

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ульяновский государственный университет»

Е. В. Рожкова

**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ**

Ульяновск 2015

УДК 338.46/61
ББК 65.495-551
Р63

Печатается по решению Ученого совета
Института экономики и бизнеса
Ульяновского государственного университета
(протокол № 187/03 от 29 октября 2015 года)

Рецензенты:

доктор экономических наук, профессор кафедры политической экономии
экономического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова *Г. А. Ахинов*;
доктор медицинских наук, профессор
Ульяновского государственного университета *Л. Е. Белый*

Рожкова, Е. В.

Р63 **Развитие системы оздоровления населения России : [моногр.]**
/ Е. В. Рожкова. – Ульяновск : УлГУ, 2015. – 280 с.
ISBN 978-5-88866-607-4

Настоящее исследование посвящено развитию методологических и методических вопросов управления деятельностью по укреплению общественного здоровья в современных условиях. В монографии представлены теоретические аспекты социально-экономического развития системы оздоровления населения и ее основные компоненты, выявлена проблематика и динамика оздоровительных программ в РФ, раскрыта инновационная компонента оздоровительной деятельности, предложены организационно-экономические методы развития системы оздоровления населения, разработаны стратегические направления дальнейшей реализации системы оздоровления населения в Российской Федерации. Представленные материалы могут быть адаптированы для различных учреждений – участников системы оздоровления населения.

Для действующих руководителей и специалистов в области управления услугами, а также для студентов, аспирантов, преподавателей и всех читателей, заинтересованных в обстоятельном исследовании вопросов повышения уровня здоровья населения.

УДК 338.46/61
ББК 65.495-551

ISBN 978-5-88866-607-4

© Рожкова Е. В., 2015

© Ульяновский государственный университет, 2015

Оглавление

| | |
|---|------------|
| Введение | 5 |
| Глава 1. Теоретико-методологические аспекты социально-экономического развития системы оздоровления населения | 7 |
| 1.1. Сущностные особенности социально-экономического развития системы оздоровления населения | 7 |
| 1.2. Теоретико-методологическое содержание дискуссии о реформах здравоохранения | 22 |
| 1.3. Базовые компоненты системы оздоровления населения РФ | 40 |
| Глава 2. Развитие системы оздоровления населения РФ | 73 |
| 2.1. Особенности финансового и организационного обеспечения системы оздоровления населения РФ | 73 |
| 2.2. Динамика государственного программирования оздоровления населения | 99 |
| 2.3. Характеристика территориальных программ государственных гарантий оздоровительной помощи населению в регионах РФ | 110 |
| Глава 3. Инновационная составляющая социально-экономического развития системы оздоровления населения РФ | 138 |
| 3.1. Инновационные оздоровительные медицинские услуги: сущностные и типологические характеристики | 138 |
| 3.2. Центр оздоровления населения как инструмент инновационной модели развития экономики здоровья населения в регионе | 149 |
| Глава 4. Организационно-экономические методы развития системы оздоровления населения РФ | 163 |
| 4.1. Методы организационно-экономического обоснования решений по развитию оздоровительных услуг | 163 |

| | |
|--|------------|
| 4.2. Организационно-экономическая оценка комплексного уровня качества оздоровительных медицинских услуг | 178 |
| Глава 5. Стратегические направления реализации системы оздоровления населения РФ | 199 |
| 5.1. Развитие медицинской и социальной профилактики..... | 199 |
| 5.2. Совершенствование системы финансирования оздоровительных услуг организаций здравоохранения..... | 215 |
| 5.3. Развитие инфраструктуры здоровья населения | 229 |
| Заключение | 246 |
| Библиографический список | 251 |
| Приложения..... | 276 |

Введение

В условиях ускорения научно-технического прогресса и систем социального обслуживания населения, с ростом численности и доли граждан, достигших пенсионного возраста, в общей численности населения страны возрастает потребность в медицинской помощи. При этом экономический кризис, сопровождаемый увеличением бюджетного дефицита, при одновременном росте расходов на пенсионное обеспечение и социальную помощь, ввиду усиления тенденции старения населения, роста хронических заболеваний и численности инвалидов, ставит вопрос о необходимости пересмотра сложившегося подхода к экономике здравоохранения, ориентированного на лечение растущего числа больных.

В последние годы в России формируются объективные предпосылки инновационного развития здравоохранения с акцентом на профилактику. Вместе с тем опыт реализации инновационных решений с позиции организации управления оздоровительной деятельностью исследован не в полной мере. Нет единого подхода к построению организационных моделей управления разработкой и внедрением инновационных подходов в сфере укрепления здоровья населения.

Недостаточная разработанность целого комплекса вопросов теоретико-методологического и методического характера в отношении формирования комплексной системы оздоровления населения обусловила выбор темы данной работы.

В представленной монографии исследованы теоретические аспекты социально-экономического развития системы оздоровления населения и представлены ее основные компоненты (глава 1), выявлена проблематика и динамика оздоровительных программ в РФ (глава 2), раскрыта инноваци-

онная компонента оздоровительной деятельности (глава 3), предложены организационно-экономические методы развития системы оздоровления населения (глава 4), разработаны стратегические направления дальнейшей реализации системы оздоровления населения в Российской Федерации (глава 5).

Глава 1

Теоретико-методологические аспекты социально-экономического развития системы оздоровления населения

1.1. Сущностные особенности социально-экономического развития системы оздоровления населения

Известно, что вопросы охраны здоровья, деятельности по оказанию медицинской помощи поднимались уже на ранних этапах истории, являясь предпосылками создания систем здравоохранения. Исторически зарождение представлений о здоровом образе жизни относят еще к VI веку до н. э. (Веды Древней Индии, восточная философия, античная философия Древней Греции и пр.). Фактически любое общество имеет собственное представление о здоровье как часть своей культуры. Соответственно, уже на ранних этапах развития медицинской науки стало формироваться представление о сложном влиянии различных факторов на здоровье людей и необходимости создания общественных форм его охраны¹.

Однако исследователи данного исторического опыта подчеркивают, что формирование систем здравоохранения возможно лишь в условиях экономически развитого общества и централизованного государства, то есть с конца XIX – начала XX века. Причем формирующиеся системы

¹ Войцехович Б. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ростов н/Д: Феникс, 2007. С. 14.

здравоохранения носили, как правило, отпечаток приверженности к той или иной группе населения (партии), отражали экономические, социальные и политические стремления определенной части общества. Демократические общественные движения способствовали появлению новых форм обеспечения медицинской помощи трудящимся и иным категориям населения. С развитием в рамках экономической науки теории человеческого капитала в 60-х годах прошлого столетия усилилось экономическое обоснование важности долгосрочных инвестиций в «капитал здоровья». В настоящее время концепция экономики здоровья развивается на стыке многих наук: экономической теории, демографии, социологии, профилактической медицины, менеджмента здравоохранения, спорта, туризма и пр. Целью концепции является не только исследование специфики экономических отношений в здравоохранении, но и выявление социально-экономических факторов, влияющих на изменение показателей здоровья населения².

Подчеркнем, что, согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Аналогичным образом здоровье определяется и в Федеральном законе РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»: состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Исследователь вопросов экономики здоровья профессор Б. И. Бояринцев отмечает: важнейший элемент экономического механизма здравоохранения – формирование у людей потребности быть здоровыми, вести здоровый образ жизни, что предполагает финансирование и стимулирование не только санитарно-гигиенической культуры, но и культуры отдыха, общения, потребления, поведения, межличностных отношений³.

² Букин А. К. Социально-экономические аспекты реализации целевых комплексных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М.: МГУ, 2009. С. 11.

³ Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001. С. 7.

Действительно, проблемы здоровья нельзя решить только за счет применения совершенных технических средств диагностики и лечения. Человек выступает активным участником процессов сохранения и приобретения здоровья, что требует осознания субъектом себя и собственного образа жизни. Знание различных факторов, оказывающих влияние на здоровье, формирует динамичную систему поведения человека, предполагающую постоянное корректирование своего поведения с учетом приобретенного опыта, наследственных и возрастных особенностей.

Примечательно, что до середины XX века не существовало единой концепции по поводу того, что определяет индивидуальное и общественное здоровье. Однако в результате большого количества исследований, применения социологических, эпидемиологических, психологических, статистических и других методов стала формироваться концепция факторов риска, ставшая крупным фундаментальным достижением в решении основного вопроса медицины: от чего зависит здоровье? Была предложена формула факторов здоровья: здоровье формируется цепочкой «среда – поведение – человек». Академик Ю. П. Лисицын подчеркивает, что главный фактор риска (он же фактор здоровья) – поведение человека, живущего в конкретных условиях. Автор выдвинул концепцию формирования здоровья, состоящую из двух этапов: уменьшения, преодоления факторов риска здоровью и недопущения факторов риска за счет формирования здорового образа жизни (табл. 1.1.1)⁴.

Ключом к формированию здорового образа жизни, как отмечают исследователи, можно считать положительную медицинскую активность, то есть такую деятельность людей, которая связана с индивидуальным и общественным здоровьем и направлена на охрану, укрепление и воспроизводство здоровья⁵.

⁴ Лисицын Ю. П. *Здравоохранение в XX веке*. М.: Медицина, 2002. С. 141-147.

⁵ Белов В. Г. *Основные направления формирования здорового образа жизни // Материалы Второго международного психолого-социального конгресса*. СПб.: СПбГИПРС, 2009. С. 206.

Таблица 1.1.1

Этапы формирования здоровья (по Ю. П. Лисицыну)

| Этап 1. Преодоление факторов риска здоровью, в т. ч. преодоление: | Этап 2. Формирование факторов здорового образа жизни, в т. ч. обеспечение: |
|--|--|
| – низкой социальной и медицинской активности, общей и гигиенической культуры | – высокой социальной активности, высокого уровня гигиенической культуры, социального оптимизма |
| – низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом | – высокой трудовой активности, удовлетворенности трудом |
| – психоэмоционального стресса, пассивности, апатии, психологического дискомфорта, депрессии и пр. | – физического и душевного комфорта, гармоничного развития физических, психических, интеллектуальных способностей |
| – загрязнения окружающей среды, низкой экологической активности, экологически неграмотного поведения | – оздоровления окружающей среды, высокой экологической грамотности, экологически грамотного поведения |
| – низкой физической активности, гиподинамии | – высокой физической активности |
| – нерационального, несбалансированного либо недостаточного питания | – рационального сбалансированного питания |
| – злоупотребления алкоголем, курения, потребления наркотических, токсичных веществ | – отсутствия вредных привычек |
| – напряженности семейных отношений, неблагоустроенности быта и др. | – дружных семейных отношений, обустроенности быта и др. |

Подчеркнем, что в данной трактовке положительная медицинская активность предполагает не только активизацию деятельности отдельных субъектов по укреплению своего здоровья (усиление самомотивации субъектов посредством осознания значимости здорового образа жизни), но и в первую очередь активизацию деятельности всех субъектов социальной сферы (в том числе сферы здравоохранения) по укреплению общественного здоровья.

В этот же период формируется как область самостоятельных научных знаний экономика здравоохранения, что, по мнению исследователей, вызвано рядом причин⁶:

– резкое увеличение объема и социально-экономической значимости сферы услуг, в рамках которой медицина превратилась в крупную отрасль народного хозяйства;

– здравоохранение заявило о себе как необычайно ресурсоемкая отрасль, использующая материальные, финансовые, трудовые и прочие ресурсы;

– здравоохранение стало рассматриваться как экономически целесообразная и выгодная область приложения инвестиционных средств.

В конечном итоге в XX веке в мире формируются общенациональные системы здравоохранения⁷. Исследования, посвященные анализу и систематизации процесса становления систем здравоохранения в XX веке, позволяют говорить о наличии определенных этапов в формировании задач и целей реформ здравоохранения ряда стран. Так, Д. Бьоркман выделяет следующие этапы⁸:

– строительство институтов (50-60-е гг. XX века), когда формировались основные институты здравоохранения;

– управление развитием (конец 60-х – начало 70-х гг. XX века), для которого характерно укрепление уже существующих структур, возрастание роли государства, в первую очередь в решении проблем социально незащищенных групп населения;

– управление кадрами (80-90-е гг. XX века), когда основной задачей становится повышение качества и результативности всей системы здравоохранения, усиливается взаимодействие как государственных, так и негосударственных организаций.

⁶ Тлепцеришев Р. А. и др. Экономика и управление здравоохранением: учеб. 6-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д: Феникс, 2009. С. 9-10.

⁷ Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002. С. 54-60.

⁸ Бьоркман Дж. В. Реформы здравоохранения: поиски продолжаются // Управление здравоохранением. 2010. № 2 (27). С. 15-26.

Созданные системы здравоохранения можно разделить на три основные группы (модели):

- преимущественно государственная (общественная) система, наиболее ярко представленная в Великобритании;
- преимущественно социально-страховая система (Германия, Франция);
- преимущественно частная система (США)⁹.

Безусловно, данное деление является условным, и на практике различные системы здравоохранения могут включать элементы различных моделей¹⁰.

Несмотря на различия в подходах к организации систем здравоохранения, понимание роли деятельности по охране здоровья как основы социальной защиты населения, безопасности общества и государства, формы консолидации общества стало проявляться не только в политических заявлениях, но и в росте расходов на здравоохранение, что демонстрирует таблица 1.1.2.

Таблица 1.1.2

Расходы на здравоохранение в экономически развитых странах¹¹

| Страна | Расходы на здравоохранение, в % от ВВП | | | | | | |
|----------------|--|------|------|------|------|------|-----------|
| | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1996 | 2010-2011 |
| Франция | 4,2 | 5,8 | 7,6 | 8,9 | 9,9 | 9,8 | 9,3 |
| Германия | 4,8 | 5,9 | 8,4 | 8,3 | 9,6 | 10,5 | 9,0 |
| США | 5,2 | 7,2 | 9,1 | 12,7 | 14,5 | 13,6 | 8,2 |
| Великобритания | 3,9 | 4,5 | 5,6 | 6,0 | 6,2 | 6,9 | 8,1 |
| Канада | 5,5 | 7,1 | 7,3 | 9,2 | 9,5 | 9,2 | 7,9 |
| Италия | 3,6 | 5,1 | 6,9 | 8,4 | 7,7 | 7,8 | 7,4 |
| Япония | - | 4,4 | 6,4 | 6,0 | 7,2 | 7,2 | 7,4 |

⁹ Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002. С. 84.

¹⁰ Чубарова Т. В. Экономика здравоохранения: науч. докл. М.: Институт экономики РАН, 2008.

¹¹ Демин А. К. Политические проблемы социальной защиты населения в странах «большой семерки» (на примере здравоохранения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000. С. 336.

Обратим внимание, что рост расходов на здравоохранение в странах ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития) в прошедшем десятилетии в среднем опережал темпы экономического роста (табл. 1.1.3).

Таблица 1.1.3

Рост расходов на здравоохранение в странах ОЭСР, % ВВП¹²

| Страна ОЭСР | Реальный годовой рост душевых расходов на здравоохранение | Реальный годовой рост ВВП на душу населения |
|--------------------|---|--|
| Австралия | 2,9 | 2,1 |
| Австрия | 2,3 | 1,6 |
| Бельгия | 3,2 | 1,5 |
| Канада | 3,4 | 1,4 |
| Чили | 3,6 | 3,1 |
| Чешская Республика | 5,4 | 4,3 |
| Дания | 3,7 | 1,3 |
| Финляндия | 4,6 | 2,6 |
| Франция | 2,2 | 0,9 |
| Германия | 1,6 | 1,2 |
| Греция | 6,9 | 3,8 |
| Венгрия | 4,0 | 3,6 |
| Исландия | 1,6 | 1,4 |
| Ирландия | 7,6 | 2,9 |
| Италия | 1,9 | 0,4 |
| Япония | 2,2 | 1,5 |
| Испания | 4,7 | 1,9 |
| Швеция | 3,6 | 1,9 |
| Швейцария | 1,8 | 1,1 |
| Турция | 6,5 | 3,5 |
| Великобритания | 4,6 | 2,0 |
| США | 3,4 | 1,2 |
| <i>В среднем</i> | <i>3,7</i> | <i>2,1</i> |

¹² OESD Health Data. 2010.

Как отмечают исследователи, рост расходов на здравоохранение связан с влиянием ряда факторов. Часть факторов – старение населения, рост доходов и увеличение страхового покрытия – являются факторами спроса. Факторы предложения во многом определяются стимулами производителей: увеличение численности медицинского персонала и медицинских учреждений, прогресс технологий, разработка инновационного оборудования и лекарственного обеспечения¹³. Соответственно, с учетом необходимости сокращения бюджетного дефицита многие государства ОЭСР вынуждены решать, как в условиях экономии государственных средств обеспечить повышение уровня общественного здоровья.

Усиливает проблему и тот факт, что эффективность оказания медицинских услуг не всегда высокая. Сравнение по странам ОЭСР показывает, что эффективность работы систем здравоохранения в странах – членах Организации различна, причем в каждом конкретном случае существуют резервы экономии расходов за счет повышения эффективности (рис. 1.1.1).

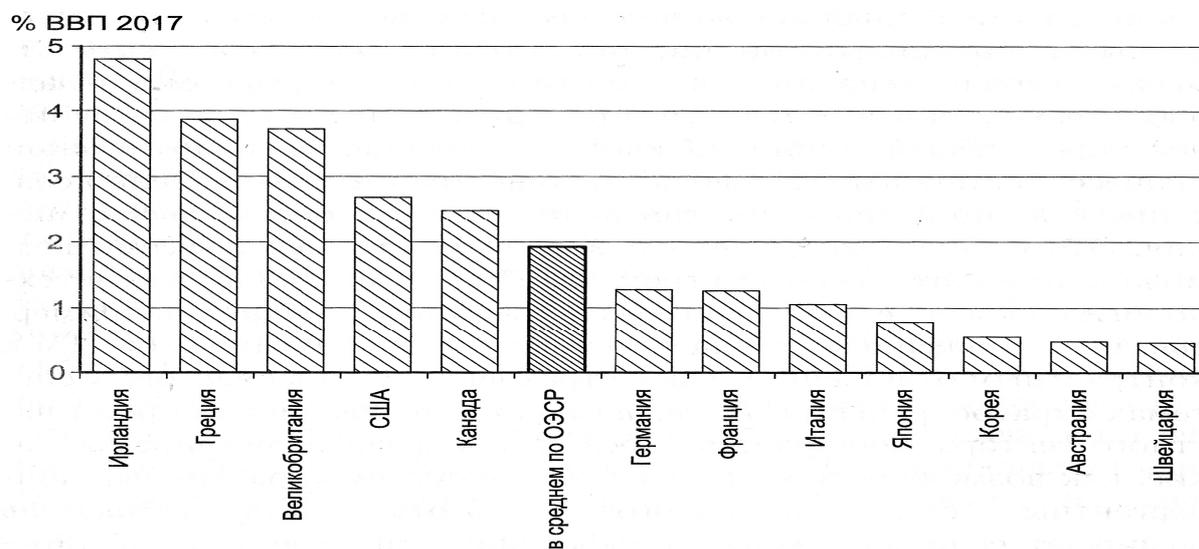


Рис. 1.1.1. Потенциальная экономия за счет повышения эффективности здравоохранения в отдельных странах ОЭСР¹⁴

¹³ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012. С. 30.

¹⁴ Health care systems: efficiency and policy setting. OECD. 2010.

В отдельных государствах потенциальная экономия может превышать 3 % ВВП. По сути, на сегодняшний день пока не создано ни в одном государстве такой системы здравоохранения, которая бы полностью устраивала общество, и в настоящее время реформы, связанные с поиском наиболее эффективных подходов к укреплению здоровья населения, охватили весь мир.

На наш взгляд, можно говорить о происходящей в настоящее время смене парадигм: переходе от концепции экономики здравоохранения к концепции оздоровления населения, усиливающей внимание на вопросах предупреждения, а не лечения заболеваний в условиях достижения предела возможностей дальнейшего роста расходов на здравоохранение.

Обстоятельный сравнительный анализ такого рода реформ в зарубежных странах представлен в монографии ученых Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова¹⁵. Авторы подчеркивают: несмотря на различия в моделях организации и финансирования здравоохранения, во всех проектах реформ в разных комбинациях фигурируют три важнейших составляющих, которые некоторые эксперты характеризуют как «железный треугольник здравоохранения» – затраты, доступность, качество¹⁶.

Иными словами, основная проблема, которую решают развитые страны, – обеспечить доступ большинства населения к качественным услугам, позволяющим повысить уровень здоровья при одновременном сдерживании роста расходов на здравоохранение.

Исследователи отмечают, что практически повсеместно в ходе реформ происходит усиление государственного регулирования в здравоохранении с целью реализации особой системы социальных ценностей, присущих современному обществу¹⁷.

¹⁵ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012.

¹⁶ Kissick W. L. Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources. New Haven. CT: Yale University Press, 1994.

¹⁷ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012. С. 63-65, 235-237, 279.

Роль государства в системе здравоохранения авторы определяют через ряд функций:

- формирование стратегии на национальном уровне;
- строгое регулирование общих расходов и качества медицинских услуг;
- определение стандартов в здравоохранении (в широком понимании);
- контроль и оценка результатов.

Авторы также отмечают, что в контексте современных реформ здравоохранения особенно важны инновации в медицине. Однако подчеркивается, что инновации способны не только обеспечить улучшение состояния здоровья и увеличение продолжительности жизни людей, но и выступить крупнейшим источником роста инвестиционных расходов. В этой связи очевидно, что важной задачей в рамках сдерживания расходов на систему охраны здоровья населения выступает совершенствование управления, оптимизации взаимоотношений различных субъектов – участников процесса оздоровления населения. Данный тезис будет являться основой выработки направлений данного исследования.

Повышенный интерес исследователей отмечается к происходящим в настоящее время реформам системы здравоохранения США. Причиной реформ во многом являлся весьма существенный рост расходов на здравоохранение за три последних десятилетия. В 2010 году государственные расходы на душу населения составили 3068\$, что в 1,7 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР, а общий размер расходов на здравоохранение – 8233\$, что в 2,5 раза выше, чем в странах ОЭСР (17,6 % ВВП)¹⁸. Вместе с тем результирующие показатели эффективности системы здравоохранения в США (продолжительность жизни, смертность населения, удовлетворенность пациентов и т. п.) хуже, чем в странах ОЭСР: многие страны достигают аналогичных показателей при финансировании системы здравоохранения в 1,5-2 раза ниже, чем в США¹⁹.

¹⁸ База данных Росстата. URL: <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do> (дата обращения: 04.06.2012); База данных ОЭСР. URL: <http://www.oecd.org/statistics/> (дата обращения: 17.09.2012).

¹⁹ Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 5.

Нужно отметить, что исторически сложившейся спецификой США является преимущественное финансирование медицинской помощи населению на основе добровольного медицинского страхования (ДМС). Большая часть застрахованных (55 %) относятся к системе добровольного медицинского страхования. Государственные же программы медицинского страхования (Medicare – программа обязательного страхования пожилых людей и Medicaid – программа страхования малоимущих граждан) покрывают порядка 45 % расходов на здравоохранение. Именно резкий рост стоимости данных программ существенно увеличивал дефицит государственного бюджета страны в последние годы²⁰. Высокие же тарифные ставки страховых медицинских организаций являлись причиной наличия порядка 50 млн незастрахованных граждан (более 16 % населения страны), которые в случае выставления им высоких счетов за оказанные медицинские услуги становились должниками системы на многие годы²¹. Усиливало проблему и наличие определенной дискриминации населения страховыми компаниями по состоянию здоровья, вплоть до отказа в выплатах (в том числе после заключения договора).

Справедливости ради следует отметить, что для США характерен высокий уровень инновационности как медицинских технологий, так и лекарственных средств (лидирующие позиции среди стран ОЭСР по итогам исследований Г. Улумбековой). Однако доступность данных видов медицинской помощи крайне неравномерна: дорогостоящее лечение доступно лишь наиболее обеспеченным слоям населения.

В рамках решения данных проблем в 2010 году Правительством США была инициирована реформа здравоохранения и разработан соответствующий закон «О защите пациентов и доступности медицинской помощи»²². Несмотря на серьезную оппозицию (25 июня 2015 года Верховный

²⁰ Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения / Центр макроэкономических исследований Сбербанка России. 2010.

²¹ The Emergence of Private Health Insurance Exchanges Fueling the “Consumerization” of Employer-Sponsored Health Insurance. Ed. by A. Kapur, A. Kaura et al. Perspective. 2012. Booz & Company. 13 p.

²² Are ACOs the Answer to High-Value Healthcare? Ed. by W. Yeung, H. Burns, D. Loiacano. American Health & Drug Benefits 2011; 4 (7) November/December: 441-450.

суд США отклонил очередную жалобу на данную реформу²³), положения закона продолжают реализовываться.

Опираясь на публикации ученых, исследующих данные вопросы, выделим основные положения осуществляемой реформы²⁴.

Во-первых, реформой вводится обязательное медицинское страхование всех граждан. Финансирование приобретения полисов предполагает различные источники (табл. 1.1.4):

– собственные средства граждан – в случае, если размер страховки не превышает 8 % ежегодного дохода субъекта. При этом если доход субъекта составляет менее чем 14 400\$ в год (для семьи из четырех человек – менее 29 330\$ в год), предусматриваются налоговые субсидии. В случае отказа от покупки полиса накладывается штраф от 1 до 2,5 % дохода субъекта;

Таблица 1.1.4

Источники финансирования обязательного медицинского страхования в США

| № | Источник финансирования | Условия | Льготы | В случае невыполнения условий |
|---|---|--|--------------------|--|
| 1 | Собственные средства граждан | страховка менее 8 % от дохода субъекта | - | штраф до 2,5 % дохода |
| | | доход от 14400\$ до 43320\$ в год | налоговые субсидии | штраф до 2,5 % дохода |
| 2 | Средства работодателей | численность менее 25 работников | налоговые субсидии | - |
| | | численность более 25 работников | - | дополнительный налог 2000\$ на работника |
| 3 | Средства государства (программа Medicaid) | страховка более 8 % от дохода субъекта | - | - |

²³ Верховный суд США поддержал ключевой элемент реформы здравоохранения. URL: <http://www.interfax.ru/world/449847> (дата обращения: 24.08.15).

²⁴ См., напр.: Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. 2012; Gruber J. Healthcare Reform: what it is, why it's necessary? Illustrated by N. Schreiber. NY. 2011. 152 p.

– средства работодателей. Для субъектов малого предпринимательства (численность работников не более 25 человек) в случае принятия решения о страховании работников предусматриваются налоговые льготы. Для более крупных работодателей возможны несколько вариантов: либо страховать работников, либо выплачивать дополнительный налог – 2000\$ в год на одного работника;

– средства государства (программа Medicaid) – если размер страховки превышает 8 % ежегодного дохода субъекта.

Во-вторых, усиление государственного регулирования и контроля страховых взносов и покрытий. Данное положение реализуется в следующих направлениях:

– введение базового пакета государственных гарантий. Согласно закону, медицинское страхование должно быть безрисковым, поскольку страховые компании не имеют права отказать кому-либо в страховании либо устанавливать более высокие тарифы гражданам ввиду наличия у страхуемых заболеваний или повышенной вероятности возникновения заболеваний;

– дифференциация налоговых выплат страховых компаний в медицинской сфере. Для страховых компаний, имеющих наиболее высокие тарифы страховых взносов, вводится дополнительный налог;

– регламентация отчетности медицинских организаций. Для этих целей специально сформирован «План подотчетных медицинских организаций». Организации или частнопрактикующие врачи, вступившие в данную программу, обязаны отчитываться за результаты и качество оказанных медицинских услуг перед государством по тридцати трем показателям. При этом в случае достижения экономии (до 4 % от тарифов на медицинские услуги) организация получает бонус, который может составлять до 70 % от сэкономленных средств;

– установление ограничений на страховые выплаты за используемые медицинские технологии. Создана специальная комиссия, осуществляющая сравнительную оценку медицинских технологий, которая определяет те – наиболее эффективные – технологии, за которые будет осуществляться оплата по страховым тарифам;

– введение государственного регулирования доходов страховых организаций в медицинской сфере. Согласно новым требованиям, страховая компания обязана потратить 80-85 % средств, поступивших в рамках страховых взносов, на финансирование оказываемых медицинских услуг и лишь 10-15 % – на административные расходы и прибыль.

В-третьих, реформа предполагает многовариантность страховых планов и упрощение их выбора.

Страховые планы могут включать различные наборы медицинских услуг (дополнительно к базовому пакету государственных гарантий), различные варианты выплаты страховых взносов и пр. В целях упрощения выбора и обеспечения «прозрачности» конкуренции страховых планов и страховых компаний организуется «Биржа страховых планов», доступ к которой возможен через специальные call-центры и сеть Интернет.

В-четвертых, предполагается дополнительное финансирование осуществления реформы.

Несмотря на то, что основные расходы по финансированию системы здравоохранения остаются прерогативой федерального бюджета – 90 % (10 % – бюджеты штатов)²⁵, реформой определяется дополнительный источник финансовых средств: налог на наиболее обеспеченных граждан, получающих в виде заработной платы и инвестиционных доходов в год более 200 тыс. \$.

В-пятых (и нам представляется это особо значимым), включение в страховые планы мероприятий по профилактике заболеваний. В базовый пакет государственных гарантий входят не только медицинские услуги лечебно-диагностического характера, но и мероприятия профилактической направленности. Действительно, с экономических позиций успех реформ в первую очередь определяется тем, насколько возрастет количество здоровых людей, которые, приобретая медицинскую страховку, не испытывают реальной потребности в лечении. Именно взносы такой категории застрахованных могут являться основой для расширения объемов медицинского страхования.

²⁵ Are ACOs the Answer to High-Value Healthcare? Ed. by W. Yeung, H. Burns, D. Loiacano. American Health & Drug Benefits 2011; 4 (7) November/December: 441-450.

Аналогичные тенденции наблюдаются и в других странах. Так, в ходе реформ Национальной службы здравоохранения Великобритании в 1999 году было введено специальное структурное подразделение – «группы по оказанию первичной помощи», специализирующееся на профилактической деятельности, в 2011 году инициировано введение «премии за качество» врачам общей практики за снижение показателей смертности и заболеваемости. В Японии в рамках структурной реформы здравоохранения, закон о которой был принят в 2006 году, в политике здравоохранения предусматривается значительный акцент на профилактическую деятельность (концепция «метаболического синдрома»). В тот же период на фоне сдерживания расходов на здравоохранение был изменен Закон о страховании долгосрочного ухода с акцентом на профилактические меры²⁶.

Параллельно активизируется деятельность по нахождению дополнительных источников финансирования деятельности по повышению уровня общественного здоровья: развивается государственно-частное партнерство оздоровительной деятельности, в том числе выходящей за рамки здравоохранения. Примерами могут служить проекты по строительству и реконструкции стадионов и аналогичных объектов физической культуры и спорта в Канаде, Дании, Шотландии. Льготное налогообложение спортивных клубов в Германии активизирует работу частного сектора в спортивно-оздоровительной сфере²⁷. Развивается экологическое страхование и иные способы решения экологических проблем, влияющих на уровень здоровья населения²⁸.

Таким образом, процессы реформирования систем здравоохранения в зарубежных странах показывают, что в целях обеспечения доступной, современной и качественной оздоровительной помощи населению при одновременных усилиях по сдерживанию государственных расходов на здравоохранение важными направлениями реформ являются:

²⁶ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012. С. 79, 87, 188-189.

²⁷ Арустамян Г. Н., Багуцкая О. А., Бояринцев Б. И. и др. Основы экономики здоровья населения России: моногр. / под ред. Е. В. Егорова, В. А. Морозова. М.: Креативная экономика, 2015. 464 с. С. 371-373.

²⁸ Там же. С. 133-136.

- приоритетность мероприятий по профилактике заболеваний (переход от экономики здравоохранения к экономике оздоровления);
- повышение качества и доступности оздоровительных услуг (обеспечение всеохватности медицинского страхования, включающего первичную профилактику, усиление государственного регулирования и контроля страховых взносов и покрытий, многовариантность страховых планов и упрощение их выбора);
- развитие оздоровительной деятельности вне систем здравоохранения (спортивно-оздоровительная деятельность, обеспечение экологической безопасности и т. д.);
- формирование дополнительных источников финансирования оздоровительной деятельности.

Данные аспекты являются крайне значимыми для выработки концептуальных положений по дальнейшему развитию сферы укрепления здоровья населения России. В этой связи представляется целесообразным исследовать динамику и специфику реформирования системы здравоохранения России за последние десятилетия.

1.2. Теоретико-методологическое содержание дискуссии о реформах здравоохранения

В условиях активного реформирования здравоохранения во многих странах мира государства переходного типа оказались в сложной ситуации: фактически они были вынуждены осуществлять переход от более высокой формы социализации здравоохранения к рыночной схеме. Подобного опыта в мировой практике еще не было.

Так, в СССР к середине прошлого века сложилась государственная бюджетная система здравоохранения, основы которой были разработаны в первые годы советской власти под руководством Н. А. Семашко. Данная система исходила из принципа безусловной ответственности государства за все стороны жизни человека в обществе, в том числе и в области бес-

печения и охраны здоровья. Система была ориентирована на централизованный механизм формирования отраслевого бюджета, организацию лекарственного и материально-технического обеспечения на основе государственного заказа и фондового снабжения по фиксированным ценам, формирование и развитие сети лечебных учреждений в соответствии с государственными нормативами по штатам, ресурсам, заработной плате и пр. Особенностью системы также являлось монопольное выстраивание лечебной сети, стандартизация медицинской помощи без возможностей предоставления дополнительных платных услуг и элитного обслуживания, отсутствие экономических стимулов в работе медицинского персонала. Государство выступало и как заказчик медицинской помощи, и как исполнитель медицинских услуг²⁹.

В 1960-1970-е годы в России преобладало экстенсивное развитие сферы здравоохранения с акцентом на наращивание коечного фонда, числа врачей, объемов посещений и госпитализации, а реальные показатели качества, доступности и эффективности использования ресурсов оставались на втором плане³⁰. В рамках изменения сложившейся системы в 1987 году был принят новый хозяйственный механизм (НХМ) в здравоохранении, и началась его экспериментальная реализация сначала в трех, а затем еще в 10 областях России.

Обстоятельный анализ основных составляющих НХМ был проведен профессором Б. И. Бояринцевым, который внес существенный вклад в теоретическое обоснование и практическую реализацию НХМ³¹. В рамках данного анализа отметим следующие характеристики НХМ:

1. *Широкое применение экономических методов в управлении.* В основу НХМ была заложена хозяйственная самостоятельность и экономическая ответственность учреждений и объединений здравоохранения. При

²⁹ Войцехович Б. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ростов н/Д: Феникс, 2007. С. 39-40.

³⁰ Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 18.

³¹ Бояринцев Б. И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. М.: Профиздат, 1990.

этом существенно изменилась система финансирования: бюджетное финансирование осуществлялось по долговременным (утверждаемым на пятилетний период) нормативам в расчете на жителя и вылеченного больного, то есть формировался подход к финансированию по конечным результатам. Наряду с использованием бюджетных источников учреждениям была предоставлена возможность развивать платные услуги (по утвержденным прейскурантам), выполнять работы по хоздоговорам с другими предприятиями. В целях обеспечения мотивации к использованию более эффективных способов оказания медицинской помощи вся экономия средств оставалась в распоряжении учреждения и направлялась в фонды оплаты труда, производственного и социального развития, экономического стимулирования. Штатные расписания и должностные оклады работников, формы и системы заработной платы устанавливались учреждениями самостоятельно, материальное стимулирование работников осуществлялось с учетом коэффициента трудового участия.

2. Переход к территориальному принципу управления здравоохранением. Для более полного учета территориальных и экономических особенностей районов и областей страны был усилен территориальный аспект в управлении здравоохранением. Так, территориальное планирование развития сети учреждений здравоохранения республики (края, области) включало ряд этапов:

- анализ достигнутого уровня развития сети учреждений здравоохранения;
- анализ заболеваемости населения с выявлением ее структуры и интенсивности;
- прогнозирование заболеваемости и демографических показателей;
- обоснование потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи.

Планы развития предполагали согласование с территориальными органами управления.

3. Формирование территориальных медицинских объединений. В рамках НХМ предполагалось формирование территориальных медицинских объединений и передача им ряда функций управления развитием здравоохранения. В объединения входили определенные медицинские организа-

ции (больницы, поликлиники), которые, являясь структурными элементами объединений, могли сохранять свою юридическую самостоятельность. Вместе с тем объединение в определенной мере перераспределяло и централизовало функции входящих в него учреждений, централизуя и перераспределяя имеющиеся ресурсы. Средства, полученные медицинскими объединениями из бюджета и иных источников финансирования, предназначались для расходования на оказание медицинской помощи прикрепленному к ним населению. В этой связи объединение производило оплату медицинских услуг, предоставляемых другими учреждениями здравоохранения: стационарами, диспансерами, стоматологическими поликлиниками, лабораториями и пр. По сути, формировалась система «поликлиника – фондодержатель»³².

Кооперация, активизирующаяся в рамках территориальных медицинских объединений, способствовала обеспечению более рациональной структуры медицинской помощи, более эффективному использованию ресурсного потенциала учреждений-участников. Кроме того, для усиления интеграции медицинской науки и практики предусматривалось создание научно-производственных и научно-практических объединений (включающих научно-исследовательские институты и лечебно-профилактические учреждения), в которых должно было быть сосредоточено не менее 30 % работников, занятых в отраслевой науке³³.

4. *Организация системы контроля качества работы учреждений здравоохранения.* НХМ предполагал усиление контроля качества как медицинской помощи, так и деятельности учреждений и объединений в целом. Система контроля включала:

– разработку и утверждение органами здравоохранения и местными органами самоуправления обязательных требований к деятельности и условиям ее осуществления;

³² Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 19.

³³ Бояринцев Б. И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. М.: Профиздат, 1990. С. 58.

– организацию системы государственно-общественной оценки работы учреждений путем образования соответствующих комиссий, советов и других органов.

Кроме того, контроль деятельности учреждений периодически (не чаще 1 раза в год) проводился вышестоящим органом, дающим заключение о работе учреждения.

Несомненно, новый хозяйственный механизм содержал значительное количество элементов, позволяющих существенным образом повысить эффективность и результативность отечественной системы здравоохранения. Ряд направлений был активно заимствован за рубежом³⁴.

Вместе с тем проведенный эксперимент по внедрению НХМ обнаружил и наличие определенных недостатков в реализуемом механизме. Уже в те годы профессор Б. И. Бояринцев сформулировал ряд предложений по совершенствованию нового хозяйственного механизма. На наш взгляд, данные предложения не потеряли своей актуальности и в настоящее время, а часть из них в определенной мере реализована в процессе дальнейшего реформирования отечественной системы здравоохранения.

Так, в исследуемой работе «Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов» в числе мер по совершенствованию НХМ предлагается:

– расширение спектра оказываемых медицинских услуг по профилю деятельности учреждения здравоохранения, независимо от места проживания обслуживаемого населения;

– расширение источников финансирования учреждений здравоохранения (за счет части сумм, взысканных с предприятий и граждан за нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических норм и ущерб, связанный с неудовлетворительными условиями труда и загрязнением окружающей среды; за счет средств, полученных за предоставление в аренду зданий, сооружений, оборудования, транспорта и пр.);

³⁴ Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 19.

– повышение самостоятельности в расходовании средств. Полученные из всех источников средства не подлежат изъятию в бюджет и служат источниками возмещения затрат и формирования фондов производственного и социального развития, оплаты труда и материального стимулирования (при условии обеспечения должного уровня качества услуг);

– расширение сети учреждений и объединений здравоохранения, работающих по НХМ: помимо учреждений первичной медико-санитарной помощи, территориальных медицинских объединений, консультативно-диагностических центров, стационаров, больниц и пр., включение в сеть клиник научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений, институтов усовершенствования врачей и пр.;

– совершенствование системы контроля качества и эффективности работы учреждений здравоохранения: включение требований, обязательных для оценки работы и основанных на использовании системы показателей конечных результатов деятельности учреждений. Наряду с принятыми системами контроля необходимо широкое использование социологических методов (опросы, анкетирование и пр.), экспертных оценок качества проводимых мероприятий, исследование удовлетворенности населения медицинской помощью;

– постепенный переход к страховому финансированию за счет взносов предприятий, ведущих хозяйственную деятельность на территории страны. Взносы должны дифференцироваться в зависимости от ряда факторов (условий деятельности, экологической ситуации и пр.) и не могут направляться на НИОКР, капитальные вложения, подготовку кадров, профилактическую и санитарно-эпидемиологическую деятельность. Дополнительно рекомендовано введение добровольного страхования здоровья.

Кроме того, особо подчеркивается необходимость интенсификации развития учреждений здравоохранения: их техническое переоснащение, внедрение в практику современных медицинских технологий, повышение уровня комфортности пребывания в учреждениях. Эти процессы неразрывно связаны с повышением качества подготовки (профессиональной, экономической, правовой, психологической и т. д.) специалистов, рабо-

тающих в системе оказания медицинской помощи населению³⁵. Данные выводы будут учтены при разработке и обосновании предложений в последующих разделах настоящего исследования.

При всей сложности и несовершенстве НХМ его применение дало положительные результаты. Так, в Самарской области был достигнут самый низкий по России показатель младенческой смертности, интегрально отражающий работу амбулаторного и стационарного сектора (если в 1985 году число умерших детей в возрасте до 1 года на 1000 родившихся составляло 19,3, то в 1997 году – 12,6). В результате внедрения нового хозяйственного механизма были выявлены значительные резервы сокращения коечного фонда и средней продолжительности госпитализации: за 1988-1997 годы показатель обеспеченности населения койками снизился на 26 % в Самарской области и 34 % в Кемеровской области, среднее число дней пребывания больного на койке уменьшилось соответственно на 12,4 и 6 %³⁶.

В 1993 году был начат следующий этап реформирования здравоохранения РФ – в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи было введено обязательное медицинское страхование (ОМС). Как отмечают исследователи, совершенно напрасно на этом этапе реформ НХМ был «отброшен как пережиток прошлого», хотя вполне мог усилить преимущества страховой медицины³⁷.

Татарников М. А., руководитель отдела стратегий управления здравоохранением НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. Сеченова, проводя оценку этого этапа реформ, отмечает

³⁵ Бояринцев Б. И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. М.: Профиздат, 1990. С. 96-97.

³⁶ Экономика здравоохранения России. URL: http://elib.org.ua/ruseconomics/ua_show_archives.php?archive=2210&id=1096039051&start_from&subaction=showfull&ucat=2

³⁷ Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 19.

следующее³⁸. С самого начала система обязательного медицинского страхования характеризовалась следующими особенностями:

- тарифы страховых взносов весьма низкие;
- поступление платежей в территориальные фонды обязательного медицинского страхования от органов исполнительной власти (в части страхования неработающего населения) неполное;
- учет плательщиков страховых взносов несовершенный, а их финансовое положение нестабильное;
- наличие нецелевых расходов, в том числе расходование средств обязательного медицинского страхования для покрытия дефицита бюджета.

Финансовые органы сокращали бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые планировали собрать фонды ОМС, что привело к формированию критического отношения к медицинскому страхованию. Кроме того, как отмечает автор, недостаточная координация и определенное дублирование функций фондов обязательного медицинского страхования и органов управления сферой здравоохранения усложняют планирование расходов, размывают ответственность (финансовую и юридическую) за качество и объемы работы. Проблемой стало также появление существенной дифференциации финансового обеспечения здравоохранения регионов в расчете на душу населения (автор отмечает, что более 80 % всего объема гарантированной помощи по программам государственных гарантий приходится на обязательное медицинское страхование, тогда как фактически его финансовые средства покрывают лишь 35 % от расходов на здравоохранение).

Современное состояние здравоохранения, специфика и динамика продолжающихся реформ в данной сфере обуславливают усиление дискуссионности в данных вопросах. На наш взгляд, неоднозначность восприятия вектора развития здравоохранения во многом кроется в противоречиях экономической, социальной и медицинской эффективности.

Безусловно, усиление конкуренции в сфере здравоохранения и повышение хозяйственной самостоятельности ее субъектов, появление и ди-

³⁸ Татарников М. А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2006. № 2. С. 30-35.

намичное развитие частных медицинских организаций усиливает значимость экономических параметров деятельности.

Вместе с тем именно в здравоохранении проблематика эффективности услуг стоит особенно остро и обладает определенной спецификой³⁹. Так, если речь идет о неизлечимом больном, то с медицинской точки зрения затраты на предоставляемые ему услуги являются низкоэффективными. Если при этом больной неплатежеспособен, то данные услуги неэффективны и с экономических позиций. Однако социальная эффективность затрат на предоставление такого рода услуг, несомненно, высока, поскольку сам факт оказания услуг свидетельствует о высокой социальной ответственности и нравственности общества.

