрерывное профессиональное обучение и сертификация врачей;
- уполномоченное участие системообразующих организаций в процедурах получения государственного заказа.

Реализация предложенных выше мер позволит сформировать в Российской Федерации мощную, высокотехнологичную, саморегулируемую частную систему здравоохранения, способную решать социальные задачи охраны здоровья граждан государственного масштаба.

При наличии высокотехнологичной инфраструктуры и введении саморегулирования медицинской деятельности, будут выполнены необходимые условия оказания качественной медицинской помощи на уровне лучших мировых стандартов. А участие субъектов частного здравоохранения в программах государственных гарантий и введение системы соплатежей, позволит сделать эту помощь доступной для граждан России.

Практическим результатом исследования является разработка комплекса мер, направленных на достижение баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг:

1. *Совершенствование экономических отношений, в частности развитие партнерских отношений при получении экономической самостоятельности лечебно-профилактических учреждений.* Основными структурообразующими элементами рынка медицинских услуг становятся стратегические альянсы, представляющие собой территориальные группировки ЛПУ и связанные с ними организации, действующие в определенной сфере и характеризующиеся общностью деятельности и взаимодополняющие друг друга. Современный рынок медицинских услуг - это трехзвенная рыночная структура, включающая в себя как рынок медицинских услуг, так и рынки сопутствующих товаров и услуг. Предлагается выделять первичный, вторичный и третичный рынки. Первичный рынок - это рынок стоматологических, ортопедических,

- непрерывное профессиональное обучение и сертификация врачей;
- уполномоченное участие системообразующих организаций в процедурах получения государственного заказа.

Реализация предложенных выше мер позволит сформировать в Российской Федерации мощную, высокотехнологичную, саморегулируемую частную систему здравоохранения, способную решать социальные задачи охраны здоровья граждан государственного масштаба.

При наличии высокотехнологичной инфраструктуры и введении саморегулирования медицинской деятельности, будут выполнены необходимые условия оказания качественной медицинской помощи на уровне лучших мировых стандартов. А участие субъектов частного здравоохранения в программах государственных гарантий и введение системы соплатежей, позволит сделать эту помощь доступной для граждан России.



- развитие информационного поля;
- непрерывное профессиональное обучение и сертификация врачей;
- уполномоченное участие системообразующих организаций в процедурах получения государственного заказа.

Реализация предложенных выше мер позволит сформировать в Российской Федерации мощную, высокотехнологичную, саморегулируемую частную систему здравоохранения, способную решать социальные задачи охраны здоровья граждан государственного масштаба.

При наличии высокотехнологичной инфраструктуры и введении саморегулирования медицинской деятельности, будут выполнены необходимые условия оказания качественной медицинской помощи на уровне лучших мировых стандартов. А участие субъектов частного здравоохранения в программах государственных гарантий и введение системы соплатежей, позволит сделать эту помощь доступной для граждан России.

Практическим результатом исследования является разработка комплекса мер, направленных на достижение баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг:

1. *Совершенствование экономических отношений, в частности развитие партнерских отношений при получении экономической самостоятельности лечебно-профилактических учреждений.* Основными структурообразующими элементами рынка медицинских услуг становятся стратегические альянсы, представляющие собой территориальные группировки ЛПУ и связанные с ними организации, действующие в определенной сфере и характеризующиеся общностью деятельности и взаимодополняющие друг друга. Современный рынок медицинских услуг - это трехзвенная рыночная структура, включающая в себя как рынок медицинских услуг, так и рынки сопутствующих товаров и услуг. Предлагается выделять первичный, вторичный и третичный рынки. Первичный рынок - это рынок стоматологических, ортопедических,



Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Рынок медицинских услуг обладает рядом специфических характеристик в отличие от других рынков нематериальных услуг, что накладывает отпечаток как на содержание экономических интересов субъектов рынка, так и особенности их реализации и достижение баланса.