Но если с точки зрения общества именно социальная эффективность должна стоять на первом месте, то для медицинских учреждений и врачей частной практики как самостоятельных хозяйствующих субъектов приоритеты могут выстраиваться иначе. Кроме того, в силу значительной длительности процесса оказания определенных услуг возможен соблазн прекращения или ограничения усилий при достижении некоего промежуточного положительного результата.

Особенно сложно в рамках рыночных отношений обеспечить экономическую целесообразность деятельности по профилактике заболеваний. Как отмечает профессор И. Тогунов, базовые потребности в медицинской помощи снижаются с ростом числа здоровых людей⁴⁰.

Отсюда следует, что в тех случаях, когда в медицинской деятельности приоритетом ставится экономическая эффективность, может наблюдаться рассогласованность во взаимодействии ее производителя и потребителя. Иными словами, в сфере здравоохранения существуют провалы рынка в первую очередь оздоровительных услуг, заполнение которых в ряде случаев требует вмешательства государства.

³⁹ Глепцеришев Р. А. и др. Экономика и управление здравоохранением: учеб. 6-е изд., перераб. и доп. Ростов н/Д: Феникс, 2009.

⁴⁰ Тогунов И. Маркетинговая сущность профилактической медицинской деятельности. URL: http://www.rusmedserv.com/zdrav/maret/article_33.html

Действительно, в настоящее время, как отмечается в современных исследованиях⁴¹, в здравоохранении преобладает «медицина самочувствия», когда деятельность медицинского персонала нацелена не на предотвращение заболеваний, а на облегчение состояния человека при уже имеющемся и развивающемся заболевании. Этот факт во многом обусловлен низкой мотивацией врачей к профилактической деятельности, отсутствием зависимости оплаты труда врачей первичного звена (терапевтов) от темпов сокращения заболеваемости на обслуживаемой территории, недостаточной квалификацией и укомплектованностью кадров в сфере профилактической медицины. Однако продолжение ресурсного наращивания возможностей медицины самочувствия требует все больших финансовых и материальных затрат, что в условиях экономического кризиса и дефицита государственного бюджета представляется маловероятным. Более подробно вопросы ресурсного обеспечения профилактической деятельности будут раскрыты в дальнейших разделах исследования.

Кроме того, проблематика обеспечения предотвращения заболеваний населения определяется рядом социально-экономических, историко-культурных и прочих факторов, не связанных напрямую с деятельностью медицинских организаций. Обстоятельно исследованы основные аспекты негативного их влияния на уровень общественного здоровья в монографии ученых МГУ им. М. В. Ломоносова «Основы экономики здоровья населения России». Учитывая материалы исследования, отнесем в первую очередь к таким факторам:

– отсутствие привычки заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни, наличие вредных привычек у значительной части населения современной России (по данным 2009 года, не заботится о своем здоровье около 75 % населения; более 60 % не соблюдают режим питания, более 76 % не занимаются утренней гимнастикой, около 34 % регулярно курят, около 20 % регулярно употребляют крепкие алкогольные напитки);

– снижение уровня доходов населения. Несомненно, материальное положение человека определяет его возможности в повышении уровня

⁴¹ Арустамян Г. Н., Багуцкая О. А., Бояринцев Б. И. и др. Основы экономики здоровья населения России: моногр. / под ред. Е. В. Егорова, В. А. Морозова. М.: Креативная экономика, 2015. 464 с. С. 75.

своего здоровья: потреблении оздоровительных услуг, более качественных продуктов питания, обеспечении более комфортного проживания и пр. Вместе с тем для нашей страны характерно высокое социальное неравенство: за последнее десятилетие индекс концентрации доходов (коэффициент Джини) превышает 0,4 (в 2000 году – 0,395, в 2005 году – 0,409, в 2013 году – 0,419). Коэффициент дифференциации доходов населения (коэффициент фондов) в 2000 году составлял 13,9 раза, а в 2013 – уже 16,3 раза⁴². Это говорит о том, что значительная часть населения лишена возможности в полной мере обеспечивать требуемый уровень расходов на укрепление своего здоровья;

– повышение уровня тревог и стрессов, вызванных нестабильностью экономической и политической ситуации в стране и в мире; беспокойство за свои судьбы и судьбы близких, уровень которого напрямую зависит от степени экономической и политической турбулентности. Очевидно, что события 2015 года (военные конфликты, активизация деятельности террористических группировок, экономическая политика санкций, падение курса национальной валюты и пр.) являются причиной развития сердечно-сосудистых заболеваний, депрессивных состояний, психических расстройств и т. п. Соответственно, можно прогнозировать ухудшение показателей общественного здоровья под воздействием данных факторов;

– изменение экологической ситуации. Загрязнение окружающей среды (атмосферы, гидросферы, литосферы (почвы)) ведет не только к ухудшению здоровья жителей, но и влияет на их наследственные свойства, повреждая генетические программы клеток организма. Более того, помимо описанных рисков, свойственных индустриальной эпохе, ведущим фактором, влияющим на здоровье человека, является глобальное изменение климата. Повышение средней температуры атмосферы и океанических масс, таяние ледников, рост частоты и силы природных экстремальных явлений – все эти процессы ведут как к росту заболеваемости (серечно-сосудистые и инфекционные заболевания, болезни дыхательных путей и пр.), так и к росту смертности населения от ураганов и штормов, наводнений, жары, жажды и пр. Соответственно, все в большем количестве регио-

⁴² Российский статистический ежегодник. 2014. С. 149.

нов и зон показатели уровня здоровья населения будут ухудшаться под воздействием данных процессов.

При этом нельзя не отметить проблему дефицитности государственного бюджета РФ при усиливающейся тенденции роста расходов на национальную оборону и сокращения финансирования социальной сферы (табл. 1.2.1).

Таблица 1.2.1

Структура расходов федерального бюджета РФ,
в % к общему объему расходов⁴³

| № | Статья расходов | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Общегосударственные вопросы | 6,25 | 6,38 | 7,04 | 7,18 |
| 2 | Национальная оборона | 14,06 | 15,77 | 17,73 | 19,37 |
| 3 | Национальная безопасность | 14,3 | 15,45 | 14,85 | 13,91 |
| 4 | Национальная экономика | 15,27 | 13,86 | 15,71 | 17,58 |
| 5 | Жилищно-коммунальное хозяйство | 1,77 | 1,33 | 0,9 | 0,82 |
| 6 | Образование | 4,68 | 5,04 | 4,65 | 3,95 |
| 7 | Здравоохранение | 4,76 | 3,76 | 3,84 | 2,72 |
| 8 | Социальная политика | 29,94 | 28,73 | 24,99 | 25,38 |
| 9 | Межбюджетные трансферты | 4,65 | 5,01 | 5,6 | 4,38 |
| 10 | Обслуживание государственного долга | 2,48 | 2,7 | 3,1 | 2,95 |
| 11 | Прочие разделы | 1,83 | 1,98 | 1,59 | 1,76 |

По прогнозам Высшей школы экономики и в соответствии с данными Министерства финансов РФ, в ближайшие годы (2016-2017) дефицит федерального бюджета будет составлять 0,6 % в год. При этом структура расходов будет продолжать предусматривать рост расходов на национальную оборону (2015 год – 19,9 % к общему объему расходов, 2016 и 2017 годы – по 20,9 % соответственно) и сокращение расходов на здравоохранение и социальную политику⁴⁴.

⁴³ Экспертный сайт Высшей школы экономики «Открытая экономика». URL: <http://www.opec.ru/1747856.html>

⁴⁴ Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Официальный сайт компании «КонсультантПлюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165592/

Таким образом, в настоящее время серьезнейшим вызовом для России является угроза нарастания кризиса общественного здоровья населения в связи с вышеизложенными причинами: ухудшение здоровья населения, приоритет лечебной медицины над профилактической, ограничение финансирования сферы здравоохранения (рис. 1.2.1).



Рис. 1.2.1. Проблематика, определяющая кризис общественного здоровья

Выход из кризисной ситуации видится в смене подходов к укреплению здоровья населения. Важнейшей задачей в этой связи представляется активное развитие системы оздоровления населения, включающей не только профилактическую медицинскую деятельность, но и иные виды и приемы оздоровления населения. Необходимо комплексное развитие всех видов оздоровительных услуг, в том числе выходящих за рамки системы здравоохранения.

В данном контексте, на наш взгляд, важно охарактеризовать специфику оздоровительных услуг.

Современные ученые (Г. Ахинов, Б. Бояринцев, Н. Восколович, Е. Жильцов, И. Шейман⁴⁵ и др.), выделяя специфику такого рода услуг как экономических благ (смешанное социально значимое благо)⁴⁶, обращают внимание на изъяны рынка. Зарубежные экономисты также утверждают, что в сфере укрепления здоровья населения влияние рынка на параметрические характеристики услуг в значительной степени отличается от большинства других сфер деятельности⁴⁷.

Учитывая позиции данных исследователей, можно охарактеризовать особенности оздоровительных услуг как экономических благ следующим образом:

– в отношениях между поставщиком и потребителем оздоровительных услуг существует определенная информационная асимметрия. Потребитель, как правило, не обладает всем тем объемом знаний, который дал бы возможность исключительно рационально выбрать оздоровительное учреждение и конкретного специалиста, предоставляющего оздоровительную помощь высокого качества;

– ограниченная рациональность потребителя в отношении определения требуемого объема услуг и, соответственно, стоимости оздоровительных технологий. Потребитель не обладает достаточными компетенциями для определения набора медицинских исследований и оздоровительных процедур, соответственно, не способен в полной мере оценить обоснованность соотношения «цена – качество» оздоровительных услуг;

– нестабильность и неопределенность спроса на оздоровительные услуги. Спрос на них, как правило, имеет вероятностный характер, так как определяется состоянием здоровья пациента. При возникновении серьезных проблем со здоровьем субъекта рынок оздоровительных услуг, вполне вероятно, окажется не в состоянии защитить его от существенных затрат (что обуславливает, в частности, развитие рынка страховой медицины);

⁴⁵ Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. 2-е изд. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2008. С. 25-37.

⁴⁶ Жильцов Е. Н., Казаков В. Н. Экономика социальных отраслей сферы услуг: учеб. пособие. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2007. С. 93-95.

⁴⁷ Hsiao W. Abnormal Economics in the Health Sector // Health Policy. 1995. № 32.

– в сфере укрепления здоровья спрос провоцируется предложением. Так, врачи, выступая в роли поставщиков оздоровительных услуг, диагностируют состояние пациентов, определяют меру их потребностей, назначают необходимые процедуры и т. п. При этом наличие экономических интересов представителей сферы оздоровительной деятельности провоцирует мотивы к оказанию оздоровительных услуг в чрезмерном объеме, что порождает определенные затратные тенденции;

– многие оздоровительные услуги обладают свойствами общественных благ, поскольку являются объектами коллективного потребления, и, соответственно, их оказание одному субъекту не уменьшает ресурсы потребления для остального населения. Более того, в рамках определенных оздоровительных услуг (например, санитарно-гигиенические мероприятия) отсутствует возможность исключения других субъектов из процесса потребления;

– оздоровительные услуги являются социально значимыми (заслуженными) благами, причем существует несколько их типов. Первый тип – это те оздоровительные услуги, потребление которых нередко выходит за границы личных потребностей индивидов, – так, например, услуги по укреплению здоровья женщин, их репродуктивной способности призваны содействовать выполнению общественных задач по регулированию демографической ситуации. Второй тип – услуги, несущие положительные внешние эффекты от потребления, – например, по предотвращению инфекционных заболеваний. Третий тип – услуги, связанные с оказанием помощи людям в стрессовых ситуациях (травма, отравление и пр.). Четвертый тип – услуги, которые направлены на корректировку иррационального поведения субъектов (защита потребителей от самих себя)⁴⁸.

Таким образом, указанные особенности оздоровительных услуг – их высокая социальная значимость (объект воздействия – здоровье и жизнь человека), нестабильность и неявность спроса, ограниченная рациональность потребителя, отсутствие гарантированного результата – обуславливают необходимость разработки и реализации специфических механизмов

⁴⁸ Ахинов Г. А., Жильцов Е. Н. Экономика общественного сектора. М.: ИНФРА-М, 2008. С. 78-79.

сокращения или нейтрализации влияния рыночных изъянов в целях сохранения баланса между экономической и социальной эффективностью. При этом на первый план выходит задача обеспечения доступности оздоровительных услуг (в том числе инновационных) как социально значимых благ. Производимые в сфере оздоровления блага должны быть доступны широким слоям населения при должном качестве, а критерий доступности должен превалировать над прибыльностью организации⁴⁹. Однако крайне важно, что оздоровительные услуги являются социально значимыми благами смешанного типа, и в тех их видах, которые формируют базовые потребности общества в охране здоровья, гарантом доступности должно выступать государство. Нельзя не отметить, что в России проблема доступности оздоровительных медицинских услуг стоит весьма остро. Профессор Н. А. Восколович, исследуя данный вопрос, отмечает: недоступность услуг в сфере медицинского обслуживания в настоящее время составляет более 23 %, а ориентиры на «догоняющее» развитие здравоохранения только повышают риски обеспечения доступности⁵⁰.

В этой связи в целях привлечения дополнительных источников финансирования, особенно при оказании элитных оздоровительных услуг (характеризующихся большой свободой потребительского выбора), целесообразно использование рыночных отношений в сфере оздоровления населения как дополнения общественного сектора⁵¹. Так, в последние годы в России отмечается возникновение относительно нового типа организаций, осуществляющих социальное предпринимательство. Речь идет, в частности, о некоммерческих организациях, решающих социальные проблемы за счет доходов от собственной деятельности и выступающих компромиссным вариантом между благотворительной и коммерческой деятельно-

⁴⁹ Бояринцев Б. И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация). М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2010. С. 21.

⁵⁰ Восколович Н. А. Междисциплинарные исследования повышения доступности платных услуг населению // Аудит и финансовый анализ. 2014. № 5. С. 411-414.

⁵¹ Восколович Н. А. Экономика платных услуг. М.: ТЕИС, 2013. 432 с. С. 271.

стью⁵². Данный подход к решению социальных проблем будет учтен в материалах настоящего исследования.

Отметим, что, характеризуя категорию доступности услуг социальной сферы, исследователи выделяют в качестве ее составляющих территориальную, экономическую (ценовую) и организационную доступность⁵³. Соответственно, применительно к сфере оздоровления населения можно говорить о:

– территориальной доступности оздоровительных услуг (наличие в месте проживания людей организаций, предоставляющих необходимые услуги достаточного качества);

– экономической доступности оздоровительных услуг (уровень цен, позволяющий населению пользоваться услугами, наличие механизмов компенсации малообеспеченным группам населения в оплате услуг);

– организационной доступности оздоровительных услуг (наличие полной информации об услугах, способах их получения, отсутствие дискриминации доступа к услугам при условии их оплаты).

Еще одна проблема, требующая решения, – низкий уровень инновационной составляющей в деятельности организаций сферы укрепления здоровья населения. В упомянутом ранее исследовании ученых МГУ имени М. В. Ломоносова обращается внимание на то, что реформы в данной области в различных странах мира показывают: именно распространение инноваций является одним из ведущих направлений развития сферы охраны здоровья⁵⁴. При этом некоторые страны делают ставку на инновации как основу рыночной конкурентоспособности (Сингапур), другие с помощью инноваций решают вопросы обеспечения доступности медицинской помощи (Великобритания), третьи занимаются инновациями в отдельных

⁵² Ахинов Г. А., Калашников С. В. Социальная политика. Теория и практика. М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2008. С. 52-54.

⁵³ См., напр.: Бояринцев Б. И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация). М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2010. С. 96; Краева О. Н. Социально-экономическое обеспечение доступности услуг ЖКХ для населения региона: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М.: МГУ, 2013. С. 13.

⁵⁴ Садовничий В. А., Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012. С. 244.

секторах (Индия). В России же положение в плане инновационного развития экономики в целом весьма сложное. Инновационная активность организаций невысока, поскольку существуют проблемы по всему инновационному циклу – наличие и подготовка кадров, разработка, внедрение и использование инноваций. В результате налицо крайне низкая доля наукоемкой продукции в экспорте России⁵⁵. Вместе с тем выгоды вложений в оздоровительные инновации очень велики. Согласно расчетам, даже 1 % снижения смертности от онкологии в конечном итоге экономит почти 500 млн долл. США в год⁵⁶. Прирост ВВП на душу населения за счет снижения уровня взрослой смертности от хронических заболеваний и травм к 2025 году, по проведенной исследователями оценке, составит 3,6-4,8 % от ВВП 2002 года⁵⁷. Соответственно, оздоровительные инновации крайне важны в контексте дальнейшего развития России.

Таким образом, не исчезающая проблематика развития отечественного здравоохранения, недостаточный учет опыта развитых стран по активизации оздоровительной деятельности свидетельствуют о том, что необходим новый, комплексный концептуальный подход к развитию системы укрепления здоровья населения. Подчеркнем, что речь должна идти не только о сохранении существующего уровня общественного здоровья, но в первую очередь о росте показателей здоровья. Иными словами, необходим переход от охраны здоровья к его укреплению: формированию системы оздоровления населения как комплекса стратегических задач, механизмов и инструментария осуществления деятельности по оздоровлению населения с существенным усилением инновационной составляющей, поскольку именно распространение инноваций является одним из ведущих факторов развития сферы укрепления здоровья населения.

⁵⁵ Научно-технологическое развитие Российской Федерации: состояние и перспективы. М.: Институт проблем развития науки РАН, 2010.

⁵⁶ Murphy K. M. The Value of Health and Longevity / Murphy K. M., Topel R. H. NBER Working Paper. No. 11405. June 2005.

⁵⁷ Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации. ВОЗ. 2008.

1.3. Базовые компоненты системы оздоровления населения РФ

Как было выявлено в предыдущих разделах исследования, в настоящее время крайне актуальным является развитие системы оздоровления населения (СОН). В этой связи представляется необходимым охарактеризовать ее основные компоненты, участников, специфику государственной поддержки и научного обеспечения.

На наш взгляд, основных компонент системы оздоровления населения три.

Во-первых, медико-профилактическая компонента. Данная компонента включает деятельность по предупреждению заболеваний населения посредством осуществления следующих мероприятий:

- первичная медицинская профилактика, предполагающая:
 - скрининг уровня общественного здоровья (диспансеризация и медицинские осмотры, позволяющие осуществлять измерение уровня здоровья населения в целом и по отдельным группам, сегментация обследованных по группам медицинского риска и пр.);
 - обеспечение вакцинации населения (профилактические прививки, направленные на предотвращение массовых неинфекционных и ряда инфекционных заболеваний – клещевого энцефалита, кори, краснухи, гепатита и пр., на повышение иммунитета населения);
- мониторинг здоровья населения (анализ и прогноз состояния здоровья населения в целом и по отдельным группам, контроль динамики наступления рискованных событий: заболеваемости, инвалидности, смертности);
- контроль санитарно-эпидемиологического благополучия населения (надзор соблюдения санитарного законодательства в отношении гигиены труда, питания, обучения и пр.).

Вторая компонента системы оздоровления населения – информационно-образовательная. В данном случае речь идет о комплексе мероприятий, предполагающих:

- пропаганду здорового образа жизни населения (просветительская работа, направленная на формирование потребности в регулярной физиче-

ской активности, уменьшение потребления вредных для здоровья продуктов и напитков, внедрение идеологии рационального и сбалансированного питания, мотивирование на отказ от вредных привычек и т. д.);

– повышение медицинской и страховой грамотности населения (информирование населения о правах и возможностях получения оздоровительных услуг, в том числе в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования; реализуемых программах и мероприятиях по первичной профилактике: диспансеризации, вакцинации, медицинских осмотрах и пр.).

Третья компонента системы оздоровления населения – социально-экономическая. В данном случае речь идет, во-первых, о деятельности по укреплению здоровья населения посредством развития инфраструктуры здоровья, которая включает в себя:

– санаторно-оздоровительную помощь (работа санаторных учреждений, профилакториев, курортов и пр.);

– физкультурно-оздоровительные услуги (услуги бассейнов, фитнес-клубов, стадионов, спортивных залов и пр.);

– организацию активного отдыха (спортивный, экологический, медицинский туризм и т. п.).

Кроме того, в социально-экономическую компоненту входит деятельность тех предприятий и организаций, которые реализуют различного рода оздоровительные программы для своих сотрудников.

Участниками системы оздоровления населения является значительное количество организаций, имеющих различную организационно-правовую форму и отраслевую принадлежность. Условно их можно разделить на три группы:

– государственные и муниципальные учреждения и предприятия, в том числе некоммерческие организации;

– негосударственные коммерческие организации;

– независимые коммерческие организации⁵⁸.

⁵⁸ Арустамян Г. Н., Багуцкая О. А., Бояринцев Б. И. и др. Основы экономики здоровья населения России: моногр. / под ред. Е. В. Егорова, В. А. Морозова. М.: Креативная экономика, 2015. 464 с. С. 60.

С точки зрения отраслевой принадлежности значительная роль в формировании системы оздоровления населения принадлежит организациям системы здравоохранения. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2013 № 529н, выделяются три группы медицинских организаций, каждая из которых предполагает ведение профилактической работы⁵⁹:

– лечебно-профилактические медицинские организации (в том числе поликлиники, больницы, диспансеры, центры здоровья, центры профилактики и борьбы со СПИДом, центры охраны здоровья семьи и репродукции, санаторно-курортные организации и пр.);

– медицинские организации особого типа, в том числе центры медицинской профилактики, клиничко-диагностические лаборатории и пр.

Данные группы организаций являются подведомственными Министерству здравоохранения РФ. Третья группа организаций входит в систему Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека⁶⁰. Они также предполагают ведение большого объема профилактической работы, которую призваны осуществлять в первую очередь:

– центры гигиены и эпидемиологии;

– центры гигиенического образования населения.

Вышеуказанные типы организаций играют ведущую роль в реализации медико-профилактической компоненты СОН и в значительной мере в информационно-образовательной компоненте СОН.

Кроме того, в систему оздоровления населения входят организации (службы, подразделения организаций), оказывающие услуги по оздоровлению в части предоставления санаторно-курортного обслуживания, физкультурно-спортивных услуг, услуг по организации активного отдыха. Данные организации, подведомственные соответствующим министерствам (Министерству спорта, Министерству культуры и т. д.), призваны активно участвовать в реализации как социально-экономической, так и информационной компоненты СОН.

⁵⁹ Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» от 06.08.2013 № 529н // Российская газета. 2013. 7 окт. № 224.

⁶⁰ Официальный сайт Роспотребнадзора. URL: <http://rosпотребнадзор.ru/region/about.php>

Особое место, на наш взгляд, в системе оздоровления населения занимают подразделения хозяйствующих субъектов, специализирующихся на оздоровительной помощи работникам организаций. Обратим внимание, что собственная медицинская служба – типичная структура на советских предприятиях – сохранилась лишь на части крупных предприятий, более трети российских организаций ее не имеют. Среди оставшихся только 30 % реализуют программы профилактики⁶¹.

В рамках проведенного 13 марта 2014 года в ИТАР-ТАСС круглого стола «Меры по поддержке здорового образа жизни на предприятиях имеют значительный потенциал»⁶² был представлен анализ корпоративных практик по поддержке ЗОЖ на предприятиях РФ. По итогам исследования, в котором приняли участие руководители 2500 предприятий 40 регионов России, было установлено, что 54 % выборки – субъекты, осуществляющие инвестиции в здоровье работников. Наиболее популярно финансирование следующих оздоровительных услуг (в процентах от предприятий – участников исследования):

- вакцинация – 50 %;
- горячее питание работников – 49 %;
- ежегодная диспансеризация – 38 %;
- оплата путевок в санатории, дома отдыха, детские лагеря – 30 %.

Кроме того, 16,2 % предприятий – участников исследования используют различные формы поощрения сотрудников, ведущих здоровый образ жизни (дополнительные дни отпуска, публичные признания достижений, льготные путевки и абонементы и т. п.).

Очевидно, данные предприятия являются участниками системы оздоровления населения.

В настоящее время (по данным 2013 года) численность организаций системы оздоровления населения в России по отдельным видам составляет:

- амбулаторно-поликлинических организаций – 16,5 тыс.;
- санаторно-курортных организаций и организаций отдыха – 3,6 тыс.⁶³;

⁶¹ Неверова О. Фитнес у станка // Российская газета (Фармацевтика). 2014. № 6346.

⁶² Материалы круглого стола «Меры по поддержке здорового образа жизни на предприятиях имеют значительный потенциал». URL: <http://rspp.ru/news/view/4379>

⁶³ Российский статистический ежегодник. 2014. С. 209, 227.

- детских оздоровительных учреждений – 46,7 тыс.;
- спортивных сооружений (в том числе бассейнов, стадионов, спортивных залов, лыжных баз) – 261,8 тыс.

Таким образом, можно говорить не только о значительном количестве организаций – участников системы оздоровления населения, но и о колоссальном разнообразии задач и функций этих организаций, выражающихся в специфике оказываемых услуг по оздоровлению населения. Этот факт, в свою очередь, предопределяет необходимость тщательного обоснования направлений развития данных организаций и разработки направлений повышения доступности и качества оказываемых ими услуг, расширения их спектра.

В этой связи представляется очевидным включение в систему оздоровления населения организаций, осуществляющих научное и кадровое обеспечение развития данной системы.

С этих позиций участниками системы оздоровления населения являются:

- организации академической науки (в первую очередь Российская академия наук и вошедшая в ее состав с 2013 года Российская академия медицинских наук);
- образовательные учреждения высшего и среднего профессионального образования, осуществляющие подготовку специалистов для системы оздоровления населения и повышение их квалификации;
- научно-исследовательские институты, государственные научные центры и иные организации, осуществляющие научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы по проектам, связанным с оздоровлением населения;
- субъекты инновационной инфраструктуры – бизнес-инкубаторы, технопарки и иные виды организаций, осуществляющих поддержку разработки и коммерциализации инновационных оздоровительных услуг.

Несомненно, деятельность организаций системы оздоровления населения требует государственной поддержки. Направления поддержки можно разделить на несколько видов.

Во-первых, законодательная поддержка оздоровительной деятельности: приоритет деятельности по оздоровлению населения, формированию

здорового образа жизни закреплён в таких программных документах, как «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года», «Концепция развития системы здравоохранения в РФ на период до 2020 года», «Основы государственной политики в области здорового питания» и т. д.

Во-вторых, прямое и программно-целевое финансирование организаций – участников СОН. В данном случае речь идет как о бюджетном финансировании государственных и муниципальных учреждений и предприятий – участников оздоровительной деятельности, так и о ряде государственных программ (ГП), отдельные направления которых предполагают развитие оздоровительных услуг и деятельности, повышающей уровень общественного здоровья в целом. К этим программам относятся в первую очередь такие ГП, как «Развитие здравоохранения», «Развитие физической культуры и спорта», «Развитие туризма», «Охрана окружающей среды». Очевидно значение в системе оздоровления населения программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в структуру которой входит первичная медицинская профилактика. Более подробная характеристика данных программ будет представлена в дальнейших разделах работы. Кроме того, осуществляется государственное софинансирование ряда специальных программ в сфере ЗОЖ: проект «Здоровые города», Всероссийский конкурс «Российская организация социальной эффективности» (со специальной номинацией «За формирование здорового образа жизни в организации») и т. п.

В-третьих, государственное регулирование СОН предполагает реализацию мер экономического, административного и информационного воздействия на экономические субъекты и население в целом, стимулирующие переход на здоровый образ жизни:

– налоговая политика (повышение акцизов на алкогольную и табачную продукцию – меры, реализованные в РФ; повышение ставок налогов на «вредные» продукты и напитки, налоговое стимулирование населения и работодателей через налоговые вычеты при осуществлении расходов на занятия физкультурой и спортом – меры, в настоящее время не практикуемые в РФ);

– запретительные меры в отношении популяризации вредных привычек (запрет на рекламу табачной продукции, запрет на курение в общественных местах, ограничение мест и времени продажи алкоголя и табака, предупредительные надписи на данной продукции и пр.);

– информирование населения о необходимости и доступности оздоровительных мероприятий (социальная реклама, информация об услугах центров здоровья, программах диспансеризации и пр., телевизионные программы и интернет-ресурсы, посвященные оздоровительной деятельности, и т. д.).

Данные направления требуют дальнейшего развития в РФ. Отдельные механизмы и инструменты, позволяющие повысить результативность реализуемых проектов и мероприятий по повышению уровня общественного здоровья, будут представлены в дальнейших разделах исследования.

Схематично основные компоненты системы оздоровления населения представлены на рисунке 1.3.1.

С учетом вышеизложенного можно сформулировать важнейшие принципы реализации системы оздоровления населения.

Во-первых, принцип адекватности. Данный принцип означает соответствие содержания СОН приоритетам развития государства и регионов, что было отмечено выше. Предлагаемая система призвана реализовывать поставленные государством приоритеты в части повышения уровня общественного здоровья.

Во-вторых, принцип социальной ориентированности. Он подразумевает при выборе конкретных решений сочетание экономической и социальной эффективности с обеспечением приоритета последней. Данная задача является весьма сложной с позиции отдельной оздоровительной организации (как отмечалось ранее), поскольку для данной сферы характерны противоречия между экономической и социальной эффективностью.

В-третьих, принцип прогрессивности. В рамках системы оздоровления населения речь идет об инновационно-ориентированном развитии, при котором в основе процесса оздоровления населения лежат инновационные решения. Инновации могут быть различными по потенциалу: как те, что обладают мировой (объективной) новизной, так и те, которые являются новыми для осваивающих их организаций. Несомненно, многие инновации основываются на результатах фундаментальных и прикладных исследований.



Рис. 1.3.1. Базовые компоненты системы оздоровления населения

Соответственно, данный принцип предполагает максимальное использование достижений научно-технического прогресса при разработке и внедрении инноваций как основы инновационных оздоровительных услуг.

В-четвертых, принцип безопасности. Поскольку сфера оздоровления населения обладает крайне высокой социальной значимостью, на законо-

дательном уровне определены требования к дополнительным действиям по обеспечению безопасности использования инноваций в практике ряда направлений оздоровительной деятельности. Так, применение запатентованных способов диагностики возможно только при наличии утвержденной Росздравом новой медицинской технологии; применение запатентованного устройства – при наличии разрешения Комитета по новой медицинской технике. Применение инновационных лекарственных препаратов требует разрешения Фармкомитета⁶⁴. Соответственно, данный принцип предполагает, что в практику оздоровительной деятельности возможно внедрение исключительно тех видов услуг, которые основываются на инновациях, прошедших все необходимые испытания в соответствии с требованиями законодательства.

Пятый принцип – принцип функциональной специализации. В современных условиях очевидно, что реализация масштабных проектов не может быть осуществлена разрозненными усилиями. Инновационный процесс, особенно для крупных инноваций в оздоровительной деятельности, предполагает активные коммуникации различных организаций – научных, образовательных, предприятий – производителей техники, оборудования и прочих организаций, производящих инновационные оздоровительные услуги. Один из наиболее распространенных катализаторов интеграции, упоминаемый в современных исследованиях, – эффект синергии – использование специфики и преимуществ различных субъектов инновационной деятельности. В полной мере это проявляется в рамках развития системы оздоровления населения.

Шестой принцип – информационной открытости. Данный принцип подразумевает, что необходимо обеспечение максимальной информированности всех заинтересованных субъектов в отношении предпринимаемых в рамках реализации СОН действий, в том числе критериев поддержки развития организаций – участников системы оздоровления населения. В противном случае практически невозможно реализовать предыдущие принципы, поскольку, как отмечалось ранее, СОН включает большое ко-

⁶⁴ Зубарева Н. Г. Инновации в медицине и патентное право // Бюллетень сибирской медицины. 2007. № 2. С. 68-71.

личество субъектов с различной функциональной специализацией, определяющей их роль и место в данном процессе, и различными интересами, согласование которых возможно лишь при максимальном информационном обеспечении заинтересованных сторон.

Седьмой принцип – коммуникационной активности – тесно связан с предыдущим. Процесс оздоровления населения как сущностная основа разработки и реализации соответствующих услуг, в том числе и инновационного характера, требует решения различного рода проблем, к числу которых относятся проблемы информационного, кадрового, материального, финансового обеспечения развития организаций. Решение данных проблем возможно различными способами и с помощью различных коммуникационных взаимодействий: сотрудничество организаций, совершенствующих и развивающих реализуемые оздоровительные услуги с научными и образовательными учреждениями, технопарковыми структурами, венчурными фондами, поставщиками инновационного оборудования и лекарственных средств, с государственными органами управления здравоохранением и т. д. Соответственно, для обеспечения высокой эффективности и результативности деятельности по оздоровлению населения необходимо использование всех необходимых направлений коммуникаций организаций в рамках развития СОН.

И, наконец, восьмой принцип – принцип согласованности. Его наличие вызвано обозначенным ранее существованием различий в интересах участников процесса оздоровления населения, в том числе в рамках создания, распространения и использования оздоровительных услуг инновационного характера. При этом еще раз подчеркнем, что интересы могут не совпадать и даже вступать в противоречие друг с другом ввиду изначального присутствия в деятельности участников СОН требований к обеспечению не только и не столько экономической, сколько социальной эффективности. Кроме того, согласованность необходима в методических подходах к оценке качества реализуемых организациями оздоровительных услуг. Отсутствие в полной мере учета интересов, целей, специфики развития субъектов деятельности по оздоровлению населения резко снижает мотивацию субъектов в коммуникациях, необходимых для развития системы оздоровления населения.

Соответственно, объекты управления в рамках СОН – инновационный потенциал и человеческий капитал регионов, поскольку активизация разработки, освоения и реализации инновационных оздоровительных услуг в целях повышения уровня общественного здоровья населения предполагает, с одной стороны, максимальное использование инновационного потенциала организаций, задействованных в данных видах деятельности. С другой стороны, поскольку целевая направленность действий по оздоровлению населения заключается в снижении заболеваемости, увеличении продолжительности и качества жизни населения, можно говорить о том, что реализуемый в рамках СОН механизм влияет на человеческий капитал.

Отметим, что понятия «инновационный потенциал» и «человеческий капитал» являются предметом многочисленных исследований и можно говорить о том, что эта проблематика в последующие годы получит дальнейшее развитие. Не считая необходимым в рамках данного исследования присоединяться к дискуссии по поводу специфики определения и измерения данных явлений, воспользуемся теми подходами к определениям, которые вызывают наименьшие разногласия.

Так, достаточно часто инновационный потенциал понимается как степень готовности выполнить задачи, обеспечивающие достижение поставленной инновационной цели⁶⁵, либо как система факторов и условий, необходимых для осуществления инновационного процесса⁶⁶.

Баранчев В. П. в рамках детального подхода к оценке инновационного потенциала выделяет следующие его составляющие, воплощающиеся в конкретные показатели: информационная, правовая, организационная,

⁶⁵ См., напр.: Лисин Б. К., Фридлянов В. Н. Инновационный потенциал как фактор развития. Межгосударственное социально-экономическое исследование // Инновации. 2002. № 7. С. 25-51; Собченко Н. В. Оценка инновационного потенциала как неотъемлемой части инновационного процесса // Наука и образование: электронное научно-техническое издание. 2011. № 4. URL: <http://technomag.edu.ru>

⁶⁶ Нечепуренко М. Н. Организационно-экономический механизм управления устойчивым развитием предприятия на основе инновационной активности: автореф. дис. ... канд. экон. наук. Чебоксары, 2000.

предпринимательская, технико-технологическая, интеллектуальная, пространственная, коммерческая, финансово-экономическая⁶⁷.

Титова М. Н. предлагает выделять показатели оценки инновационного потенциала по функциям управления: по производству, по закупкам, по маркетингу, по финансам, по продажам⁶⁸.

Ряд авторов видит структуру инновационного потенциала как совокупность следующих составляющих: внутренний (продуктовый, функциональный, ресурсный, организационный, управленческий) и ресурсный (материально-технические, информационные, финансовые, человеческие и др. виды ресурсов)⁶⁹.

Отметим, что при всем разнообразии мнений именно ресурсный подход как основа для оценки инновационного потенциала является наименее спорным. На это обращает внимание и А. А. Алетдинова, предлагая в качестве базовой оценки инновационного потенциала учитывать:

- финансовую составляющую;
- организационную составляющую;
- научную составляющую;
- технико-технологическую составляющую;
- информационно-коммуникационную составляющую;
- инновационный климат (как внешние и внутренние условия, позволяющие разрабатывать и коммерциализировать инновации)⁷⁰.

На наш взгляд, данный подход вполне можно принять за основу, характеризуя инновационный потенциал оздоровительных организаций. Вместе с тем следует учитывать и точку зрения исследователей И. Н. Молчанова и Н. П. Молчановой, которые обращают внимание на необходи-

⁶⁷ Баранчеев В. П. Измерение инновационной активности компании как ее конкурентной силы // Менеджмент сегодня. 2005. № 4. С. 37.

⁶⁸ Титова М. Н. Мониторинг реформирования и методология рейтинговых оценок промышленных предприятий. СПб.: СПГУТД, 2002.

⁶⁹ См., напр.: Матвейкин В. Г., Дворецкий С. И., Минько Л. В., Таров В. П., Чайникова Л. Н., Летунова О. И. Инновационный потенциал: состояние и перспективы развития. М.: Машиностроение-1, 2007; Собченко Н. В. Оценка инновационного потенциала как неотъемлемой части инновационного процесса // Наука и образование: электронное научно-техническое издание. 2011. № 4. URL: <http://technomag.edu.ru>

⁷⁰ Алетдинова А. А. Методика формирования инновационного потенциала организации // Вопросы инновационной экономики. 2012. № 1 (11).

мость учета при оценке инновационного потенциала не только самих ресурсов, но и возможностей субъектов⁷¹. Кроме того, характеризуя инновационный потенциал организаций, исследователи обращают внимание на важность анализа инновационного климата, который определяется не только внутренними условиями организации, но и состоянием внешней среды⁷².

Однако нельзя не отметить, что представленные исследования преимущественно посвящены оценке инновационного потенциала предприятий и регионов, а организации – участники СОН, несомненно, обладают определенной спецификой, что необходимо учитывать при оценке их инновационного потенциала.

К сожалению, до настоящего времени специфика оценки инновационного потенциала оздоровительных организаций до конца не исследована, хотя отдельные аспекты этого вопроса разрабатываются различными авторами⁷³.

Для оценки инновационного потенциала оздоровительных организаций имеет смысл учитывать следующие составляющие:

1. Финансовая составляющая: наличие и объем финансовых ресурсов как потенциальных источников финансирования деятельности по разработке и/или освоению инновационных оздоровительных услуг (ИОУ) и их структура (собственные, заемные, привлеченные и пр.). Безусловно, у многих организаций СОН финансовое обеспечение ограничено размерами государственного финансирования. Однако у частных оздоровительных организаций такие возможности существуют. Кроме того, финансирование

⁷¹ Молчанов И. Н., Молчанова Н. П. Дифференциация инновационного потенциала регионов и государственная поддержка инновационного развития (на примере субъектов Южного федерального округа) // Вопросы управления. 2014. № 1. С. 74-83.

⁷² Алетдинова А. А. Методика формирования инновационного потенциала организации // Вопросы инновационной экономики. 2012. № 1 (11).

⁷³ См., напр.: Горькова Т. Ю., Герасимова С. В. Влияние инновационного потенциала на конкурентное развитие предприятий здравоохранения // Успехи современного естествознания. 2010. № 11; Мартынич С. А., Глухова Е. А., Галустова Л. Р. Требования к построению системы для оценки результативности и потенциала научной деятельности на уровне организации // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. 2013.

разработок может осуществляться путем участия в конкурсах грантов, федеральных целевых программах и т. п.

2. Материально-техническая и технологическая составляющая: наличие и объемы площадей помещений, лабораторий, оборудования, специализированных кабинетов и т. п., необходимых для разработки и/или освоения инновационных оздоровительных услуг. Подчеркнем, что такая база в первую очередь присуща медицинским клиникам, однако определенный потенциал может существовать и у других типов оздоровительных организаций. Кроме того, инновационные оздоровительные услуги могут предполагать использование не продуктовых и технологических, а организационных инноваций, а значит, вполне могут разрабатываться и реализовываться в рамках имеющейся материально-технической базы.

3. Кадровая и научная составляющие. В рамках структуры кадрового состава организации оцениваются такие параметры, как доля работников, имеющих опыт проведения НИР и ОКР, публикационная активность в отношении научной и инновационной деятельности, направления целевой подготовки кадров, динамика и направления повышения квалификации и переподготовки работников и, соответственно, уровень квалификации и компетенций работников, необходимый для разработки и/или освоения инновационных оздоровительных услуг. Кроме того, в данных составляющих могут быть отражены и оценены (в случае присутствия) наличие и виды подразделений, специализирующихся на вопросах разработки, коммерциализации ИОМУ: исследовательские, маркетинговые и т. п.

4. Интеллектуальная составляющая: наличие и характер имеющихся в распоряжении организации объектов интеллектуальной собственности (патенты, лицензии, ноу-хау), объем оказываемых инновационных оздоровительных услуг и их доля в общей структуре услуг организации. Кроме того, в данных составляющих могут быть отражены и оценены (в случае присутствия) наличие и виды подразделений, специализирующихся на вопросах разработки, коммерциализации ИОМУ: научно-исследовательские, маркетинговые, по работе с интеллектуальной собственностью и т. п.

5. Коммуникационная составляющая: активность организации и ее работников в выстраивании коммуникационных потоков с субъектами инновационной инфраструктуры в рамках разработки и/или освоения инно-

вационных оздоровительных услуг (с научными, образовательными организациями, научными и венчурными фондами, технопарковыми структурами и т. п.). Оценивается и доступ сотрудников к различным источникам информации, связанной с инновационными процессами, оснащение организации современными информационно-коммуникационными средствами.

Данные параметры, как отмечают исследователи вопросов оценки инновационного потенциала, могут оцениваться с помощью экспертных методов. Кроме того, крайне важно обеспечение систематичности в проведении таких процедур.

На наш взгляд, оценка организаций – участников СОН по подобным составляющим инновационного потенциала позволит определить инновационность оздоровительных организаций как способность повышать эффективность своей деятельности за счет реализации и наращивания инновационного потенциала и судить об их готовности к разработке и внедрению собственных либо заимствованных инноваций. Соответственно, своевременное принятие мер по повышению основных составляющих инновационного потенциала оздоровительных организаций способно ускорить внедрение инноваций в их деятельность, что в целом обеспечит ускорение процесса оздоровления населения.

В исследованиях теории человеческого капитала также существуют различные подходы к его пониманию и измерению, что отражают работы современных ученых⁷⁴, где эти подходы сопоставляются и типологизируются⁷⁵.

Однако согласимся с мнением данных исследователей, что в самом широком смысле человеческий капитал можно трактовать как накопленные в процессе жизнедеятельности на основе образования, практического опыта и в результате инвестиций здоровье, навыки, способности, знания, компетенции и мотивации индивидов к производительному труду, имеющие экономическую ценность и реализующиеся в направлении роста благосостояния как отдельных экономических субъектов, так и национального

⁷⁴ Человеческий капитал и образование / под ред. В. Н. Черковца, Е. Н. Жильцова, Р. Т. Зяблук. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2009.

⁷⁵ Мызин А. Л., Гурбан И. А. Проблемы оценки человеческого капитала в контексте исследования национального богатства регионов России // Экономика региона. 2011. № 1.

богатства страны в целом⁷⁶. Соответственно, предлагаемая система оздоровления населения нацелена на содействие в развитии этой своеобразной формы капитала, и не только за счет роста знаний экономических субъектов, их компетенций и т. п., а в первую очередь здоровья населения как неотъемлемой составляющей человеческого капитала.

Субъекты управления в рамках данной системы – органы власти субъектов РФ и органы местного самоуправления, медицинские организации, субъекты инновационной оздоровительной деятельности (научно-образовательная сфера, производители соответствующей техники и оборудования, представители инновационной инфраструктуры).

Органы власти осуществляют управленческие воздействия в отношении:

- выстраивания целевых ориентиров развития субъектов системы оздоровления населения;
- выстраивания нормативно-правового регулирования деятельности субъектов системы оздоровления населения;
- обеспечения основного и дополнительного финансирования субъектов (в зависимости от их формы собственности и отраслевой принадлежности);
- осуществления контроля и координации деятельности субъектов системы оздоровления населения.

Организации, реализующие оздоровительные услуги и субъекты инновационной оздоровительной деятельности (научно-образовательная сфера, производители соответствующей техники и оборудования, представители инновационной инфраструктуры), принимают управленческие решения в отношении участия в инновационных коммуникациях, связанных с разработкой инноваций и на их основе инновационных оздоровительных услуг, в том числе по поводу:

- нахождения дополнительных источников финансирования инновационной деятельности;
- создания и защиты интеллектуальной собственности;

⁷⁶ Гурбан И. А., Мызин А. Л. Системная диагностика регионов России: методологический подход и результаты оценки // Экономика региона. 2012. № 4.