Практическим результатом исследования является разработка комплекса мер, направленных на достижение баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг:

1. *Совершенствование экономических отношений, в частности развитие партнерских отношений при получении экономической самостоятельности лечебно-профилактических учреждений.* Основными структурообразующими элементами рынка медицинских услуг становятся **стратегические альянсы**, представляющие собой территориальные группировки ЛПУ и связанные с ними организации, действующие в определенной сфере и характеризующиеся общностью деятельности и взаимодополняющие друг друга. Современный рынок медицинских услуг - это трехзвенная рыночная структура, включающая в себя как рынок медицинских услуг, так и рынки сопутствующих товаров и услуг. Предлагается выделять первичный, вторичный и третичный рынки. Первичный рынок - это рынок стоматологических, ортопедических, хирургических, косметологических, репродуктивных, трансплантологических, эндокринологических, терапевтических, судебно-медицинских, лечебно-физкультурных и медико-реабилитационных, санитарно-экологических и нервно-психиатрических услуг.

Вторичный рынок медицинских услуг - это фармакологический рынок, обеспечивающий первичный рынок медицинских услуг необходимыми лекарственными средствами. Как первичный, так и вторичный рынки медицинских услуг непосредственно зависят от производства соответствующих технических средств, поэтому предлагается выделить

хирургических, косметологических, репродуктивных, трансплантологических, эндокринологических, терапевтических, судебно-медицинских, лечебно-физкультурных и медико-реабилитационных, санитарно-экологических и нервно-психиатрических услуг.

Вторичный рынок медицинских услуг - это фармакологический рынок, обеспечивающий первичный рынок медицинских услуг необходимыми лекарственными средствами. Как первичный, так и вторичный рынки медицинских услуг непосредственно зависят от производства соответствующих технических средств, поэтому предлагается выделить третичный рынок - самый "материальный" из всех. Он непосредственно переплетается с материальным производством и ответственен за медицинское оборудование. В исследовании выделены направления согласования интересов субъектов всех трех звеньев рынка медицинских услуг.

К основным характеристикам современного отечественного фармацевтического рынка и рынка медицинского оборудования следует отнести: немногочисленность и крупные размеры фирм, зависимость от импорта, большая перспективная емкость как в стоимостном, так и в количественном выражении, крупные барьеры входа на рынок.

2. *Создание условий для формирования эффективной конкурентной среды.* Величина компаний-лидеров рынка сама по себе является довольно значимым барьером входа на товарный рынок. Постепенный их рост при учете первоначального инвестора - государства позволило компаниям-лидерам при корректном управлении занять ведущие на рынке позиции, то есть цена входа на рынок для небольших предприятий довольно велика. В этом случае, учитывая потенциальную емкость рынка и определенную зависимость от импорта, небольшие компании пользуются иными факторами конкурентоспособности. Помимо этого, государство может само регулировать барьеры входа (снижать, устранять, повышать) с целью защиты отечественных производителей от чрезмерного вторжения

Анализ моделей рынка медицинских услуг позволил охарактеризовать институциональный потенциал результативной деятельности покупателей и повышения эффективности использования ресурсов и соответствующие институциональные издержки. Под институциональным потенциалом в исследовании понимаются следующие характеристики моделей финансирования: типы и сила мотиваций, присущих покупателям медицинских услуг; степень самостоятельности покупателей в принятии решений о способах реализации возложенных на них функций; возможность обеспечения сильного давления со стороны государства на покупателей, принуждающего их к выполнению установленных государством требований к результатам их деятельности; возможности развития конкуренции между покупателями; возможности воздействия на покупателей со стороны непосредственных потребителей медицинских услуг. Под институциональными издержками в данном случае понимаются издержки внедрения и поддержания институтов, обеспечивающих функционирование модели и результативную деятельность соответствующих покупателей.

Рынок медицинских услуг обладает рядом специфических характеристик в отличие от других рынков нематериальных услуг, что накладывает отпечаток как на содержание экономических интересов субъектов рынка, так и особенности их реализации и достижение баланса.

Практическим результатом исследования является разработка комплекса мер, направленных на достижение баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг:

1. *Совершенствование экономических отношений, в частности развитие партнерских отношений при получении экономической самостоятельности лечебно-профилактических учреждений.* Основными структурообразующими элементами рынка медицинских услуг становятся **стратегические альянсы**, представляющие собой территориальные группировки ЛПУ и связанные с ними организации, действующие в определенной сфере и характеризующиеся общностью деятельности и взаимодополняющие друг друга. Современный рынок медицинских услуг - это трехзвенная рыночная структура, включающая в себя как рынок медицинских услуг, так и рынки сопутствующих товаров и услуг. Предлагается выделять первичный, вторичный и третичный рынки. Первичный рынок - это рынок стоматологических, ортопедических, хирургических, косметологических, репродуктивных, трансплантологических, эндокринологических, терапевтических, судебно-медицинских, лечебно-физкультурных и медико-реабилитационных, санитарно-экологических и нервно-психиатрических услуг.