- получения информации о разрабатываемых и коммерциализуемых инновациях;
- обеспечения дополнительных компетенций персонала, занятого научно-исследовательской и инновационной деятельностью и т. п.

Несомненно, в этой связи возникает вопрос о мотивации участия сотрудников организаций, реализующих оздоровительные услуги, в коммуникационных процессах такого рода. На наш взгляд, важным мотиватором в ближайшее время может являться внедрение механизма эффективного контракта.

Как известно, данный термин был использован еще в предвыборной статье В. В. Путина от 13.02.2012 «Строительство справедливости. Социальная политика для России». В настоящее время разработана определенная нормативная база, необходимая для внедрения эффективного контракта. В частности, это такие документы, как:

- Бюджетное послание Президента РФ от 29.06.2011 о бюджетной политике в 2012-2014 годах;
- Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
- Бюджетное послание Президента РФ от 28.06.2012 о бюджетной политике в 2013-2015 годах;
- Поручение Президента РФ от 17.07.2012 № Пр-1798;
- Перечень поручений Президента РФ от 27.07.2012 по итогам совещания по реализации указов Президента в сфере социальной политики;
- Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы»;
- Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р «О плане мероприятий («дорожной карте») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

По сути, вышеуказанные документы подготовили идеологическую базу, сформулировали цели и задачи внедрения эффективного контракта⁷⁷.

⁷⁷ Кадыров Ф. Н. Эффективный контракт в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2.

Проект эффективного контракта утвержден и предложен Правительством РФ как образец трудового договора. В эффективном контракте должны быть конкретизированы трудовая функция каждого работника, показатели и критерии оценки эффективности его деятельности, установлен размер вознаграждения и размер поощрения за достижение коллективных результатов труда. Также в эффективном контракте должны быть конкретизированы должностные обязанности работника, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных либо муниципальных услуг⁷⁸.

По нашему мнению, фиксирование в трудовом договоре в рамках условий получения выплат стимулирующего характера, инициирование и участие в инновационных коммуникациях, в процессах разработки и освоения инновационных оздоровительных услуг будет являться мотивационной составляющей такого рода деятельности.

Механизмом развития системы оздоровления населения, на наш взгляд, должна выступать сетевая интеграция организаций, участвующих в деятельности по оздоровлению населения, и представителей инновационной инфраструктуры. Механизм в данном контексте трактуется как совокупность процессов, определяющих достижение целей развития системы. Целесообразность такого варианта развития СОН определяется следующим.

Как отмечалось ранее, необходимость разработки принципиально новых решений по укреплению общественного здоровья населения резко усиливает значимость структурно-организационных взаимосвязей в деятельности по оздоровлению населения. По мере расширения инновационных преобразований растет значимость научного обоснования направлений формирования и конкретных моделей функционально-элементной базы инновационного развития⁷⁹.

⁷⁸ Официальный сайт Центрального бюро нормативов по труду. URL: http://cbnt.ru/analytics/oplata_truda/2012/11

⁷⁹ Деева В. А., Медведева Т. Ю., Хомутишникова Т. В., Филатов В. В. Управление инновациями и инновационным проектированием в деятельности предприятий // Материалы Международной НПК «Инновационная политика хозяйственного субъекта: цели, проблемы, пути совершенствования». М.: МВЦ «Крокус-Экспо», РУДН, 2011. С. 126-137.

Исследователи отмечают, что своеобразие инновационного развития проявляется в необходимости учета двух противоречивых тенденций⁸⁰. С одной стороны, все стадии инновационной системы – от фундаментальных исследований до достижения коммерческого успеха – тесно взаимосвязаны и взаимообусловлены, поскольку инновационный процесс – единый поток действий. С другой стороны, появление новых знаний, открытий, изобретений – процесс дискретный и стохастичный, и с этой точки зрения организация не должна (и вряд ли сможет) осуществлять весь набор действий – от НИОКР до производства и продаж.

Соответственно, в условиях инновационно-ориентированного развития особо важную роль начинают играть межфирменные, межорганизационные взаимодействия в рамках инновационных коммуникаций (коммуникаций между участниками инновационного процесса)⁸¹.

Объединения субъектов в современной экономике все чаще базируются на положениях сетевого подхода, получившего широкое распространение в мировой практике последних десятилетий. Экономическая сеть представляет собой сложную организационную структуру, главная цель которой – за счет формирования единого пространства создать условия для максимального использования всех существующих видов ресурсов, необходимых при производстве и реализации товаров и услуг, развития научно-технического, производственного и трудового потенциала⁸².

Как отмечают исследователи, сетевой подход реализует концепцию взаимодействия, которая опирается на ряд ключевых признаков⁸³:

– схожесть целевых ориентиров реально функционирующих бизнес-субъектов;

⁸⁰ Филатов В. В. Актуальные вопросы управления инновационной деятельностью предпринимательских ассоциаций и стратегических альянсов в условиях нарастающей глобализации // *Качество. Инновации. Образование*. 2012. № 5. С. 34.

⁸¹ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang,ru/>

⁸² Титов Л. Ю. Принципы формирования инновационных сетей в реальном секторе экономики // *Проблемы современной экономики*. 2009. № 1 (29).

⁸³ Асаул А. Н., Скуматов Е. Г., Локтева Г. Е. Методологические аспекты формирования и развития предпринимательских сетей. СПб.: Гуманистика, 2004.

- необходимость привлечения инвестиций в условиях развивающихся рынков;
- необходимость активизации инновационных возможностей предпринимательства;
- необходимость использования мер государственной поддержки;
- развитие информационно-коммуникационных технологий;
- стремление к получению синергетического эффекта;
- развитие концепции бенчмаркинга;
- развитие идеологии партнерства.

Нельзя не отметить, что современными исследователями выделяются различные виды формирующихся в современных условиях сетей. Так, Л. Титов, обобщая подходы к классификации экономических сетей С. Зими́на, Б. Мильнера, М. Переверзева, И. Пономарева и др., типологизирует экономические сети следующим образом⁸⁴: производственные сети, информационные сети, инфраструктурные сети, социальные сети, инновационные сети.

В рамках данного исследования особый интерес представляют инновационные сети, тенденция формирования которых сегодня активно исследуется. Инновационные сети, по одному из определений, выступают как совокупность научных, образовательных организаций и компаний, связанных партнерскими взаимоотношениями и объединенных единой конкретной целью⁸⁵.

Характеризуя виды инновационных сетей, авторы используют различные классификационные критерии, что порождает многообразие классификаций⁸⁶.

⁸⁴ Титов Л. Ю. Принципы формирования инновационных сетей в реальном секторе экономики // Проблемы современной экономики. 2009. № 1 (29).

⁸⁵ Горденко Г. В. Перспективы развития инновационных сетей. URL: http://innclub.info/wp-content/uploads/2011/02/горденко_б_конк_дд.doc

⁸⁶ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang.ru/>

Отмечается, что инновационные сети могут действовать на трех уровнях⁸⁷:

- глобальном (инновационные сети первого уровня);
- национальном (инновационные сети второго уровня);
- региональном (инновационные сети третьего уровня).

По предназначению инновационные сети делятся на следующие виды:

- сеть кооперации в сфере НИОКР;
- сеть трансфера технологий;
- сеть передачи компетенций;
- научно-инновационные сети⁸⁸.

Исследователь Г. Горденко выделяет виды инновационных сетей по формам существования:

- стратегические альянсы (союзы компаний, дополняющих друг друга и создающих большую синергию на короткий период времени за счет пересекающихся продуктовых и рыночных позиций);

- виртуальные организации (относительно стабильный пул партнеров с меняющейся проектной координацией, где каждый участник концентрирует усилия на отдельных ключевых компетенциях);

- производственное сотрудничество малых инновационных фирм с крупными корпорациями (при этом инновационные фирмы получают доступ к отлаженным технологиям, рынкам сбыта, но ценовой и неденежный диктат со стороны крупных компаний-партнеров);

- инновационные кластеры (сеть научных и производственных организаций, связанных друг с другом большим количеством инновационных проектов и обладающих внутренним инновационным пространством для передачи инноваций).

⁸⁷ См., напр.: Чернов С. А. Инновационные сети. URL: http://www.chronos.msu.ru/RREPORTS/problema_vremeni/chernov_innovatsionnye.htm; Чернышева Т. Инновационные сети как форма интеграции // *Инновации*. 2009. № 11.

⁸⁸ Воронина Л. А., Ратнер С. В. Научно-инновационные сети в России: опыт, проблемы, перспективы. М.: ИНФРА-М, 2010. С. 72.

Кроме того, автор отмечает, что для инновационной сети характерно наличие четырех основных подсистем:

– инновационная подсистема (организации, осуществляющие инновационную деятельность по разработке и производству инновационных и интеллектуальных продуктов);

– обеспечивающая подсистема (научно-техническое обеспечение – организации, действующие на рынке технологий, информационных ресурсов и услуг; обеспечение материально-сырьевыми ресурсами производственной системы инновационной сети; коммуникационное обеспечение участников инновационной сети и пр.);

– подсистема коммерциализации инноваций (организации, которые функционируют в области маркетинга инноваций, рекламы, сбыта и обеспечивают распространение и диффузию инноваций и объектов интеллектуальной собственности);

– подсистема финансирования инноваций (организации, которые осуществляют финансовое обеспечение инновационной сети, проведение расчетов и распределение денежных потоков, используют денежные средства для развития инновационной сети, участвуют в работе кредитного рынка и рынка ценных бумаг (банки, инвестиционные и страховые компании, венчурные фирмы и др.)).

Данная структуризация инновационной сети четко показывает, что инновационная сеть объединяет максимальное количество участников, причем далеко не каждый из участников сети наделен полномочиями и обладает компетенциями, позволяющими присутствовать на всех этапах инновационного процесса – от фундаментальных исследований до производства инновационных продуктов.

На наш взгляд, наиболее активно сегодня исследуется кластерный тип инновационной сети⁸⁹.

Как известно, термин «кластер» (cluster) имеет английское происхождение и в переводе на русский язык означает «гроздь» или «кисть». В физике кластером называют коррелированную группу взаимосвязанных час-

⁸⁹ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang.ru/>

тиц, в химии – сложное объединение атомов или частиц, в статистике – класс родственных элементов статистической совокупности. Из этих определений следует вывод, что составные элементы кластера должны быть сконцентрированы в одном месте и в одно время.

В экономике классическим принято считать определение кластера, данное Майклом Портером. По его мнению, кластер – это группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний и связанных с ними организаций, действующих в определенной сфере, характеризующихся общностью деятельности и взаимодополняющих друг друга⁹⁰.

В результате анализа различных вариантов классификаций кластеров можно прийти к выводу, что наиболее значимыми критериями классификации кластерных образований являются следующие:

- производственно-технологические (специализация, технологические взаимосвязи участников);
- организационно-управленческие (организация управления, стратегия развития, динамика развития);
- территориально-географические (особенности территориального размещения, масштабы деятельности).

Иногда автор дает расширенную классификацию, включающую несколько критериев.

Вместе с тем, на наш взгляд, широта охвата различных видов и принципов сотрудничества компаний, представленная в классификациях, делает понимание кластера абсолютно и даже излишне универсальным. По нашему мнению, важное отличие кластера от любого другого вида интеграции заключается в том, что кластер формируется и развивается как инновационная система⁹¹.

Подобное мнение разделяет и Р. Кашбиева, доказывающая, что кластер (как территориально локализованная, обособленная в отрасли группа предприятий, сочетающая формальную самостоятельность и внутреннюю конкуренцию с кооперацией, наличием единого центра и системы сервис-

⁹⁰ Портер М. Конкуренция: пер. с англ. М.: Вильямс, 2005. С. 258.

⁹¹ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang.ru/>

ного обслуживания) отличается от иных структур инновационным характером и гибкостью специализации⁹². Аналогичный вывод делает А. Бирюков: все кластеры в определенной степени являются инновационными, поскольку в них наличествуют (в том или ином виде) центры генерации инноваций⁹³.

Монастырный Е. также представляет кластеры как инновационные, включающие в себя всю инновационную цепочку – от создания новых знаний и появления на их основе бизнес-идей до реализации произведенной продукции на существующих либо новых рынках сбыта⁹⁴.

Далее, для кластера характерно наличие ядра, определяющего отраслевую принадлежность кластера, а также географической локализации участников. На это обращают внимание многие исследователи⁹⁵. Кроме того, практически никогда в определении кластера при перечислении его участников не включаются органы власти и управления. А. Бирюков даже относит эту особенность к одной из ключевых характеристик кластеров⁹⁶. Иными словами, участниками кластера могут являться лишь отдельные экономические субъекты, но не органы власти и управления (иначе речь чаще всего ведется о механизмах государственно-частного партнерства).

Таким образом, сформулируем наше видение кластера как особого вида инновационной сети: кластер – разновидность инновационной сети, характеризующаяся инновационной направленностью деятельности, гео-

⁹² Кашбиева Р. Р. Промышленные кластеры в региональной экономике: инновационная составляющая // Проблемы теории и практики управления. 2012. № 9-10. С. 72-79.

⁹³ Там же.

⁹⁴ Монастырный Е. А. Инновационный кластер // Инновации. 2006. № 2. С. 38-43.

⁹⁵ См., напр.: Калошин А. В. Региональные производственные и технологические кластеры // Материалы семинара Центра стратегических разработок «Северо-Запад» «Управление региональным развитием». URL: http://csr-nw.ru/upload/file_content_557.pdf; Трофимова О. М. К вопросу о формировании инновационных кластеров в региональной экономике // Вопросы управления. 2010. № 2 (11). URL: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2010/02/10/>

⁹⁶ Бирюков А. В. Преимущества современных инновационных кластеров // Транспортное дело России. 2009. № 1.

графической локализацией участников – экономических субъектов и наличием «ядра», определяющего отраслевую принадлежность кластера⁹⁷.

Соответственно, инновационная сеть – понятие более широкое и означает, с нашей точки зрения, совокупность устойчивых контактов между предприятиями и организациями, осуществляющими инновационную деятельность (разработку, коммерциализацию и производство инноваций и/или инновационных услуг), государственными органами власти и управления, а также представителями инновационной инфраструктуры. При этом не является обязательным наличие «ядра» сети, географической и отраслевой локализации, поскольку инновационные сети могут формироваться на различных уровнях (региональном, национальном, глобальном).

Хотя анализ практики развития инновационных сетей и разработка рекомендаций по формированию новых образований подобного типа концентрируется преимущественно на производственном секторе экономики, современные исследователи отмечают наличие и исследуют практику и перспективы подобных образований в сервисной сфере. При этом можно отметить аналогичное преобладание акцента: в рамках инновационных сетей в сервисном секторе преимущественно исследуется феномен «сервисный кластер». Этому явлению посвящены отдельные исследования.

Так, в своем диссертационном исследовании А. Носков-Дукельский определяет сервисный кластер как систему взаимосвязанных предприятий, продуктом которых являются услуги различного характера, расположенных на определенной территории и проявляющих тенденцию к усилению своего значения в экономике региона или фактически играющих в ней важную роль⁹⁸.

Как следует из определения, речь идет о региональном кластере, причем ядром и основными участниками кластера являются сервисные организации.

⁹⁷ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang,ru/>

⁹⁸ Носков-Дукельский А. И. Развитие территориальных сервисных кластеров как фактор обеспечения конкурентоспособности экономики региона: автореф. дис. ... канд. экон. наук. СПб., 2011. С. 8.

Аналогичное определение дают и другие авторы: сервисный кластер – это пространственный комплекс отраслей, предприятий и инфраструктурных организаций, функционирующих в сфере услуг и локализованных на территории региона, интегрированных с целью приращения собственных конкурентных преимуществ для достижения положительной динамики основных результирующих показателей социально-экономического развития и обеспечения комфортной среды обитания в регионе⁹⁹.

Отметим, что автором подчеркивается не только экономическая, но и социальная результирующая составляющая сервисного кластера. Безусловно, в сфере оздоровления населения данный аспект играет решающую роль в силу ее высочайшей социальной значимости. Исследователи данной сферы обращают внимание на целесообразность и перспективность формирования инновационных кластеров в данной сфере.

Однако анализ существующих мнений позволяет утверждать, что авторы ведут речь не о классическом варианте кластера¹⁰⁰.

Так, характеризуя кластерный подход к системе организации дополнительного лекарственного обеспечения, к числу участников кластера один из исследователей относит Министерство здравоохранения и социального развития РФ, территориальные и федеральный фонды ОМС, Пенсионный фонд РФ, страховые компании, органы управления здравоохранением и фармацией, фармацевтические и медицинские организации и т. д.¹⁰¹

В исследовании, посвященном формированию инновационных кластеров в сфере здравоохранения мегаполиса, в ядро кластера включены организации и учреждения здравоохранения (лечебно-профилактические, аптечные учреждения и т. д.), в обслуживающий сектор – образовательные учреждения, организации, выполняющие НИОКР и маркетинговые исследования, финансовые институты и пр. Вместе с тем управляющие структу-

⁹⁹ Шнякина Ю. Р. Организационно-экономический механизм управления региональным сервисным кластером // Вопросы управления. 2011. № 2. С. 101-107.

¹⁰⁰ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang.ru/>

¹⁰¹ Комягин А. В. Современные методы управления в системе здравоохранения России // Вестник науки ТГУ. 2011. № 1. С. 104.

ры кластерных объединений включают представителей органов власти региона (автор иллюстрирует подход на примере Санкт-Петербурга)¹⁰².

Аналогичным образом ранее представила модель биотехнологического кластера (на примере Калужской области) Е. Соболева, в рамках которой в состав кластера входят государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, фармацевтические компании, научные и образовательные учреждения, бизнес-структуры и пр. Однако управленческие функции во многом реализуют органы исполнительной власти (Министерство здравоохранения, администрации области и муниципальных образований)¹⁰³.

Приведенные мнения демонстрируют отличие сетевой организации в сфере здравоохранения в части включения в интегрированную сеть органов власти. Т. Сибурина и О. Мишина подчеркивают: основой развития медицинского кластера все чаще становятся комплексные структуры, включающие представителей науки, медицинского образования, органов власти, практического здравоохранения и бизнеса¹⁰⁴.

С учетом вышеуказанных мнений можно констатировать одну из отличительных особенностей формирования и устройства сетевых структур в сфере оздоровления населения – активное участие органов власти.

Еще одной отличительной чертой, на наш взгляд, является отсутствие четко выраженного ядра сетевой структуры, поскольку участники подобного образования, во-первых, являются представителями различных отраслей и сфер деятельности, а во-вторых, в рамках инновационной сети можно говорить о двух результирующих составляющих. С одной стороны, инновационная сеть является продуцентом инноваций (и обеспечивают данный результат предприятия – производители инноваций – фармацевтические компании, производители техники и оборудования и пр.). С другой стороны, инновационные сети обеспечивают производство инновационных

¹⁰² Малышкина Е. Ю. Формирование инновационных кластеров в сфере здравоохранения: автореф. дис. ... канд. экон. наук. СПб., 2011.

¹⁰³ Соболева Е. С. Организационные механизмы управления инновационным развитием здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Калужской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: ЦНИИ ОИЗ, 2009.

¹⁰⁴ Сибурина Т. А., Мишина О. С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2.

услуг, реализацию которых осуществляют учреждения и организации, реализующие оздоровительные услуги. Соответственно, участники сети могут быть представителями различных кластеров.

Третья отличительная черта – отсутствие территориальной концентрации. Участники сети не обязательно сконцентрированы территориально, поскольку скорость и эффективность коммуникаций в современных условиях далеко не обязательно обусловлены территориальной близостью участников инновационного процесса. Особенно это актуально для процедур повышения квалификации персонала, получения информации об инновационных разработках, получения дополнительных источников финансирования в рамках ФЦП, венчурных фондов и пр.

Указанные отличительные черты инновационной сети обуславливают еще одну их особенность – наличие координационной составляющей. Несомненна необходимость координации коммуникационных потоков в рамках инновационной сети в целях снижения транзакционных издержек участников сети. При этом специализирующиеся на координации организации не являются ядром сети в классическом понимании, поскольку речь идет о вспомогательной функции такого рода центров. Подобный подход просматривается в трудах современных исследователей (упоминаемых ранее Е. Ю. Малынкиной, Е. С. Соболевой).

Таким образом, инновационные сети в сфере оздоровления населения трактуются как совокупность устойчивых контактов между организациями, участвующими в инновационной деятельности, – предприятиями – производителями техники и оборудования, фармацевтическими компаниями, научными, образовательными, медицинскими и иными учреждениями и организациями, реализующими оздоровительные услуги, а также представителями инновационной инфраструктуры – венчурными фондами, центрами трансфера технологий, эндаумент-фондами, бизнес-инкубаторами и технопарками, консалтинговыми агентствами¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Рожкова Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. № 2 (42). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang,ru/>

На основании учета существующих мнений считаем, что в рамках инновационных сетей координирующие функции могут выполнять региональные центры оздоровления населения (РЦОН). Более подробно характеристика предлагаемого подхода будет представлена в последующих разделах работы.

Отметим ожидаемые эффекты от развития СОН (аналитические подходы СЕА «затраты – эффективность» и СВА «издержки – выгоды»)¹⁰⁶. Несомненно, в первую очередь речь должна идти о социальных эффектах от ее реализации, проявляющихся в росте продолжительности жизни, увеличении качества жизни населения. Вместе с тем следует вести речь и о сокращении экономического ущерба, который несет общество в связи с недостаточной доступностью и низким качеством оздоровительных услуг и который выражается в первую очередь в росте заболеваемости населения.

Считается, что такого рода потери принято делить на прямые и косвенные. Прямые потери включают затраты на оказание оздоровительной помощи: амбулаторное и стационарное обслуживание, дополнительное санаторно-курортное лечение и санитарно-эпидемиологическое обслуживание, подготовку кадров, научно-исследовательскую работу, выплату пособий по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсий по инвалидности. Косвенные потери – это потери в связи со снижением производительности труда в результате заболеваемости, «недопроизведенная» продукция на предприятиях и снижение национального дохода в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте¹⁰⁷. При этом отмечается, что на долю косвенных потерь приходится около 90 % всех экономических потерь.

Отметим, что расчеты экономического эффекта и экономической эффективности ряда оздоровительных мероприятий проводились различными исследователями проблем экономики здравоохранения. Так, в начале 60-х годов XX века специалистами Института социальной гигиены и орга-

¹⁰⁶ Инновационное развитие сферы услуг: учеб. пособие / под ред. Е. В. Егорова, Т. Б. Беляевой. М.: Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, 2010. С. 224.

¹⁰⁷ Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2003. С. 434-435.

низации здравоохранения была разработана методика определения экономического эффекта и эффективности в здравоохранении, суть которой – в сопоставлении размера предотвращенного экономического ущерба и размера расходов на мероприятия, позволяющие предотвратить этот ущерб. По некоторым направлениям, например в результате сокращения заболеваемости дифтерией, экономический эффект составил, по итогам расчетов, 1,8 млрд руб. (эффективность мероприятий – 37 руб. на 1 руб. затрат).

В монографии Г. Э. Улумбековой приводятся ключевые данные по оценке эффективности вложений в сферу укрепления здоровья населения. Автор приводит расчеты, которые позволяют сделать оценки с погрешностью в 10-15 %, причем расчетный период – 12 лет (с 2008 до 2020 года)¹⁰⁸. Во-первых, если коэффициент смертности трудоспособного населения снизится за 12 лет в два раза, то дополнительный вклад этих людей (2 млн чел.) в ВВП суммарно составит 1,059 трлн руб. Во-вторых, снижение числа дней нетрудоспособности за 12 лет на 25 % даст дополнительный ВВП в размере 1,215 трлн руб. В-третьих, продление активного трудового возраста населения по достижении пенсионного возраста (на 5 лет) позволит внести дополнительный вклад в ВВП в размере 32,5 млн руб. Таким образом, в совокупности за 12 лет экономический эффект от перечисленных составляющих – 34,8 трлн руб., или дополнительный рост ВВП на 6 % ежегодно. Соответственно, будет обеспечен и рост доходов бюджетов различных уровней за счет налогов с сумм прироста ВВП.

Вторая составляющая в рамках эффекта от развития СОН – прирост ВВП за счет коммерциализации инноваций в сфере укрепления здоровья населения. Как известно, экономика России в настоящее время отличается низким уровнем инновационного развития. По статистическим данным, доля высокотехнологичных отраслей промышленности и «отраслей знаний» в ВВП России составляет 10,5 %, а вклад инновационных факторов в годовой прирост ВВП – 1,3 %. Удельный вес предприятий, осуществляющих технологические инновации, составляет 9,3 % от общего количества крупных и

¹⁰⁸ Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 87-91.

средних предприятий, при этом доля инновационной продукции – всего 2,5 %. Крайне невелики внутренние затраты на исследования и разработки – около 1 % ВВП, тогда как в США, Германии и Японии – 2,6-2,8 %¹⁰⁹.

На долю России на мировом рынке наукоемкой продукции приходится менее 1 %, а США – 40 %¹¹⁰. При этом приоритетной задачей государства сегодня является обеспечение вклада инновационного фактора в ВВП России в ближайшие годы на уровне 1-1,5 % (как заявил замминистра экономического развития РФ Андрей Клепач)¹¹¹. На наш взгляд, предлагаемые в рамках СОН мероприятия способны внести ощутимый вклад в решение данной задачи, обеспечивая сокращение длительности инновационного процесса, ускоренное внедрение инноваций в оздоровительную деятельность за счет активизации инновационных коммуникаций.

Еще одно проявление эффекта от развития СОН – снижение транзакционных издержек организаций-участников за счет координации процесса оздоровления населения. Речь идет об экономии расходов на исследования рынка оздоровительных услуг, на поиск инноваций как основы разрабатываемых и внедряемых услуг по оздоровлению населения, на обеспечение защиты интеллектуальной собственности и т. д.

Кроме того, реализация мероприятий в рамках СОН призвана способствовать повышению качества оздоровительной помощи и, соответственно, удовлетворенности населения деятельностью по укреплению общественного здоровья. Схематично концептуальные основы системы оздоровления населения представлены на рисунке 1.3.2.

¹⁰⁹ Богачев Ю. С., Винокуров В. И. Сравнительный анализ научно-технического и инновационного развития субъектов Российской Федерации // Информационно-аналитический бюллетень ГУ «Центр исследований и статистики науки». 2007. № 5.

¹¹⁰ Ростанец В., Топилин А. Инфраструктура межрегионального трансфера инноваций // Экономический портал – экономика России и мировая экономика. URL: <http://institutiones.com/innovations/1001-infrastruktura-mezhregionalnogo-transfera-innovacij.html>

¹¹¹ Российское информационное агентство РИА. URL: <http://ria.ru/economy/20120327/607244058.html>

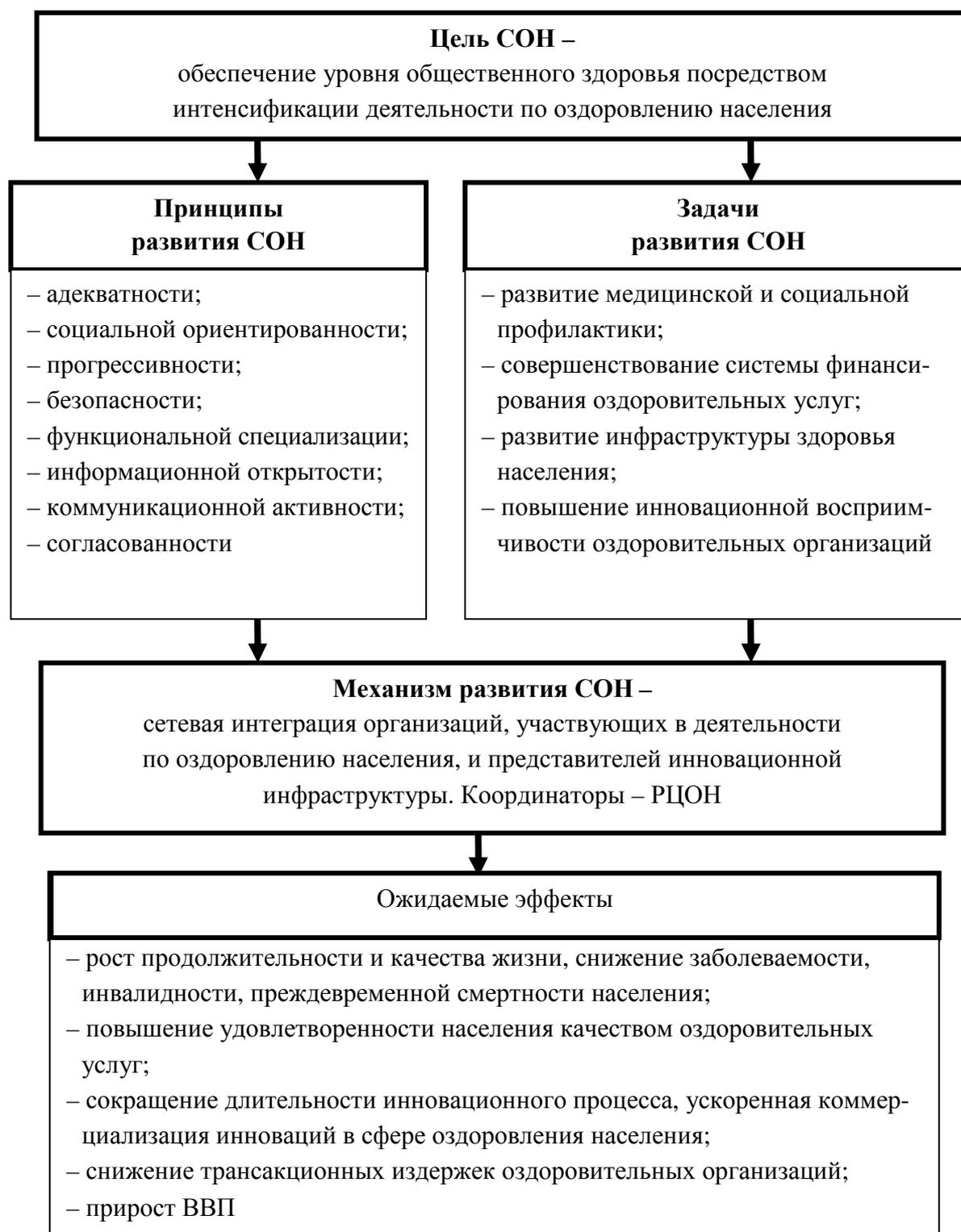


Рис. 1.3.2. Концептуальные основы системы оздоровления населения

Таким образом, процессы реформирования систем здравоохранения в зарубежных странах показывают, что в целях обеспечения доступной, современной и качественной оздоровительной помощи населению при одновременных усилиях по сдерживанию государственных расходов на здравоохранение важными направлениями реформ являются:

- приоритетность мероприятий по профилактике заболеваний;
- повышение качества и доступности оздоровительных услуг;
- развитие оздоровительной деятельности вне систем здравоохранения;
- формирование дополнительных источников финансирования оздоровительной деятельности.

Не исчезающая проблематика развития отечественного здравоохранения обуславливает необходимость перехода от охраны здоровья к его укреплению: формированию и развитию системы оздоровления населения как комплекса стратегических задач, механизмов и инструментария осуществления деятельности по оздоровлению населения с существенным усилением инновационной составляющей.

Для разработки и обоснования конкретных положений в рамках системы оздоровления населения представляется необходимым осуществить анализ состояния сферы здравоохранения России как в отношении реализации программ оказания бесплатной оздоровительной помощи, так и в части проблем, препятствующих инновационному развитию данной сферы.

Глава 2

Развитие системы оздоровления населения РФ

2.1. Особенности финансового и организационного обеспечения системы оздоровления населения РФ

Как было отмечено в предыдущей главе, в настоящее время реформы системы здравоохранения продолжают. Однако результаты предыдущих этапов реформирования характеризуются неоднозначными показателями.

На наш взгляд, особенности современного обеспечения системы оздоровления населения проявляются в двух основных ракурсах:

- проблемы финансирования и эффективного использования ресурсов;
- проблемы низкой инновационной восприимчивости оздоровительных организаций.

Охарактеризуем данные проблемы подробнее, особое внимание уделяя сфере здравоохранения как важнейшей составляющей СОН.

Проблемы финансирования и эффективного использования ресурсов

Как было отмечено ранее, сфера здравоохранения не только обладает колоссальной социальной значимостью, но и является весьма обширным сектором экономики. В настоящее время в структуре экономики стран здравоохранение и предоставление социальных услуг по численности занятых в Финляндии, Франции и Швеции занимает первое место, в Великобритании, США – второе, в Германии – третье место (что демонстрируют данные табл. 2.1.1). Тем не менее в России, как следует из таблицы 2.1.1, данная сфера по численности работающих занимает лишь шестое место.

Таблица 2.1.1

Структура численности занятых в экономике России и некоторых зарубежных стран по видам экономической деятельности, %¹¹²

| Виды экономической деятельности | Россия, 2012 | Германия, 2011 | Великобритания, 2011 | США, 2011 | Финляндия, 2011 | Франция, 2011 | Швеция, 2011 |
|--|--------------|----------------|----------------------|-------------|-----------------|---------------|--------------|
| Оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования | 16,1 | 13,5 | 13,7 | 14,1 | 12,3 | 12,6 | 12,2 |
| Обрабатывающие производства | 15,0 | 19,9 | 9,8 | 10,2 | 14,5 | 13,2 | 12,0 |
| Транспорт и связь | 9,4 | 7,9 | 8,6 | 6,5 | 10,0 | 8,1 | 9,3 |
| Образование | 9,2 | 6,2 | 10,4 | 9,3 | 7,2 | 6,7 | 10,8 |
| Здравоохранение и предоставление социальных услуг | 8,0 | 12,2 | 13,4 | 13,5 | 16,0 | 13,2 | 15,6 |
| Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное страхование | 7,5 | 7,0 | 6,3 | 4,9 | 4,7 | 9,7 | 6,0 |
| Строительство | 7,4 | 6,6 | 7,5 | 6,5 | 7,1 | 7,3 | 6,7 |
| Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство | 7,2 | 1,6 | 1,2 | 1,6 | 4,2 | 2,9 | 2,0 |
| Операции с недвижимым имуществом, аренда и предоставление услуг | 6,6 | 11,2 | 11,9 | 13,3 | 11,1 | 10,3 | 13,8 |
| Предоставление прочих коммунальных, социальных и персональных услуг | 3,9 | 4,2 | 5,2 | 6,9 | 5,3 | 4,3 | 4,8 |
| Производство и распределение электроэнергии, газа и воды | 3,3 | 1,5 | 1,4 | - | 1,0 | 1,5 | 0,9 |
| Гостиницы и рестораны | 2,1 | 3,9 | 5,0 | 7,0 | 3,3 | 3,8 | 3,1 |
| Финансовая деятельность | 2,1 | 3,3 | 4,1 | 4,7 | 2,2 | 3,4 | 2,1 |
| Добыча полезных ископаемых | 2,0 | 0,3 | 0,4 | 0,6 | 0,3 | 0,1 | 0,2 |
| Рыболовство, рыбоводство | 0,2 | - | - | - | - | - | - |

¹¹² Российский статистический ежегодник. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 666-667.

Государственные расходы на здравоохранение в России существенно ниже, чем во многих развитых странах (табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2

Государственные расходы на здравоохранение по странам мира, в % к ВВП¹¹³

| Страна | Год | Расходы на здравоохранение |
|----------------|------|----------------------------|
| Австралия | 2011 | 6,2 |
| Бельгия | 2010 | 8,0 |
| Великобритания | 2010 | 8,1 |
| Германия | 2010 | 9,0 |
| Италия | 2010 | 7,4 |
| Россия | 2012 | 3,6 |
| США | 2011 | 8,2 |
| Франция | 2010 | 9,3 |
| Швеция | 2010 | 7,8 |
| Япония | 2011 | 7,4 |

По объему государственных расходов на здравоохранение Россия близка к развивающимся странам со средним уровнем дохода (Бразилия – 3,4 %, Парагвай – 3 %, Перу – 2,8 %) ¹¹⁴.

Тем не менее за последние годы наблюдался рост государственных расходов на здравоохранение. Объем финансирования здравоохранения 2012 года по сравнению с 2000 годом увеличился почти в 15 раз (табл. 2.1.3).

При этом основную долю в государственных расходах последние 10 лет занимают бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов (табл. 2.1.4).

Безусловно, позитивной тенденцией являются мероприятия, реализуемые в рамках Национального проекта «Здоровье». Так, за период с 2007 по 2011 год по трем важнейшим направлениям проекта были осуществлены масштабные вложения и мероприятия ¹¹⁵.

¹¹³ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 336.

¹¹⁴ Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад ГУ – ВШЭ. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 12.

¹¹⁵ Минздрав подвел итоги Национального проекта «Здоровье» за последние четыре года // Аргументы и факты. 12.09.2013. URL: <http://www.aif.ru/health/article/50182>

Таблица 2.1.3

Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение, физическую культуру и спорт, млрд руб.¹¹⁶

| Показатель | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|-------|--------|--------------------|--------|
| | на здравоохранение, физическую культуру и спорт | | | на здравоохранение | |
| Консолидированный бюджет РФ в том числе: | 153,4 | 797,1 | 1708,8 | 1933,1 | 2283,3 |
| федеральный бюджет | 16,9 | 88,2 | 347,4 | 499,6 | 613,8 |
| бюджеты государственных внебюджетных фондов | - | 71,4 | 0,0 | 309,4 | 931,4 |
| консолидированные бюджеты субъектов РФ | 136,5 | 463,8 | 796,8 | 1193,1 | 1358,4 |
| бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов | - | 250,5 | 564,7 | 721,9 | 868,1 |

Таблица 2.1.4

Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение, физическую культуру и спорт, в % от общего объема расходов¹¹⁷

| Показатель | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|------|------|--------------------|------|
| | на здравоохранение, физическую культуру и спорт | | | на здравоохранение | |
| Консолидированный бюджет РФ в том числе: | 7,8 | 11,7 | 9,7 | 9,7 | 9,9 |
| федеральный бюджет | 1,6 | 2,5 | 3,4 | 4,6 | 4,8 |
| бюджеты государственных внебюджетных фондов | - | 4,9 | 0,0 | 5,7 | 13,5 |
| консолидированные бюджеты субъектов РФ | 13,2 | 15,8 | 12,0 | 15,5 | 16,3 |
| бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов | - | 98,4 | 98,3 | 81,7 | 83,7 |

¹¹⁶ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 334-335.

¹¹⁷ Там же.

Однако, несмотря на то, что за последние 15 лет расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение, физическую культуру и спорт в структуре ВВП несколько возросли, удельный вес этих расходов в общем объеме расходов на социально-культурные мероприятия существенно сократился (табл. 2.1.5).

Таблица 2.1.5

Расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение, физическую культуру и спорт¹¹⁸

| Показатель | 1995 | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 | 2012 |
|--|------|------|------|------|------|----------------------------------|
| Расходы консолидированного бюджета РФ на здравоохранение, физическую культуру и спорт (с учетом бюджетов государственных внебюджетных фондов), в процентах к ВВП | 2,9 | 2,1 | 3,7 | 4,3 | 3,8 | 3,9 (здравоохранение – 3,6) |
| Удельный вес расходов консолидированного бюджета РФ на здравоохранение, физическую культуру и спорт (с учетом бюджетов государственных внебюджетных фондов), в общем объеме расходов на социально-культурные мероприятия | 31,7 | 28,6 | 21,9 | 19,5 | 16,9 | 18,7 (здравоохранение – 17,3) |

Нельзя в этой связи не отметить, что в структуре инвестиций в основной капитал по источникам финансирования здравоохранения доля средств за счет федерального бюджета растет, а доля собственных средств сокращается (табл. 2.1.6).

Тем не менее при совокупном росте размера инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения за последние 12 лет, их доля в общем объеме инвестиций в основной капитал в экономику сокращается (табл. 2.1.7).

¹¹⁸ Здравоохранение в России. 2011: стат. сб. М.: Росстат, 2011. С. 189, 274, 277, 526.

Таблица 2.1.6

Структура инвестиций в основной капитал
по источникам финансирования здравоохранения, в % к итогу¹¹⁹

| Показатель | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|
| Инвестиции в основной капитал - всего | 100 | 100 | 100 | 100 |
| в том числе: | | | | |
| собственные средства | 15,7 | 7,8 | 6,8 | 7,4 |
| привлеченные средства | 84,3 | 92,2 | 93,2 | 92,6 |
| из них бюджетные средства | 68,7 | 80,1 | 82,9 | 81,9 |
| в том числе за счет: | | | | |
| федерального бюджета | 16,4 | 32,5 | 29,1 | 39,3 |
| бюджетов субъектов РФ | 45,4 | 40,0 | 44,5 | 38,3 |

Таблица 2.1.7

Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения¹²⁰

| Показатель | 2002 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|--------|--------|--------|
| Инвестиции в основной капитал: млн.руб. (в фактически действовавших ценах) | 34244 | 94806 | 196182 | 216335 | 255511 |
| в процентах от общего объема инвестиций в основной капитал в экономику | 2,9 | 2,6 | 2,1 | 2,0 | 2,0 |

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в целом объем расходов на сферу здравоохранения демонстрирует положительную динамику, но продолжает составлять относительно невысокую долю в общем объеме расходов в экономике России.

Тем не менее вклад отрасли в валовой внутренний продукт за последние годы растет более высокими темпами, чем сам ВВП (табл. 2.1.8).

В определенной степени перспективность инвестиций в развитие отрасли подтверждается и динамикой иностранных инвестиций (табл. 2.1.9).

¹¹⁹ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 351.

¹²⁰ Там же.

Таблица 2.1.8

Динамика ВВП и валовой добавленной стоимости отрасли здравоохранения, млн руб.¹²¹

| Годы | ВВП РФ | Валовая добавленная стоимость в здравоохранении и предоставлении социальных услуг |
|-------------|----------|---|
| 2000 | 7305646 | - |
| 2005 | 21609766 | 564655 |
| 2010 | 46308541 | 1487303 |
| 2011 | 55799573 | 1773007 |
| 2012 | 62599057 | 2081899 |
| 2012 к 2005 | 2,9 | 3,7 |

Таблица 2.1.9

Поступление иностранных инвестиций в здравоохранение¹²²

| Показатель | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|--------|
| Иностранные инвестиции в здравоохранение РФ, тыс. долл. США | 12692 | 41469 | 176597 |

Однако, несмотря на растущий вклад отрасли в экономику, доля финансирования здравоохранения в ВВП снижается: в 2013 году – 3,5 % ВВП, в 2014 – 3,4 % (в 2011 году – 3,9 %, в 2012 – 3,6 %) ¹²³.

При этом состояние российской системы здравоохранения в настоящее время характеризуется как весьма проблемное. Во-первых, количество медицинских учреждений за период с 1990 по 2012 год сократилось: амбулаторно-поликлинических организаций – на 23 %, больничных учреждений – на 52 % (табл. 2.1.10). На фоне общего сокращения организаций системы здравоохранения констатируется рост заболеваемости населения (табл. 2.1.11).

¹²¹ Российский статистический ежегодник. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 277, 280-281.

¹²² Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 351.

¹²³ Инновационное развитие и модернизация здравоохранения в РФ. Правовой аспект: Интернет-интервью с С. В. Калашниковым. URL: <http://www.garant.ru/action/interview/382320/>

Таблица 2.1.10

Количество медицинских учреждений в РФ¹²⁴

| Годы | Число больничных учреждений, тыс. | Число амбулаторно- поликлинических учреждений, тыс. |
|------|--------------------------------------|--|
| 1990 | 12,8 | 21,5 |
| 2000 | 10,7 | 21,3 |
| 2005 | 9,5 | 21,8 |
| 2006 | 7,5 | 18,8 |
| 2007 | 6,8 | 18,3 |
| 2008 | 6,5 | 15,5 |
| 2009 | 6,5 | 15,3 |
| 2010 | 6,3 | 15,7 |
| 2011 | 6,3 | 16,3 |
| 2012 | 6,2 | 16,5 |

Таблица 2.1.11

Заболеваемость населения в РФ в 1990-2012 гг.¹²⁵

| Годы | Количество зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни | Общая заболеваемость, на 1000 чел. населения |
|------|--|---|
| 1990 | 96322 | 651,0 |
| 2000 | 106328 | 730,5 |
| 2005 | 105886 | 745,9 |
| 2006 | 108842 | 763,9 |
| 2007 | 109571 | 771,0 |
| 2008 | 109590 | 772,0 |
| 2009 | 113877 | 802,5 |
| 2010 | 111428 | 779,6 |
| 2011 | 113922 | 796,9 |
| 2012 | 113688 | 793,9 |

Во-вторых, проведенный нами анализ показывает высокий уровень износа основных производственных фондов ряда медицинских организаций, в первую очередь учреждений системы Министерства здравоохране-

¹²⁴ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 229.

¹²⁵ Российский статистический ежегодник. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 236-237.

ния РФ. Более трети учреждений находятся в техническом состоянии, требующем серьезных дополнительных вложений, и эта доля организаций за последние 15 лет существенно не уменьшилась, даже учитывая определенное снижение общего количества зданий (табл. 2.1.12)¹²⁶.

Таблица 2.1.12

Техническое состояние и благоустройство лечебно-профилактических учреждений здравоохранения в системе Минздравсоцразвития¹²⁷

| | 1995 | 2001 | 2003 | 2009 | 2010 |
|---|--|------|------|------|------|
| | Больничные учреждения и стационары | | | | |
| Всего зданий, тыс. | 27,0 | 24,8 | 23,8 | 17,2 | 18,8 |
| из них по техническому состоянию, %: | | | | | |
| находятся в аварийном состоянии | 5,2 | 3,4 | 3,3 | 2,3 | 2,0 |
| требуют реконструкции | 7,7 | 6,1 | 6,4 | 6,2 | 5,9 |
| требуют капитального ремонта | 31,9 | 29,6 | 28,5 | 27,7 | 32,9 |
| Удельный вес числа зданий (в %), в которых отсутствуют: | | | | | |
| водопровод | 13,2 | 10,8 | 8,8 | 7,8 | 6,0 |
| горячее водоснабжение | 39,5 | 35,5 | 33,1 | 23,7 | 24,9 |
| центральное отопление | 14,7 | 10,1 | 9,6 | 7,6 | 9,5 |
| канализация | 18,7 | 13,2 | 12,2 | 7,7 | 8,3 |
| телефонная связь | 10,5 | 9,9 | 7,7 | 6,1 | 5,8 |
| | Амбулаторно-поликлинические учреждения | | | | |
| Всего зданий, тыс. | 19,7 | 19,9 | 20,0 | 19,1 | 19,2 |
| из них по техническому состоянию, %: | | | | | |
| находятся в аварийном состоянии | 3,6 | 2,0 | 1,6 | 1,1 | 1,2 |
| требуют реконструкции | 5,5 | 4,8 | 4,8 | 3,5 | 3,4 |
| требуют капитального ремонта | 27,4 | 25,0 | 24,0 | 22,7 | 25,7 |
| Удельный вес числа зданий (в %), в которых отсутствуют: | | | | | |
| водопровод | 15,9 | 13,1 | 13,8 | 8,3 | 6,6 |
| горячее водоснабжение | 44,1 | 42,9 | 42,3 | 32,8 | 31,8 |
| центральное отопление | 16,3 | 14,3 | 14,4 | 10,6 | 10,3 |
| канализация | 22,6 | 18,2 | 17,9 | 10,7 | 9,3 |
| телефонная связь | 9,0 | 8,7 | 9,8 | 7,0 | 5,8 |

¹²⁶ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

¹²⁷ Здравоохранение в России. 2011: стат. сб. М.: Росстат, 2011. С. 141.

Несмотря на положительную в целом динамику обновления основных фондов в здравоохранении, степень их износа в последнее десятилетие растет и превышает 50 % (табл. 2.1.13).

Таблица 2.1.13

Движение и состояние основных фондов в здравоохранении¹²⁸

| | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Коэффициент обновления основных фондов | 0,9 | 3,7 | 4,5 | 5,1 | 5,8 | 4,9 | 4,6 | 5,3 | 4,7 |
| Коэффициент выбытия основных фондов | 1,1 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 1,7 | 1,3 | 1,3 | 1,4 | 1,3 |
| Степень износа основных фондов, % | 35,0 | 47,8 | 48,7 | 50,4 | 50,6 | 51,5 | 53,3 | 53,9 | 52,7 |

Высокий уровень износа основных фондов исследователи считают одним из основных рисков развития отечественной системы здравоохранения¹²⁹.

Нельзя не согласиться с данным мнением. Очевидна необходимость существенной технической модернизации учреждений здравоохранения, поскольку в современном состоянии материально-техническая база медицинских организаций является серьезным ограничением возможностей внедрения инноваций и снижает социально-экономическую доступность качественной медицинской помощи.

Кроме того, налицо и проблемы в реализации программ модернизации здравоохранения.

Как отмечает Председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья С. В. Калашников, по состоянию на 1 декабря 2011 года

¹²⁸ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 301.

¹²⁹ Кораблев В. Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. ДВМГУ. 2009. URL: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=135>

наблюдалось существенное отставание фактически произведенных работ от планируемых их объемов:

- по завершению строительства объектов: план – 117, факт – 54;
- по ремонту учреждений: план – 3,9 тыс. ед., факт – 2,1 тыс.;
- по приобретению оборудования: план – 190 тыс. ед., факт – 8,5 тыс.¹³⁰

Подобная проблема отмечалась и ранее. Так, в 2007 году, по данным Росздравнадзора, простаивало более 3,2 тыс. единиц поставленных в 2006-2007 годах техники и оборудования (5,8 % от их общего числа) на общую сумму около 1,5 млрд руб. (4 % от величины расходов на эти цели Национального проекта «Здоровье»)¹³¹. Низкая эффективность освоения выделяемых объемов финансирования вызывает особую тревожность в связи с планируемым сокращением финансирования здравоохранения из федерального бюджета. Как отметил в своем докладе на Втором Российском экономическом конгрессе С. В. Шишкин, самый актуальный вызов системе здравоохранения – это новая бюджетная политика на 2013-2015 годы, которая предусматривает сокращение федерального финансирования здравоохранения к 2015 году в 1,6 раза по сравнению с 2012 годом¹³². Соответствующая нагрузка будет перенесена на систему обязательного медицинского страхования и на бюджеты субъектов РФ¹³³.

Как следствие централизации доходов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), уже в 2012 году, по сравнению с 2011 годом, в то время как расходы ФФОМС возросли в 3 раза, доля расходов на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС увеличилась

¹³⁰ Инновационное развитие и модернизация здравоохранения в РФ. Правовой аспект: Интернет-интервью с С. В. Калашниковым. URL: <http://www.garant.ru/action/interview/382320/>

¹³¹ Юргель Н. В., Никонов Е. Л. Мониторинг реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2007.

¹³² Шишкин С. В. Российское здравоохранение: модернизация, эволюция, кризис? Доклад в рамках круглого стола «Человеческий потенциал и социальная политика» Второго российского экономического конгресса. Суздаль, 18-22 февраля 2013 г. URL: <http://www.gosbook.ru/document/70230/70265/preview>

¹³³ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

почти в 7 раз (табл. 2.1.14). В последующие годы очевиден рост нагрузки на ФФОМС, поскольку с 2013 года осуществляется переход системы здравоохранения на одноканальное финансирование.

Таблица 2.1.14

Поступление и расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, млн руб.¹³⁴

| | 2011 | 2012 | 2012 к 2011, % |
|--|--------|--------|-------------------|
| Поступление | 348437 | 966542 | 277 |
| Расходование | 310428 | 932158 | 300 |
| в т.ч.: выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС | 95954 | 640562 | 667,6 |

Фактические и плановые показатели бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования представлены в таблице 2.1.15.

Данная динамика провоцирует ряд проблем:

- обострения финансовых рисков организаций, работающих в условиях дефицита территориальных программ государственных гарантий;
- недостаточности средств на проведение капитальных и текущих ремонтов, закупки дорогостоящих лекарственных средств и оборудования и пр.¹³⁵ С другой стороны, повышение самостоятельности медицинских организаций в определении приоритетов в расходовании средств усиливает необходимость разработки и освоения инновационных медицинских услуг, что подтверждает актуальность исследуемой темы.

¹³⁴ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 338.

¹³⁵ Стародубов В. И. Одноканальное финансирование: доклад на заседании правления президиума Общества врачей России 22.05.2013. URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/reglamentiruyuschie-dokumenty/perspektivy-i-nedostatki-odnokanalnogo-finansirovaniya-zdravohranenija-cherez-sistemu-oms.html>

Таблица 2.1.15

Показатели бюджета ФФОМС, млрд руб.¹³⁶

| | Доходы бюджета ФФОМС | Расходы бюджета ФФОМС | Величина дефицита/профицита бюджета ФФОМС |
|------------|----------------------|-----------------------|---|
| 2009 | | | |
| Утверждено | 119,1 | 119,1 | 0,0 |
| Исполнено | 126,6 | 130,0 | -3,5 |
| 2010 | | | |
| Утверждено | 105,9 | 110,9 | -5,0 |
| Исполнено | 101,8 | 109,1 | -7,3 |
| 2011 | | | |
| Утверждено | 336,0 | 336,0 | 0,0 |
| Исполнено | 348,4 | 310,4 | 38,0 |
| 2012 | | | |
| Утверждено | 891,7 | 891,7 | 0,0 |
| Исполнено | 966,5 | 932,2 | 34,4 |
| 2013 | | | |
| Утверждено | 1059,3 | 1059,3 | 0,0 |
| Исполнено | 986,7 | 961,2 | 25,5 |
| 2014 | | | |
| Утверждено | 1208,8 | 1208,8 | 0,0 |
| Исполнено | - | - | - |
| 2015 | | | |
| Утверждено | 1442,5 | 1442,5 | 0,0 |
| Исполнено | - | - | - |

Еще одна крайне актуальная проблема современной системы здравоохранения – ее кадровый потенциал.

Количество врачей за последние 10 лет в России увеличилось, вместе с тем численность среднего медицинского персонала и медицинских учреждений в целом сокращается (табл. 2.1.16).

Таким образом, численность врачей на 1000 населения составляет 5,1, что превышает аналогичный показатель стран ОЭСР. Однако с учетом того, что заболеваемость и смертность населения в России выше, чем в данных странах, вряд ли можно говорить о том, что медицинского персонала в России в избытке.

¹³⁶ Официальный сайт Министерства финансов РФ. URL: <http://info.minfin.ru/foms.php>

Таблица 2.1.16

Численность медицинских кадров в России¹³⁷

| Годы | Численность врачей | | Численность среднего медицинского персонала | |
|------|---------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| | всего, тыс. человек | на 10 000 человек населения | всего, тыс. человек | на 10 000 человек населения |
| 1990 | 667,3 | 45,0 | 1844,0 | 124,4 |
| 2000 | 680,2 | 46,8 | 1563,6 | 107,6 |
| 2005 | 690,3 | 48,6 | 1529,8 | 107,7 |
| 2009 | 711,3 | 49,8 | 1517,6 | 106,2 |
| 2010 | 715,8 | 50,1 | 1508,7 | 105,6 |
| 2011 | 732,8 | 51,2 | 1530,4 | 107,0 |
| 2012 | 703,2* | 49,1* | 1520,3 | 106,1 |

* - 2012 г. – без аспирантов, клинических ординаторов, интернов, в связи с изменением методологии сбора данных Минздравом России

При этом нельзя не отметить определенный дисбаланс в кадровом составе отечественного здравоохранения. Наблюдается существенная диспропорция в распределении кадров внутри системы оказания медицинской помощи: излишняя их концентрация в стационарных учреждениях, где переизбыток врачей составляет, по словам министра здравоохранения РФ В. Скворцовой, более 100 тыс. человек, и их нехватка в амбулаторно-поликлиническом звене, где дефицит превышает 60 тыс. врачей¹³⁸.

Существует дисбаланс в численности специалистов различных врачебных профилей. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в России ниже, чем в развитых странах (1:2,4 против 1:3)¹³⁹. Отмеча-

¹³⁷ Российский статистический ежегодник. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 231.

¹³⁸ Модернизация в медицине начинается с образования (интервью с В. Скворцовой) // Медицинская газета. 2013. № 69. URL: <http://www.mgzt.ru/article/1680/>

¹³⁹ Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 40.

ется также дефицит кадров в сельской местности и отдаленных районах страны, где недостаточно развита инфраструктура, низок уровень социального благополучия.

Однако важнейшая проблема в части обеспеченности кадрами системы здравоохранения, как отмечают исследователи, – то, что сегодня престиж медицинской профессии – один из самых низких за всю историю здравоохранения в нашей стране¹⁴⁰.

В западных странах доход врача в 2-3 раза выше, чем в среднем по экономике, в России – ниже более чем на 25 %¹⁴¹. Данные по заработной плате работников здравоохранения демонстрирует таблица 2.1.17.

Таблица 2.1.17

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работающих в экономике и работников здравоохранения¹⁴²

| Показатель | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|------|-------|-------|-------|
| Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работающих в экономике, руб. | 2223 | 8555 | 20952 | 23369 | 26629 |
| Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения, руб. | 1371 | 5906 | 15724 | 17545 | 20641 |
| Соотношение заработной платы работников здравоохранения и работающих в экономике, % | 61 | 69 | 75 | 75 | 77,5 |

¹⁴⁰ Улумбекова Г. Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестник Росздравнадзора. 2012. № 2. С. 33-39.

¹⁴¹ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

¹⁴² Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 143, 238.

При этом отметим существенное различие в уровне заработной платы работников организаций здравоохранения различных форм собственности – сохраняющийся пониженный уровень заработной платы работников муниципальных учреждений и существенно превышающую средний уровень заработную плату работников иностранных и совместных (российских и иностранных) организаций здравоохранения (табл. 2.1.18).

Таблица 2.1.18

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения в организациях по формам собственности, %¹⁴³

| Показатель | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------|----------|----------|----------|----------|
| Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата в целом по здравоохранению | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| По формам собственности: | | | | | |
| государственная | 104 | 112 | 117 | 112 | 105 |
| муниципальная | 91 | 88 | 81 | 84 | 86 |
| частная | 112 | 116 | 116 | 105 | 99,6 |
| собственность общественных и религиозных организаций (объединений) | 135 | 103 | 89 | 89 | 88 |
| смешанная российская | 163 | 127 | 99 | 105 | 102 |
| иностранная, совместная российская и иностранная | 179 | в 2,0 р. | в 2,2 р. | в 2,1 р. | в 2,1 р. |

Отмечается, что низкий уровень оплаты труда ведет к утрате ею стимулирующей и воспроизводственной функции¹⁴⁴. Как следствие, отметим не только нарастающий кадровый дефицит, но и значительное снижение мотивации к качественному труду.

Одна из форм нивелирования данной проблемы, активно развивающаяся в последние годы, – распространение практики так называемых

¹⁴³ Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 238.

¹⁴⁴ Кораблев В. Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. ДВМГУ. 2009. URL: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=135>

«неформальных» платежей. Данный аспект весьма обстоятельно исследован д. э. н. С. В. Шишкиным. Он, в частности, отмечает, что подавляющее большинство врачей не готовы жить на существующую зарплату. При этом медицинским работникам легальные платные услуги не слишком выгодны – в них заложен очень низкий уровень оплаты труда (те, кто непосредственно оказывал услугу, получал примерно 20-25 % от ее цены). Им выгоднее работать с пациентами напрямую, по сути, снижая легальную цену. В целом примерно половина врачей уже не откажутся от этой практики, разве что в том случае, если им сразу значительно повысят заработную плату¹⁴⁵. Автор провел анализ многочисленных исследований данного вопроса в России и за рубежом, на основании чего утверждает: неформальные платежи – не только форма коррупции¹⁴⁶. Отчасти, отмечает он, можно согласиться с теми, кто считает, что это специфическая форма кооперации между нищими медициной и населением, необходимая форма возмещения пациентами (вместо государства) затрат труда медицинских работников¹⁴⁷. В числе причин неформальных платежей автор выделяет:

- стремление гарантировать получение желаемых медицинских услуг или лечение в желаемом медицинском учреждении;
- стремление получить гарантию качественного лечения;
- предоплату возможного лечения в будущем;
- желание инвестировать в будущие отношения с медицинским работником, персонализировать их;
- желание избежать очереди на получение нужных услуг, сократить время ожидания их получения;
- выражение благодарности, признательности медицинским работникам за их усилия.

¹⁴⁵ Шишкин С. В. Бесплатное здравоохранение: состояние и проблемы // Журнал исследований социальной политики. 2002. Т. 1. С. 107-237.

¹⁴⁶ Шишкин С. В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / авт. кол.: С. В. Шишкин (рук. кол.), Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова, В. А. Чернец, А. Е. Чирикова, Л. С. Шилова. Независимый институт социальной политики. М., 2004. С. 30-34.

¹⁴⁷ Клямкин И., Тимофеев Л. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование М.: РГГУ, 2000.

Все это свидетельствует о том, что существующее положение дел в системе здравоохранения вынуждает потребителей медицинских услуг искать дополнительные (не всегда законные) способы повысить мотивацию медицинского персонала к качественному труду. В таких условиях крайне сложно говорить о мотивации медицинских работников к освоению инновационных услуг, поскольку реализация этих услуг, как правило, тесно связана с дополнительным образованием, повышением квалификации медицинских работников¹⁴⁸. Аналитики данного вопроса отмечают, что к настоящему времени созданы лишь отдельные фрагменты целостной системы воспроизводства кадрового потенциала в здравоохранении¹⁴⁹.

Характеризуя динамику и проблематику развития здравоохранения, нельзя не обратить внимание на усиление степени «платности» медицинских услуг. Действительно, формирование новых экономических отношений, когда пациент становится потребителем медицинских услуг, привело к возникновению и развитию рынка платных медицинских услуг.

Следует отметить, что в период с 2002 по 2012 год рост объема платных медицинских услуг на душу населения в РФ (в 6,3 раза) несколько превышал средний рост общего объема услуг (в 5,6 раза), что демонстрируют данные таблицы 2.1.19. Кроме того, наблюдается рост расходов населения на лекарства (в 2001-2004 гг. – в 1,9 раза, с 94 до 176 млрд руб.). Как отмечают исследователи, такая динамика свидетельствует о нарастающих масштабах неудовлетворенной потребности в «бесплатной» медицинской помощи и также об утрате контроля выполнения государственных гарантий: при росте государственных расходов на здравоохранение население вынуждено больше платить за медицинские услуги¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

¹⁴⁹ Иванова И. В. Современные технологии укрепления и обновления кадрового научного потенциала // Здравоохранение РФ. 2007. № 3. С. 18.

¹⁵⁰ Вишневский А. Г., Кузьминов Я. И., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В., Якобсон Л. И., Ясин Е. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006. С. 13.

Таблица 2.1.19

Объем платных услуг на душу населения в РФ, млн руб.¹⁵¹

| Показатель | 2002 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Все оказанные услуги | 7544,3 | 15828,8 | 34606,2 | 38756,4 | 42156,2 |
| В т.ч. медицинские | 368,5 | 764,7 | 1753,4 | 2001,0 | 2331,6 |

Таким образом, можно говорить о том, что, во-первых, здравоохранение в России характеризуется относительно невысоким уровнем финансовых вложений по сравнению с развитыми странами, а во-вторых, существующие финансовые ресурсы расходуются нерационально.

Всемирная организация здравоохранения периодически проводит анализ показателей результативности систем здравоохранения стран мира. Согласно последним исследованиям (табл. 2.1.20), Россия отстает от развитых стран не только по объему финансирования, но и по конечным показателям результативности всей системы здравоохранения.

Таблица 2.1.20

Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности систем здравоохранения (ранги от 1 до 191)¹⁵²

| Страна | Размер расходов на здравоохранение (на одного жителя, по ППС долл. США) | Относительные показатели результативности здравоохранения | |
|----------------|--|---|--|
| | | Показатели здоровья населения | Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения |
| США | 1 | 72 | 37 |
| Швейцария | 2 | 26 | 20 |
| Германия | 3 | 41 | 25 |
| Франция | 4 | 4 | 1 |
| Италия | 11 | 3 | 2 |
| Япония | 13 | 9 | 10 |
| Великобритания | 26 | 24 | 18 |
| Чехия | 40 | 81 | 48 |
| Польша | 58 | 89 | 50 |
| Эстония | 60 | 115 | 77 |
| Литва | 71 | 93 | 73 |
| Россия | 75 | 127 | 130 |

¹⁵¹ Российский статистический ежегодник. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013. С. 490.

¹⁵² WHO: World Health Report. 2000.

Таким образом, проблема эффективного использования ресурсов в системе здравоохранения является крайне острой и актуализирует необходимость разработки и внедрения инновационных решений в данной сфере. Однако скорость восприятия (внедрения и эффективного воспроизведения) инновационных разработок организаций системы здравоохранения России (инновационная восприимчивость) в настоящее время достаточно низкая – и это еще одна существенная проблема обеспечения развития здравоохранения, имеющая, на наш взгляд, организационные причины.

Проблемы низкой инновационной восприимчивости оздоровительных организаций

Комплексная проблема, препятствующая обеспечению инновационной восприимчивости организаций системы оздоровления населения, – слабость коммуникаций с субъектами инновационной инфраструктуры, требуемых для разработки и освоения инновационных оздоровительных услуг.

Потребность организаций СОН в выстраивании инновационных коммуникаций усиливается в связи с необходимостью решения целого спектра проблем, возникающих при освоении инноваций в сфере укрепления общественного здоровья.

Целями такого рода коммуникаций являются:

– обеспечение дополнительного финансирования, консультирования и других видов помощи, получение помощи при осуществлении инновационных разработок;

– содействие в получении информации о существующих инновационных оздоровительных технологиях, оборудовании и т. п., а также информации о специфике их приобретения и условиях использования;

– содействие в подготовке материально-технического и кадрового обеспечения инновационной деятельности.

Субъектами инновационных коммуникаций могут выступать организации сферы науки и образования, представители инновационной инфраструктуры (научные и венчурные фонды, технопарки и пр.), фонды ОМС, технологические платформы, органы власти в части национальных проектов, федеральных и региональных целевых программ и т. п.

Однако между участниками инновационной системы существует масса барьеров, на что обращают внимание современные исследователи¹⁵³. Так, Т. А. Сибурин и О. С. Мишина отмечают усиливающуюся децентрализацию управления медициной, в том числе оздоровительной, системами подготовки кадров и научных исследований¹⁵⁴.

В результате обостряется ряд проблем, в частности коммерциализации результатов НИОКР. Исследуя данный вопрос, академик РАН и РАМН М. А. Пальцев выделяет широкий спектр проблем в части коммерческого использования результатов интеллектуальной собственности (ИС):

- регулирования отношений при создании объектов ИС;
- приобретения и оплаты имущественных прав на объекты ИС, созданных вне организации;
- обеспечения правовой защиты и охраны ИС;
- оценки, учета и использования ИС и т. п.¹⁵⁵

При этом автор в качестве специфических проблем в области коммерциализации инновационных разработок выделяет преобладающую роль государства как субъекта правоотношений и контроля в области патентно-лицензионной деятельности (что усложняет процесс распределения имущественных прав, затягивает сроки вовлечения в хозяйственный оборот результатов исследований и т. д.), дефицит квалифицированного персонала по коммерциализации разработок.

Налицо и проблема недостаточного информирования работников организаций об инновационных разработках, что, соответственно, ведет к ограниченному применению такого рода решений. Безусловно, информационное обеспечение учреждений СОН во многом определяет как возможности функционирования самого учреждения, так и системы оздоровления

¹⁵³ Яковлева Т. Инновационное развитие в здравоохранении России – проблемы и перспективы // «Государственные вести» – информационный канал. URL: <http://www.gosnews.ru/parliament/news/870>

¹⁵⁴ Сибурин Т. А., Мишина О. С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2.

¹⁵⁵ Пальцев М. А. Инновационное развитие медицинской науки // Вестник РАМН. 2011. № 2. С. 14-18.

населения в целом¹⁵⁶. Однако в современных публикациях отмечается, что по результатам проведенных исследований более 60 % опрошенных специалистов ничего не знают об отечественных запатентованных разработках и не используют их в своей работе¹⁵⁷. Эта проблема усугубляется наличием конфликтов между стратегическими и текущими задачами оздоровительных организаций. Такие конфликты, несомненно, порождают дополнительные барьеры на пути внедрения инноваций¹⁵⁸.

В конечном итоге слабость инновационных коммуникаций ведет к ограничению возможностей в финансировании и информационном сопровождении процессов разработки и внедрения инновационных оздоровительных услуг¹⁵⁹.

Следующей проблемой организационного обеспечения инновационного развития сферы оздоровления населения является ограниченность методического обеспечения процедуры оценки качества оздоровительных медицинских услуг.

На наш взгляд, важный аспект данной проблемы – неполнота учета сервисной составляющей инновационных оздоровительных услуг в используемых соответствующими организациями стандартах качества услуг.

Нельзя не отметить, что проблема оценки качества оздоровительной деятельности медицинских организаций в последние годы активно разрабатывается многими учеными, среди которых О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбрaten, Г. И. Галанова, А. Ф. Шеин, Т. Н. Бакланова, В. К. Попович, И. Б. Шикина и др.

Однако оздоровительная услуга включает в себя не только медицинскую помощь, но и сервисную составляющую. Данная составляющая оздо-

¹⁵⁶ Дубровина Е. В. Проблемы кадрового обеспечения информационной поддержки деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях // Социальные аспекты здоровья населения. 2013.

¹⁵⁷ Апухтин А. Ф., Деларю В. В. Ситуация с разработками и внедрениями отечественных инновационных технологий в здравоохранении: оценки врачей // В мире научных открытий. 2010. № 4. С. 23-24.

¹⁵⁸ Комаров В. Ф., Корсунь К. П. Проблемы и методы внедрения управленческих инноваций // Регион: экономика и социология. 2011. № 1. С. 251.

¹⁵⁹ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

ровительной услуги, на наш взгляд, часто остается за рамками внимания исследователей. Правда, при оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью, в том числе оздоровительной, в настоящее время присутствуют определенные сервисные аспекты. Так, Т. А. Сибурина, Г. Н. Барскова и Л. В. Лактионова констатируют определенную динамику в подобных исследованиях¹⁶⁰. Отмечается, что в целях унификации подходов к оценке удовлетворенности пациентов в последние годы был разработан ряд документов, среди которых приказ ФФОМС от 29 мая 2009 года № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования»¹⁶¹. В соответствии с ним в опрос относительно стационарной помощи необходимо включать следующие вопросы:

- низкий уровень удовлетворенности питанием, получаемым в учреждении;
- недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала;
- низкий уровень материально-бытовой оснащенности учреждения (плохое санитарно-техническое состояние помещений, в том числе диагностических кабинетов, комнат для санитарной гигиены, отсутствие подъемников, пандусов и других средств для лиц с ограниченными физическими возможностями) и т. д. Однако Методическими рекомендациями устанавливается, что выбор оптимального состава исследуемых параметров и их группировка по блокам остается предметом предпочтения исследователя, что в принципе позволяет не учитывать данные показатели.

¹⁶⁰ Сибурина Т. А., Барскова Г. Н., Лактионова Л. В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 1.

¹⁶¹ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

Мировой же опыт свидетельствует о том, что сегодня в сфере оздоровления населения активно развивается деятельность по предоставлению в организациях комплексного сервиса при оказании оздоровительных услуг. Так, Ю. О. Руцик отмечает опыт французских государственных (!) больниц, где практикуется комплексный подход к предоставлению услуг каждому пациенту. Помимо собственно оздоровительной медицинской помощи организуется индивидуальное питание, имеются магазины, кафе, библиотека, комнаты отдыха для родственников, предлагаются услуги по присмотру за детьми пациентов, введены банкоматы для оплаты услуг и т. п. В Великобритании действует специальная программа образования пациентов с обучающими курсами по обсуждению вопросов зарождения и развития болезни (обязательные для посещения по предписанию врача). В Норвегии пожилые пациенты ежедневно контролируются посредством телефонных звонков из сервисного центра¹⁶². В итоге развитие сервисной составляющей существенно повышает качество предоставляемых услуг (такие услуги, согласно предложенной нами классификации, относятся к инновационным оздоровительным услугам).

Особо отметим, что поскольку проблематика инновационных оздоровительных услуг до конца не разработана даже на уровне понятийного аппарата, закономерно отсутствие в рамках методического обеспечения комплексного подхода к оценке качества инновационных оздоровительных услуг¹⁶³.

Кроме того, актуальной проблемой организационного обеспечения инновационного развития системы оздоровления населения, на наш взгляд, является отсутствие мониторинга инновационного потенциала организаций СОН и результативности внедрения ими инновационных оздоровительных услуг.

Недостаточная организационная поддержка инновационно-ориентированного развития организаций СОН отмечается в работах многих иссле-

¹⁶² Руцик Ю. О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы) // Экономика и управление в сфере услуг. 2011. № 12. С. 389-391.

¹⁶³ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

дователей. Решению данной проблемы посвящен ряд диссертационных исследований последних лет.

Так, Д. А. Камилов, исследуя вопросы государственного регулирования развития отраслей социальной сферы в РФ, обосновывает три важнейших направления инновационного развития отраслей социальной сферы, в том числе здравоохранения, которые необходимо активно формировать в Российской Федерации. Помимо собственно освоения инноваций автор выделяет организационно-экономическое направление, предполагающее формирование качественно новых структур управления отраслями и организациями, и информационное обеспечение инновационного развития, позволяющее обеспечить доступ организаций к информации по всем аспектам ее деятельности. Автор подчеркивает важность формирования новых структур управления отраслями социальной сферы, которые позволят, в числе прочего, создать систему качественного информационного обеспечения деятельности организаций и усилить их финансовое обеспечение¹⁶⁴.

Исследование Е. С. Соболевой, посвященное организационным механизмам управления инновационным развитием здравоохранения субъектов РФ, содержит результаты углубленного анализа реформы здравоохранения в Калужской области. Автором выделены основные проблемы данного процесса, обусловленные в первую очередь качеством управления. К их числу относятся проблемы отсутствия комплексности в поддержке реализации задач, недостаточная государственная поддержка, слабая координация и бюрократизация финансовых процедур. Одним из важнейших условий повышения эффективности такого рода деятельности автор называет обеспечение согласованности работы всех участников, предполагающее, в числе прочего, упорядочение отчетности и контроля¹⁶⁵.

¹⁶⁴ Камилов Д. А. Государственное регулирование развития отраслей социальной сферы в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. М.: МГУ, 2012. С. 21, 31, 36.

¹⁶⁵ Соболева Е. С. Организационные механизмы управления инновационным развитием здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Калужской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: ЦНИИ ОИЗ, 2009. С. 11-16.

К аналогичным заключениям приходит Ю. В. Зозуля, разрабатывая методологические основы управления сферой услуг, направленные на повышение уровня общественного здоровья. Автор настаивает, что в настоящее время в данной сфере налицо ряд проблем, требующих разработки комплекса мер, позволяющих властным структурам анализировать, какие преобразования позволят получить максимальный эффект, какая имеется для этого поддержка, где именно и в какой последовательности нужно начинать преобразования. Отмечается существование очевидной необходимости усиления деятельности по обеспечению непрерывного анализа и обновления информации по вопросам укрепления здоровья населения, деятельности по управлению и обмену знаниями и в целом по усилению координации действий в отношении всех функций данной сферы¹⁶⁶. К подобным выводам приходят и другие исследователи¹⁶⁷.

Таким образом, проблематика развития организаций системы оздоровления населения в современных условиях проявляется в следующем:

- проблемы финансирования и эффективного использования ресурсов, предопределяющие снижение доступности и качества оздоровительных услуг:
 - низкий, несмотря на положительную динамику, уровень государственных расходов на оздоровительную деятельность;
 - отсутствие превышения темпов роста оздоровительных организаций над темпами роста заболеваемости населения;
 - высокий уровень износа основных фондов ряда организаций СОН;
 - низкая эффективность освоения выделяемых объемов финансирования оздоровительной деятельности;
 - возрастание финансовых рисков при переходе на преимущественно одноканальное финансирование оздоровительной медицинской деятельности;

¹⁶⁶ Зозуля Ю. В. Методологические основы управления сферой услуг здравоохранения. СПб.: СПбГУЭФ, 2009. С. 5, 19.

¹⁶⁷ Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. № 2 (36).

- кадровый дефицит СОН, во многом следствие низкого уровня оплаты труда;
- неудовлетворенность населения качеством оздоровительной помощи в рамках государственных гарантий;
- проблемы низкой инновационной восприимчивости организаций СОН:
 - слабость инновационных коммуникаций оздоровительных организаций с субъектами инновационной инфраструктуры;
 - ограниченность методического обеспечения процедуры оценки качества оздоровительных медицинских услуг;
 - отсутствие мониторинга инновационного потенциала организаций СОН и результативности внедрения ими оздоровительных медицинских услуг.

В рамках дополнительного обоснования сделанных выводов в 2012 году нами был проведен эмпирический анализ проблематики освоения инновационных услуг в сфере оздоровления населения на региональном уровне (на примере медицинских организаций Ульяновской области), подтвердивший достоверность выводов¹⁶⁸.

2.2. Динамика государственного программирования оздоровления населения

Государственное программирование оздоровления населения в Российской Федерации воплощается в совокупности государственных программ, отражающих деятельность государства по развитию оздоровительных услуг населению. В настоящее время реализуется ряд государственных программ (ГП), отдельные направления которых являются актуальными в рамках развития системы оздоровления населения (табл. 2.2.1).

¹⁶⁸ Рожкова Е. В. Медицинская сфера Ульяновской области: состояние и субъекты инновационных коммуникаций // Сервис в России и за рубежом. 2013. № 7 (45); Рожкова Е. В. Оценка качества медицинских услуг: региональная специфика и проблематика // Сервис в России и за рубежом. 2013. № 7 (45).

Таблица 2.2.1

Основные направления государственных программ РФ,
связанные с развитием системы оздоровления населения¹⁶⁹

| № | Государственная программа | Сроки реализации, годы | Раздел ГП, связанный с развитием оздоровительных услуг | Плановый объем бюджетного финансирования на весь срок реализации, тыс. руб. |
|---|--|------------------------|---|---|
| 1 | Развитие здравоохранения (постановление Правительства РФ № 294 от 15.04.2014) | 2013-2020 | Подпрограмма 1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи | 621143337,9 |
| | | | Подпрограмма 5. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям | 860061483,5 |
| | | | Подпрограмма Б. Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан | 285759171,6 |
| 2 | Развитие физической культуры и спорта (постановление Правительства РФ № 302 от 15.04.2014) | 2013-2020 | Подпрограмма 1. Развитие физической культуры и массового спорта | 20820810,3 |
| 3 | Развитие культуры и туризма (постановление Правительства РФ № 317 от 15.04.2014) | 2013-2020 | Подпрограмма 3. Туризм | 3652814,5 |
| | | | ФЦП «Развитие внутреннего и въездного туризма в РФ (2011-2018 гг.)» | 957000 |
| 4 | Охрана окружающей среды (постановление Правительства РФ № 326 от 15.04.2014) | 2012-2020 | Подпрограмма 1. Регулирование качества окружающей среды | 70863352,6 |

¹⁶⁹ Портал государственных программ РФ. URL: <http://programs.gov.ru/Portal/programs/>

Так, в рамках ГП «Развитие здравоохранения» среди основных задач выделены:

- обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья, формирование здорового образа жизни населения;
- развитие и внедрение инновационных методов профилактики;
- совершенствование системы санаторно-курортного лечения;
- медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.

Существенная финансовая нагрузка в реализации данных задач лежит на Федеральном фонде обязательного медицинского страхования – около 50 % от общего объема расходов. Подробно специфика и проблематика реализации территориальных программ государственных гарантий оздоровительной помощи населению будет представлена в следующем разделе.

В основные задачи ГП «Развитие физической культуры и спорта» входит повышение мотивации граждан к регулярным занятиям физической культурой и спортом и ведению здорового образа жизни. Целевыми индикаторами программы в этой части являются:

- доля граждан РФ, систематически занимающихся физической культурой и спортом (особым индикатором Подпрограммы 1 является доля учащихся и студентов, а также доля инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом);
- уровень обеспеченности населения спортивными сооружениями.

Характеризуя соответствующий значительный блок организаций, участвующих в системе оздоровления населения, – организаций сферы физической культуры и спорта, – можно отметить следующее.

В рамках реализации Федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в РФ на 2006-2015 годы» был осуществлен ряд действий по развитию инфраструктуры для занятий массовыми видами спорта, материально-технической базы спорта высоких достижений, по популяризации спорта в целях укрепления здоровья населения (табл. 2.2.2).

Как следует из данных таблицы 2.2.2, численность населения, занимающегося массовым спортом, возросло за десятилетие более чем в полтора раза; увеличилось количество спортивных залов, бассейнов, спортив-

ных площадок и полей. Всего к началу 2015 года в Российской Федерации функционировало 269 тысяч объектов спорта, что выше аналогичного показателя 2013 года на 10 %.

Таблица 2.2.2

Динамика спортивных сооружений и участников массовых видов спорта¹⁷⁰

| № | Показатель | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 |
|---|--|---------|---------|---------|---------|
| 1 | Стадионы с трибунами на 1500 и более мест | 2081 | 1903 | 1805 | 1807 |
| 2 | Спортивные залы, тыс. | 62,3 | 72,4 | 69,6 | 70,1 |
| 3 | Плавательные бассейны | 3110 | 4237 | 4575 | 4774 |
| 4 | Плоскостные спортивные сооружения (площадки и поля), тыс. | 113,1 | 129,6 | 138,3 | 140,7 |
| 5 | Численность занимавшихся в спортивных секциях и группах, тыс. чел. | 13006,9 | 17326,7 | 20020,1 | 21181,6 |

Вместе с тем, несмотря на интенсивное развитие инфраструктуры спорта, обеспеченность населения спортивными объектами составляет менее 30 %. При этом разница в обеспеченности по регионам крайне существенна (уровень обеспеченности объектами спорта Калужской области и Республики Ингушетия различается более чем в 7 раз – 66 и 8,8 % соответственно)¹⁷¹. Данный показатель необходимо повысить более чем вдвое.

Численность граждан, занимающихся в спортивных секциях и группах в 2013 году, составляла около 15 % от общей численности населения (12,1 % экономически активного населения), в 2014 году – 29 %. При очевидной положительной динамике нельзя не отметить, что за рубежом данный показатель превышает 40 %, что подчеркивается в аналитических материалах Министерства спорта РФ¹⁷².

¹⁷⁰ Российский статистический ежегодник. 2014. С. 247.

¹⁷¹ Официальный сайт Министерства спорта РФ. URL: www.minsport.gov.ru

¹⁷² Информация для включения в Отчет Правительства Российской Федерации Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации о результатах его деятельности за 2014 год в сфере физической культуры и спорта // Официальный сайт Министерства спорта РФ. URL: www.minsport.gov.ru

В 2014 году доля учащихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, составила 65,1 %. Однако проблемным является показатель вовлеченности в эти занятия лиц среднего и пожилого возраста (пенсионеров) – по итогам 2014 года он был лишь 4 %.

Для решения существующих проблем и задач – роста доли населения, вовлеченного в занятия физической культурой и спортом, повышения уровня обеспеченности населения объектами физической культуры и спорта – принята Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в РФ на 2016-2020 годы», реализуется Указ Президента РФ от 24.03.2014 № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)», ежегодно расширяется перечень спортивных и физкультурных мероприятий.

Несомненно, в развитии системы оздоровления населения имеет значение деятельность по организации активного отдыха населения.

Федеральная целевая программа «Развитие внутреннего и въездного туризма в РФ», являясь подпрограммой ГП «Развитие культуры и туризма», среди ожидаемых конечных результатов реализации определяет удовлетворение потребностей различных категорий граждан РФ в укреплении здоровья и активном и полноценном отдыхе. При этом интегральный общественный эффект от реализации данной подпрограммы ожидается в размере 980 млрд руб., превышая интегральный коммерческий эффект (231 млрд руб.) более чем в 4 раза.

Отметим, что в период с 2005 по 2013 год более чем в два раза возросло число российских туристов¹⁷³. В настоящее время туризм развивается по значительному числу направлений: спортивный, санаторно-курортный, экологический, медицинский и пр. Вместе с тем нельзя не отметить негативные тенденции, связанные с сокращением числа санаторно-курортных организаций и организаций отдыха за период с 2005 по 2013 год, что обуславливает снижение доступности данного направления услуг системы оздоровления населения (табл. 2.2.3).

¹⁷³ Российский статистический ежегодник. 2014. С. 245.

Таблица 2.2.3

Динамика санаторно-курортных организаций и организаций отдыха¹⁷⁴

| № | Показатель | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 |
|---|---|--------|------|--------|--------|
| 1 | Число санаторно-курортных организаций и организаций отдыха | 4457 | 3886 | 3785 | 3634 |
| 2 | Число санаториев и пансионатов с лечением | 1297 | 1273 | 1250 | 1211 |
| 3 | в том числе детских санаториев | 588 | 550 | 565 | 542 |
| 4 | Число санаториев-профилакториев | 851 | 656 | 637 | 612 |
| 5 | Число домов отдыха | 239 | 140 | 98 | 97 |
| 6 | Число баз отдыха | 1820 | 1636 | 1589 | 1515 |
| 7 | Число туристских баз | 181 | 132 | 159 | 155 |
| 8 | Численность граждан России, размещенных в санаторно-курортных организациях и организациях отдыха, тыс. чел. | 9763,2 | * | 9321,1 | 9211,0 |
| 9 | в том числе детей | 2212,8 | * | 2051,5 | 2087,3 |

Примечание: * данные отсутствуют.

Государственная программа «Охрана окружающей среды», несомненно, играет важную роль в повышении уровня общественного здоровья. Целью данной программы является снижение общей антропогенной нагрузки на окружающую среду за счет повышения экологической эффективности экономики, а одним из важнейших ожидаемых результатов – сокращение заболеваемости населения, вызванной неблагоприятными экологическими условиями, и увеличение средней продолжительности жизни.

Отметим, что в последние годы наблюдается снижение ряда показателей, характеризующих неблагоприятное воздействие хозяйственной деятельности на окружающую среду (табл. 2.2.4).

Вместе с тем прирост инвестиций в основной капитал, направленных на охрану окружающей среды, существенно замедлился¹⁷⁵:

- 2005 год – 124,8 % от предыдущего года;
- 2010 год – 100,7 % от предыдущего года;
- 2012 год – 113,9 % от предыдущего года;
- 2013 год – 101,0 % от предыдущего года.

¹⁷⁴ Российский статистический ежегодник. 2014. С. 227.

¹⁷⁵ Там же. С. 62.

Таблица 2.2.4

Отдельные показатели воздействия хозяйственной деятельности
на окружающую среду¹⁷⁶

| № | Показатель | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Сброс загрязненных сточных вод, млрд м ³ | 17,7 | 16,5 | 15,7 | 15,2 |
| 2 | Выбросы загрязняющих веществ в атмосферу, млн т | 35,8 | 32,4 | 32,5 | 32,1 |
| 3 | Образование опасных отходов производства и потребления, млн т | 142,5 | 114,4 | 113,7 | 116,7 |

Данная тенденция, во многом связанная с ухудшением экономической ситуации, повышает риски ухудшения экологической ситуации в стране в будущем. Учитывая процесс глобального изменения климата Земли в последние годы (по оценкам ВОЗ, климатические изменения в настоящее время являются причиной около 150 тыс. преждевременных смертей и дополнительных 55 млн человеко-лет нетрудоспособности в мире в год)¹⁷⁷, риски ухудшения здоровья населения, особенно в городах с наиболее неблагоприятной экологической обстановкой, будут существенно возрастать, что усиливает важность эффективной реализации программ по улучшению состояния окружающей среды.

В целом, характеризуя результативность реализации государственных программ РФ, связанных с развитием системы оздоровления населения, по итогам 2014 года можно отметить следующее¹⁷⁸:

– степень достижения показателей ГП «Развитие здравоохранения» – 98,5 %. При этом одними из основных причин недостижения показателей являются низкая активность профилактического звена здравоохранения по раннему выявлению и профилактике заболеваний, недостаточная квалификация и укомплектованность первичного звена здравоохранения;

– степень достижения показателей ГП «Развитие физической культуры и спорта» – 99,3 %;

¹⁷⁶ Российский статистический ежегодник. 2014. С. 59.

¹⁷⁷ Арустамян Г. Н., Багуцкая О. А., Бояринцев Б. И. и др. Основы экономики здоровья населения России: моногр. / под ред. Е. В. Егорова, В. А. Морозова. М.: Креативная экономика, 2015. 464 с. С. 85.

¹⁷⁸ Сводный годовой доклад о ходе реализации и оценке эффективности государственных программ РФ по итогам 2014 года. URL: www.economy.gov.ru

– степень достижения показателей ГП «Развитие культуры и туризма» – 97,7 %;

– степень достижения показателей ГП «Охрана окружающей среды» – 90,9 %.

При этом ухудшение макроэкономической ситуации (экономический кризис, колебания курса рубля, рост инфляции, геополитическое обострение и пр.) очевидным образом привело к снижению объемов финансирования мероприятий государственных программ как за счет бюджетной системы РФ, так и за счет внебюджетных источников финансирования. Данная тенденция в ближайшие годы не имеет оснований к сокращению. По сравнению с утвержденными паспортами государственных программ объемы их финансового обеспечения по отдельным направлениям сокращаются (табл. 2.2.5).