Вторичный рынок медицинских услуг - это фармакологический рынок, обеспечивающий первичный рынок медицинских услуг необходимыми лекарственными средствами. Как первичный, так и вторичный рынки медицинских услуг непосредственно зависят от производства соответствующих технических средств, поэтому предлагается выделить

хирургических, косметологических, репродуктивных, трансплантологических, эндокринологических, терапевтических, судебно-медицинских, лечебно-физкультурных и медико-реабилитационных, санитарно-экологических и нервно-психиатрических услуг.

Вторичный рынок медицинских услуг - это фармакологический рынок, обеспечивающий первичный рынок медицинских услуг необходимыми лекарственными средствами. Как первичный, так и вторичный рынки медицинских услуг непосредственно зависят от производства соответствующих технических средств, поэтому предлагается выделить

третичный рынок - самый "материальный" из всех. Он непосредственно переплетается с материальным производством и ответственен за медицинское оборудование. В исследовании выделены направления согласования интересов субъектов всех трех звеньев рынка медицинских услуг.

К основным характеристикам современного отечественного фармацевтического рынка и рынка медицинского оборудования следует отнести: немногочисленность и крупные размеры фирм, зависимость от импорта, большая перспективная емкость как в стоимостном, так и в количественном выражении, крупные барьеры входа на рынок.

2. *Создание условий для формирования эффективной конкурентной среды.* Величина компаний-лидеров рынка сама по себе является довольно значимым барьером входа на товарный рынок. Постепенный их рост при учете первоначального инвестора - государства позволило компаниям-лидерам при корректном управлении занять ведущие на рынке позиции, то есть цена входа на рынок для небольших предприятий довольно велика. В этом случае, учитывая потенциальную емкость рынка и определенную зависимость от импорта, небольшие компании пользуются иными факторами конкурентоспособности. Помимо этого, государство может само регулировать барьеры входа (снижать, устранять, повышать) с целью защиты отечественных производителей от чрезмерного вторжения

третичный рынок - самый "материальный" из всех. Он непосредственно переплетается с материальным производством и ответственен за медицинское оборудование. В исследовании выделены направления согласования интересов субъектов всех трех звеньев рынка медицинских услуг.

К основным характеристикам современного отечественного фармацевтического рынка и рынка медицинского оборудования следует отнести: немногочисленность и крупные размеры фирм, зависимость от импорта, большая перспективная емкость как в стоимостном, так и в количественном выражении, крупные барьеры входа на рынок.

2. *Создание условий для формирования эффективной конкурентной среды.* Величина компаний-лидеров рынка сама по себе является довольно значимым барьером входа на товарный рынок. Постепенный их рост при учете первоначального инвестора - государства позволило компаниям-лидерам при корректном управлении занять ведущие на рынке позиции, то есть цена входа на рынок для небольших предприятий довольно велика. В этом случае, учитывая потенциальную емкость рынка и определенную зависимость от импорта, небольшие компании пользуются иными факторами конкурентоспособности. Помимо этого, государство может само регулировать барьеры входа (снижать, устранять, повышать) с целью защиты отечественных производителей от чрезмерного вторжения конкурентов, для обеспечения продукции конечных потребителей и предоставления им права предпочтительного выбора. При этом барьеры могут носить экономический, нормативно-правовой, структурный, организационный, технический (технологический), финансовый, информационный характер. Это связано с предметом деятельности государства, например, лицензирование деятельности, регистрация, стандарты производства, порядок ценообразования, государственное регулирование (обеспечение и организация проведения тендеров на закупки ЛС), таможенная, налоговая и инвестиционная политика, патентное право. Такой барьер входа как небольшой объем продаж из-за низкого покупательского спроса лечебных учреждений диктует необходимость расширения таких механизмов развития рынка медицинского оборудования как как лизинг и развитие вторичного рынка медицинского оборудования.