Таблица 2.2.5

Объем расходов на реализацию отдельных государственных программ,
млрд руб.¹⁷⁹

| № | ГП РФ | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | |
|---|---------------------------------------|---------|--------|-------------|---------|--------|-------------|---------|--------|-------------|
| | | Утв. ГП | Проект | Отклонение | Утв. ГП | Проект | Отклонение | Утв. ГП | Проект | Отклонение |
| 1 | Развитие здравоохранения | 260,5 | 261,5 | 0,9 | 262,9 | 260,8 | -2,1 | 263,3 | 257,2 | -6,1 |
| 2 | Развитие физической культуры и спорта | 65,0 | 68,9 | 3,9 | 64,9 | 65,9 | 1,0 | 90,5 | 93,4 | 2,9 |
| 3 | Развитие культуры и туризма | 101,0 | 100,6 | -0,4 | 103,6 | 100,9 | -2,8 | 98,5 | 95,9 | -2,6 |
| 4 | Охрана окружающей среды | 33,5 | 33,9 | 0,4 | 35,1 | 35,3 | 0,2 | 33,9 | 32,7 | -1,2 |

¹⁷⁹ Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165592/

Соответственно, для сохранения и повышения доступности и качества оздоровительных услуг крайне важно нахождение новых подходов к развитию системы оздоровления населения в условиях дефицита финансирования.

Вместе с тем нельзя не отметить наличие определенных региональных инициатив, направленных на оздоровление населения, которые реализуются в последние годы в различных субъектах РФ¹⁸⁰.

Так, одной из масштабных программ явился проект «Здоровые города». Данный проект был предложен в 80-е годы XX века Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения. В настоящее время в той или иной степени в реализации мероприятий программы принимают участие более 100 городов России. Свидетельства об аккредитации уже получены такими городами Приволжского федерального округа, как Димитровград, Самара, Ульяновск, Чебоксары, а также рядом других городов РФ.

Основными направлениями программы являются профилактика заболеваний и пропаганды здорового образа жизни, сохранение и укрепление уровня здоровья детей, подростков, работников предприятий, повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов, здоровое планирование городов. Только в городе Ульяновске в рамках муниципальной целевой программы «Здоровый город» на 2011-2015 годы объем финансирования за счет средств муниципального бюджета составил 312 220 тыс. руб.¹⁸¹ На эти средства осуществляется проведение различного рода конференций и семинаров по вопросам формирования здорового образа жизни, создание фонда соответствующей методической литературы, медиатеки, видеоматериалов, информационного портала «Ульяновск – здоровый город», создание и размещение комплекса рекламных средств, посвященных пропаганде

¹⁸⁰ Рекомендации по совершенствованию политики формирования здорового образа жизни для предупреждения неинфекционных заболеваний. М., 2013. URL: <http://рспп.рф/cc/news/24/4379>

¹⁸¹ Постановление мэрии г. Ульяновска от 20 октября 2010 года № 5565 «Об утверждении муниципальной целевой программы «Здоровый город» на 2011-2015 годы». URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/ulyanovsk/290333/>

ЗОЖ, организация конкурсов и иных культурно-массовых, а также спортивных мероприятий в рамках оздоровительной деятельности.

Кроме того, значимой в рамках деятельности по оздоровлению населения является реализация программы «Здоровая Россия», предусматривающей проведение ежегодного Всероссийского конкурса проектов по здоровому образу жизни. Основная задача конкурса – выявление наиболее удачных инициатив регионов по вопросам оздоровительной деятельности и дальнейшее распространение положительного опыта, а также содействие инициации новых мероприятий в данной сфере. Председателем жюри является министр здравоохранения Российской Федерации.

В 2010 году, в первый год конкурса, наиболее активными участниками стали:

- Ульяновская область – 18 заявок;
- Свердловская область – 17 заявок;
- Кировская область – 15 заявок;
- Республика Татарстан – 15 заявок;
- г. Санкт-Петербург – 14 заявок;
- Московская область – 13 заявок;
- Нижегородская область – 13 заявок;
- Красноярский край – 12 заявок;
- г. Москва – 11 заявок;
- Томская область – 10 заявок;
- Сахалинская область – 10 заявок.

Всего за период 2010-2013 годов в конкурсе участвовало более 1000 проектов из всех федеральных округов РФ¹⁸².

Вместе с тем нельзя не отметить, что проблемой данного направления деятельности является крайне скудное информационное сопровождение процесса и результатов проводимого конкурса. В настоящее время отсутствуют специализированные издания, посвященные анализу конкурсных заявок, статистическим параметрам и пр. Несомненно, повысило бы результативность действий наличие открытых площадок для обсуждения

¹⁸² Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия». URL: <http://zdravo-rusia.ru/>

проектов в рамках конференций, круглых столов, семинаров и пр. Важность информационной компоненты в развитии системы оздоровления населения уже отмечалась нами ранее, и в дальнейших разделах данного исследования будет представлен инструментарий активизации информационного обеспечения оздоровительной деятельности в регионах.

Характеризуя региональные инициативы, способствующие оздоровлению населения, отметим, что в Ульяновске 2016 год объявлен Годом здравоохранения. Концепция проведения Года здравоохранения, утвержденная Губернатором Ульяновской области (распоряжение № 289-р от 15.06.2015), предполагает реализацию значительного числа мероприятий, в числе которых:

- дни открытых дверей в государственных учреждениях здравоохранения;
- регулярная работа агитпоезда «За здоровый образ жизни и здоровую, счастливую семью»;
- движение «За активное долголетие!», включающее проведение творческих, интеллектуальных и спортивных конкурсов, реализацию проектов «Телезабота» и «Санаторий на дому»;
- форум «Женское здоровье» с проведением дней открытых дверей в Центре здоровья женщин и профилактической акции «Сохраним женское здоровье – сэкономим будущее!»;
- Фестиваль здорового образа жизни с организацией «Ярмарки здоровья» и проведением информационно-разъяснительной работы по здоровому образу жизни в рамках Всемирного дня здоровья;
- система профилактики формирования вредных привычек, в том числе акция «Сделай это сейчас!» во Всемирный день без табака;
- антиалкогольный конгресс в рамках Всемирного дня борьбы с пьянством;
- единый Урок здоровья в школах региона;
- работа Открытой школы здоровья во Всемирный день сердца;
- подведение итогов работы системы медицинской профилактики региона и пр.

На наш взгляд, дальнейшее стимулирование и активное распространение наиболее результативных и эффективных практик подобного рода –

важное направление, позволяющее повышать вовлеченность населения и бизнеса в реализацию федеральных и региональных программ по повышению уровня общественного здоровья, а значит способствовать развитию системы оздоровления населения в Российской Федерации.

Таким образом, анализ ряда государственных программ, связанных с оздоровлением населения, показывает масштабность и широту спектра реализуемых действий по укреплению общественного здоровья. Растет число региональных инициатив, направленных на оздоровление населения. При этом для сохранения и повышения доступности и качества оздоровительных услуг крайне важно нахождение новых подходов к развитию системы оздоровления населения в условиях дефицита финансирования государственного бюджета. Дальнейшее развитие программ оздоровления населения требует стимулирования и активного распространения наиболее результативных и эффективных практик с существенным усилением информационного обеспечения оздоровительной деятельности в регионах.

2.3. Характеристика территориальных программ государственных гарантий оздоровительной помощи населению в регионах РФ

Несомненно, в системе оздоровления населения колоссальную роль играет оздоровительная медицинская деятельность. Согласно Конституции РФ (статья 41), каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Определенные виды медицинской помощи, в том числе оздоровительной, оказываются гражданам бесплатно, за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений¹⁸³. Однако финансирование национального здравоохранения сопряжено с рядом проблем, которые не позволяют гражданам реализовывать право на оздоровительную медицинскую помощь в полном объеме.

¹⁸³ Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года.

В конце 1990-х годов в России была введена Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ПГГ). Ежегодно более 85 % выделяемых государством на системы здравоохранения финансовых средств используется на обеспечение ПГГ¹⁸⁴. Помимо базовой программы (необходимый минимум медицинской помощи) предусматривается наличие территориальных программ (ТПГГ), в рамках которых граждане могут получить оздоровительную медицинскую помощь сверх базовой программы (территориальные программы принимаются самостоятельно субъектами РФ).

Так, в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области в 2015-2017 годы профилактическая медицинская помощь в рамках ОМС, являясь частью первичной медико-санитарной помощи, включает:

- диспансеризацию взрослого населения и несовершеннолетних;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних;
- диагностическую и консультационную помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Законодательством РФ предусматривается двухканальная система финансирования здравоохранения – через бюджетную систему (бюджет РФ и бюджеты субъектов РФ) и через систему обязательного медицинского страхования (ОМС)¹⁸⁵. В последние годы в сфере здравоохранения государственная политика имеет тенденцию к централизации и приведению структуры финансирования к одноканальному типу через систему ОМС¹⁸⁶. Динамика изменения доли расходов системы ОМС в общих расходах в рамках ПГГ представлена на рисунке 2.3.1.

¹⁸⁴ Флек В. О., Зинланд Д. А. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению. СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2011.

¹⁸⁵ Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

¹⁸⁶ Попович Л. Д. и др. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. М.: Изд-во «Дело» РАНХ, 2010.



Рис. 2.3.1. Динамика изменения доли расходов системы ОМС в общих расходах на медицинское обслуживание в рамках ПГГ¹⁸⁷

За последние годы реформирования системы обязательного медицинского страхования финансовый потенциал данной системы существенно укреплен, возросли объемы финансовых поступлений¹⁸⁸. Новый закон РФ № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», пришедший на смену закону № 1499-1 от 28.06.1991 «О медицинском страховании граждан в РФ», скорректировал подходы к организации финансирования медицинской помощи¹⁸⁹.

Ранее застрахованное лицо не являлось центральным элементом системы оказания медицинской помощи, и механизмы реализации прав дан-

¹⁸⁷ Шишкин С. В. Уроки и перспективы реформы системы финансирования здравоохранения в России: доклад в рамках семинара «Инновационные механизмы финансирования здравоохранения для повышения качества медпомощи: международный опыт, доказательная база и перспективы использования в Российской Федерации». М., 2011.

¹⁸⁸ Лазарова Л. Б., Вильмс Т. А. Проблемы реформирования системы ОМС // Российское предпринимательство. 2012. № 16. С. 116-122.

¹⁸⁹ Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

ных лиц не были установлены. Выбор и замена страховой медицинской организации осуществлялись страхователем, а не застрахованным лицом. Обратиться за медицинской помощью можно было только в ту медицинскую организацию, которая входила в перечень, а оказание медицинской помощи за пределами субъекта, в котором выдан полис, было затруднено. Формы полисов ОМС в регионах различались, объем финансирования медицинских организаций по субъектам РФ различался.

Согласно закону № 326-ФЗ, застрахованное лицо стало центральным элементом системы оказания медицинской помощи. Застрахованные лица получили равные права на оказание медицинской помощи в рамках того объема, который установлен базовой программой обязательного медицинского страхования. Введение полиса ОМС единого образца дало застрахованным лицам право на выбор и замену как страховой медицинской организации, так и медицинской организации, работающей в системе ОМС, а также лечащего врача.

Кроме того, были уточнены полномочия Федерального фонда и территориальных фондов ОМС, разграничены полномочия органов власти на федеральном уровне и на уровне субъектов РФ в сфере обязательного медицинского страхования¹⁹⁰.

Все доходы фондов обязательного медицинского страхования в виде взносов за работающих и неработающих граждан поступают в Федеральный фонд ОМС. Далее по единой методике, установленной на федеральном уровне, денежные средства в виде субвенций распределяются по субъектам РФ в зависимости от их структуры. Территориальные фонды ОМС (ТФОМС) осуществляют плановое распределение объемов медицинской помощи и средств между страховыми медицинскими организациями – участниками территориальной программы ОМС. Средства из ТФОМС передаются в страховую медицинскую организацию на тот объем, который необходим для оплаты медицинской помощи. Если средств недостаточно – страховая медицинская организация дополнительно обращается в ТФОМС, если средства остались неизрасходованными – возвращает их. Взаиморас-

¹⁹⁰ Устюгов А. О ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения и работе в системе ОМС // Всероссийская практическая медицинская конференция «Консилиум главных врачей». М., 2013. URL: <http://ria-ami.ru/read/16310>

четы с медицинской организацией осуществляются по тем счетам, которые она выставляет. Оплата проводится после первого автоматизированного уровня контроля, когда проверяются все счета. Если медицинская организация получила средства необоснованно, страховая медицинская организация их забирает и направляет в дальнейшем на оплату других счетов медицинских учреждений.

Согласно действующему законодательству, с 1 января 2015 года основные потребности отечественной медицины должны обеспечиваться за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования. Однако этот переход является в настоящее время весьма проблемным, поскольку далеко не всем регионам удастся в последние годы обеспечить бездефицитное финансирование территориальных программ государственных гарантий, сохранять и повышать качество и доступность медицинских услуг. Более того, с увеличением нагрузки на бюджеты (особенно в 2013 году, когда возрос перечень видов медицинской помощи, входящих в ОМС) указанные проблемы усилились в ряде регионов РФ.

Данный вывод был сделан по итогам анализа динамики в субъектах РФ дефицита финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (ТПГГ). Для этого на основе докладов Министерства здравоохранения РФ о реализации программ государственных гарантий проведем ранжирование регионов по величине прироста дефицита финансирования ТПГГ (табл. 2.3.1-2.3.6)¹⁹¹.

Согласно данным, в ряде регионов переход к новому механизму финансирования здравоохранения не был связан с возникновением дефицита средств (г. Москва, г. Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский, Чукотский, Ямало-Ненецкий автономные округа, Сахалинская область). В шести субъектах РФ дефицит финансирования наблюдался лишь в первый год перехода на новые условия финансирования (Камчатский край, Магаданская, Московская, Свердловская, Тюменская области, Ненецкий автономный округ).

¹⁹¹ Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru>

Таблица 2.3.1

Регионы с отсутствием дефицита финансирования ТПГГ в 2011-2013 гг.

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2012-2013 |
|-----|------------------------------|-------|------|------|------|----------------------------|
| 1. | г.Москва | - | - | - | - | |
| 2. | г.Санкт-Петербург | - | - | - | - | |
| 3. | Ханты-Мансийский авт. округ | - | - | - | - | |
| 4. | Чукотский автономный округ | - | - | - | - | |
| 5. | Ямало-Ненецкий авт. округ | - | - | - | - | |
| 6. | Сахалинская область | - | - | - | - | |
| 7. | Камчатский край | -1,5 | - | - | - | |
| 8. | Свердловская область | -15,9 | - | - | - | |
| 9. | Тюменская область | -17,4 | - | - | - | |
| 10. | Московская область | -22,4 | - | - | - | |
| 11. | Магаданская область | -34,6 | - | - | - | |
| 12. | Ненецкий авт. округ | -34,8 | - | - | - | |

Таблица 2.3.2

Регионы с отсутствием дефицита финансирования ТПГГ в 2013 году

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2012-2013 |
|-----|------------------------------|-------|-------|-------|------|----------------------------|
| 13. | Республика Саха (Якутия) | -21,4 | -6,1 | - | - | |
| 14. | Ярославская область | -20,7 | -7,2 | - | - | |
| 15. | Калужская область | -30,1 | -13,3 | - | - | |
| 16. | Краснодарский край | -29,2 | -17,9 | - | - | |
| 17. | Ленинградская область | -22,2 | -13,5 | -1,0 | - | |
| 18. | Хабаровский край | -27,2 | -13,3 | -1,7 | - | |
| 19. | Тульская область | -8,8 | -10,7 | -3,7 | - | |
| 20. | Псковская область | -29,5 | -15,0 | -4,1 | - | |
| 21. | Республика Коми | -29,3 | -15,8 | -4,8 | - | |
| 22. | Тверская область | -24,5 | -11,1 | -9,0 | - | |
| 23. | Астраханская область | -31,5 | -22,0 | -11,0 | - | |
| 24. | Пермский край | -25,8 | -19,4 | -13,4 | - | |
| 25. | Омская область | -25,5 | -14,6 | -13,5 | - | |

Устранили дефицит финансирования к 2012 году четыре региона (Республика Саха (Якутия), Ярославская и Калужская области, Краснодарский край), к 2013 году – еще девять регионов (Астраханская, Ленинградская, Псковская, Тверская, Тульская, Омская области, Пермский, Хабаровский края, Республика Коми). Отметим, что практически все субъекты, имеющие дефицит финансирования ТПГГ, на протяжении первых трех лет (2010-2012 годы) его сокращали.

Однако рост нагрузки на региональные бюджеты, произошедший в 2013 году, привел к изменению ситуации.

Только в одиннадцати регионах продолжается тенденция к сокращению дефицита финансирования ТПГГ (Республики Адыгея, Башкортостан, Мордовия, Северная Осетия – Алания, Белгородская, Воронежская, Новгородская, Рязанская, Самарская, Томская области, Красноярский край).

Более того, в большинстве субъектов Российской Федерации (47 регионов) переход на новые условия финансирования здравоохранения не только сопровождался ежегодным дефицитом, но и привел к его приросту в 2013 году по сравнению с 2012 годом.

Таблица 2.3.3

Регионы с отсутствием прироста дефицита финансирования ТПГГ в 2012-2013 гг.

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2012-2013 |
|-----|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------------------------|
| 26. | Республика Мордовия | -33,1 | -26,5 | -17,0 | -0,6 | |
| 27. | Самарская область | -20,7 | -11,4 | -4,5 | -1,6 | |
| 28. | Белгородская область | -38,0 | -25,2 | -14,4 | -1,7 | |
| 29. | Рязанская область | -37,0 | -20,8 | -4,8 | -1,9 | |
| 30. | Новгородская область | -27,5 | -15,3 | -2,8 | -2,8 | |
| 31. | Республика Башкортостан | -29,9 | -16,6 | -18,6 | -6,8 | |
| 32. | Красноярский край | -31,8 | -25,3 | -15,5 | -7,4 | |
| 33. | Республика Адыгея | -38,5 | -32,5 | -28,7 | -13,9 | |
| 34. | Воронежская область | -36,2 | -29,2 | -17,6 | -15,1 | |
| 35. | Республика Северная Осетия-Алания | -47,3 | -44,2 | -40,1 | -25,0 | |
| 36. | Томская область | -48,6 | -37,9 | -33,9 | -30,3 | |

Таблица 2.3.4

Регионы с приростом дефицита финансирования ТПГГ в 2012-2013 гг.

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2012-2013 |
|-----|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------------------------|
| 37. | Еврейская автономная область | -43,3 | -30,2 | -25,9 | -26,1 | 0,2 |
| 38. | Республика Бурятия | -45,3 | -37,5 | -29,8 | -32,0 | 2,2 |
| 39. | Смоленская область | -32,1 | -22,4 | -17,1 | -19,8 | 2,7 |
| 40. | Чувашская Республика | -28,5 | -19,9 | -12,4 | -15,3 | 2,9 |
| 41. | Республика Тыва | -37,1 | -32,0 | -24,2 | -27,5 | 3,3 |
| 42. | Липецкая область | -20,0 | -10,6 | -2,8 | -6,6 | 3,8 |
| 43. | Кировская область | -32,8 | -25,9 | -17,6 | -21,5 | 3,9 |
| 44. | Курганская область | -43,2 | -36,2 | -30,2 | -34,4 | 4,2 |
| 45. | Нижегородская область | -29,2 | -12,3 | - | -4,3 | 4,3 |
| 46. | Калининградская область | -41,4 | -18,0 | -14,3 | -18,8 | 4,5 |
| 47. | Орловская область | -36,5 | -29,2 | -9,1 | -13,7 | 4,6 |
| 48. | Приморский край | -44,4 | -38,3 | -34,6 | -39,4 | 4,8 |
| 49. | Челябинская область | -36,0 | -24,0 | -24,3 | -29,6 | 5,3 |
| 50. | Костромская область | -34,8 | -25,6 | -21,9 | -28,2 | 6,3 |
| 51. | Мурманская область | -32,8 | -27,0 | -24,1 | -30,6 | 6,5 |
| 52. | Оренбургская область | -26,8 | -20,0 | -11,8 | -19,5 | 7,7 |
| 53. | Ростовская область | -33,9 | -25,7 | -17,9 | -26,9 | 9,0 |
| 54. | Кабардино-Балкарская Республика | -46,5 | -40,3 | -30,1 | -39,6 | 9,5 |
| 55. | Ивановская область | -37,9 | -31,2 | -24,5 | -34,9 | 10,4 |
| 56. | Курская область | -36,0 | -25,6 | -22,7 | -33,7 | 11,0 |
| 57. | Удмуртская Республика | -23,8 | -19,4 | -9,8 | -22,4 | 12,6 |
| 58. | Иркутская область | -39,6 | -32,0 | -22,8 | -36,7 | 13,9 |
| 59. | Ставропольский край | -40,4 | -32,1 | -22,5 | -36,5 | 14,0 |
| 60. | Кемеровская область | -36,1 | -27,1 | -19,0 | -33,7 | 14,7 |
| 61. | Амурская область | -33,3 | -23,8 | -16,1 | -31,1 | 15,0 |
| 62. | Карачаево-Черкесская Республика | -43,4 | -32,9 | -26,9 | -42,9 | 16,0 |
| 63. | Республика Татарстан | -31,5 | -12,7 | -3,7 | -27,5 | 23,8 |

Особо отметим, что среди указанных субъектов РФ в двадцати регионах дефицит финансирования ТПГГ в 2013 году превысил аналогичные показатели как 2012, так и 2010 года (табл. 2.3.5, 2.3.6).

Таблица 2.3.5

Субъекты РФ, имеющие максимальный прирост
дефицита финансирования ТПГГ (2012-2013 гг.)

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2012-2013, % |
|-----|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------------|
| 64. | Ульяновская область | -24,0 | -14,2 | -12,7 | -26,8 | 14,1 |
| 65. | Саратовская область | -35,1 | -29,8 | -25,9 | -40,1 | 14,2 |
| 66. | Республика Ингушетия | -51,2 | -38,3 | -37,6 | -52,1 | 14,5 |
| 67. | Брянская область | -44,3 | -37,5 | -31,1 | -45,9 | 14,8 |
| 68. | Республика Дагестан | -52,8 | -52,2 | -48,2 | -64,6 | 16,4 |
| 69. | Архангельская область | -43,2 | -36,6 | -29,1 | -47,3 | 18,2 |
| 70. | Тамбовская область | -46,4 | -39,8 | -32,7 | -54,1 | 21,4 |
| 71. | Забайкальский край | -29,9 | -23,7 | -21,3 | -43,8 | 22,5 |
| 72. | Республика Карелия | -34,0 | -29,4 | -26,0 | -48,6 | 22,6 |
| 73. | Владимирская область | -32,3 | -26,7 | -14,7 | -37,5 | 22,8 |
| 74. | Новосибирская область | -32,4 | -22,5 | -16,0 | -39,1 | 23,1 |
| 75. | Пензенская область | -43,1 | -34,4 | -27,1 | -50,4 | 23,3 |
| 76. | Республика Хакасия | -46,9 | -40,3 | -35,0 | -58,6 | 23,6 |
| 77. | Республика Марий Эл | -43,9 | -35,9 | -37,1 | -62,6 | 25,5 |
| 78. | Вологодская область | -35,4 | -29,1 | -24,2 | -50,5 | 26,3 |
| 79. | Чеченская Республика | -38,7 | -29,2 | -23,8 | -52,1 | 28,3 |
| 80. | Республика Калмыкия | -41,2 | -36,5 | -27,8 | -57,0 | 29,2 |
| 81. | Республика Алтай | -34,0 | -31,4 | -28,1 | -58,2 | 29,5 |
| 82. | Алтайский край | -40,3 | -31,2 | -20,1 | -51,3 | 31,2 |
| 83. | Волгоградская область | -32,2 | -21,3 | -14,6 | -50,7 | 36,1 |

Таким образом, можно говорить о том, что ряд субъектов РФ не способен обеспечить на требуемом уровне финансирование ТПГГ, и данная проблема имеет тенденцию к усилению.

Вместе с тем представляет интерес не только количественный, но и качественный аспект реализации ТПГГ. Министерство здравоохранения РФ ежегодно проводит комплексную оценку реализации и эффективности территориальных программ государственных гарантий, учитывая критерии доступности, качества медицинской помощи, динамику показателей здоровья населения и удовлетворенность медицинской помощью.

Таблица 2.3.6

Субъекты РФ, имеющие максимальный прирост
дефицита финансирования ТПГГ (2010-2013 гг.)

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | прирост дефицита 2010-2013 |
|-----|------------------------------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|
| 1. | Республика Ингушетия | -51,2 | -38,3 | -37,6 | -52,1 | 1,0 |
| 2. | Брянская область | -44,3 | -37,5 | -31,1 | -45,9 | 1,6 |
| 3. | Ульяновская область | -24,0 | -14,2 | -12,7 | -26,8 | 2,8 |
| 4. | Архангельская область | -43,2 | -36,6 | -29,1 | -47,3 | 4,1 |
| 5. | Саратовская область | -35,1 | -29,8 | -25,9 | -40,1 | 5,0 |
| 6. | Владимирская область | -32,3 | -26,7 | -14,7 | -37,5 | 5,2 |
| 7. | Новосибирская область | -32,4 | -22,5 | -16,0 | -39,1 | 6,7 |
| 8. | Пензенская область | -43,1 | -34,4 | -27,1 | -50,4 | 7,3 |
| 9. | Тамбовская область | -46,4 | -39,8 | -32,7 | -54,1 | 7,7 |
| 10. | Алтайский край | -40,3 | -31,2 | -20,1 | -51,3 | 11,0 |
| 11. | Республика Хакасия | -46,9 | -40,3 | -35,0 | -58,6 | 11,7 |
| 12. | Республика Дагестан | -52,8 | -52,2 | -48,2 | -64,6 | 11,8 |
| 13. | Чеченская Республика | -38,7 | -29,2 | -23,8 | -52,1 | 13,4 |
| 14. | Забайкальский край | -29,9 | -23,7 | -21,3 | -43,8 | 13,9 |
| 15. | Республика Карелия | -34,0 | -29,4 | -26,0 | -48,6 | 14,6 |
| 16. | Вологодская область | -35,4 | -29,1 | -24,2 | -50,5 | 15,1 |
| 17. | Республика Калмыкия | -41,2 | -36,5 | -27,8 | -57,0 | 15,8 |
| 18. | Волгоградская область | -32,2 | -21,3 | -14,6 | -50,7 | 18,5 |
| 19. | Республика Марий Эл | -43,9 | -35,9 | -37,1 | -62,6 | 18,7 |
| 20. | Республика Алтай | -34,0 | -31,4 | -28,1 | -58,2 | 24,2 |

В рамках данной оценки регионы распределяются на четыре группы:

- регионы с высоким (оптимальным) уровнем реализации ТПГГ (присваивается оценка «1»);
- регионы с уровнем реализации ТПГГ выше среднего (присваивается оценка «2»);
- регионы с уровнем реализации ТПГГ ниже среднего (присваивается оценка «3»);
- регионы с низким уровнем реализации ТПГГ (присваивается оценка «4»).

Данные по уровням реализации ТПГГ за 2010-2014 годы представлены в таблицах 2.3.7-2.3.9.

Таблица 2.3.7

Ранжирование регионов по эффективности выполнения ТПГГ в субъектах РФ в 2010-2013 гг. (средний уровень: высокий и выше среднего)

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | средний рейтинг |
|-----|------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| 1. | Ленинградская область | 1 | 2 | 1 | 1 | 1,25 |
| 2. | Красноярский край | 1 | 2 | 2 | 1 | 1,5 |
| 3. | Московская область | 2 | 1 | 2 | 1 | 1,5 |
| 4. | Ямало-Ненецкий авт. округ | 1 | 3 | 1 | 1 | 1,5 |
| 5. | Ярославская область | 2 | 2 | 1 | 1 | 1,5 |
| 6. | Ивановская область | 2 | 2 | 1 | 2 | 1,75 |
| 7. | Кемеровская область | 2 | 1 | 1 | 3 | 1,75 |
| 8. | Новосибирская область | 2 | 3 | 1 | 1 | 1,75 |
| 9. | Республика Бурятия | 1 | 3 | 2 | 1 | 1,75 |
| 10. | Республика Калмыкия | 2 | 3 | 1 | 1 | 1,75 |
| 11. | Республика Марий Эл | 2 | 2 | 2 | 1 | 1,75 |
| 12. | Республика Тыва | 3 | 2 | 1 | 1 | 1,75 |
| 13. | Брянская область | 3 | 1 | 1 | 3 | 2,0 |
| 14. | Воронежская область | 2 | 1 | 2 | 3 | 2,0 |
| 15. | Липецкая область | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,0 |
| 16. | Новгородская область | 1 | 3 | 2 | 2 | 2,0 |
| 17. | Пензенская область | 3 | 2 | 2 | 1 | 2,0 |
| 18. | Приморский край | 1 | 4 | 2 | 1 | 2,0 |
| 19. | Томская область | 3 | 3 | 1 | 1 | 2,0 |
| 20. | Тюменская область | 3 | 1 | 3 | 1 | 2,0 |

Данные таблиц 2.3.7-2.3.9 показывают, что лишь 20 регионов РФ обеспечили в среднем за четыре года эффективность выполнения ТПГГ на повышенном уровне (выше среднего). Кроме того, нельзя не отметить, что усиление финансовой нагрузки на региональные бюджеты, произошедшее в 2013 году, привело к тому, что резко увеличилось число регионов с низкой эффективностью выполнения ТПГГ (2010 год – 15 регионов, 2011 – 14 регионов, 2012 – 10 регионов, 2013 – 18 регионов).

Таблица 2.3.8

Ранжирование регионов по эффективности выполнения ТПГГ
в субъектах РФ в 2010-2013 гг. (средний уровень: ниже среднего)

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | средний рейтинг |
|-----|---------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| 21. | Иркутская область | 2 | 3 | 2 | 2 | 2,25 |
| 22. | Кабардино-Балкарская Республика | 2 | 4 | 2 | 1 | 2,25 |
| 23. | Калужская область | 3 | 2 | 2 | 2 | 2,25 |
| 24. | Орловская область | 2 | 3 | 2 | 2 | 2,25 |
| 25. | Псковская область | 2 | 3 | 1 | 3 | 2,25 |
| 26. | Республика Карелия | 2 | 3 | 3 | 1 | 2,25 |
| 27. | Республика Саха (Якутия) | 2 | 2 | 3 | 2 | 2,25 |
| 28. | Рязанская область | 3 | 2 | 2 | 2 | 2,25 |
| 29. | Саратовская область | 3 | 3 | 2 | 1 | 2,25 |
| 30. | Тамбовская область | 3 | 3 | 2 | 1 | 2,25 |
| 31. | Алтайский край | 3 | 3 | 2 | 2 | 2,5 |
| 32. | Астраханская область | 2 | 3 | 3 | 2 | 2,5 |
| 33. | Владимирская область | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,5 |
| 34. | г. Санкт-Петербург | 4 | 2 | 3 | 1 | 2,5 |
| 35. | Калининградская область | 2 | 4 | 2 | 2 | 2,5 |
| 36. | Камчатский край | 1 | 4 | 2 | 3 | 2,5 |
| 37. | Курская область | 3 | 3 | 3 | 1 | 2,5 |
| 38. | Магаданская область | 2 | 4 | 2 | 2 | 2,5 |
| 39. | Нижегородская область | 3 | 3 | 2 | 2 | 2,5 |
| 40. | Хабаровский край | 3 | 3 | 2 | 2 | 2,5 |
| 41. | Ханты-Мансийский авт. округ | 3 | 2 | 2 | 3 | 2,5 |
| 42. | Челябинская область | 3 | 2 | 2 | 3 | 2,5 |
| 43. | Архангельская область | 3 | 3 | 2 | 3 | 2,75 |
| 44. | Вологодская область | 3 | 2 | 3 | 3 | 2,75 |
| 45. | Забайкальский край | 3 | 2 | 2 | 4 | 2,75 |
| 46. | Карачаево-Черкесская Республика | 2 | 4 | 3 | 2 | 2,75 |
| 47. | Кировская область | 3 | 3 | 3 | 2 | 2,75 |
| 48. | Мурманская область | 3 | 2 | 3 | 3 | 2,75 |
| 49. | Республика Адыгея | 2 | 3 | 2 | 4 | 2,75 |
| 50. | Республика Башкортостан | 4 | 2 | 3 | 2 | 2,75 |
| 51. | Республика Ингушетия | 3 | 4 | 3 | 1 | 2,75 |
| 52. | Республика Мордовия | 3 | 2 | 2 | 4 | 2,75 |
| 53. | Республика Татарстан | 4 | 1 | 2 | 4 | 2,75 |
| 54. | Республика Хакасия | 3 | 3 | 1 | 4 | 2,75 |
| 55. | Самарская область | 2 | 2 | 3 | 4 | 2,75 |
| 56. | Сахалинская область | 2 | 4 | 2 | 3 | 2,75 |
| 57. | Тульская область | 4 | 2 | 2 | 3 | 2,75 |
| 58. | Ульяновская область | 3 | 2 | 4 | 2 | 2,75 |

Таблица 2.3.9

Ранжирование регионов по эффективности выполнения ТПГГ
в субъектах РФ в 2010-2013 гг. (средний уровень: низкий)

| № | Субъект Российской Федерации | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | средний рейтинг |
|-----|-----------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| 59. | Белгородская область | 3 | 2 | 3 | 4 | 3,0 |
| 60. | г. Москва | 4 | 2 | 3 | 3 | 3,0 |
| 61. | Еврейская автономная область | 2 | 4 | 3 | 3 | 3,0 |
| 62. | Ненецкий авт. округ | 3 | 3 | 2 | 4 | 3,0 |
| 63. | Омская область | 3 | 1 | 4 | 4 | 3,0 |
| 64. | Пермский край | 3 | 3 | 3 | 3 | 3,0 |
| 65. | Республика Дагестан | 3 | 4 | 2 | 3 | 3,0 |
| 66. | Республика Коми | 4 | 2 | 4 | 2 | 3,0 |
| 67. | Ростовская область | 3 | 3 | 3 | 3 | 3,0 |
| 68. | Свердловская область | 3 | 3 | 3 | 3 | 3,0 |
| 69. | Ставропольский край | 3 | 3 | 4 | 2 | 3,0 |
| 70. | Чувашская Республика | 4 | 1 | 3 | 4 | 3,0 |
| 71. | Чукотский автономный округ | 3 | 3 | 3 | 3 | 3,0 |
| 72. | Амурская область | 4 | 4 | 3 | 2 | 3,25 |
| 73. | Волгоградская область | 3 | 3 | 3 | 4 | 3,25 |
| 74. | Курганская область | 3 | 4 | 4 | 2 | 3,25 |
| 75. | Республика Алтай | 4 | 3 | 4 | 2 | 3,25 |
| 76. | Смоленская область | 3 | 2 | 4 | 4 | 3,25 |
| 77. | Тверская область | 4 | 2 | 3 | 4 | 3,25 |
| 78. | Удмуртская Республика | 3 | 3 | 3 | 4 | 3,25 |
| 79. | Костромская область | 4 | 3 | 3 | 4 | 3,5 |
| 80. | Краснодарский край | 4 | 3 | 3 | 4 | 3,5 |
| 81. | Оренбургская область | 4 | 3 | 4 | 4 | 3,75 |
| 82. | Чеченская Республика | 4 | 4 | 4 | 3 | 3,75 |
| 83. | Республика Северная Осетия-Алания | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,0 |

Сопоставляя данные по приросту дефицита финансирования ТПГГ и по среднему рейтингу эффективности ТПГГ (табл. 2.3.10-2.3.12), можно выделить наиболее проблемные с точки зрения специфики финансирования здравоохранения регионы (выделены курсивом).

Как следует из таблиц, лишь девять субъектов РФ справились с возросшим в 2013 году объемом финансовой нагрузки на региональные бюджеты, обеспечивая при этом достаточно высокие показатели эффективности реализации ТПГГ: Воронежская, Ленинградская, Московская, Новгородская, Томская, Тюменская, Ярославская области, Красноярский край и Ямало-Ненецкий автономный округ.

Таблица 2.3.10

Ранжирование регионов по величине прироста дефицита финансирования и эффективности выполнения ТПГГ в субъектах РФ в 2010-2013 гг. (средний уровень эффективности: высокий и выше среднего)

| № | Субъект Российской Федерации | прирост дефицита ТПГГ 2012-2013 | средний рейтинг эффективности ТПГГ |
|-----|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. | Ленинградская область | | 1,25 |
| 2. | Красноярский край | | 1,5 |
| 3. | Московская область | | 1,5 |
| 4. | Ямало-Ненецкий авт. округ | | 1,5 |
| 5. | Ярославская область | | 1,5 |
| 6. | Республика Бурятия | 2,2 | 1,75 |
| 7. | Республика Тыва | 3,3 | 1,75 |
| 8. | Ивановская область | 10,4 | 1,75 |
| 9. | Кемеровская область | 14,7 | 1,75 |
| 10. | Новосибирская область | 23,1 | 1,75 |
| 11. | Республика Марий Эл | 25,5 | 1,75 |
| 12. | Республика Калмыкия | 29,2 | 1,75 |
| 13. | Воронежская область | | 2,0 |
| 14. | Новгородская область | | 2,0 |
| 15. | Томская область | | 2,0 |
| 16. | Тюменская область | | 2,0 |
| 17. | Липецкая область | 3,8 | 2,0 |
| 18. | Приморский край | 4,8 | 2,0 |
| 19. | Брянская область | 14,8 | 2,0 |
| 20. | Пензенская область | 23,3 | 2,0 |

Еще семь регионов – республики Бурятия и Тыва, Брянская, Ивановская, Кемеровская, Липецкая области и Приморский край – обеспечили достаточно высокий уровень доступности и качества медицинских услуг при приросте дефицита менее 20 %. В четырех регионах (Пензенская и Новосибирская области, республики Калмыкия и Марий Эл) при достаточно высоком уровне эффективности реализации ТПГГ прирост дефицита региональных бюджетов превысил за год 20 %.

Среди регионов, где средний рейтинг эффективности реализации ТПГГ был достаточно низким (меньше 2), 27 субъектов имели в 2013 году бездефицитный бюджет в части финансирования ТПГГ, а 25 субъектов характеризуются приростом дефицита за год менее чем на 20 %.

Таблица 2.3.11

Ранжирование регионов по величине прироста дефицита финансирования и эффективности выполнения ТПГГ в субъектах РФ в 2010-2013 гг. (средний уровень эффективности: ниже среднего)

| № | Субъект Российской Федерации | прирост дефицита ТПГГ 2012-2013 | средний рейтинг эффективности ТПГГ |
|-----|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 21. | Калужская область | | 2,25 |
| 22. | Псковская область | | 2,25 |
| 23. | Республика Саха (Якутия) | | 2,25 |
| 24. | Рязанская область | | 2,25 |
| 25. | Орловская область | 4,6 | 2,25 |
| 26. | Кабардино-Балкарская Республика | 9,5 | 2,25 |
| 27. | Иркутская область | 13,9 | 2,25 |
| 28. | Саратовская область | 14,2 | 2,25 |
| 29. | <i>Тамбовская область</i> | <i>21,4</i> | 2,25 |
| 30. | <i>Республика Карелия</i> | <i>22,6</i> | 2,25 |
| 31. | Астраханская область | | 2,5 |
| 32. | г. Санкт-Петербург | | 2,5 |
| 33. | Камчатский край | | 2,5 |
| 34. | Магаданская область | | 2,5 |
| 35. | Хабаровский край | | 2,5 |
| 36. | Ханты-Мансийский авт. округ | | 2,5 |
| 37. | Нижегородская область | 4,3 | 2,5 |
| 38. | Калининградская область | 4,5 | 2,5 |
| 39. | Челябинская область | 5,3 | 2,5 |
| 40. | Курская область | 11,0 | 2,5 |
| 41. | <i>Владимирская область</i> | <i>22,8</i> | 2,5 |
| 42. | <i>Алтайский край</i> | <i>31,2</i> | 2,5 |
| 43. | Республика Адыгея | | 2,75 |
| 44. | Республика Башкортостан | | 2,75 |
| 45. | Республика Мордовия | | 2,75 |
| 46. | Самарская область | | 2,75 |
| 47. | Сахалинская область | | 2,75 |
| 48. | Тульская область | | 2,75 |
| 49. | Кировская область | 3,9 | 2,75 |
| 50. | Мурманская область | 6,5 | 2,75 |
| 51. | Ульяновская область | 14,1 | 2,75 |
| 52. | Республика Ингушетия | 14,5 | 2,75 |
| 53. | Карачаево-Черкесская Республика | 16,0 | 2,75 |
| 54. | Архангельская область | 18,2 | 2,75 |
| 55. | <i>Забайкальский край</i> | <i>22,5</i> | 2,75 |
| 56. | <i>Республика Хакасия</i> | <i>23,6</i> | 2,75 |
| 57. | <i>Республика Татарстан</i> | <i>23,8</i> | 2,75 |
| 58. | <i>Вологодская область</i> | <i>26,3</i> | 2,75 |

Таблица 2.3.12

Ранжирование регионов по величине прироста дефицита финансирования и эффективности выполнения ТПГГ в субъектах РФ в 2010-2013 гг.
(средний уровень эффективности: низкий)

| № | Субъект Российской Федерации | прирост дефицита ТПГГ 2012-2013 | средний рейтинг эффективности ТПГГ |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 59. | Белгородская область | | 3,0 |
| 60. | г. Москва | | 3,0 |
| 61. | Ненецкий авт. округ | | 3,0 |
| 62. | Омская область | | 3,0 |
| 63. | Пермский край | | 3,0 |
| 64. | Республика Коми | | 3,0 |
| 65. | Свердловская область | | 3,0 |
| 66. | Чукотский автономный округ | | 3,0 |
| 67. | Еврейская автономная область | 0,2 | 3,0 |
| 68. | Чувашская Республика | 2,9 | 3,0 |
| 69. | Ростовская область | 9,0 | 3,0 |
| 70. | Ставропольский край | 14,0 | 3,0 |
| 71. | Республика Дагестан | 16,4 | 3,0 |
| 72. | Тверская область | | 3,25 |
| 73. | Смоленская область | 2,7 | 3,25 |
| 74. | Курганская область | 4,2 | 3,25 |
| 75. | Удмуртская Республика | 12,6 | 3,25 |
| 76. | Амурская область | 15,0 | 3,25 |
| 77. | <i>Республика Алтай</i> | 29,5 | 3,25 |
| 78. | <i>Волгоградская область</i> | 36,1 | 3,25 |
| 79. | Краснодарский край | | 3,5 |
| 80. | Костромская область | 6,3 | 3,5 |
| 81. | Оренбургская область | 7,7 | 3,75 |
| 82. | <i>Чеченская Республика</i> | 28,3 | 3,75 |
| 83. | Республика Северная Осетия-Алания | | 4,0 |

Однако самая сложная ситуация сложилась в одиннадцати регионах РФ, где при эффективности реализации ТПГГ на уровне «ниже среднего» прирост дефицита бюджетов составил более 20 % за 2013 год (Тамбовская, Владимирская, Вологодская, Волгоградская области, Алтайский и Забайкальский края, республики Карелия, Хакасия, Татарстан, Алтай, Чеченская Республика).

Данные регионы, с учетом роста финансовой нагрузки на бюджеты в следующие годы, находятся в критической ситуации, и без нахождения дополнительных источников финансирования, реструктуризации и модернизации учреждений здравоохранения вряд ли способны существенно повысить доступность и качество оздоровительных медицинских услуг, обеспечивая при этом сокращение бюджетного дефицита.

В этой связи представляется целесообразным исследовать ряд показателей, характеризующих специфику состояния сферы здравоохранения в регионах РФ в целях выявления возможных причин низкой эффективности реализации ТПГГ и роста дефицита финансирования данных программ средствами бюджетов субъектов РФ. Поскольку ухудшение ситуации наблюдалось в 2013 году, имеет смысл провести анализ показателей 2012 года: были ли в регионах схожие проблемы, приведшие к снижению показателей деятельности учреждений здравоохранения.

Поскольку регионы существенно различаются по численности населения, показатели были рассчитаны с учетом численности населения. Основой для расчетов послужили официальные статистические данные¹⁹². По аналогии с подходом Министерства здравоохранения РФ к ранжированию регионов по эффективности выполнения ТПГГ все регионы были поделены на четыре группы (меньшее количество баллов означает более высокий рейтинг):

- регионам с высоким рейтингом по конкретному показателю присваивался 1 балл;
- регионам с рейтингом по конкретному показателю выше среднего значения по РФ присваивалось 2 балла;
- регионам с рейтингом по конкретному показателю ниже среднего значения по РФ присваивалось 3 балла;
- регионам с низким рейтингом по конкретному показателю значения по РФ присваивалось 4 балла.