3. *Совершенствование системы удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах.* Должны получить дальнейшее развитие такие перспективные организационные технологии микроуровня как врач общей практики, семейный врач, дневные стационары, стационары на дому, что способствует как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества обслуживания, создает ясную и легко реализуемую мотивацию ее улучшения.

4. *Развитие системы тактического и стратегического планирования.* Действующая в России система здравоохранения относится к традиционной классической форме организации - бюрократической. В функционирующей государственной системе здравоохранения отсутствуют условия появления



конкурентов, для обеспечения продукцией конечных потребителей и предоставления им права предпочтительного выбора. При этом барьеры могут носить экономический, нормативно-правовой, структурный, организационный, технический (технологический), финансовый, информационный характер. Это связано с предметом деятельности государства, например, лицензирование деятельности, регистрация, стандарты производства, порядок ценообразования, государственное регулирование (обеспечение и организация проведения тендеров на закупки ЛС), таможенная, налоговая и инвестиционная политика, патентное право. Такой барьер входа как небольшой объем продаж из-за низкого покупательского спроса лечебных учреждений диктует необходимость расширения таких механизмов развития рынка медицинского оборудования как как лизинг и развитие вторичного рынка медицинского оборудования.

3. *Совершенствование системы удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах.* Должны получить дальнейшее развитие такие перспективные организационные технологии микроуровня как врач общей практики, семейный врач, дневные стационары, стационары на дому, что способствует как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества обслуживания, создает ясную и легко реализуемую мотивацию ее улучшения.

4. *Развитие системы тактического и стратегического планирования.* Действующая в России система здравоохранения относится к традиционной классической форме организации - бюрократической. В функционирующей государственной системе здравоохранения отсутствуют условия появления независимых равноправных партнеров и конкурентов, действуют лишь функции вертикальных взаимоотношений типа «руководитель-исполнитель». Разграничение полномочий на различных уровнях принятия управленческих решений, формирование среды свободного функционирования лечебно-профилактических учреждений, среды, способствующей созданию горизонтальных взаимоотношений между учреждениями, является реальной



третичный рынок - самый "материальный" из всех. Он непосредственно переплетается с материальным производством и ответственен за медицинское оборудование. В исследовании выделены направления согласования интересов субъектов всех трех звеньев рынка медицинских услуг.

К основным характеристикам современного отечественного фармацевтического рынка и рынка медицинского оборудования следует отнести: немногочисленность и крупные размеры фирм; зависимость от импорта, большая перспективная емкость как в стоимостном, так и в количественном выражении, крупные барьеры входа на рынок.

2. *Создание условий для формирования эффективной конкурентной среды.* Величина компаний-лидеров рынка сама по себе является довольно значимым барьером входа на товарный рынок. Постепенный их рост при учете первоначального инвестора - государства позволило компаниям-лидерам при корректном управлении занять ведущие на рынке позиции, то есть цена входа на рынок для небольших предприятий довольно велика. В этом случае, учитывая потенциальную емкость рынка и определенную зависимость от импорта, небольшие компании пользуются иными факторами конкурентоспособности. Помимо этого, государство может само регулировать барьеры входа (снижать, устранять, повышать) с целью защиты ответственных производителей от чрезмерного вторжения конкурентов, для обеспечения продукцией конечных потребителей и предоставления им права предпочтительного выбора. При этом барьеры могут носить экономический, нормативно-правовой, структурный, организационный, технический (технологический), финансовый, информационный характер. Это связано с предметом деятельности государства, например, лицензирование деятельности, регистрация, стандарты производства, порядок ценообразования, государственное регулирование (обеспечение и организация проведения тендеров на закупки ЛС), таможенная, налоговая и инвестиционная политика, патентное право. Такой барьер входа как небольшой объем продаж из-за низкого покупательского спроса лечебных учреждений диктует необходимость расширения таких механизмов развития рынка медицинского оборудования как как лизинг и развитие вторичного рынка медицинского оборудования.