В качестве характеристик, учтенных в рейтингах, были выбраны:

- Рап – рейтинг по мощности амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. человек населения региона (число посещений в смену);

¹⁹² Здравоохранение в России. 2013: стат. сб. М.: Росстат, 2013.

- Рбк – рейтинг по числу больничных коек на 10 тыс. человек населения региона (без коек в дневных стационарах);
- Рв – рейтинг по численности врачей на 10 тыс. человек населения региона;
- Рсп – рейтинг по численности среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек населения региона.

Данные показатели, на наш взгляд, способны показать степень обеспеченности кадровыми и материально-техническими ресурсами региональных систем здравоохранения. Безусловно, они не отражают эффективность использования соответствующего потенциала, но способны в определенной мере показать степень доступности (в первую очередь территориальной) оздоровительных медицинских услуг (особенно при высокой заболеваемости населения региона). В этой связи регионы ранжировались и по критерию «уровень здоровья» (показатель, противоположный уровню заболеваемости населения):

- Рзд – рейтинг по уровню здоровья населения (на 1000 чел. населения региона).

Кроме того, в рамках оценки мотивации работников сферы здравоохранения к качественному труду и оценки доступности для населения бесплатной оздоровительной медицинской помощи (ценовая доступность оздоровительных медицинских услуг) регионы были ранжированы по критериям:

- Рз/п – рейтинг по соотношению заработной платы работников здравоохранения субъекта РФ и средней зарплаты по региону;
- Рм/у – рейтинг по доступности медицинских услуг (рассчитывался на основе ранжирования доли платных медицинских услуг в средней зарплате населения региона: чем выше доля, тем ниже рейтинг).

Еще одним показателем в рамках анализа являлись инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения, в расчете на 1 тыс. человек населения региона: Ри, который отражает активность региона в отношении снижения проблем доступности оздоровительных медицинских услуг в перспективе.

Данные по итогам ранжирования приведены в таблицах 2.3.13-2.3.15. Для удобства сопоставления в таблицах присутствуют ранее представленные данные по среднему рейтингу эффективности выполнения ТПГГ (Рсэф) и по приросту дефицита финансирования ТПГГ, в % (Д); по их величине и упорядочивались регионы.

Таблица 2.3.13

Ранжирование регионов по отдельным показателям
состояния сферы здравоохранения в 2012 году
(средний уровень эффективности реализации ТПГГ:
высокий и выше среднего)

| № | Субъект РФ | Рзд | Д | Рсэф | Рап | Рбк | Рв | Рсп. | Рз/п | Рму | Ри |
|-----|---------------------------------|-----|------|------|-----|-----|----|------|------|-----|----|
| 1. | Ленинградская область | 1 | - | 1,25 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 |
| 2. | Красноярский край | 3 | - | 1,5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| 3. | Московская область | 2 | - | 1,5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 4. | Ямало-Ненецкий автономный округ | 4 | - | 1,5 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 5. | Ярославская область | 3 | - | 1,5 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| 6. | Республика Бурятия | 1 | 2,2 | 1,75 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 7. | Республика Тыва | 1 | 3,3 | 1,75 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 8. | Ивановская область | 4 | 10,4 | 1,75 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 9. | Кемеровская область | 3 | 14,7 | 1,75 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 10. | Новосибирская область | 2 | 23,1 | 1,75 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| 11. | Республика Марий Эл | 3 | 25,5 | 1,75 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| 12. | Республика Калмыкия | 2 | 29,2 | 1,75 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 13. | Воронежская область | 1 | - | 2,0 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| 14. | Новгородская область | 3 | - | 2,0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| 15. | Томская область | 2 | - | 2,0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 16. | Тюменская область | 3 | - | 2,0 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 17. | Липецкая область | 2 | 3,8 | 2,0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 18. | Приморский край | 2 | 4,8 | 2,0 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 19. | Брянская область | 3 | 14,8 | 2,0 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 20. | Пензенская область | 2 | 23,3 | 2,0 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 |

Таблица 2.3.14

Ранжирование регионов по отдельным показателям
состояния сферы здравоохранения в 2012 году
(средний уровень эффективности реализации ТПГГ: ниже среднего)

| № | Субъект РФ | Рзд | Д | Рсэф | Рап | РБК | Рв | Рсп. | Рз/п | Рму | Ри |
|-----|--|-----|------|------|-----|-----|----|------|------|-----|----|
| 21. | Калужская область | 2 | - | 2,25 | 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| 22. | Псковская область | 1 | - | 2,25 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 23. | Республика Саха (Якутия) | 4 | - | 2,25 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 24. | Рязанская область | 2 | - | 2,25 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 25. | Орловская область | 4 | 4,6 | 2,25 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| 26. | Кабардино-Балкарская Республика | 1 | 9,5 | 2,25 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 |
| 27. | Иркутская область | 3 | 13,9 | 2,25 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 28. | Саратовская область | 2 | 14,2 | 2,25 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| 29. | Гамбовская область | 1 | 21,4 | 2,25 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 30. | Республика Карелия | 4 | 22,6 | 2,25 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Астраханская область | 2 | - | 2,5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 32. | г. Санкт-Петербург | 3 | - | 2,5 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 4 |
| 33. | Камчатский край | 3 | - | 2,5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 34. | Магаданская область | 2 | - | 2,5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 35. | Хабаровский край | 2 | - | 2,5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| 36. | Ханты-Мансийский автономный округ - Югра | 3 | - | 2,5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 37. | Нижегородская область | 3 | 4,3 | 2,5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 38. | Калининградская область | 3 | 4,5 | 2,5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 |
| 39. | Челябинская область | 3 | 5,3 | 2,5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| 40. | Курская область | 1 | 11,0 | 2,5 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 |
| 41. | Владимирская область | 4 | 22,8 | 2,5 | 1 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 42. | Алтайский край | 4 | 31,2 | 2,5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 43. | Республика Адыгея | 2 | - | 2,75 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 |
| 44. | Республика Башкортостан | 3 | - | 2,75 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| 45. | Республика Мордовия | 2 | - | 2,75 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 46. | Самарская область | 4 | - | 2,75 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| 47. | Сахалинская область | 3 | - | 2,75 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 |
| 48. | Тульская область | 2 | - | 2,75 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| 49. | Кировская область | 2 | 3,9 | 2,75 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 |
| 50. | Мурманская область | 3 | 6,5 | 2,75 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 51. | Ульяновская область | 4 | 14,1 | 2,75 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 52. | Республика Ингушетия | 3 | 14,5 | 2,75 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 1 | 3 |
| 53. | Карачаево-Черкесская Республика | 1 | 16,0 | 2,75 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 |
| 54. | Архангельская область | 4 | 18,2 | 2,75 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| 55. | Забайкальский край | 2 | 22,5 | 2,75 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 56. | Республика Хакасия | 3 | 23,6 | 2,75 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 |
| 57. | Республика Татарстан | 3 | 23,8 | 2,75 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| 58. | Вологодская область | 3 | 26,3 | 2,75 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 |

Таблица 2.3.15

Ранжирование регионов по отдельным показателям
состояния сферы здравоохранения в 2012 году
(средний уровень эффективности реализации ТПГГ: низкий)

| № | Субъект РФ | Рзд | Д | Рэф | Рап | Рбк | Рв | Рсп. | Рз/п | Рму | Ри |
|-----|--|-----|------|------|-----|-----|----|------|------|-----|----|
| 59. | Белгородская область | 2 | - | 3,0 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| 60. | г. Москва | 2 | - | 3,0 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 |
| 61. | Ненецкий автономный округ | 4 | - | 3,0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 62. | Омская область | 4 | - | 3,0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 |
| 63. | Пермский край | 3 | - | 3,0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 64. | Республика Коми | 4 | - | 3,0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 65. | Свердловская область | 2 | - | 3,0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 |
| 66. | Чукотский автономный округ | 4 | - | 3,0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 67. | Еврейская автономная область | 1 | 0,2 | 3,0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 68. | Чувашская Республика | 4 | 2,9 | 3,0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| 69. | Ростовская область | 3 | 9,0 | 3,0 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| 70. | Ставропольский край | 1 | 14,0 | 3,0 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| 71. | Республика Дагестан | 3 | 16,4 | 3,0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 |
| 72. | Тверская область | 3 | - | 3,25 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 |
| 73. | Смоленская область | 2 | 2,7 | 3,25 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| 74. | Курганская область | 3 | 4,2 | 3,25 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 75. | Удмуртская Республика | 3 | 12,6 | 3,25 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| 76. | Амурская область | 3 | 15,0 | 3,25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 |
| 77. | Республика Алтай | 3 | 29,5 | 3,25 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 78. | Волгоградская область | 2 | 36,1 | 3,25 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 |
| 79. | Краснодарский край | 1 | - | 3,5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| 80. | Костромская область | 2 | 6,3 | 3,5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| 81. | Оренбургская область | 3 | 7,7 | 3,75 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 |
| 82. | Чеченская Республика | 1 | 28,3 | 3,75 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 83. | Республика Северная Осетия (Алания) | 1 | - | 4,0 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 |

Данные таблиц 2.3.13-2.3.15 приводят к выводу, что проблемы дефицита финансирования и эффективности выполнения территориальных программ государственных гарантий далеко не всегда связаны с кадровым и материально-техническим потенциалом сферы здравоохранения региона, мотивацией медицинского персонала и масштабами инвестирования, с уровнем заболеваемости населения.

В каждой группе регионов (по уровню заболеваемости населения и по ресурсному обеспечению) существует несколько – от одного до трех – субъектов, обеспечивающих повышенный уровень реализации ТПГГ без прироста дефицита финансирования. Данные же по конкретным показате-

лям состояния здравоохранения в группах регионов показывают, что среди регионов, ресурсная оснащенность которых ниже средних значений по РФ, повышенный уровень качества реализации ТПГГ, заработной платы медицинских работников, доступности медицинских услуг свойственен большему числу субъектов.

По итогам представленного анализа специфики и проблематики функционирования организаций здравоохранения в последние годы можно говорить о том, что дальнейшее развитие данной сферы требует существенной активизации деятельности по выравниванию уровня регионов по эффективности и результативности оздоровительной медицинской деятельности. Такого рода выравнивание предполагает активное использование механизмов заимствования опыта регионов и организаций – лидеров в решении организационно-управленческих вопросов реформирования деятельности по повышению уровня здоровья населения.

При этом очевидно, что освоение крупных медицинских оздоровительных инноваций, технологический рывок в развитии наиболее реальны для организаций – лидеров рынка оздоровительных медицинских услуг, имеющих опыт разработки и успешного освоения нововведений, обладающих системными связями с научными организациями, субъектами инфраструктуры инновационной деятельности и пр. При этом для большинства учреждений здравоохранения первоочередной задачей должно являться модернизационное развитие, то есть реализация комплекса мероприятий инновационного характера, направленных на качественное изменение медицинских организаций за счет активного использования опыта организаций – лидеров социально-экономического развития здравоохранения. Данное понимание модернизации, на наш взгляд, не вступает в противоречие с мнениями исследователей этой проблематики¹⁹³. Безусловно, модернизационные процессы предполагают наличие приоритетных направлений осуществления изменений, выбор которых осуществляется в соответствии со спецификой и проблематикой развития организаций здравоохранения. Проведенный анализ позволяет выделить приоритетное на-

¹⁹³ Белых В. С. Модернизация экономики: понятие, цели и средства // Бизнес, менеджмент и право. 2011. № 1. URL: bmpravo.ru

правление модернизации, относящееся в первую очередь к организационно-управленческим аспектам развития здравоохранения. Отметим, что именно этот аспект, по мнению известных исследователей, является одним из приоритетных в рамках регулирования инновационного развития социальной сферы¹⁹⁴.

Важной задачей развития системы оздоровления населения мы считаем оптимизацию и повышение сбалансированности ресурсного обеспечения, что предполагает максимально полное и эффективное использование всех видов ресурсов, усиление и реализацию кадрового и материально-технического потенциала.

Так, по данным 2012 года, практически половина регионов РФ (45 из 83) имеют высокие показатели заболеваемости населения (15 регионов) либо выше среднего (30 регионов). Из них 18 регионов с повышенным уровнем обеспеченности материально-техническими и кадровыми ресурсами (среднее значение показателей Рап, Рбк, Рв и Рсп), среди которых только три региона по итогам 2012 года обеспечили повышенный уровень эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, а бездефицитное финансирование медицинской деятельности удалось осуществить в одиннадцати регионах. Данная проблема усиливается тем, что в десяти регионах РФ с высоким уровнем заболеваемости и повышенным уровнем обеспеченности материально-техническими и кадровыми ресурсами по итогам 2012 года уровень заработной платы медицинских работников был ниже среднего по России уровня, что не может не ослаблять мотивационные аспекты работы в данной сфере.

В целом отметим, что в 46 регионах РФ в 2012 году уровень обеспеченности населения врачебным медицинским персоналом был низким (22 региона) и ниже среднего (24 региона) по России. При этом отметим, что дефицит врачебного персонала характерен для большей части регионов с высокой заболеваемостью населения (из 45 регионов с высокой или выше среднего заболеваемостью населения низкая обеспеченность врачеб-

¹⁹⁴ Ахинов Г. А. Регулирование инновационного развития в социальной сфере: междисциплинарный подход // Аудит и финансовый анализ. 2014. № 4.

ным персоналом в 2012 году присутствовала у 24 регионов). Нужно обратить внимание, что обеспеченность населения средним медицинским персоналом несколько выше – низкие и ниже среднего показатели характерны только для 23 регионов. Вместе с тем если, по мнению экспертов, оптимальным соотношением врачей и средних медицинских работников является 1:3¹⁹⁵, то по итогам 2012 года уровень обеспеченности врачами был выше уровня обеспеченности средним медицинским персоналом в 46 регионах РФ.

Распределение регионов по ряду показателей состояния сферы здравоохранения в 2012 году представлено в таблице 2.3.16. В ней регионы сгруппированы по уровню заболеваемости населения (ниже или выше среднего уровня по России) и по уровню обеспеченности материально-техническими и кадровыми ресурсами (ниже или выше среднего уровня по России).

На наш взгляд, эта группировка позволяет показать, что при наличии определенной специфики регионов существуют примеры достаточно успешного развития региональных сфер здравоохранения. В каждой группе существуют регионы, обеспечивающие повышенный уровень реализации ТПГГ без прироста дефицита финансирования в 2012 году (всего их 9). Однако в подавляющем большинстве регионов такого рода результаты не обеспечены.

Таким образом, можно говорить о том, что имеющийся потенциал сферы оздоровительной медицины в рамках реализации ТПГГ недостаточно сбалансирован и в части регионов необходимо наращивать ресурсное обеспечение, в других – его оптимизировать и наиболее полно использовать.

¹⁹⁵ Стародубов В. И. Одноканальное финансирование: доклад на заседании правления президиума Общества врачей России 22.05.2013. URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/reglamentiruyuschie-dokumenty/perspektivy-i-nedostatki-odnokanalnogo-finansirovanija-zdravohranenija-cherez-sistemu-oms.html>

Таблица 2.3.16

Распределение регионов по показателям состояния сферы здравоохранения
в 2012 году

| | | Заболеваемость населения | |
|--|---------------|---|---|
| | | Выше среднего | Ниже среднего |
| Обеспеченность ресурсами (материально-технические, кадровые) | Выше среднего | <p>1) 18 регионов, в том числе: без прироста дефицита финансирования – 11 (61 %), с повышенным уровнем: реализации ТППГ – 3 (17 %), зарплаты медработников – 8 (44 %), доступности МУ – 10 (56 %), инвестиционной активности в здравоохранении – 10 (56 %) Рап > Рбк в 9 регионах (50 %) Рв > Рсп в 10 регионах (56 %)</p> <p>Регионов, обеспечивающих повышенный уровень реализации ТППГ без прироста дефицита финансирования, – 3 (17 %)</p> | <p>3) 12 регионов, в том числе: без прироста дефицита финансирования – 6 (50 %), с повышенным уровнем: реализации ТППГ – 2 (17 %), зарплаты медработников – 3 (25 %), доступности МУ – 8 (67 %), инвестиционной активности в здравоохранении – 5 (42 %) Рап > Рбк в 5 регионах (42 %) Рв > Рсп в 3 регионах (25 %)</p> <p>Регионов, обеспечивающих повышенный уровень реализации ТППГ без прироста дефицита финансирования, – 1 (8 %)</p> |
| | Ниже среднего | <p>2) 27 регионов, в том числе: без прироста дефицита финансирования – 7 (26 %), с повышенным уровнем: реализации ТППГ – 6 (22 %), зарплаты медработников – 13 (48 %), доступности МУ – 18 (67 %), инвестиционной активности в здравоохранении – 9 (33 %) Рап > Рбк в 7 регионах (26 %) Рв > Рсп в 18 регионах (67 %)</p> <p>Регионов, обеспечивающих повышенный уровень реализации ТППГ без прироста дефицита финансирования, – 2 (7 %)</p> | <p>4) 26 регионов, в том числе: без прироста дефицита финансирования – 12 (46 %), с повышенным уровнем: реализации ТППГ – 9 (35 %), зарплаты медработников – 16 (62 %), доступности МУ – 16 (62 %), инвестиционной активности в здравоохранении – 10 (39 %) Рап > Рбк в 13 регионах (50 %) Рв > Рсп в 15 регионах (58 %)</p> <p>Регионов, обеспечивающих повышенный уровень реализации ТППГ без прироста дефицита финансирования, – 3 (12 %)</p> |

Еще одним направлением развития российского здравоохранения считаем усиление работы по привлечению дополнительных источников финансирования медицинской сферы. Поскольку значительная часть регионов характеризуется наличием дефицита финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (в 2013 году – 58 регионов, причем в 47 регионах дефицит возрос по сравнению с 2012 годом), налицо острая необходимость изыскания дополнительных источников финансирования как собственно медицинских услуг, так и инфраструктуры здоровья населения.

Нельзя не отметить, что система дополнительного медицинского страхования пока не получила в России должного развития. Так, если в 2009 году выплаты по договорам ДМС осуществлялись в 54 регионах, то в 2010 году – в 46 регионах, а в 2011 и 2012 годах – лишь в 41 регионе РФ.

С одной стороны, можно было бы говорить о том, что расширение системы обязательного медицинского страхования обусловило переключение населения на программы ОМС. Однако, на наш взгляд, в значительной степени сокращение востребованности программ ДМС связано с дороговизной программ, недостаточной информированностью населения о конкретных преимуществах добровольного медицинского страхования (в первую очередь о качественных преимуществах медицинской составляющей оказываемых услуг). Кроме того, на сегодня отсутствует возможность полного перехода на оплату медицинских услуг по программам ДМС, поскольку отчисления из фонда заработной платы работников (и соответствующие выплаты из бюджета регионов на неработающее население) в фонд обязательного медицинского страхования являются обязательными для исполнения. Соответственно, оплачивая медицинские услуги по программам ДМС, субъект, по сути, лишен возможности осуществить выплаты в рамках превышения стоимости услуг по ДМС, по сравнению с услугами в рамках обязательного медицинского страхования.

Для подтверждения вывода проведем сопоставление регионов по активности выплат по программам ДМС и среднему рейтингу эффективности выполнения программ ТПГГ (в рамках оценки которой учитывалась удовлетворенность населения бесплатной медицинской помощью). Распределение регионов демонстрирует приложение 2.

Как следует из приложения 2, подавляющее большинство регионов, не работающих активно по программам ДМС, имеет средний рейтинг эффективности выполнения программ ТППГ ниже среднего (средний уровень эффективности – 2).

Соответственно, представляется необходимым осуществить ряд изменений в самих принципах финансирования медицинских услуг, предоставив возможность потребителям осуществлять доплаты за более высокое качество медицинской либо сервисной составляющей услуги через программы добровольного медицинского страхования либо за счет собственных средств. Данный вопрос будет раскрыт в дальнейших материалах исследования.

Отметим, что в последние годы наблюдается процесс реорганизации и объединения учреждений здравоохранения, что имеет целью повышение эффективности деятельности медицинских организаций за счет оптимизации (частичного сокращения) административно-управленческого персонала, создания единых юридических, кадровых подразделений, бухгалтерии, службы закупок и т. п. Кроме того, в результате реорганизации сокращается число внешних совместителей, поскольку повышается мобильность медицинских работников внутри интегрированных структур.

Так, в Ульяновской области произошло объединение семи стоматологических поликлиник, на базе которых создана Единая стоматологическая поликлиника города, становятся обособленными структурными подразделениями Детской городской клинической больницы детские поликлиники, ранее обладавшие юридической самостоятельностью. Подобные процессы происходят в Республике Татарстан, Московской и Пензенской областях, других регионах РФ¹⁹⁶.

Таким образом, требуется разработка и реализация комплекса мер по оптимизации кадровой и материально-технической оснащенности учреждений, реализующих оздоровительную медицинскую помощь в различных регионах РФ в рамках ТППГ.

¹⁹⁶ Официальный сайт Министерства здравоохранения, социального развития и спорта Ульяновской области. URL: www.med.ulgov.ru

Актуальными подходами в данном отношении могут являться:

- активизация деятельности по развитию телемедицинских технологий осуществления оздоровительной деятельности, дистанционного консультирования по вопросам оздоровления;

- обеспечение возможности мобильности медицинского персонала в те регионы и учреждения, где наблюдается дефицит медицинских кадров в сфере оздоровительной помощи (на договорной основе, в рамках временного привлечения дополнительного персонала);

- реорганизация ряда медицинских организаций в целях оптимизации численности административно-управленческого персонала и структурных подразделений.

Подводя итоги данной главы исследования, отметим, что проблемы развития организаций системы оздоровления населения России во многом вызваны низким качеством управления имеющимися ресурсами, слабостью организационного обеспечения инновационного развития. Необходимо повышение активности в анализе и заимствовании опыта регионов-лидеров по эффективному выполнению ТПГГ и иных государственных программ, связанных с оздоровлением населения, в том числе по нахождению инновационных механизмов управления организациями сферы оздоровления, привлечения дополнительных источников финансирования оздоровительных услуг. В настоящее время полный переход на страховые принципы финансирования оздоровительной медицинской деятельности без устранения причин существующих проблем и формирования новых подходов к управлению организациями системы оздоровления населения не способен обеспечить повышение качества и доступности оздоровительной помощи во многих регионах РФ. Требуется корректировка концептуального подхода к управлению системой оздоровления населения, стратегические направления реализации которого раскрываются в дальнейших разделах исследования.

Глава 3

Инновационная составляющая социально-экономического развития системы оздоровления населения РФ

3.1. Инновационные оздоровительные медицинские услуги: сущностные и типологические характеристики

Повышение инновационной восприимчивости организаций системы оздоровления населения, выражающееся в активизации разработки и внедрения инновационных оздоровительных медицинских услуг, предопределяет необходимость дополнительного исследования их специфики и типологии, особенностей организационно-управленческих процессов в течение их жизненного цикла. Данные вопросы будут исследованы в настоящем разделе работы.

Широкое использование в экономической литературе термина «инновация» ведет начало от работ Й. Шумпетера, который ввел данный термин в своих трудах, понимая под ним изменения с целью внедрения и использования новых товаров, средств производства, рынков и способов организации в промышленности¹⁹⁷.

Вместе с тем в трудах известных исследователей сферы инноватики (С. Глазьев, П. Завлин, А. Казанцев, Г. Ковалев, Н. Лапин, В. Медынский,

¹⁹⁷ Шумпетер Й. Теория экономического развития / пер. с нем. В. С. Автономова и др. М.: Прогресс, 1982.

О. Молчанова, Ю. Морозов, А. Сурин, Р. Фатхутдинов, Л. Шаршукова, Ю. Яковец и др.) можно обнаружить значительное количество расхождений в трактовке термина «инновация». Так, существуют противоречия в определении масштабов новизны процессов, в связи инновации с использованием результатов НИОКР, в сферах деятельности, где могут воплощаться инновации.

Не считая необходимым в рамках проводимого исследования развивать данную дискуссию, возьмем за основу определение ученых МГУ им. М. В. Ломоносова А. В. Сурина и О. П. Молчановой, основанное на терминологии международных стандартов («Руководство Фраскатти», «Руководство Осло»), согласно которому инновация – результат реализации новых идей и знаний с целью их практического использования для удовлетворения определенных запросов потребителей¹⁹⁸.

Однако, согласно позиции данных авторов, инновация и инновационная услуга – не тождественные понятия. Ими отмечается, в частности, что крупные (базисные) инновации лежат в основе качественно новых (инновационных) услуг.

Соответственно, в рамках сущностной характеристики инновационных услуг следует установить, всегда ли и как именно инновационные услуги связаны с инновациями.

Подчеркнем, что в современной экономической литературе сущностные и типологические характеристики инновационных услуг (не отождествляемых с инновациями) встречаются достаточно редко.

Так, в статье американских ученых¹⁹⁹ отмечается, что инновационная услуга – это такого рода сервис, который дает возможность либо создать абсолютно новый рынок, либо таким образом трансформировать существующий, чтобы получать дополнительный объем прибыли длительное время.

¹⁹⁸ Сурин А. В., Молчанова О. П. Инновационный менеджмент. М.: ИНФРА-М, 2008. С. 9.

¹⁹⁹ Berry L. L. Creating New Markets through Service Innovation / Berry L. L., Shankar V., Parish J. T., Cadwallader S. and Dotzel T. // MIT Sloan Management Review. Vol. 47, No. 2. 2006. P. 56-63.

Нельзя не отметить, что авторы во главу угла ставят экономическую эффективность. Для многих отраслей сферы услуг данный подход, безусловно, приемлем. Однако, как отмечалось ранее, сфера оздоровления населения обладает очевидной спецификой, неся колоссальную социальную нагрузку. Медицинские услуги – социально значимые блага, и вопросы экономической эффективности не могут быть приоритетными задачами развития организаций здравоохранения, хотя экономические критерии могут служить основой установления последовательности проведения различных мероприятий при ограниченных финансовых ресурсах²⁰⁰.

Соответственно, целью инновационных изменений оздоровительных медицинских услуг должно являться достижение социального результата: увеличение продолжительности жизни населения, снижение уровней смертности, инвалидности, заболеваемости населения, повышение удовлетворенности населения системой оказания медицинской помощи с точки зрения качества и доступности оздоровительных медицинских услуг. При этом очевидно, что достижение такого рода результатов ведет и к экономическим выгодам на уровне государства. С точки зрения же отрасли и отдельных ее структур обеспечение экономической эффективности в первую очередь предполагает поиск наиболее экономичных вариантов использования существующих ресурсов.

С этой позиции, на наш взгляд, инновационные оздоровительные медицинские услуги следует трактовать как результат реализации новых идей и знаний с целью получения более высокого медицинского и социально-экономического эффекта.

Однако, как нам представляется, инновационная оздоровительная медицинская услуга (ИОМУ) не обязательно связана с инновационным продуктом (технологией).

С одной стороны, в рамках ИОМУ могут использоваться различного рода продуктовые и технологические инновации (те или иные виды интеллектуальной собственности: ноу-хау, изобретение, полезная модель, промышленный образец и пр.).

²⁰⁰ Орлов Е. М., Соколова О. Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. 2010. № 4. С. 70-75.

Согласно Гражданскому кодексу РФ²⁰¹, изобретение – это устройство, способ, вещество, культура клеток или штамм микроорганизма; полезная модель – техническое устройство, обладающее новизной; промышленный образец – оригинальный внешний вид изделия, определяемый художественно-конструкторским решением. Согласно данным положениям, под понятие ИОМУ подпадают услуги, в рамках которых используются инновационные (запатентованные) медицинские технологии, инновационные лекарственные средства. Несомненно, возможны организационные инновации в условиях лечения – электронная регистратура, инновационные клининговые технологии, использование запатентованных устройств в оборудовании палат и кабинетов и пр.

Кроме того, в рамках инновационной оздоровительной медицинской услуги может не предполагаться использование инноваций, имеющих защиту в рамках патентного или авторского права, новизна услуги может обеспечиваться оригинальностью в организации ее оказания. Если на рынке оздоровительных медицинских услуг прежде не существовали аналогичные предложения, следует признать инновационными оздоровительные услуги, связанные:

– с обеспечением дополнительного комфорта пребывания в оздоровительном учреждении (возможность посещения и пребывания близких людей во время получения оздоровительной услуги, оснащение места пребывания современными коммуникационными устройствами и эксклюзивными предметами обихода и пр.);

– с обеспечением комфортного места оказания ИОМУ (сдача анализов и прохождение первичного медицинского осмотра либо процедуры вакцинации в удобном для пациента месте, доставка лекарств, возможность получить консультации дистанционно и пр.);

– с наличием сопутствующих услуг (организация работы магазинов, буфетов и библиотек, услуги по повышению медицинской грамотности клиента – информационная поддержка, в том числе юридическая, использование новых подходов в финансовых расчетах – интернет-платежи и пр.).

²⁰¹ Гражданский кодекс Российской Федерации. Раздел 7, гл. 72.

Как правило, наличие такого рода инновационных компонент в оздоровительных медицинских услугах сопровождается их активной рекламой и наличием уникального бренда медицинской организации²⁰².

Нельзя не отметить, что с возрастанием конкуренции на рынке оздоровительных медицинских услуг использование инноваций, улучшающих не только способы, но и условия лечения, формирующих новый уровень сервисной составляющей ОМУ, является весьма значимым для медицинских организаций. Необходимость повышения качества сервисных составляющих оздоровительных медицинских услуг – не только рекомендации исследователей вопросов маркетинга здравоохранения²⁰³ и управления качеством медицинской помощи²⁰⁴, но и практические решения коммерческих медицинских организаций, работающих в сфере оздоровления населения.

Кроме того, отметим, что медицинские организации способны (и обязаны) принимать активное участие в процессах диффузии инноваций, то есть в распространении уже освоенных другими субъектами инновационных оздоровительных услуг в новых местах и условиях. С этой точки зрения можно говорить о целесообразности заимствования и освоения инновационных оздоровительных медицинских услуг у ведущих (отечественных либо зарубежных) организаций сферы здравоохранения. По сути дела, именно такие процессы составляют основу модернизации здравоохранения, повышая качество работы и доступность передовых оздоровительных медицинских услуг для населения.

Несомненно, инновационные оздоровительные медицинские услуги подлежат классификации. Поскольку в современной исследовательской литературе не удалось обнаружить такого рода информации, нами разработан ряд классификаций ИОМУ.

²⁰² Иванов В. В., Богаченко П. В. Медицинский менеджмент. М.: ИНФРА-М, 2007. С. 169.

²⁰³ См., напр.: Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Манашеров Т. О. Предпринимательская деятельность медицинских организаций. М.: СТВООК, 2006; Петрова Н. Г. и др. Основы маркетинга медицинских услуг. М.: МЕДпресс-информ, 2008.

²⁰⁴ Щепин О. П. и др. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.: Медицина, 2002.

Во-первых, ИОМУ можно разделить по степени инновационности: интеллектуальные ИОМУ – услуги, оказываемые с использованием инноваций, и оригинальные ИОМУ – услуги, предполагающие нестандартную организацию условий оздоровительной помощи без использования инноваций.

При этом интеллектуальные ИОМУ по целевой ориентации делятся на два типа:

- 1) ИОМУ, обеспечивающие новые результаты в сохранении и улучшении здоровья пациента;
- 2) ИОМУ, оптимизирующие процесс оказания ИОМУ при заданном результате.

Кроме того, инновационные оздоровительные медицинские услуги можно разграничить по сфере применения: ИОМУ, меняющие медицинскую составляющую услуги, и ИОМУ, меняющие сервисную составляющую медицинской услуги.

По отношению к интеллектуальной собственности считаем целесообразным выделять ИОМУ с использованием собственных разработок и ИОМУ с использованием заимствованных разработок.

По области возникновения инновационности следует отличать ИОМУ, являющиеся результатом НИОКР, и ИОМУ как результат маркетинговых исследований.

На основании данных классификаций выстраивается типологическая матрица ИОМУ, которая позволяет конкретизировать направления деятельности и коммуникаций организации – разработчика ИОМУ (табл. 3.1.1).

В данной матрице используются следующие обозначения:

- ИОМУ1 – интеллектуальные инновационные оздоровительные медицинские услуги, использующие результаты проводимых сотрудниками НИОКР, влияющие на качество медицинской составляющей услуги;
- ИОМУ2 – интеллектуальные инновационные оздоровительные медицинские услуги, использующие заимствованные инновации (результаты НИОКР других организаций), влияющие на качество медицинской составляющей услуги;

- ИОМУ3 – интеллектуальные инновационные оздоровительные услуги, использующие заимствованные инновации (результаты НИОКР других организаций), влияющие на качество сервиса при оказании услуги;
- ИОМУ4 – оригинальные инновационные оздоровительные медицинские услуги, в основе которых – результаты маркетинговых исследований организации, влияющие на качество сервиса при оказании услуги.

Таблица 3.1.1

Типологическая матрица инновационных оздоровительных медицинских услуг

| по отношению к интеллектуальной собственности | по степени инновационности | | | | по области возникновения инновационности |
|---|----------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|--|
| | | <i>интеллектуальные</i> | <i>оригинальные</i> | | |
| <i>собственные</i> | ИОМУ1 | - | - | НИОКР | по области возникновения инновационности |
| | - | - | ИОМУ4 | маркетинг | |
| <i>заимствованные</i> | ИОМУ2 | ИОМУ3 | - | НИОКР | |
| | - | - | - | маркетинг | |
| | <i>медицинские</i> | <i>сервисные</i> | <i>сервисные</i> | | |
| по сфере применения | | | | | |

В остальных случаях либо невозможно отнести деятельность к ИОМУ по определению, либо появление ИОМУ затруднительно (проведение НИОКР сервисного характера собственными силами, заимствование оригинальных ИОМУ у других организаций).

Соответственно, выстраиваются конкретные направления инновационных коммуникаций, обеспечивающих рост ряда компетенций медицинских организаций сферы оздоровления (табл. 3.1.2).

Компетенции понимаются как особый информационный ресурс (содержащий опыт, знания и навыки), требуемый для реализации целей организации, которым обладают работники, индивидуально или коллективно²⁰⁵.

²⁰⁵ Рожкова Е. В., Тюлин А. Е. Проблематика понятийного аппарата компетентностного подхода в управлении: организация как центр компетенций // Экономика и предпринимательство. 2013. № 4.

Таблица 3.1.2

Направления инновационных коммуникаций,
обеспечивающих рост компетенций в разработке и освоении ИОМУ

| № | Требуемые компетенции | ИОМУ1 | ИОМУ2 | ИОМУ3 | ИОМУ4 | Возможные субъекты коммуникаций |
|---|--|-------|-------|-------|-------|---|
| 1 | Осуществление НИОКР | + | | | | Научные организации, центры трансфера технологий, технологические платформы и пр. |
| 2 | Работа с интеллектуальной собственностью | + | + | + | | Патентные бюро, вузы, консалтинговые агентства, технопарки и пр. |
| 3 | Мониторинг инноваций | | + | + | | Маркетинговые агентства, консалтинговые агентства, технопарки и пр. |
| 4 | Мониторинг рынка ИОМУ | | | | + | |
| 5 | Маркетинговые исследования | + | + | + | + | |
| 6 | Привлечение дополнительного финансирования | + | + | + | + | Венчурные фонды, эндаумент-фонды, ФЦП и пр. |
| 7 | Повышение квалификации персонала | + | + | + | + | Медицинские вузы, организаторы семинаров, конференций и пр. |

Нельзя не отметить, что в современных исследованиях в достаточной степени не раскрыты вопросы специфики жизненного цикла инновационных оздоровительных медицинских услуг. Соответственно, представляется необходимым определить, какие процессы и в какой последовательности осуществляются медицинской организацией в рамках освоения ИОМУ.

Чаще всего в экономической литературе жизненный цикл услуги полностью отождествляется с жизненным циклом товара (ЖЦТ, рис. 3.1.2), хотя в определенных случаях существует возможность некоторых отличий.



Рис. 3.1.2. Кривая ЖЦТ

Так, в рамках характеристики отличий жизненного цикла услуги от ЖЦТ выделяются следующие особенности: более длительная продолжительность усредненного жизненного цикла и стадий, обеспечивающих основной объем прибыли, меньший период, предвещающий получение устойчивой прибыли и пр.

Однако, как уже отмечалось, оздоровительные услуги обладают существенной спецификой, являясь социально значимым благом, и вряд ли можно эту специфику определять исключительно прибыльностью деятельности. Кроме того, важно учитывать особенности спроса на оздоровительные медицинские услуги, который отличается от рыночного спроса²⁰⁶ и нередко имеет безальтернативный характер.

Учитывая вышеизложенное, сформулируем трактовку жизненного цикла инновационных оздоровительных медицинских услуг.

²⁰⁶ Бояринцев Б. И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация). М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2010.

Жизненный цикл ИОМУ – это период времени с момента выявления потребности медицинской организации в инновационных изменениях деятельности по оказанию оздоровительных услуг до момента прекращения работ по оказанию ИОМУ.

В исследовании определяется состав этапов жизненного цикла ИОМУ (рис. 3.1.3), при этом особое внимание уделяется содержанию процессов, предшествующих производству ИОМУ.

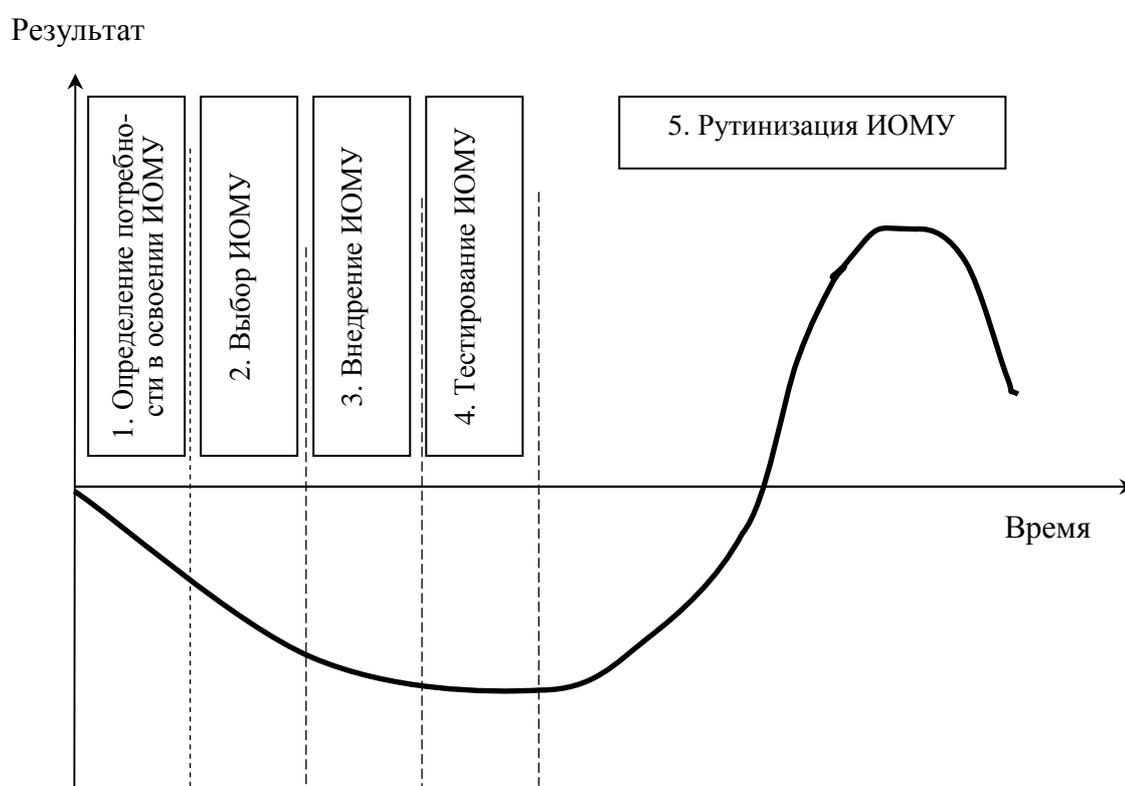


Рис. 3.1.3. Этапы жизненного цикла ИОМУ

1. *Этап определения потребности организации в освоении ИОМУ* предполагает выявление направлений инновационных изменений. Действия на этом этапе осуществляются в двух направлениях.

1.1. В организации проводится аудит осуществляемой деятельности по оказанию оздоровительных медицинских услуг и определение проблем в этой области. В результате может быть сделан вывод о необходимости

совершенствования существующей ОМУ за счет инновационных изменений (доведение характеристик качества услуги до требуемых).

1.2. Проводится анализ востребованности ИОМУ, предполагающий выявление приоритетных с общественной точки зрения задач. Для этого используются данные исследований показателей здоровья населения, структуры заболеваемости и смертности по классам болезней, удовлетворенности населения качеством оздоровительных медицинских услуг и пр. В итоге формируется одна из следующих целей:

- развитие существующей ОМУ за счет инновационных изменений (повышение характеристик качества услуги по сравнению с существующими);

- освоение инновационной ИОМУ как нового направления деятельности организации.

2. *Этап выбора ИОМУ* предполагает:

- выявление инновационных решений, которые возможно использовать в рамках ИОМУ;

- определение условий пользования инновациями (в случае наличия ограничений);

- определение готовности медицинской организации к внедрению ИОМУ, в том числе направления, объемы и источники финансирования дополнительных расходов.

Специфика данного этапа заключается в необходимости выстраивания определенных инновационных коммуникаций с субъектами, владеющими инновациями либо имеющими информацию об инновациях и ИОМУ.

3. *Этап внедрения ИОМУ* предполагает:

- подготовку материально-технической базы (приобретение необходимого оборудования, лекарственного обеспечения и пр.);

- приобретение лицензий на новые виды деятельности;

- подготовку персонала (соответствующее повышение квалификации, переподготовка специалистов).

Специфика данного этапа заключается в необходимости выстраивания определенных инновационных коммуникаций с теми субъектами, которые могут обеспечить дополнительное финансирование, а также соответствующую подготовку персонала, участвующего в освоении ИОМУ.

4. *Этап тестирования ИОМУ* предполагает проведение оценки уровня качества ИОМУ. Спецификой данного этапа является то, что заранее определить качественные параметры ИОМУ в полном объеме невозможно. Определенные сложности существуют и с методическим обеспечением оценки: необходимо учитывать как характеристики качества медицинской компоненты, так и качество сервисной составляющей ИОМУ.

Тестирование позволяет предпринять необходимые действия по корректировке характеристик качества ИОМУ до начала ее массового производства.

5. *Этап рутинизации ИОМУ* характеризуется тем, что работы по оказанию ИОМУ приобретают устойчивый, постоянный характер. На наш взгляд, данный этап соответствует классическому перечню этапов ЖЦТ: присутствуют стадии внедрения, роста, зрелости, спада. В конечном итоге деятельность по оказанию инновационной оздоровительной медицинской услуги прекращается.

Предлагаемая трактовка жизненного цикла инновационной оздоровительной медицинской услуги позволяет максимально учитывать и анализировать ее специфику.

3.2. Центр оздоровления населения как инструмент инновационной модели развития экономики здоровья населения в регионе

Инновационное развитие как на микро-, так и на макроуровне предопределяет колоссальную роль новых знаний, выступающих особым ресурсом производства товаров и услуг. Проблемы оптимизации процессов, связанных с получением и максимальным использованием новых знаний, являются весьма актуальными как с теоретических, так и с практических позиций.

В силу ряда причин (естественное выбытие персонала, расформирование структур и пр.) в процессе функционирования организаций происходит потеря создаваемых знаний. В этой связи возникает задача организа-

ционного обеспечения процедур сбора, систематизации, обмена и многократного использования новых знаний в дальнейшей деятельности. Именно эти цели преследуют создаваемые организациями особые структурные подразделения – центры компетенций.

По сути дела, прообразом подобных структур являются архивы, библиотеки, отделы научно-технической информации и т. д. Однако задачей создаваемых в последние годы центров компетенций является не только сохранение информации, но в первую очередь обеспечение активных коммуникаций субъектов, создающих новые знания, и тех, кто нуждается в получении этих знаний.

В исследованиях, посвященных специфике деятельности современных центров компетенций, отмечается, что весьма распространенными во всем мире являются несколько центров компетенций, представляющих собой особые подразделения организаций²⁰⁷. Их различия определены основной функциональной направленностью:

- накопление и распространение наилучших практик, создание единых руководств по управлению организационными изменениями;
- оптимизация распределения ресурсов различными подразделениями или проектными группами, в том числе обучение сотрудников;
- интеграция подходов к развитию подразделений, обеспечению качества процессов, единое сопровождение проектов и пр.;
- разработка программного обеспечения в соответствии со стандартами компании, оптимизация выбора офисной техники, обеспечение перехода на единую технологическую платформу.

Безусловно, решение о создании в организации центров компетенций того или иного вида предопределяется спецификой и проблематикой деятельности компании, и единого подхода в этом отношении не существует. Однако потенциал центров компетенций должен реализовываться в оптимизации процедур управления проектами и использования различного рода ресурсов, исключении дублирования задач и конечном итоге экономии издержек организации.

²⁰⁷ Андрусенко Т. Новые программы корпоративного обучения в среде управления знаниями: опыт зарубежных компаний // Генеральный директор. 2005. № 2.

Кроме того, отмечается, что центры компетенций способны, помимо указанных направлений, обеспечивать защиту интеллектуальной собственности, осуществлять мониторинг инноваций и тенденций развития научно-технической сферы²⁰⁸.

Таким образом, обобщая представленные аспекты деятельности центров компетенций, можно говорить о том, что в максимальном своем проявлении центры способны осуществлять четыре направления поддержки деятельности организаций:

– знаниевая, или информационная (выявление, сбор и накопление, систематизация, хранение новых знаний, важных для организации, и обеспечение доступа к ним);

– организационная (совершенствование и унификация подходов к управлению изменениями, стандартов, технических процессов и регламентов, программного обеспечения и пр.);

– коммуникационная (обеспечение коммуникационных взаимодействий между владельцами знаний и потенциальными пользователями, содействие распространению новых знаний, в том числе посредством обучения);

– инновационная (мониторинг инноваций, активизация диффузии инноваций, содействие в разработке инноваций, в том числе помощь в защите интеллектуальной собственности).

Необходимо подчеркнуть, что создание центров компетенций возможно не только как подразделения отдельной компании, но и как участника и координатора межорганизационных взаимодействий. Так, на базе научно-производственного объединения «Сатурн», одного из ведущих инновационных предприятий РФ, в 2011 году был создан Центр компетенций по технологической подготовке всех предприятий Объединенной двигателестроительной корпорации, задачей которого является оптимизация технологических решений в целях сокращения себестоимости продукции. В рамках государственной корпорации «Ростехнологии» на базе Томского научно-исследовательского института «Проект» был создан региональный Центр компетенций по свободному программному обеспечению. Мас-

²⁰⁸ Знаниевый работник. Дайджест № 3 (2012). URL: <http://www.smart-edu.com/professionalnye-kompetentsii/tsentr-kompetentsiy.html>

штабные стратегические центры компетенций функционируют в Финляндии, причем финансирование и содействие их деятельности осуществляется государством и Финским фондом технологий и инноваций²⁰⁹. Такого рода центры обеспечивают взаимодействие научных организаций и предприятий в проведении НИОКР, активизацию инновационной деятельности. Одно из пяти основных направлений, в рамках которых создаются стратегические центры компетенций, – «здоровье и благосостояние».

Учитывая вышеизложенное, считаем, что в рамках решения задач повышения инновационной восприимчивости организаций системы оздоровления населения РФ, повышения доступности и качества оздоровительной помощи целесообразно создание региональных центров оздоровления населения (РЦОН). Поскольку, как уже отмечалось, важными проблемами организаций, осуществляющих оздоровительную деятельность во многих регионах, являются проблемы эффективного использования ресурсов, а также проблемы организационного обеспечения инновационного развития, основным предназначением РЦОН должно являться содействие в решении данных вопросов, что ляжет в основу региональных моделей инновационного социально-экономического развития (рис. 3.2.1).

В соответствии с ранее выделенными направлениями поддержкой медицинских организаций региональными центрами оздоровления населения должны являться:

- выявление, накопление и распространение наилучших практик, в том числе передового опыта по эффективному использованию ресурсов, результативности использования инновационных оздоровительных технологий (знаниевая, или информационная составляющая);
- организационно-техническая поддержка организаций СОН в рамках управления изменениями, внедрения стандартов, программного обеспечения и пр. (организационная составляющая);

²⁰⁹ Рожкова Е. В. Активизация инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения. Ульяновск: УлГУ, 2013. С. 103-104.



Рис. 3.2.1. Участники процесса активизации оздоровительной деятельности в регионе

– содействие в выстраивании и развитии взаимодействий организаций СОН с субъектами инновационных коммуникаций: научными и образовательными организациями, представителями инновационной инфраструктуры и пр., поддержка проектов по частно-государственному партнерству (коммуникационная составляющая);

– поддержка инновационного развития организаций СОН: содействие в разработке инноваций, в освоении передовых оздоровительных технологий и организационных подходов к обеспечению инновационного развития, в защите интеллектуальной собственности (инновационная составляющая).

Такого рода поддержку центров в регионах будут получать организации системы оздоровления населения, решающие задачи:

- оптимального использования всех видов ресурсов, наиболее эффективной реализации кадрового, материально-технического, инновационного потенциала;
- получения информации о передовом опыте оздоровительной деятельности (наилучшие практики) об инновациях, которые могут лечь в основу инновационных оздоровительных услуг;
- получения помощи (консультационной, финансовой, организационной) в осуществлении собственных или использовании уже существующих инновационных разработок;
- поиска успешных организационных решений по управлению изменениями, в том числе по материально-техническому и кадровому обеспечению процесса освоения инновационных оздоровительных услуг.

В рамках решения задач с помощью РЦОН обеспечивается активизация коммуникаций:

- с научными и образовательными структурами (институты РАН, медицинские вузы, учебные центры и пр.);
- с представителями инновационной инфраструктуры (технопарки, научные и венчурные фонды, технологические платформы и пр.);
- с федеральными и региональными органами власти, государственными органами управления здравоохранением, территориальными фондами ОМС в части подготовки заявок на участие в ФЦП и региональных программах оздоровления населения и пр.

На наш взгляд, оптимальная организационно-правовая форма для создаваемых РЦОН – автономное учреждение, поскольку эта форма максимально учитывает специфику деятельности центров.

Согласно современному законодательству, автономным учреждением может являться некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией (субъектом РФ, муниципальным образованием) для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления предусмотренных зако-

нодательством РФ полномочий органов государственной власти, местного самоуправления, в том числе в сфере здравоохранения²¹⁰.

Исследователи подчеркивают, что базовые принципы деятельности бюджетных учреждений и автономных учреждений весьма сходны²¹¹. Действительно, в обоих случаях наличествуют:

- гарантии финансирования из бюджета (на оказание услуг выделяются бюджетные субсидии в рамках государственного (муниципального) задания);

- ограничения в самостоятельности распоряжения имуществом, поскольку имущество является собственностью учредителя и закрепляется за учреждением на праве оперативного управления (причем автономное учреждение при несколько большей самостоятельности не вправе без согласия учредителя распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом);

- контроль учредителя деятельности руководителя (в автономных учреждениях учредитель назначает руководителя, прекращает его полномочия, рассматривает на предмет одобрения предложения руководителя о совершении сделок с имуществом и пр.).

При этом отметим, что повышенная самостоятельность автономного учреждения проявляется в следующем:

- возможность самостоятельно распоряжаться доходами, используя их для достижения целей, ради которых создано учреждение;

- возможность открывать счета в самостоятельно выбранных кредитных организациях;

- возможность выполнять работы и оказывать услуги за плату для граждан и юридических лиц;

- возможность самостоятельно определять количество сотрудников и размер оплаты их труда.

²¹⁰ Федеральный закон Российской Федерации от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (с изм. и доп. от 24 июля, 18 октября 2007 г., 8 мая 2010 г., 14 июня, 18 июля, 6 ноября 2011 г.).

²¹¹ Чагин К. Г. Автономные учреждения: «госкорпорации» в социальной сфере или мостик к рынку? Аналитическая статья. URL: http://www.urbanecomomics.ru/texts.php?folder_id=80&mat_id=414

Такого рода специфика способна обеспечить, во-первых, достаточно высокое качество оказываемых региональными центрами оздоровления населения услуг и деятельности в целом. Действительно, контроль учредителя и общественности (в лице наблюдательного совета) касается многих аспектов деятельности учреждения; в частности, в задании учредителя определяется не только перечень услуг, но и параметры их качества, ожидаемые результаты и пр.

Во-вторых, повышается доступность услуг РЦОН. С одной стороны, можно говорить о снижении транзакционных издержек бюджетных учреждений системы оздоровления населения, связанных с решением актуальных для них задач. С другой стороны, существует возможность предоставления платных услуг в рамках функций РЦОН коммерческим организациям. Безусловно, в этом случае необходимо согласовывать перечень и тарифы на оказание услуг с региональными министерствами здравоохранения и социального развития и утверждать их в органах местного самоуправления, как того требует законодательство.

В-третьих, возможность привлечения дополнительных источников финансирования деятельности РЦОН и самостоятельного распоряжения доходами повышает мотивацию руководства и сотрудников к активизации основной деятельности, расширению спектра и повышению качества услуг.

В конечном итоге создание и активная работа региональных центров оздоровления населения будет способствовать повышению социально-экономической доступности оздоровительных услуг, росту инновационной составляющей и повышению качества деятельности организаций системы оздоровления населения.

Говоря об организационном структурировании предлагаемых центров, отметим, что в каждом конкретном случае с учетом потребностей оздоровительных организаций регионов их организационная структура, численность отделов и персонала могут различаться. Вместе с тем можно предложить базовую модель организационной структуры такого рода учреждений (рис. 3.2.2).

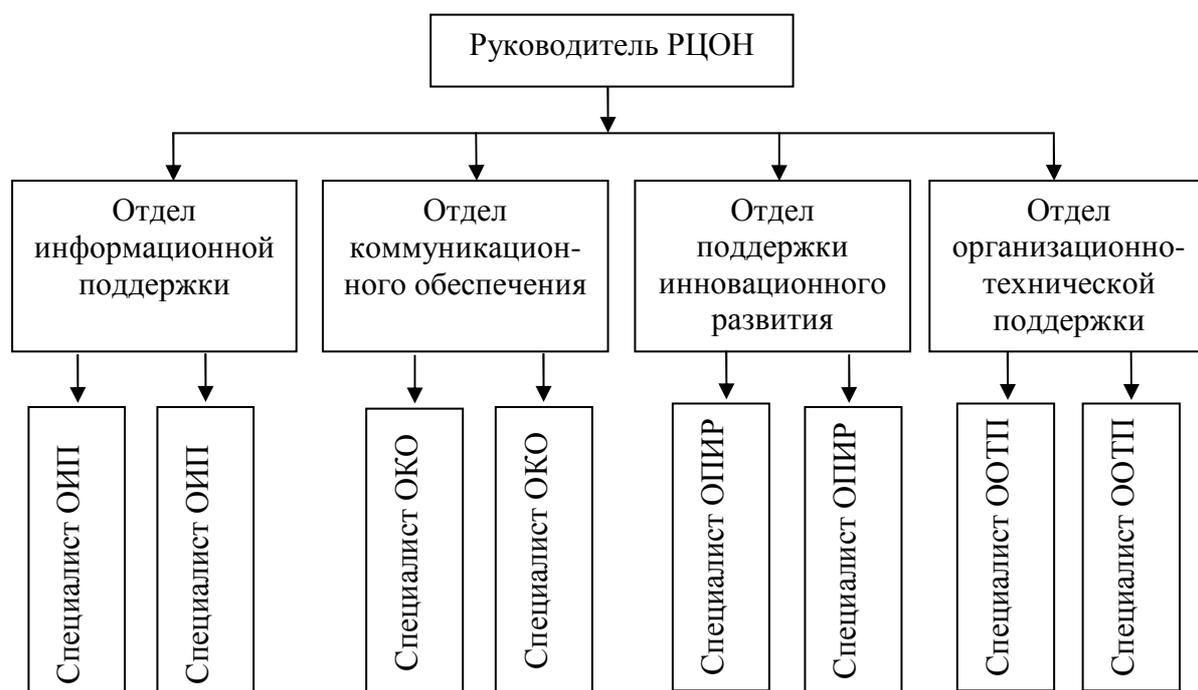


Рис. 3.2.2. Базовая модель организационной структуры РЦОН

В рамках предлагаемой базовой модели организационной структуры РЦОН предусматривается наличие четырех отделов:

- отдел информационной поддержки (ОИП);
- отдел коммуникационного обеспечения (ОКО);
- отдел поддержки инновационного развития (ОПИР);
- отдел организационно-технической поддержки (ООТП).

Согласно основным задачам РЦОН распределяются функции специалистов отделов.

Так, в рамках функций специалистов отдела по информационной поддержке должны осуществляться:

- сбор заявок о необходимости предоставления информации о наиболее успешных практиках осуществления оздоровительных мероприятий (по конкретным направлениям);
- сбор заявок о необходимости проведения мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, информированию о проводимых оздоровительных мероприятиях, новых технологиях и методиках оздоровления и пр.;

- организация мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, знакомству с новыми оздоровительными технологиями, методиками и пр.;
- анализ востребованности и результативности работы по информационной поддержке оздоровительной деятельности.

Обратим особое внимание на то, что уровень развития именно информационной компоненты в системе оздоровления населения играет важнейшую роль в обеспечении востребованности и эффективности всех видов оздоровительной деятельности.

Функциями специалистов отдела коммуникационного обеспечения являются:

- сбор заявок о необходимости коммуникаций с конкретными структурами – представителями сфер науки, образования, инновационной инфраструктуры, органов власти и пр. по конкретным направлениям;
- обеспечение контактов медицинских организаций – клиентов РЦОН с субъектами коммуникаций по вопросам развития оздоровительных организаций;
- организация и проведение консультаций по вопросам перспектив активизации коммуникационных взаимодействий в рамках развития оздоровительных организаций;
- своевременное оповещение организаций – клиентов РЦОН о проведении семинаров, форумов, конференций и иных мероприятий по актуальным вопросам оздоровительной деятельности и организация участия в них;
- анализ востребованности и результативности работы по обеспечению коммуникационных взаимодействий.

Специалисты отдела поддержки инновационного развития призваны выполнять следующие функции:

- сбор заявок о необходимости информационной и консультационной поддержки в рамках инновационной деятельности оздоровительных организаций;
- организация и проведение консультаций по вопросам инновационного развития;
- содействие в разработке, защите и приобретении объектов интеллектуальной собственности;

- проведение семинаров, конференций по ознакомлению клиентов РЦОН с инновациями в СОН и специфике их использования в деятельности клиента (условия приобретения, ограничения и пр.);
- создание, ведение и систематическое обновление баз данных по наилучшим практикам;
- обеспечение доступа медицинских организаций – клиентов РЦОН к базам данных;
- анализ востребованности и результативности использования имеющихся баз данных;
- анализ востребованности и результативности работы по поддержке инновационного развития.

Функциями специалистов отдела организационно-технической поддержки являются:

- сбор заявок о необходимости организационной и технической поддержки функционирования и развития организаций – клиентов РЦОН;
- содействие в решении проблем внедрения системы стандартов в оздоровительных учреждениях;
- содействие в решении проблем по унификации и модернизации программного обеспечения в организациях СОН;
- содействие в выборе оптимальной компьютерной техники, IT-оборудования и пр.;
- проведение семинаров и консультаций по вопросам использования современных компьютерных технологий в деятельности персонала оздоровительных организаций;
- анализ востребованности и результативности работы по организационно-технической поддержке оздоровительных организаций.

Реализация указанных функций должна способствовать ускорению и оптимизации процесса повышения инновационной восприимчивости оздоровительных организаций, выравниванию и в целом повышению качества и доступности оздоровительных услуг с использованием передовых технологий и высоким уровнем обслуживания.

Таким образом, логика взаимодействия участников процесса повышения инновационной восприимчивости оздоровительных организаций следующая (рис. 3.2.3). По итогам мониторинга удовлетворенности потре-

бителей доступностью и качеством оздоровительных услуг, регулярно осуществляемого региональными и федеральными органами управления системой оздоровления населения, выявляются направления совершенствования деятельности оздоровительных организаций.

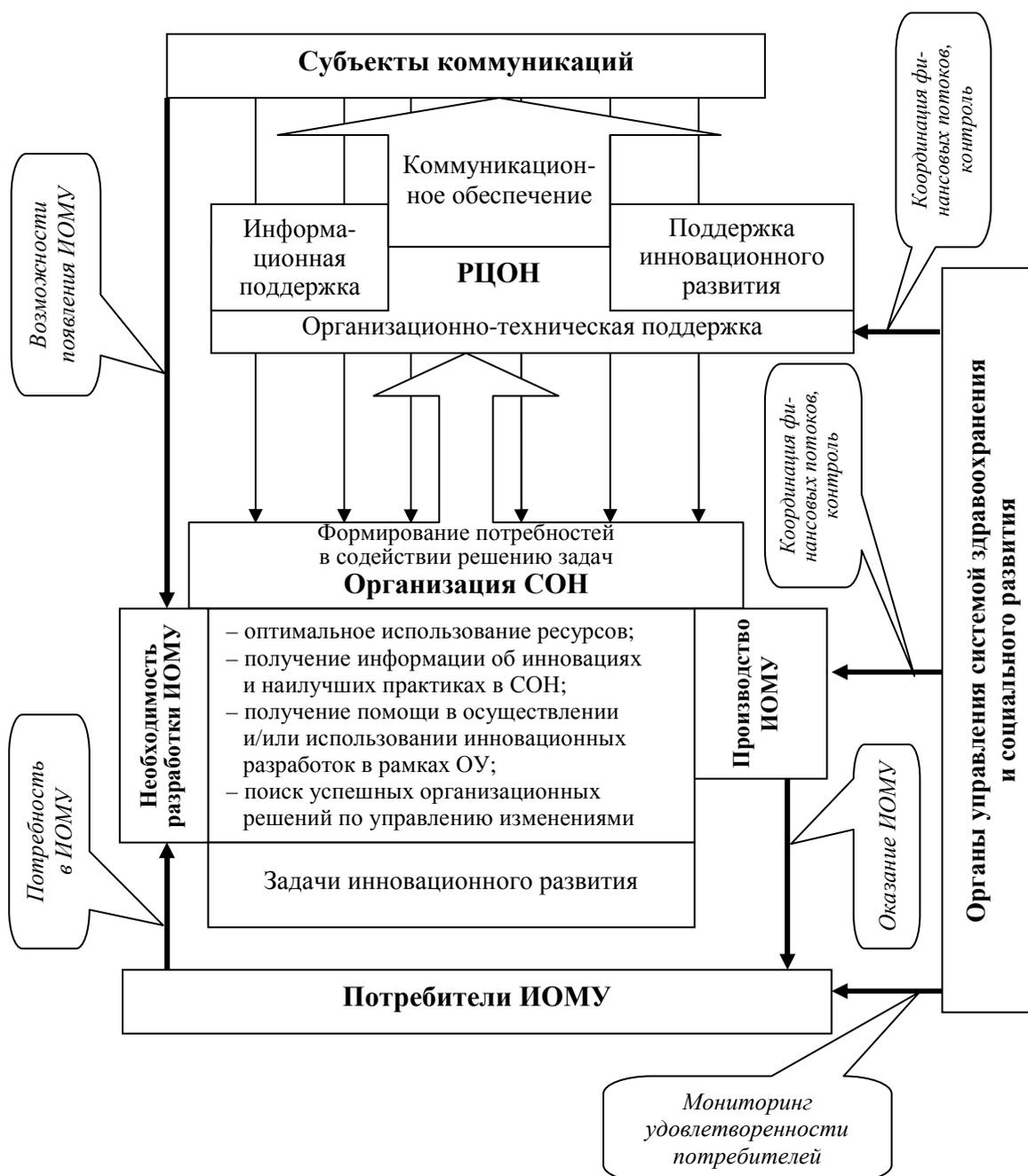


Рис. 3.2.3. Структурно-функциональная модель взаимодействия участников процесса повышения инновационной восприимчивости организаций СОН

Если в рамках выявленных направлений целесообразно освоение инновационных оздоровительных услуг (результатов собственных разработок или заимствование передового опыта), перед организациями СОН встает ряд задач, росту скорости и качества решения которых призваны содействовать региональные центры оздоровления населения. Контроль за качеством и результативностью выполнения функций РЦОН, финансирование их деятельности осуществляется органами управления здравоохранением и социальным развитием региона. В конечном итоге эффектом взаимодействия будет являться рост качества и доступности оздоровительной помощи за счет активного использования инновационных решений.

Подводя итоги данной главы, отметим, что инновационные оздоровительные медицинские услуги различаются по сфере применения, по отношению к интеллектуальной собственности, по области возникновения и по степени инновационности. Конкретный вид ИОМУ предполагает определенный набор инновационных коммуникаций, необходимых для их разработки и освоения.

Жизненный цикл ИОМУ – период времени с момента выявления потребности оздоровительной организации в инновационных изменениях деятельности до момента прекращения работ по оказанию ИОМУ. Этапами его являются: определение потребности в освоении ИОМУ, выбор ИОМУ, внедрение ИОМУ, тестирование ИОМУ, рутинизация ИОМУ.

Основными задачами региональных центров оздоровления населения в рамках обеспечения инновационной восприимчивости оздоровительных организаций являются:

- организация просветительской деятельности, выявление, накопление и распространение наилучших практик, в том числе передового опыта по эффективному использованию ресурсов, результативности использования инновационных технологий в оздоровительной деятельности;
- организационно-техническая поддержка оздоровительных организаций в рамках управления изменениями;
- содействие в выстраивании и развитии взаимодействий оздоровительных организаций с субъектами инновационных коммуникаций, поддержка проектов по государственно-частному партнерству;

– поддержка инновационного развития оздоровительных организаций: содействие в разработке инноваций, в освоении передовых оздоровительных технологий и организационных подходов к обеспечению инновационного развития, в защите интеллектуальной собственности.

Деятельность РЦОН обеспечивает оптимизацию транзакционных издержек организаций СОН и координацию процесса создания инновационных оздоровительных услуг, формирующих инновационную составляющую в развитии системы оздоровления населения.

Глава 4

Организационно-экономические методы развития системы оздоровления населения РФ

4.1. Методы организационно-экономического обоснования решений по развитию оздоровительных услуг

Освоение инновационных оздоровительных услуг – процесс, начальным этапом которого является выбор тех инновационных решений, которые лягут в основу будущей деятельности. Процедура выбора таких решений – также поэтапный процесс. Отметим, что в современной исследовательской литературе не удалось найти информации, обстоятельно раскрывающей данный вопрос. Тем не менее в трудах, посвященных проблематике развития сферы услуг в целом, отмечается, что важной составляющей в работе сервисных организаций является проведение сервисного аудита²¹². При этом авторы подчеркивают, что сервисный аудит, по сути, это проверка соответствия фактического сервиса предписанным правилам и процедурам, то есть сервисным стандартам.

Соответственно, в рамках процедуры выбора инновационных решений при освоении ИОУ представляется целесообразным проведение аудита деятельности организации как набора оказываемых услуг, повышающих уровень здоровья клиентов.

²¹² См., напр.: Платонова Н. А., Вапнярская О. И. Формирование концептуальных и методологических основ сервисного аудита // Сервис в России и за рубежом. 2013. № 7.

Аудит проводится с целью выявления проблемных зон в структуре оздоровительной деятельности и конкретных элементов, требующих инновационных решений в отношении совершенствования реализуемых услуг.

В исследовательской литературе достаточно часто проектирование услуги сопряжено с созданием так называемой карты услуги (сервисного плана). Разбивая процесс оказания услуги на элементы (действия потребителя, действия сотрудников, поддерживающие процессы и пр.), можно выявлять «проблемные зоны» процесса и определять конкретные элементы, требующие корректировки²¹³.

В рамках аудита оздоровительных услуг считаем вполне приемлемым взять за основу данный подход, но, во-первых, конкретизировать элементы процесса оказания данной услуги (как последовательность задач, стоящих перед сотрудниками организации), а во-вторых, включить в анализ не только суть задач, но и способы (технологии) их выполнения.

Соответственно, целесообразно представление структуры услуги в виде таблицы, где процесс оказания услуги разделен на этапы, причем каждый этап состоит из последовательности действий.

В рамках оздоровительной услуги (ОУ) можно выделить три основных этапа:

1. *Предварительный этап.* В его рамках осуществляются следующие действия:

- формализация потребности клиента;
- обеспечение условий ожидания клиента ОУ;
- информирование клиента об условиях оказания ОУ;
- информирование персонала о требуемой ОУ;
- выбор метода и технологии оказания ОУ;
- согласование с клиентом содержательных, временных и финансовых аспектов оказания ОУ;
- подготовка ресурсов (материально-технической базы, персонала) для оказания ОУ.

²¹³ Рожкова Е. В. Формирование инновационно-ориентированного подхода к развитию сферы услуг: теоретические и методические аспекты. Ульяновск: УлГУ, 2012. С. 100-102.

2. *Основной этап.* Суть этапа – в осуществлении воздействия на биологический организм клиента как потребителя оздоровительной услуги.

3. *Заключительный этап.* Данный этап включает в себя:

- фиксирование содержания оказанной ОУ;
- определение необходимости дальнейших (или дополнительных) ОУ и их содержания;

- информирование клиента о необходимости дальнейших действий.

Соответственно, каждая оздоровительная услуга структурируется по этапам (табл. 4.1.1). При необходимости осуществляется дополнительное структурирование соответствующей задачи.

Таблица 4.1.1

Структура оздоровительной услуги

| № | Задачи | Содержание задачи и способ ее выполнения персоналом | | |
|-----|---|---|--------------|------------------|
| | | специалист 1 | специалист 2 | обслуж. персонал |
| 1 | <i>Предварительный этап</i> | | | |
| 1.1 | Формализация потребности клиента | | | |
| 1.2 | Обеспечение условий ожидания клиента ОУ | | | |
| 1.3 | Информирование клиента об условиях оказания ОУ | | | |
| 1.4 | Информирование персонала о требуемой ОУ | | | |
| 1.5 | Выбор метода и технологии оказания ОУ | | | |
| 1.6 | Согласование с клиентом содержательных, временных и финансовых аспектов оказания ОУ | | | |
| 1.7 | Подготовка ресурсов (МТБ, персонала) для оказания ОУ | | | |
| 2 | <i>Основной этап</i> | | | |
| 2.1 | Осуществление оздоровительной процедуры | | | |
| 3 | <i>Заключительный этап</i> | | | |
| 3.1 | Фиксирование содержания оказанной ОУ | | | |
| 3.2 | Определение необходимости дальнейших/ дополнительных ОУ и их содержания | | | |
| 3.3 | Информирование клиента о необходимости дальнейших действий | | | |

Каждая ячейка таблицы проверяется на соответствие стандартам оказания оздоровительной услуги и внутренним стандартам деятельности организации. В результате выявляются те составляющие услуги, которые требуют корректировки. При этом отметим, что далеко не обязательно решение проблем должно иметь инновационный характер. Если в результате обследования выявляются проблемы, вызванные некачественной работой персонала (нарушение стандартов, инструкций и пр.), сбоями в работе оборудования и т. д., устранение выявленных проблем вполне возможно путем реализации стандартных организационно-управленческих процедур. Вместе с тем если корректировка невозможна традиционными способами, принимается решение о поиске инновационных решений, способных обеспечить соответствие услуги стандартам и запросам потребителей.

Так, речь может идти о возможности:

- инновационного совершенствования оздоровительной услуги (в условиях роста конкуренции на рынке такого рода услуг и увеличения свободы выбора потребителем данных услуг конкретной оздоровительной организации и специалиста весьма значимым будет являться совершенствование определенных качественных составляющих оздоровительной услуги с учетом подходов организаций, лидирующих на рынке). Отметим, что совершенствование может касаться не только собственно оздоровительной (в том числе медицинской) составляющей услуги, но и ее сервисной компоненты;
- инновационного развития оздоровительной услуги (при наличии определенного ресурсного потенциала у организации возникает возможность создания дополнительных, неожиданных для потребителя, так называемых «сюрпризных» характеристик оздоровительной услуги за счет инновационных решений). Как и в предыдущем случае, отметим, что инновационное развитие может касаться и сервисной составляющей услуги.

Несомненно, важное значение для инновационного развития организации системы оздоровления имеет бенчмаркинг-деятельность – сравнение деятельности своей организации по предоставлению оздоровительных услуг с лучшими организациями этой отрасли или других отраслей (действительно, организация-эталон может принадлежать и к другой отрасли) и использование выявленного «наилучшего» опыта. Использование успешных подходов (тактика «ловкий второй») – еще один прием в акти-

визации инновационной деятельности организаций – участников рынка оздоровительных услуг.

При этом обратим внимание, что далеко не обязательно при разработке конкретных направлений инновационного совершенствования или развития оздоровительной услуги ограничиваться исследованием динамики и специфики запросов потенциальных и реальных ее потребителей. Как отмечают исследователи вопросов инноватики, в определенных случаях, несомненно, источником инновационных решений являются уже сформировавшиеся запросы рынка (режим рыночного «вызова» или «вытягивания»)²¹⁴. С этой точки зрения важной работой является анализ содержания и динамики изменения претензий клиентов, который может лечь в основу конкретных предложений по инновационным изменениям, что в конечном итоге увеличит долю лояльных клиентов за счет роста удовлетворенностью качеством оздоровительных услуг. Вместе с тем подчеркивается, что подобный подход, как правило, не способен привести к появлению кардинально новых идей по совершенствованию и развитию оздоровительных услуг, так как имеет реактивный характер на уже сформировавшиеся рыночные потребности, а они обычно не являются революционными по своему характеру. Практики маркетинга утверждают, что потребители не способны осознать современные технические возможности, производителям же они известны.

Альтернативой режиму рыночного вытягивания является вариант «технологического выталкивания» инновационных идей. В данном случае в основе инновационной компоненты оздоровительной услуги будет лежать использование тех нововведений, на которые рыночный запрос еще не сформировался. При таком подходе требуется анализ данных о потенциальных инновациях²¹⁵, представленных в таких источниках, как:

- материалы конференций и иных научных мероприятий;
- статьи и обзоры по вопросам научно-технического развития здравоохранения, спорта и т. п.;

²¹⁴ Рожкова Е. В. Формирование инновационно-ориентированного подхода к развитию сферы услуг: теоретические и методические аспекты. Ульяновск: УлГУ, 2012. С. 131-133.

²¹⁵ Антонец В. и др. Инновационный бизнес: формирование моделей коммерциализации перспективных разработок: учеб. пособие / под ред. К. Хомкина. М.: Изд-во «Дело» АНХ, 2009. С. 202-205.

- отчеты о проведенных НИР и ОКР;
- базы данных по интеллектуальной собственности (по изобретениям, полезным моделям, промышленным образцам, знакам обслуживания и пр.);
- издания специализированных организаций в сфере науки и инноваций (ВОИС, ФИПС, ВИНТИ, ИНИОН РАН и пр.);
- статистические издания;
- периодические издания оздоровительной тематики;
- экспертно-аналитические данные;
- справочники, рекламные каталоги и пр.

Конечно, нельзя говорить об исчерпывающей полноте представленного перечня источников информации, он может быть расширен и скорректирован в зависимости от поставленных задач.

Тем не менее все указанные действия в рамках освоения инновационных оздоровительных услуг (исследование запросов потребителей, опыта лидеров рынка оздоровительных услуг, выявление возможных для применения при оказании ОМУ инноваций и пр.) требуют организационной поддержки активизации маркетинговой деятельности оздоровительных организаций.

Вместе с тем при всей очевидности и актуальности проблематики организации маркетинговой деятельности в субъектах сферы укрепления здоровья населения в условиях возрастающей конкурентной борьбы на рынке оздоровительных услуг, необходимости работы с маркетинговой информацией различного рода данные вопросы находятся до сих пор в процессе становления. Сложность использования маркетингового инструментария в сфере оздоровления пока является актуальной проблемой.

Так, в рамках характеристики особенностей становления рынка оздоровительных медицинских услуг в России специалисты выделяют специфику менталитета как руководителей организаций здравоохранения, так и представителей органов государственного и муниципального управления данной сферой²¹⁶.

²¹⁶ Столяров С. А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. 3-е изд., испр. и доп. Барнаул: Аз Бука, 2005.

В частности, если руководство медицинской организацией осуществляет врач, то далеко не всегда у него имеется соответствующая экономическая подготовка. Более того, получение такой подготовки требует определенных временных и финансовых затрат, что снижает возможности такого рода повышения квалификации. Вместе с тем отсутствие комплексного представления о возможностях и технологиях маркетингового подхода ослабляет мотивацию к его активному использованию.

Проведенные в последние годы исследования показали, что даже в рамках коммерческой оздоровительной медицины существует проблема повышения уровня экономической подготовки специалистов, оказывающих платные оздоровительные медицинские услуги. При всем уровне заинтересованности в расширении деятельности и повышении ее качества принявшие в исследовании участие врачи не обладают осведомленностью о способах продвижения услуг, структуре и специфике ценообразования в условиях конкуренции и пр., то есть испытывают недостаток маркетинговой информации²¹⁷.

Кроме того, специалисты в области предпринимательской деятельности организаций здравоохранения выявляют ряд особенностей формирования и использования маркетинговой информации в рамках российского рынка медицинских услуг, в том числе профилактической направленности (ОМУ)²¹⁸.

Причинами ограничений в использовании маркетинговой информации в настоящих условиях авторы считают:

– финансовые ограничения (очевидно, что системная маркетинговая деятельность, проведение маркетинговых исследований предполагают соответствующие дополнительные статьи расходов, наличие которых, как правило, реально лишь в отношении достаточно крупных частных медицинских организаций и весьма затруднено для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения);

²¹⁷ Бичилова А. В. Маркетинг медицинских услуг в условиях крупного многопрофильного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.: С.-Петербург. гос. педиатрическая мед. академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2007.

²¹⁸ Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Манашеров Т. О. Предпринимательская деятельность медицинских организаций. М.: СТВООК, 2006. С. 145-148.

– отсутствие у многих руководителей медицинских организаций осознания необходимости обеспечения открытости информационных систем (нередко стратегические направления развития принимаются руководителями на интуитивном уровне, за основу берутся преимущественно внутренние данные о деятельности организации, проблемы охраняются от внешнего разглашения). С этим во многом связаны и следующие особенности:

- отсутствие полной достоверности учетной и статистической информации на уровне Министерства здравоохранения РФ, которая необходима в рамках анализа и перспектив развития медицинской сферы страны. Далеко не всегда информация о деятельности частных медицинских организаций предоставляется регулярно и является достоверной (при этом деятельность определенных медицинских организаций – например нелицензированных – не может быть должным образом учтена в принципе). Аналогичные проблемы существуют и при анализе рынка медицинской техники, оборудования и пр.;
- сложности в обеспечении информационной прозрачности экономики (очевидно, что недостоверность данных об уровне доходов населения, величине платежеспособного спроса, теневом секторе оздоровительных услуг, социально-экономической проблематике развития способна существенно исказить структуру рынка медицинских услуг).

Тем не менее при всей сложности становления маркетинга оздоровительных услуг в нашей стране данное направление деятельности получает все большее признание как в теории, так и в практической деятельности организаций сферы оздоровления²¹⁹.

²¹⁹ См., напр.: Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Манашеров Т. О. Предпринимательская деятельность медицинских организаций. М.: СТВООК, 2006. С. 150; Иванов В. В., Богаченко П. В. Медицинский менеджмент. М.: ИНФРА-М, 2007. С. 146-147; Насруллаева П. М. Основные тенденции и проблемы развития рынка медицинских услуг // Региональные проблемы преобразования экономики. 2010. № 1. URL: http://www.rppe.ru/?page_id=444

Одно из направлений реализации маркетингового подхода в деятельности оздоровительных организаций – создание центров маркетинга (ЦМ). В частности, в рамках организационно-методического обеспечения практической маркетинговой деятельности медицинских организаций исследователями разработан базовый вариант Положения о ЦМ²²⁰. Отметим, что в предлагаемом варианте Положения структура наделена весьма существенными полномочиями и призвана решать широкий спектр задач. На наш взгляд, подобный подход применим и к немедицинским организациям, работающим на рынке оздоровительных услуг.

Так, к основным задачам ЦМ, согласно Положению, относятся:

- анализ и оценка рыночных позиций организации;
- анализ финансово-хозяйственной деятельности организации;
- анализ качества оказываемых услуг, требований потребителей к качеству;
- разработка маркетинговых стратегий, в том числе по развитию платных оздоровительных услуг;
- организация рекламной деятельности, продвижение оздоровительных услуг;
- работа со страховыми организациями;
- анализ структуры цен на оздоровительные услуги;
- формирование фирменного стиля и бренда организации и пр.

В рамках выделенных авторами задач ими описаны и основные функции, формируемые задачами. Отметим, что среди функций присутствуют и те, что в определенной части (но не явно выражено) призваны способствовать разработке инновационных оздоровительных услуг:

- определение спектра оздоровительных услуг, предлагаемых конкурентами;
- выявление преимуществ и слабых сторон организации по направлениям НИОКР (по сравнению с конкурентами);
- определение потребностей населения в новых оздоровительных услугах.

²²⁰ Бутова В. Г., Ковальский В. Л., Манашеров Т. О. Предпринимательская деятельность медицинских организаций. М.: СТВООК, 2006. С. 150-160.

Действительно, реализация данных функций крайне важна для современных организаций системы оздоровления населения. Тем не менее нами уже отмечалось, что организация и финансирование активной маркетинговой деятельности – маловероятная перспектива для ряда учреждений (например, профилактических структур здравоохранения).

Соответственно, необходим поиск альтернативных вариантов решения задач по развитию оздоровительных услуг, помимо создания особого подразделения, подобного ЦМ.

Весьма перспективным в ряде случаев может являться аутсорсинговый подход, когда маркетинговые вопросы (исследование рынка и динамики его развития, анализ мнения потребителей, продвижение оздоровительных услуг, бенчмаркинг и пр.) на договорных условиях решаются консалтинговыми фирмами, маркетинговыми агентствами и другими специализированными структурами. В данном случае вполне вероятно, что оплата подобных заказов, выстраивание долгосрочных договорных взаимоотношений будет выгоднее и результативнее проведения подобных работ собственными силами организации системы оздоровления.

Однако и этот подход не всегда реализуем в силу как финансовых ограничений деятельности некоторых учреждений, так и по причине возможного отсутствия компетентных и опытных специалистов по маркетингу оздоровления. В любом случае активизация усилий на поиск решений в сфере маркетинга ведет к увеличению затрат (в том числе временных), которые можно трактовать как трансакционные издержки. Формирующаяся тенденция к их росту – серьезная угроза доступности оздоровительной помощи, в том числе инновационных оздоровительных услуг для населения.

В этой связи гораздо более предпочтительной альтернативой, на наш взгляд, будет являться сотрудничество с региональными центрами оздоровления населения, необходимость создания и специфика деятельности которых определялась в предыдущей главе исследования.

Следующий этап процедуры выбора инноваций – оценка готовности организации к освоению оздоровительных услуг.

Логика данной процедуры предполагает наличие нескольких составляющих.

В первую очередь необходимо формализовать итоги предыдущих этапов: выявленные по результатам маркетинговой деятельности, проведенной собственными силами либо при содействии консалтинговых структур или РЦОН, варианты инновационного совершенствования или развития оздоровительных услуг необходимо представить в виде набора альтернативных вариантов. Обратим внимание, что, с одной стороны, большинство проблем предполагают несколько вариантов решений, а с другой – альтернативой может служить решение об отказе от предлагаемых изменений.

Несомненно, сама форма представления вариантов зависит от того, кто будет осуществлять организацию и финансирование процесса развития оздоровительной услуги. Не исключено участие кредиторов либо инвесторов, специфика требований которых накладывает определенные рамки на формат предоставления альтернатив. Кроме того, потенциально возможным является сотрудничество с венчурными инвесторами, хотя пока в российской сфере оздоровления данный вариант не часто используется. Несколько более практикуемым является привлечение грантов различного рода фондов (фонд Бортника, РФФИ и РГНФ, РФТР и пр.) в силу высокой социальной значимости деятельности по разработке и освоению оздоровительных услуг. Возможно привлечение эндаумент-фондов, благотворительных организаций и т. п.

Различные формы финансирования предполагают и соответствующий учет специфики требований субъектов рынка инвестиций²²¹.

Тем не менее представляется, что в любом случае формализация альтернатив инновационного развития должна осуществляться с обособлением следующих положений:

- характеристика инновационной компоненты, лежащей в основе инновационной оздоровительной услуги;
- данные об условиях приобретения инноваций (юридические, финансовые, организационные разделы и пр.);
- требования к ресурсному обеспечению (кадры, материально-техническая база и пр.) освоения инновационной оздоровительной услуги;

²²¹ Ушаков И. Как привлечь инвестиции. СПб.: Питер, 2006.

– потенциальный эффект, как экономический, так и социальный, от внедрения в деятельность организации инновационных изменений.

При таком подходе к формализации инновационных альтернатив становится возможным выявить соответствие возможных инноваций ряду ограничений, основными из которых следует признать:

- экономические ограничения;
- ресурсные ограничения;
- стратегические ограничения.

Во-первых, альтернатива может быть отклонена, если в процессе детализации станет очевидным, что затраты, требуемые для освоения новой ОУ, не окупаются в расчетном периоде: либо весьма ограничен (или нестабилен) спрос на услуги такого рода, либо данный рынок уже занят конкурентами.

Во-вторых, решение об освоении определенной ОУ может быть отрицательным, если выяснится, что отсутствуют возможности обеспечения организации в полном объеме необходимыми ресурсами. С одной стороны, может оказаться, что заимствование определенных нововведений невозможно или крайне затратно (в случае сильной патентной защиты инноваций, наличия уже выданных исключительных лицензий, несогласия владельцев передать права на использование инновационных технологий и т. д.).

Кроме того, ресурсные ограничения могут проявляться в отсутствии у персонала требуемой квалификации для оказания инновационной услуги, дефиците специализированных организаций, предлагающих качественные услуги по дополнительному обучению персонала, настройке оборудования, разработке необходимого программного обеспечения и пр.

В-третьих, возможны ограничения стратегического характера. Нами не раз подчеркивалось, что оздоровительная услуга – социально значимое благо и в случае возникновения противоречий в экономической и социальной эффективности именно социальный аспект должен быть главенствующим. Соответственно, определенные инновационные изменения в оздоровительной деятельности могут отвергаться по стратегическим соображениям, если возможны риски угрозы здоровью потребителя в результате обширных побочных эффектов, формирования зависимости от потреб-

ления услуги и пр. Стратегически неприемлемыми могут быть и сроки освоения предлагаемой ОУ.

Таким образом, выбор альтернативы можно представить как сочетание:

– оценки соотношения комплексного уровня качества инновационной услуги (учитывающего как собственно оздоровительную, так и сервисную составляющие услуги) и уровня совокупных затрат на ее освоение и определения альтернатив, позволяющих достичь максимума в этом соотношении;

– учета отсутствия всех вариантов ограничений (в ином случае вариант отвергается).

В конечном итоге модель выбора альтернатив имеет следующий вид:

$$\begin{cases} \frac{КУК}{УСЗ} \rightarrow \max, \\ O_1 \cdot O_2 \cdot O_3 = 1, \end{cases}$$

где $КУК$ – комплексный уровень качества оздоровительной услуги;

$УСЗ$ – уровень совокупных затрат на разработку и освоение услуги;

O_1 – отсутствие ограничений экономического характера;

O_2 – отсутствие ограничений ресурсного характера;

O_3 – отсутствие ограничений стратегического характера;

причем $O_i = 1$ в случае отсутствия ограничений, иначе $O_i = 0$ ($i = 1, 2, 3$).

Таким образом, если определенная бизнес-идея по освоению инновационной оздоровительной услуги оказалась наиболее выгодной и приемлемой с учетом всех видов ограничений, осуществляется выбор конкретных инновационных решений, составляющих основу внедряемой инновационной оздоровительной услуги.

Однако реализация принятого решения в отношении освоения ОУ предполагает и выполнение задач по подготовке, с одной стороны, необходимой материально-технической базы, а с другой – основного и вспомогательного персонала, участвующего в реализации услуги.

Эти задачи также обладают определенной спецификой, несмотря на то, что потенциал и содержание инноваций, лежащих в основе ОУ, могут требовать различных по масштабам и затратам изменений.

Так, изменения могут затрагивать содержательную составляющую ОУ, а значит, воплощаться в освоении:

- новых оздоровительных технологий;
- инновационного лечебно-диагностического, спортивного и прочего оборудования;
- новых методик проведения оздоровительных мероприятий и пр.

Кроме того, изменения могут воплощаться в сервисной составляющей деятельности:

- повышение комфорта ожидания ОУ, пребывания в учреждении;
- повышение уровня используемых технических средств и средств коммуникаций;
- изменение в интерьере помещений, внешнем виде сотрудников и пр.

Но так или иначе определенная специфика подготовки ресурсов, несомненно, присутствует.