3. *Совершенствование системы удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах.* Должны получить дальнейшее развитие такие перспективные организационные технологии микроуровня как врач общей практики, семейный врач, дневные стационары, стационары на дому, что способствует как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества обслуживания, создает ясную и легко реализуемую мотивацию ее улучшения.

4. *Развитие системы тактического и стратегического планирования.* Действующая в России система здравоохранения относится к традиционной классической форме организации - бюрократической. В функционирующей государственной системе здравоохранения отсутствуют условия появления

конкурентов, для обеспечения продукцией конечных потребителей и предоставления им права предпочтительного выбора. При этом барьеры могут носить экономический, нормативно-правовой, структурный, организационный, технический (технологический), финансовый, информационный характер. Это связано с предметом деятельности государства, например, лицензирование деятельности, регистрация, стандарты производства, порядок ценообразования, государственное регулирование (обеспечение и организация проведения тендеров на закупки ЛС), таможенная, налоговая и инвестиционная политика, патентное право. Такой барьер входа как небольшой объем продаж из-за низкого покупательского спроса лечебных учреждений диктует необходимость расширения таких механизмов развития рынка медицинского оборудования как как лизинг и развитие вторичного рынка медицинского оборудования.

3. *Совершенствование системы удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах.* Должны получить дальнейшее развитие такие перспективные организационные технологии микроуровня как врач общей практики, семейный врач, дневные стационары, стационары на дому, что способствует как извлечению прибыли от предоставления медицинской услуги, так и повышению качества обслуживания, создает ясную и легко реализуемую мотивацию ее улучшения.

4. *Развитие системы тактического и стратегического планирования.* Действующая в России система здравоохранения относится к традиционной классической форме организации - бюрократической. В функционирующей государственной системе здравоохранения отсутствуют условия появления

независимых равноправных партнеров и конкурентов, действуют лишь функции вертикальных взаимоотношений типа «руководитель-исполнитель». Разграничение полномочий на различных уровнях принятия управленческих решений, формирование среды свободного функционирования лечебно-профилактических учреждений, среды, способствующей созданию горизонтальных взаимоотношений между учреждениями, является реальной

независимых равноправных партнеров и конкурентов, действуют лишь функции вертикальных взаимоотношений типа «руководитель-исполнитель». Разграничение полномочий на различных уровнях принятия управленческих решений, формирование среды свободного функционирования лечебно-профилактических учреждений, среды, способствующей созданию горизонтальных взаимоотношений между учреждениями, является реальной почвой, на которой возможно и необходимо обеспечение партнерства и стратегического альянса.

5. *Реализация альтернативных схем финансирования.* Анализируя сложившуюся ситуацию, можно констатировать, что в целом население с пониманием подошло к системе соплатежей. Государство должно гарантировать бесплатное медицинское обслуживание беднейших граждан при сохранении признания необходимости привлечения дополнительных средств более преуспевающих граждан за счет увеличения страховых тарифов или введения четкой системы доплат за медицинские услуги и лекарства. Соплатежи - это форма участия населения в финансировании оказываемой ему медицинской помощи. В некоторых странах, например, в Финляндии и ОАЭ они легализованы и солидарны: любой пациент, госпитализированный или пришедший на консультацию, доплачивает строго определенную сумму. В наших условиях под этим термином скрывается система рыночного предоставления платных медицинских услуг на договорной основе по экономически обоснованным ценам независимо от формы собственности медицинских учреждений, их организационно-правовых форм, тарифов, методик ценообразования, экономического обоснования. В целом при наличии рыночной экономики и легального института частной собственности более естественной представляется модель **государственно-частного здравоохранения**, с особняком стоящей системой медицинского страхования в качестве платежной стороны, где на одном полюсе находятся государственные бюджетные учреждения, работающие по смете, тарифу, выплатам из системы ОМС и обеспечивающие выполнение государственных гарантий, а на другом - частные медицинские учреждения, чьи дополнительные платные услуги не должны дублировать ассортимент утвержденных государственных гарантий.

Старая система здравоохранения была построена в «иной» стране, для решения иных задач. В России изменились общественный строй, экономические отношения, структура заболеваемости, демографическая структура общества. Оставшийся в наследство от прошлого институциональный и материально-технический каркас старой модели по-прежнему является существенным объективным тормозом преобразований. И хотя многое в этом каркасе достойно развития в новых условиях, но сложившиеся, окостеневшие структуры нуждаются в существенном реформировании в целях создания благоприятных условий для баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг.

почвой, на которой возможно и необходимо обеспечение партнерства и стратегического альянса.

5. *Реализация альтернативных схем финансирования.* Анализируя сложившуюся ситуацию, можно констатировать, что в целом население с пониманием подошло к системе соплатежей. Государство должно гарантировать бесплатное медицинское обслуживание беднейших граждан при сохранении признания необходимости привлечения дополнительных средств более преуспевающих граждан за счет увеличения страховых тарифов или введения четкой системы доплат за медицинские услуги и лекарства. Соплатежи - это форма участия населения в финансировании оказываемой ему медицинской помощи. В некоторых странах, например, в Финляндии и ОАЭ они легализованы и солидарны: любой пациент, госпитализированный или пришедший на консультацию, доплачивает строго определенную сумму. В наших условиях под этим термином скрывается система рыночного предоставления платных медицинских услуг на договорной основе по экономически необоснованным ценам независимо от формы собственности медицинских учреждений, их организационно-правовых форм, тарифов, методик ценообразования, экономического обоснования. В целом при наличии рыночной экономики и легального института частной собственности более естественной представляется модель государственно-частного здравоохранения, с особняком стоящей системой медицинского страхования в качестве платежной стороны, где на одном полюсе находятся государственные бюджетные учреждения, работающие по смете, тарифу, выплатам из системы ОМС и обеспечивающие выполнение государственных гарантий, а на другом - частные медицинские учреждения, чьи дополнительные платные услуги не должны дублировать ассортимент утвержденных государственных гарантий.

Старая система здравоохранения была построена в «иной» стране, для решения иных задач. В России изменились общественный строй,

экономические отношения, структура заболеваемости, демографическая

независимых равноправных партнеров и конкурентов, действуют лишь функции вертикальных взаимоотношений типа «руководитель-исполнитель». Разграничение полномочий на различных уровнях принятия управленческих решений, формирование среды свободного функционирования лечебно-профилактических учреждений, среды, способствующей созданию горизонтальных взаимоотношений между учреждениями, является реальной почвой, на которой возможно и необходимо обеспечение партнерства и стратегического альянса.

5. *Реализация альтернативных схем финансирования.* Анализируя сложившуюся ситуацию, можно констатировать, что в целом население с пониманием подошло к системе соплатежей. Государство должно гарантировать бесплатное медицинское обслуживание беднейших граждан при сохранении признания необходимости привлечения дополнительных средств более преуспевающих граждан за счет увеличения страховых тарифов или введения четкой системы доплат за медицинские услуги и лекарства. Соплатежи - это форма участия населения в финансировании оказываемой ему медицинской помощи. В некоторых странах, например, в Финляндии и ОАЭ они легализованы и солидарны: любой пациент, госпитализированный или пришедший на консультацию, доплачивает строго определенную сумму. В наших условиях под этим термином скрывается система рыночного предоставления платных медицинских услуг на договорной основе по экономически необоснованным ценам независимо от формы собственности медицинских учреждений, их организационно-правовых форм, тарифов, методик ценообразования, экономического обоснования. В целом при наличии рыночной экономики и легального института частной собственности более естественной представляется модель государственно-частного здравоохранения, с особняком стоящей системой медицинского страхования в качестве платежной стороны, где на одном полюсе находятся государственные бюджетные учреждения, работающие по смете, тарифу, выплатам из системы ОМС и обеспечивающие выполнение государственных гарантий, а на другом - частные медицинские учреждения, чьи дополнительные платные услуги не должны дублировать ассортимент утвержденных государственных гарантий.

Старая система здравоохранения была построена в «иной» стране, для решения иных задач. В России изменились общественный строй, экономические отношения, структура заболеваемости, демографическая структура общества. Оставшийся в наследство от прошлого институциональный и материально-технический каркас старой модели по-прежнему является существенным объективным тормозом преобразований. И хотя многое в этом каркасе достойно развития в новых условиях, но сложившиеся, окостеневшие структуры нуждаются в существенном реформировании в целях создания благоприятных условий для баланса интересов субъектов рынка медицинских услуг.