С точки зрения подготовки материально-технической базы можно отметить следующее:

1) возможны дополнительные сложности юридического характера, связанные с тем, что инновационные решения часто обеспечены защитой в рамках патентного, авторского права и т. п. Соответственно, их приобретение как объектов интеллектуальной собственности требует решения вопросов временных, территориальных ограничений использования, отчетных данных, финансовых аспектов пользования и пр.;

2) освоение инноваций может предполагать одновременное приобретение ряда услуг по установке оборудования, его наладке и обслуживанию, закупке программного обеспечения и т. д.

При подготовке персонала специфика освоения ОУ видится в следующем:

1) требуемое повышение квалификации, профессиональная переподготовка и иные формы обучения персонала обуславливают потребность в услугах образовательного характера. Однако рынок таких услуг ограни-

чен: обучение работе с инновационными технологиями, узконаправленные нестандартные услуги по обучению пользованию инновациями требуют особых образовательных подходов и программ. Нередко такого рода услуги могут оказать лишь владельцы технологии (либо представители инфраструктуры инновационной деятельности), контакты с которыми у организаций системы оздоровления затруднены. Кроме того, качество образовательных услуг (как и любых других) изначально характеризуется непостоянством, и результат обучения персонала может быть низким для обеспечения быстрого и результативного освоения ОУ;

2) активизация инновационных процессов, как и в других сферах деятельности, в организациях системы оздоровления может породить проблему сопротивления изменениям. В случае низкой мотивации сотрудников к внедрению ОУ, нехватки профессионализма руководства в управлении инновационными изменениями возможны такие проблемы, как саботаж, нарушение сроков освоения, непредвиденные отсрочки действий и пр. как следствие влияния человеческого фактора;

3) активное освоение инновационных оздоровительных услуг актуализирует проблему «утечки мозгов», поскольку сотрудники, обучившиеся новым технологиям и подходам в рамках ОУ, становятся носителями особых, неотделимых знаний. Это повышает стоимость и ценность сотрудника на рынке труда, а соответственно, и величину ущерба для медицинской организации в случае его ухода. В этой связи остро встает проблема создания механизмов выплат компенсационного характера при увольнении сотрудников.

Учет указанных специфических черт освоения инновационных оздоровительных услуг будет способствовать оптимизации процесса инновационного развития оздоровительных организаций. При этом еще раз подчеркнем, что содействие в решении многих из возникающих в этой связи задач могут оказать региональные центры оздоровления населения.

4.2. Организационно-экономическая оценка комплексного уровня качества оздоровительных медицинских услуг

Как уже отмечалось ранее, важнейшая задача инновационных преобразований сферы оздоровления населения – повышение удовлетворенности населения оздоровительной помощью за счет роста социально-экономической доступности и качества оздоровительных услуг. В этой связи обратим внимание на отсутствие в настоящее время исследований, специально посвященных определению параметров качества такого рода услуг.

Отчасти вопросы качества оздоровительной деятельности раскрываются в трудах по оценке качества медицинских услуг в целом (одной из разновидностей которых являются профилактические медицинские услуги, включаемые нами в систему оздоровления населения). Исследователи подобных вопросов отмечают, что трактовка понятия качества может меняться в зависимости от того, в рамках чьих интересов производится оценка тех или иных аспектов медицинской деятельности²²². Так, с точки зрения самого пациента, очевидно, важнейшим параметром качества медицинских услуг является степень соответствия полученных результатов его ожиданиям и запросам. С позиции же лечащего врача крайне важный критерий качества – обеспечение соответствия фактического итогового результата его деятельности прогнозируемому состоянию в рамках планируемых схем и процедур лечения. Для врачей-консультантов, в том числе общей практики, важна оценка полноты учета психофизиологических особенностей и сопутствующих заболеваний консультируемого. Фармакологу важно оценить оптимальность комбинации лекарственных средств и их совместимость. Если речь идет об интересах экспертов по контролю качества медицинской помощи, важным представляется степень соблюдения медико-экономических стандартов и различного рода регламентов. Для ученых и исследователей, помимо прочего, представляет особый интерес возможность обобщения, сопоставления полученных результатов для экспертных оценок и дальнейших исследований.

²²² Мелянченко Н. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=43191> (опубликовано: 24.11.2010).

Кроме того, усложняет проблему определения уровня качества оздоровительной медицинской помощи и то, что каждый человек уникален и эффекты от ее оказания могут существенно различаться (именно поэтому в последние годы стала активно развиваться персонифицированная оздоровительная деятельность). С точки зрения самого определения качества медицинской помощи, в том числе оздоровительной, наблюдается некоторое расхождение мнений.

Так, профессор Ю. Комаров дает определение, основанное на стандарте ISO 8402, согласно которому в сфере охраны здоровья населения качество есть совокупность характеристик, которые подтверждают соответствие оказанной помощи ожиданиям и потребностям населения, уровню развития науки и техники²²³.

Однако, на наш взгляд, данное определение содержит недостаточно конкретизированные категории (потребности, ожидания, уровень развития) и его весьма сложно использовать в реальной практике. На это обращают внимание и некоторые исследователи²²⁴. В качестве альтернативы предлагаются различные варианты. Так, Н. Мелянченко, уточняя понятие, определяет качество медицинской помощи как степень соответствия последствий медицинского вмешательства в живой организм, нуждающийся в коррективке состояния, статистически обоснованным стандартам²²⁵.

В данном случае нельзя не заметить, что автор концентрирует внимание исключительно на медицинском аспекте услуги. Мы же полагаем, что оздоровительная медицинская услуга (ОМУ) включает в себя как собственно оздоровительную (медицинскую), так и сервисную составляющую.

В большей степени учитывается сервисная компонента в следующем определении качества медицинской помощи: обусловленное квалификацией профессионала свойство процесса взаимодействия врача и пациента²²⁶.

²²³ Комаров Ю. М. Некоторые вопросы улучшения качества медицинской помощи. URL: <http://www.viperson.ru/wind.php?ID=621728&soch=1>

²²⁴ Мелянченко Н. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=43191> (опубликовано: 24.11.2010).

²²⁵ Мелянченко Н. Целительство и власть // Медицинская газета. 2010. № 20.

²²⁶ Гольшев А. Я., Носырева О. М. Концепция создания системы управления качеством в лечебно-профилактических учреждениях // Интернет-журнал «Медицинские конференции». URL: http://www.medico.ru/articles/management/article_001.htm

Причем под квалификацией персонала авторами понимается не только его способность следовать стандартам, реализовывать соответствующие медицинские технологии, сокращать риски прогрессирования имеющихся и возникновения новых заболеваний и осложнений, но и способность обеспечивать удовлетворенность пациента взаимодействием с системой здравоохранения, оптимальным образом использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы.

Предлагаемая трактовка, на наш взгляд, вполне подходит для определения качества оздоровительной медицинской услуги, поскольку учитывает большее количество аспектов качества, не ограничиваясь характеристикой собственно медицинского вмешательства.

Конкретизируя данный подход, авторы определения предлагают проводить оценку качества по трем направлениям:

- структура (в понимании авторов – совокупность ресурсов и возможностей, характеризующих условия оказания помощи);
- результат (определяется как качеством работы персонала, так и не зависящими от его работы параметрами: спецификой состояния и заболевания клиента);
- процесс (определяется как врачебный процесс, то есть содержание и последовательность медицинского воздействия, которое во многом определяет результат).

По сути дела, в данном случае доказывается целесообразность использования различных подходов к анализу и оценке качества медицинской услуги: структурного, результирующего и процессного.

Отметим популярность такого подхода к оценке качества. В частности, оценка качества по аспектам структуры, процесса и результата присутствует в трудах известного исследователя в части вопросов оценки качества деятельности в сфере здравоохранения А. Донабедиана²²⁷. Ряд авторов, еще более сужая перечень характеристик качества услуги (в данном случае исследуется качество услуги как универсальной категории, которую можно применять и в рамках сферы оздоровления), выделяют лишь две

²²⁷ Donabedian A. Models of Quality Assurance // Leonard S. Osenfeld Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel Hill. 1993. February 26.

компоненты – процесс предоставления (так называемое функциональное качество) и результат предоставления (в трактовке авторов – техническое качество услуги)²²⁸.

В данных вариантах достаточно сложно разделить вклад в общую оценку качества оздоровительной медицинской услуги качества процесса и качества результата, поскольку сами авторы отмечают возможность влияния на качество результата посредством влияния на качество врачебного процесса.

Кроме того, считаем, что от условий оказания медицинской помощи, то есть сервисной составляющей медицинской услуги (в предыдущей трактовке – качество структуры), также во многом зависит качество результата. Дело не только в том, насколько полно используются все виды ресурсов медицинской организации, выбирается ли их оптимальное сочетание при оказании услуги. Удовлетворенность пациента качеством оказанных услуг во многом определяется и психологическими составляющими – поведение и внешний вид персонала, условия нахождения в медицинской организации, обеспечение питанием и т. д.

Таким образом, в максимальном своем проявлении (или в определенной мере) качество результата уже содержит в себе, как слагаемые, качество структуры и качество процесса и является более комплексным по сравнению с остальными характеристиками.

В этой связи, на наш взгляд, представляется необходимым более четко определить перечень характеристик качества оздоровительных медицинских услуг, дабы исключить возможность дублирования одних и тех же составляющих в рамках различных характеристик качества.

Более того, целесообразно усилить акцентирование при оценке качества на условиях оказания оздоровительной услуги (как немаловажном компоненте удовлетворенности клиента оказанной услугой) и при разработке методики оценки качества оздоровительных медицинских услуг от-

²²⁸ Балаева О., Предводителева М. Управление организациями сферы услуг. М.: Изд. дом Гос. ун-та – ВШЭ, 2010. С. 124; Хлебович Д. Сфера услуг: маркетинг: учеб. пособие / под ред. Т. Бурменко. М.: КНОРУС, 2007. С. 79; Gronroos C. Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach. 2nd ed. John Willey & Sons, 2000.

делять и дополнять оценку собственно оздоровительной (медицинской) составляющей оценкой сервисной составляющей.

Действительно, в современных трудах, посвященных оценке качества услуг как универсального подхода для любых сфер деятельности, достаточно много внимания уделяется субъективным, психологическим аспектам, характеризующим соотношение ожиданий потребителя в отношении качества услуги и его восприятия реально оказанной услуги²²⁹. Согласно подходу К. Гронгроза, потребитель будет считать услугу качественной в том случае, если ее восприятие превзошло ожидания или соответствует им, в иных случаях оценка качества будет низкой, и лояльность потребителя к организации, оказывающей данные услуги, уменьшается.

Именно такой подход активно используется в рамках методических разработок по оценке качества услуг, например:

– методический инструментальный SERVQUAL (качество сервиса) и GAP-модель, разработанные американскими учеными А. Парасураманом, В. Зейтамлом и Л. Бери²³⁰. Авторы не только выделяют перечень характеристик, подлежащих оценке, но и характеризуют ряд возможных несоответствий (так называемых разрывов) между ожиданием и восприятием не только со стороны потребителя услуги, но и со стороны руководства организации, с точки зрения соответствия стандартам и пр.;

– оценка толерантности потребителя Р. Джонстона, в которой предыдущий подход дополняется определением минимальных требований потребителя, обеспечивающих удовлетворяющее их качество предоставляемой услуги.

Анализируя данные разработки, нельзя не отметить их маркетинговую ориентацию, попытку максимального учета не только объективных, но и психологических составляющих в оценке качества услуги потребите-

²²⁹ Подробнее см.: Рожкова Е. В. Формирование инновационно-ориентированного подхода к развитию сферы услуг: теоретические и методические аспекты. Ульяновск: УлГУ, 2012. С. 105-111.

²³⁰ Parasuraman A. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consume Perceptions of Service Quality / Parasuraman A., Zeitaml V. A., Berry L. L. // Journal of Retailing. 1988. Vol. 64, № 1. С. 12-40.

лем. Так, согласно указанным методикам, основными определителями качества услуг являются следующие:

- компетентность персонала, его способность быть убедительным и вести себя уверенно;
- чуткость, отзывчивость, понимание персонала, его готовность помочь;
- эмпатия, сострадание, сочувствие персонала;
- надежность – гарантии выполнения услуги требуемого уровня в требуемые сроки, формирование уверенности в этом у потребителя;
- возможность у потребителя удостовериться в наличии ресурсов, требуемых для выполнения услуги.

Отечественные исследователи вопросов оценки качества услуг не только демонстрируют аналогичные подходы к выделению параметров оценки качества услуг, но и дополняют их.

Например, А. Челенков предлагает следующие дополнения к обозначенному выше перечню²³¹:

- корректность и приветливость персонала;
- адекватная степень общительности и коммуникабельности персонала;
- наличие доверия потребителя к действиям персонала;
- возможность выбора удобного для потребителя места и времени оказания услуги;
- обеспечение безопасности услуги, гарантий отсутствия угроз здоровью или имуществу клиента, возникающих в процессе или в результате оказания услуги.

Существует и несколько иная точка зрения на группировку качественных характеристик услуг²³². Выделяя четыре группы параметров, авторы в первую из них включают большинство из ранее представленных характеристик качества работы персонала:

- характеристики профессионализма персонала (коммуникабельность, эмпатия, уверенность и пр.);

²³¹ Челенков А. Маркетинг услуг. М.: Центр маркетинговых исследований и менеджмента, 2000. С. 73.

²³² Пономарева Т., Супрягина М. Качество услуг: качественные параметры оценки // Маркетинг в России и за рубежом. 2005. № 1.

- характеристики пространства (чистота и оформление помещений, рабочих мест, зон ожидания, зданий и территории, заметность указателей, вывесок и пр.);
- характеристики информационной полноты (информация о режиме работы организации, местонахождении подразделений и филиалов, перечне, специфике и условиях оказания услуг, о руководстве и сотрудниках компании, информационные и рекламные буклеты и пр.);
- характеристики претензий потребителей (их частота, содержание, динамика изменения).

Достаточно интересным, на наш взгляд, является выделение характеристик претензий потребителей. Представляется, что именно они достаточно ярко характеризуют не только наличие нарушений в работе персонала, оборудования, руководства и пр., но и наличие несоответствия между ожиданиями потребителей в отношении качества услуги и воспринятым ими качеством.

Обратим внимание, что при оценке качества оздоровительных медицинских услуг, несомненно, необходимо уделять внимание указанным характеристикам, предварительно осуществив оптимальную их группировку (что будет учтено далее).

Однако большинство из представленных ранее характеристик, как уже отмечалось, относится либо к психологическим аспектам взаимодействия персонала и потребителя, либо к маркетинговой поддержке работы организации.

Вместе с тем в процессе оказания оздоровительных медицинских услуг предполагается наличие определенной материальной составляющей в рамках использования конкретных оздоровительных технологий. Данная составляющая, несомненно, способна оказать влияние на удовлетворенность качеством услуги.

В этой связи обоснованным является дополнение перечня характеристиками качества материальных товаров. Так, в рамках параметров качест-

ва товаров исследователями (с учетом требований государственных стандартов) выделяются²³³:

- экономичность (оптимальный уровень издержек);
- технологичность (использование в процессе производства современных технологий);
- эргономичность и эстетичность (учет психофизиологии потребителя и эстетических запросов потребителя);
- законность и правовая защищенность (наличие необходимых разрешений, лицензий, свидетельств, документов, подтверждающих защищенность интеллектуальной собственности, и пр.);
- стандартизованность (оказание услуги в соответствии с государственными, отраслевыми, организационными стандартами).

Подчеркнем, что нами в данном перечне приведены лишь те характеристики, которые не дублируют ранее указанные (например, при оценке качества как товаров, так и услуг оценивается их безопасность и надежность).

Кроме того, считаем целесообразным внести дополнения в перечень характеристик качества услуг, учитывающих специфику сферы оздоровления населения.

Так, достаточно важными для потребителя оздоровительной медицинской услуги будут являться:

- величина достигнутого эффекта. В отличие от многих других услуг, оздоровительные медицинские услуги требуют усилий не только со стороны производителя (медицинского персонала), но и со стороны потребителя (например, в соблюдении режима дня и питания, приеме лекарств и пр.), и далеко не всегда эффект от потребления услуги может быть гарантированным. Кроме того, величина эффекта может превосходить ожидания (или не соответствовать им) в силу индивидуальных особенностей организма потребителя, утаивания им определенных сведений, способных повлиять на выбор оздоровительной медицинской технологии. В этой связи эффект от оказания оздоровительной медицинской услуги – величина ве-

²³³ Рожкова Е. В. Формирование инновационно-ориентированного подхода к развитию сферы услуг: теоретические и методические аспекты. Ульяновск: УлГУ, 2012. С. 109-110.

роятностная и не может входить в полной мере в нормативные характеристики услуги;

– скорость достижения запланированного эффекта. С одной стороны, на эту скорость, несомненно, будет влиять профессионализм медицинского персонала, оптимальность в выборе технологий оздоровления и пр. С другой стороны, на эту скорость способны повлиять и условия предоставления оздоровительной медицинской услуги, в частности, сокращение времени ожидания услуги, устранение излишних перемещений и иных действий потребителя и персонала, иными словами – скорость производства услуги;

– удобство и комфорт потребления оздоровительной медицинской услуги. В данном случае не имеется в виду эстетичность и эргономичность интерьера и пр. Речь идет, во-первых, о комфортности ожидания услуги (например, за счет предоставления дополнительных услуг: фитобар, кондиционирование, электронная очередь, смс-оповещения о наступлении сроков посещения медицинского учреждения и пр.). Во-вторых, данная характеристика может обеспечиваться дополнительными воздействиями на потребителя в рамках самой технологии оказания оздоровительной помощи (эффективное обезболивание, прослушивание музыки, психологическая поддержка при процедурах вакцинации и пр.).

Крайне важным считаем включить в перечень характеристики доступности оздоровительной медицинской услуги. Возможно, отнесение доступности к параметрам качества медицинских услуг является спорным (можно аргументировать иную точку зрения тем, что оздоровительная медицинская услуга может быть весьма высокого качества и при этом являться недоступной для многих потребителей). Однако, на наш взгляд, с точки зрения субъекта, получившего ОМУ, такие характеристики, как время ожидания исполнения услуги, возможность выбора места и времени ее потребления, во многом формируют мнение о качестве работы медицинских организаций и непосредственно влияют на степень удовлетворенности оздоровительными медицинскими услугами и на желание пользоваться данными услугами в будущем.

Таким образом, обобщая и дополняя видение основных характеристик качества оздоровительных медицинских услуг, сформируем их перечень с объединением в несколько групп:

- 1) *Нормативные характеристики.* В их число в первую очередь входят параметры стандартизованности ОМУ. Выбор конкретных оздоровительных медицинских технологий, назначение процедур и лекарственных средств в современных условиях невозможно осуществлять вне соответствия разработанным и утвержденным стандартам. В рамках стандартов (в определенных случаях – внутриорганизационных) должна осуществляться и сервисная составляющая ОМУ. На наш взгляд, соответствие стандартам обуславливает безопасность и надежность процесса оказания услуги, поэтому в отдельные группы мы данные параметры не выделяем. Техничко-экономические характеристики также следует включить в число нормативных. Кроме того, к данной группе отнесем и характеристики законности (наличие всех необходимых для ведения медицинской деятельности документов), патентно-правовой защищенности (в случае использования объектов интеллектуальной собственности).
- 2) *Коммуникационные характеристики.* Данные характеристики включают в себя два подвида:
 - информационные (обеспеченность потребителя информацией о медицинской организации, ее персонале и руководстве, о наборе оказываемых оздоровительных услуг и условиях их получения и пр.);
 - психологические (в данную группу объединим параметры, характеризующие работу персонала: коммуникабельность, отзывчивость, корректность, эмпатия и т. д.).
- 3) *Сервисные характеристики.* В рамках данной группы считаем целесообразным также выделить два подвида:
 - пространственные (состояние и оформление зданий и территории, кабинетов, палат и иных зон нахождения потребителя и персонала, качество и регулярность уборки и ремонта и т. д.);
 - характеристики комфорта потребления (дополнительный сервис, повышающий удобство ожидания услуги – обеспечение прессой, напитками, средствами коммуникаций и пр. – и удобство ее потребления).

- 4) *Результирующие характеристики.* К ним относятся предложенные ранее характеристики, которые возможно зафиксировать и измерить лишь по окончании процесса оказания медицинской услуги: величина полученного эффекта и скорость его наступления. К этой группе характеристик отнесем и претензионные – наличие, содержание и динамика претензий потребителей к качеству оказанных оздоровительных медицинских услуг.
- 5) *Характеристики доступности.* Как обосновывалось выше, к данным характеристикам целесообразно отнести:
- время ожидания оздоровительной медицинской услуги (в том числе в домашних условиях);
 - возможность выбора места и времени потребления оздоровительной медицинской услуги.

Подчеркнем, что данные характеристики присутствуют в стандартах оказания медицинской помощи. Соответственно, в данном случае имеется в виду, что время и возможности выбора при высоком качестве услуги опережают требования стандартов.

Предлагаемый перечень характеристик качества оздоровительных медицинских услуг представлен в таблице 4.2.1.

Таблица 4.2.1

Характеристики качества оздоровительной медицинской услуги

| № | Группа характеристик | Состав группы |
|---|----------------------|---|
| 1 | Нормативные | – стандартизованности – технико-экономические – законности и патентно-правовой защищенности |
| 2 | Коммуникационные | – информационные – психологические |
| 3 | Сервисные | – пространственные – комфорта потребления |
| 4 | Результирующие | – величина эффекта – скорость наступления эффекта – претензионные |
| 5 | Доступности | – время ожидания – возможность выбора времени и места получения |

Обратим внимание, что предлагаемые характеристики качества оздоровительных медицинских услуг (особенно в части нормативных и коммуникационных групп) учитывают требования Национального стандарта ГОСТ Р 52496-2005 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения», согласно которому к основным факторам, определяющим качество такого рода услуг, относятся наличие и состояние документации учреждения, условия размещения, укомплектованность квалифицированными специалистами, техническое и информационное оснащение, наличие системы контроля за деятельностью учреждения.

Возможны различные способы изменения указанных характеристик.

Так, те параметры качества, которые зависят от работы персонала (в первую очередь психологические), могут совершенствоваться путем активизации внутреннего маркетинга. Внутренний маркетинг, как известно, предполагает работу по обучению, мотивированию персонала, привлечению и удержанию высококвалифицированных сотрудников, способных и желающих обеспечивать высокое качество услуг. При этом реализуется возможность повысить различные характеристики качества оздоровительных медицинских услуг, в том числе повлиять на сокращение числа претензий потребителей.

Информационные характеристики качества оздоровительных медицинских услуг повышаются в основном за счет интенсификации маркетинговых коммуникаций. Чем активнее работа медицинской организации по налаживанию и поддержанию контактов с целевой аудиторией, распространению информационных и рекламных материалов, тем выше уровень информационных характеристик. Безусловно, такого рода деятельность может осуществляться в разных формах: телевизионная, радиореклама, реклама в печатных изданиях, стенды и вывески в медицинском учреждении и т. д. Но стоит заметить, что определенная информация об оздоровительных медицинских услугах определенной организации достаточно эффективно распространяется самими потребителями («сарафанное радио»), что также влияет на ожидание и восприятие качества услуги со стороны населения.

Вместе с тем большинство характеристик качества оздоровительной медицинской услуги может быть повышено использованием инновационных продуктов и технологий. При этом еще раз обратим внимание, что инновации могут быть направлены на рост качества:

– медицинской составляющей ОМУ (используемые медицинские технологии, оборудование, лекарственные средства и пр.), в результате чего способны измениться преимущественно нормативные и результирующие характеристики;

– сервисной составляющей ОМУ (повышение качества материально-технического обеспечения пребывания потребителей в организации, дополнительный сервис), когда обеспечивается более высокий уровень комфорта потребителя при оказании оздоровительной медицинской услуги.

Соответственно, оценка характеристик качества ОМУ предполагает различные направления: либо по медицинской, либо по сервисной ее составляющей. Действительно, нормативные характеристики и характеристики доступности присутствуют в обеих компонентах ОМУ. Сервисная и коммуникационная характеристики подвергаются оценке в рамках сервисной составляющей, а результирующие – в рамках медицинской составляющей услуги. Иллюстрирует различные направления оценки таблица 4.2.2.

Таблица 4.2.2

Оценка качественных характеристик оздоровительной медицинской услуги

| Характеристики качества услуги | Преимущественное направление оценки | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| | По сервисной составляющей | По медицинской составляющей |
| Нормативные | + | + |
| Коммуникационные | + | |
| Сервисные | + | |
| Результирующие | | + |
| Доступности | + | + |

Говоря об оценке качества оздоровительных медицинских услуг, нельзя не отметить, что особую сложность оценка представляет в отношении характеристик стандартизованности (группа нормативных характе-

ристик качества). Речь идет в первую очередь не о проблематике соблюдения законности, обеспечения экономичности и технологичности услуг, ответственности деятельности персонала требованиям внутренних стандартов, связанных с качеством сервисных элементов. Активные дискуссии на протяжении последних десятилетий вызывает стандартизация медицинской компоненты.

Так, существует мнение, что наличие этических норм и высокой профессиональной квалификации медицинского персонала по определению является гарантией высокого качества оказываемых им услуг (подобные дискуссии представлены в работах Т. МакГвайера)²³⁴.

Встречаются и иные аргументы противников стандартизации²³⁵:

– сложность и уникальность человека как биологического организма делает принципиально невозможной стандартизацию;

– стандартизация ведет к утрате клинического мышления медицинских работников, провоцирует технократизм, ущемляет социальные и коммуникационные аспекты оказания медицинской помощи;

– стандартизация усложняет работу врачей и иного персонала, ведет к дополнительному расходованию времени и усилий (ведение документации, организация контроля и пр.);

– невозможно разработать универсальные стандарты для разных целей (ценообразование, оценка качества, планирование нагрузки персонала и т. п.).

С одной стороны, сложно игнорировать данные аргументы, поскольку в принципе не представляется возможным разработать и использовать настолько жесткие и однозначные стандарты, чтобы устранить любые возможности отклонения от них, даже если отклонения предопределены спецификой состояния здоровья клиента. С другой стороны, это значит, что медицинские стандарты должны быть в достаточной степени гибкими,

²³⁴ McGuire Th. G. Physician Agency // Handbook of Health Economists. Vol. 1A / Ed. by A. J. Culyer, J. P. Newhouse. Amsterdam et al., 2001.

²³⁵ Brett A. S. New Guidelines for Coding Physicians Services – A Step Backward // The New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 339, № 23; Kassarer J. P. Evaluation and Management Guidelines – Fatally Flawed / Kassarer J. P., Angell M. // The New England Journal of medicine. 1998. Vol. 339, № 23.

предусматривать возможность использования различных вариантов технологий и методов оздоровления. Такую позицию разделяют многие авторы²³⁶.

Действительно, существует ряд причин, которые предопределяют необходимость обеспечения определенной гибкости стандартов:

– региональная специфика медицинских организаций (нельзя не учитывать особенности регионов с точки зрения заболеваемости, структуры населения и, соответственно, накопленных организациями здравоохранения оздоровительных практик, объемов знаний и т. п.);

– технологическая специфика медицинских организаций (необходимо учитывать различия в ресурсном обеспечении, в наличии инновационных оздоровительных технологий и пр.);

– институциональная специфика (возможны определенные ограничения в стандартизации использования тех или иных оздоровительных технологий в связи с особенностями бюджетной и социальной политики, администрировании системы здравоохранения).

В рамках обстоятельного исследования данных вопросов А. Кудрявцев характеризует и сопоставляет основные подходы к стандартизации – системы описания медицинских технологий и клинических протоколов, а также клинико-статистические методики. По итогам проведенного анализа делается вывод о наличии ряда проблем использования медицинских стандартов. К ним автор в первую очередь относит вопросы информационного обеспечения (например, базами данных) и обеспечения дополнительных компетенций работников системы здравоохранения, требуемых для осуществления работ по подготовке, использованию медицинских стандартов и анализу результатов данной деятельности. На этой проблематике (обучение персонала, обеспечение коммуникаций медицинских организаций) нами уже акцентировалось внимание в предыдущих разделах исследования.

Кроме того, отметим еще один крайне важный, на наш взгляд, аспект проблематики использования медицинских стандартов – нормирование

²³⁶ Кудрявцев А. А. Менеджмент в здравоохранении: медико-экономические стандарты и методы их анализа. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2004. С. 10-11; Щепин О. П. и др. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.: Медицина, 2002. С. 77-79.

временных затрат на оказание оздоровительной медицинской услуги. В настоящее время при расчете трудозатрат на оказание услуг используются расчетные нормы, которые обозначены в документе «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении», утвержденном Министерством здравоохранения и социального развития России 12.07.2004²³⁷. В нем представлен реестр медицинских услуг, в котором указаны условные единицы трудозатрат (расчетные нормы) как для врачебных кадров, так и для среднего медицинского персонала. Одной условной единицей являются 10 минут рабочего времени (например, комплексная услуга по первичному приему врача-терапевта имеет трудоемкость 1,4, или 14 минут рабочего времени, врача-диетолога – 20 минут, врача лечебной физкультуры – 10 минут). Однако, как отмечено в документе, при определении трудоемкости учитывается лишь то время, которое затрачивается на непосредственное оказание медицинской услуги. Вместе с тем значительную часть рабочего времени медика занимает и оформление документов (заполнение электронной медицинской карты, выписывание рецепта и пр.), стандартами не нормированное. В силу ряда причин (в том числе низкая скорость работы компьютерной техники, сбои в ее работе, отсутствие у персонала должного умения работы с электронной документацией) нередко значительную часть времени, отведенного на оказание оздоровительной медицинской услуги, врач тратит на документооборот, что вызывает негативную реакцию пациентов и снижает ряд показателей оценки качества ОМУ. На наш взгляд, крайне необходима корректировка нормативов трудозатрат на оказание оздоровительных медицинских услуг с выделением времени на документальное сопровождение процесса оказания услуги (соответственно, необходима реализация ряда организационных процедур по обучению персонала работе с техникой, своевременное обновление компьютерной техники и программного обеспечения).

Тем не менее при всей сложности обеспечения характеристик стандартизованности комплексная оценка качества должна предполагать оценку всех параметров, входящих в выделенные группы характеристик качества оздоровительных медицинских услуг.

²³⁷ Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru>

В рамках оценки необходимо присвоить количественные значения всем характеристикам качества, то есть сформировать показатели качества оздоровительной медицинской услуги.

На наш взгляд, для оптимизации данного процесса необходимо выделить приоритетные для практического использования методы. Потенциально наличествует ряд вариантов:

- использование социологических методов (сбор и анализ мнений потребителей оздоровительной медицинской услуги);
- использование экспертных методов (формирование группы экспертов, внешних и внутренних, оценивающих конкретные параметры);
- использование традиционных методов (информация собирается определенными сотрудниками организации, например отдела статистики, в рамках их основных функций).

Безусловно, ряд показателей требует оценки потребителя (психологические, комфорта потребления и пр.). В некоторых случаях для объективности оценки следует привлекать экспертов (показатели стандартизованности, законности и т. д.). Однако в силу дороговизны организации экспертных оценок ряд показателей может быть рассчитан сотрудниками организации. При наличии возможности использования нескольких методов оценки выбор осуществляется с учетом возможностей медицинской организации. Рекомендуемые методы оценки качества оздоровительных медицинских услуг приведены в таблице 4.2.3.

В силу качественной разнородности оцениваемых показателей предпочтительной, на наш взгляд, является балльная система оценки (в этом случае эксперты определяют максимальное количество присваиваемых конкретной характеристике услуги баллов). Соответственно, появляется возможность определить:

- абсолютную величину показателя;
- относительную (сравнительную) величину показателя, позволяющую определить уровень качества.

Таблица 4.2.3

Рекомендуемые методы оценки показателей качества
оздоровительной медицинской услуги

| Характеристики качества ОМУ | | Предпочтительные методы оценки |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|
| Нормативные | стандартизованности | экспертный традиционный |
| | технико-экономические | экспертный традиционный |
| | законности и патентно- правовой защищенности | экспертный традиционный |
| Коммуникационные | информационные | социологический экспертный |
| | психологические | социологический |
| Сервисные | пространственные | социологический экспертный |
| | комфорта потребления | социологический |
| Результирующие | величина эффекта | экспертный традиционный |
| | скорость наступления эффекта | экспертный традиционный |
| | претензионные | экспертный традиционный |
| Доступности | время ожидания | социологический традиционный |
| | возможность выбора времени и места получения | социологический традиционный |

Отметим, что предлагаемая методика может быть использована для оценки качества как традиционных, так и инновационных (впервые внедряемых в работу медицинской организации) оздоровительных медицинских услуг. Однако спецификой оценки инновационных ОМУ является выбор эталона сравнения.

Действительно, при расчете уровня качества базой для сравнения является базовая, или «эталонная» (взятая для сравнения) оздоровительная медицинская услуга.

Если инновационные изменения были направлены на совершенствование оздоровительной медицинской услуги по одному или нескольким параметрам качества (улучшающие инновации), то базой для сравнения будет являться медицинская услуга, оказываемая ранее (до привнесения в нее инновационных изменений). Если же речь идет об освоении принципиально новой для медицинской организации оздоровительной услуги, не имеющей аналогов в рамках существующего набора оказываемых медицинских услуг, то эталоном должен являться некий идеализированный вариант ОМУ с максимальными значениями всех показателей качества.

Соответственно, определяется уровень качества инновационной оздоровительной медицинской услуги по каждому показателю:

$$УК_i = \frac{П_i}{П_{\bar{o}i}},$$

где $УК_i$ – относительный уровень единичного показателя качества инновационной оздоровительной медицинской услуги i ;

$П_i$ – величина показателя i в оцениваемой оздоровительной медицинской услуге, баллы;

$П_{\bar{o}i}$ – величина показателя i в базовой оздоровительной медицинской услуге, баллы.

Следует обратить внимание, что при расчете претензионных показателей их величины тем меньше, чем больше и значимее претензии потребителей, либо расчет должен производиться как обратное соотношение (базовая величина к оцениваемой).

После расчета всех показателей качества и уровней качества по отдельным параметрам становится возможным определить комплексный уровень качества оцениваемой инновационной оздоровительной медицинской услуги:

$$КУК = \sum_{i=1}^n УК_i \cdot v_i = \sum_{i=1}^n \frac{П_i}{П_{\bar{o}i}} \cdot v_i,$$

где $КУК$ – комплексный уровень качества инновационной оздоровительной медицинской услуги;

n – общее количество учитываемых в расчете показателей качества инновационной оздоровительной медицинской услуги;

V_i – коэффициент весомости (удельный вес), принятый для i -го показателя качества инновационной оздоровительной медицинской услуги.

Коэффициент весомости рекомендуется использовать при оценке, поскольку значимость тех или иных показателей для потребителя, самой медицинской организации, органов управления здравоохранением может различаться. В этой связи присвоение весов, в зависимости от целей оценки и уровня распространенности предлагаемой методики, может осуществляться руководством организации, привлеченными экспертами, потребителями, принимающими участие в оценке, органами управления здравоохранением (возможен учет мнений всех заинтересованных сторон).

Положительная динамика комплексного уровня качества, на наш взгляд, способна служить подтверждением эффективности и результативности производимых инновационных изменений в медицинских организациях, повышающих доступность и качество медицинских услуг.

Еще раз обратим внимание, что данный методический подход призван обеспечить комплексность в оценке качества оздоровительных медицинских услуг: если нормативные и результирующие характеристики предполагают оценку со стороны профессионалов в области здравоохранения, то коммуникационные, сервисные и характеристики доступности предполагают привлечение к оценке потребителей, что в совокупности дает возможность не только удостовериться в соблюдении стандартов и требуемых регламентов при оказании услуги, но и выявить удовлетворенность потребителя (как подчеркивают исследователи, сегодня индекс удовлетворенности качеством услуг здравоохранения в России крайне низок – минимальный по сравнению с европейскими показателями)²³⁸. Кроме того, данный подход может использоваться как в рамках самоконтроля

²³⁸ Лapidус Л. В. Государственное регулирование и контроль качества услуг социальной сферы в Российской Федерации // Новые подходы в экономике и управлении: материалы III Международной науч.-практич. конф. 15-16 сентября 2013 г. Vědecko vydavatelské centrum Sociosféra-CZ. Прага, 2013; Лapidус Л. В. Проблема качества услуг социальной сферы // Аудит и финансовый анализ. 2014. № 4.

(внутренний контроль медицинских организаций), так и при осуществлении внешнего контроля (ведомственного и вневедомственного).

Подводя итоги данной главы исследования, отметим следующее.

В рамках организационно-методического инструментария развития системы оздоровления населения разработана процедура выбора осваиваемых оздоровительных услуг, которая предполагает проведение аудита оздоровительной деятельности, выявление возможностей использования инновационных решений и оценку готовности организации к внедрению ОМУ на основе модели выбора альтернатив.

Методика оценки комплексного уровня качества оздоровительных медицинских услуг предполагает расчет единичных показателей качества (в рамках нормативных, коммуникационных, сервисных, результирующих групп, а также характеристик доступности), исходя из которых рассчитывается комплексный показатель качества услуги. На основании данных групп разграничены направления и методы оценки характеристик качества оздоровительных медицинских услуг.

Глава 5

Стратегические направления реализации системы оздоровления населения РФ

5.1. Развитие медицинской и социальной профилактики

Важнейшей стратегической задачей в рамках развития системы оздоровления населения РФ мы считаем усиление профилактической составляющей в медицинской деятельности.

Несмотря на то, что к настоящему времени единая теория экономики здоровья не выработана, одним из важнейших направлений ее разработки является вопрос профилактики заболеваний. Результаты исследований позволяют утверждать, что система здравоохранения, направленная на комплексную профилактику заболеваний, дает существенно более значимый прирост общественного благосостояния по сравнению с пассивной, направленной только на лечение больных, политикой здравоохранения²³⁹.

Обеспечение сохранения здоровья граждан – один из приоритетов современной государственной стратегии. Увеличение продолжительности жизни, укрепление здоровья населения – одна из базовых целей демографической политики РФ (Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении концепции демографической политики РФ»). Основные направления государственной политики в части профилактики и формирования здорового образа жизни регламентируются Федеральным законом РФ

²³⁹ Букин А. К. Социально-экономические аспекты реализации целевых комплексных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М.: МГУ, 2009. С. 11.

от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где определяется новая парадигма в здравоохранении: от лечения – к профилактике. Реализация второго этапа приоритетного Национального проекта «Здоровье» направлена на развитие мер первичной медицинской профилактики, в связи с чем активизируется оснащение и развитие инфраструктуры и элементов профилактической медицины на различных уровнях отечественного здравоохранения²⁴⁰.

Соответственно, можно утверждать, что современный этап развития системы здравоохранения России характеризуется формированием систематизирующей идеологии и разработкой методологии всех функциональных разделов профилактической медицины. В этой связи естественно наличие повышенного интереса исследователей к данным вопросам, что проявляется в значительном количестве научных публикаций по тематике профилактической медицины, ее направлениям, специфике организации и вопросам формирования здорового образа жизни населения в целом.

По сути, приоритет профилактической медицины призван обеспечить переход от концепции «экономики здравоохранения» к концепции «экономики здоровья»²⁴¹.

Профессор Б. И. Бояринцев подчеркивает: сложность и многоплановость проблемы укрепления здоровья предъявляет особые требования к методам профилактики заболеваний²⁴². В этой связи требуется уточнение сущности и видов профилактики.

Общеизвестно, что термин «профилактика» (от греч. prophylacticos – предохранение, предупреждение) в здравоохранении в общем случае означает систему мер по предупреждению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. В законе «Об основах охраны здоровья граждан» профилактика определяется как комплекс мероприятий, направлен-

²⁴⁰ Агапитов А. Е. Формирование стратегии персонифицированного консультирования населения – важная задача центров здоровья // Всероссийская научно-практическая конференция «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». М., 2011. URL: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/.../08_centry_zdorovya.pdf

²⁴¹ Инновационное развитие сферы услуг: учеб. пособие / под ред. Е. В. Егорова, Т. Б. Беляевой. М.: Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, 2010. С. 220-225.

²⁴² Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001. С. 90.

ных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Вместе с тем в публикациях отмечается, что в конкретно-предметных аспектах данное понятие обозначает различные направления государственной политики, социальной, коллективной, индивидуальной деятельности, а также ряда направлений медицинской деятельности²⁴³.

Компонентами профилактики являются действия, связанные с обеспечением:

- охраны и оздоровления окружающей среды;
- охраны труда и профессиональной безопасности;
- безопасности продуктов питания;
- физической, экологической и общей культуры населения и пр.²⁴⁴

Соответственно, можно говорить о социально-экономической и медицинской составляющих профилактики как вида деятельности, где к медицинской составляющей относятся те действия по профилактике, которые могут и должны быть реализованы медицинскими организациями и учреждениями системы здравоохранения в целом.

Подобного видения придерживаются и исследователи СЗГМУ имени И. И. Мечникова²⁴⁵. Характеризуя профилактическое направление здравоохранения, А. А. Абумуслимова выделяет ряд критериев классификации профилактики. По целевым группам принято различать универсальную профилактику, избирательную профилактику и профилактику по показаниям, по отношению к населению – индивидуальную, групповую и популяционную (массовую). Автор приводит и другую классификацию профилактики (по уровню воздействия): первичная, вторичная и третичная.

²⁴³ Понятие профилактики. Структура и функции профилактической деятельности. URL: <http://www.libsid.ru/osnovi-sotsialnoy-meditsini/sotsialnie-bolezni/ponyatie-profilaktiki-struktura-i-funksii-profilakticheskoy-deyatelnosti>

²⁴⁴ Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001. С. 91-92.

²⁴⁵ Абумуслимова А. А. Здоровый образ жизни. Профилактическое направление здравоохранения. Виды профилактики. URL: <http://szgmu.ru>

Данная классификация является одной из наиболее часто используемых как в теоретических исследованиях, так и в практической деятельности. Классификация выделяется Всемирной организацией здравоохранения.

В рамках данной классификации первичной профилактикой является система мероприятий по предупреждению возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний. Речь идет о контроле причин возникновения болезни, эпидемиологических условий, о профилактике факторов риска заболеваний среди здорового населения.

Вторичная профилактика – система мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут вести к возникновению, развитию, обострению, рецидиву заболеваний.

Третичная профилактика – мероприятия по реабилитации больных, профилактика прогрессирования заболеваний в целях недопущения инвалидности, преждевременной смерти населения.

Безусловно, именно первичная профилактика является наиболее эффективным направлением в развитии современной системы здравоохранения.

Исследователи вопросов первичной медицинской профилактики констатируют: фактически медицинская профилактика в системе отечественного здравоохранения находится в начальной стадии организации и часто декретируется как комплекс мероприятий, направленных только на изменение образа жизни населения²⁴⁶. Авторы по итогам многолетних исследований утверждают: профилактику нужно рассматривать как комплексную систему общегосударственных мероприятий, направленных одновременно:

- на ограничение влияния главного причинного («пускового») фактора заболеваний;
- на изменение образа жизни;
- на раннюю диагностику за счет активного выявления групп высокого риска, их превентивное лечение.

²⁴⁶ Сусликов В. Л., Субеди Д., Тхакур Б. Методологическое обоснование проблем геохимической экологии и исходные принципы первичной профилактики // Современные проблемы науки и образования. 2009. № 6. С. 41-44.

Соответственно, можно говорить о том, что в рамках обеспечения охраны здоровья населения приоритетным направлением деятельности является развитие системы профилактических мероприятий, в основе которых лежит формирование здорового образа жизни.

Профилактика включает в себя не только медицинскую, но и социальную составляющую. В рамках первичной профилактики значительная роль принадлежит социальным мероприятиям, в рамках вторичной и третичной – медицинской деятельности. С точки зрения медицинской составляющей критерием здорового образа жизни является медицинская (профилактическая) активность.

Обеспечение профилактической активности населения – важнейшая цель первичной профилактики, которая предполагает большой спектр как медицинских мероприятий, так и действий, выходящих за рамки деятельности медицинских организаций (рис. 5.1.1).



Рис. 5.1.1. Направления первичной профилактики

Нельзя не отметить, что вопросы реализации мероприятий первичной профилактики, в особенности диспансеризации, в настоящее время являются весьма дискуссионными.

Так, профессор В. Власов, вице-президент Общества специалистов доказательной медицины, в своих публикациях резко критикует существующий формат диспансеризации – российского варианта скрининга – как по медицинским, так и по экономическим параметрам.

Так, автор отмечает, что многие традиционные процедуры диспансеризации являются низкоэффективными (общие анализы крови и мочи, электрокардиография и пр.), поскольку за последние годы в мире разработаны более прогрессивные скрининговые средства. Кроме того, выявленные проблемы предполагают проведение дополнительных обследований, специализированного лечения, а мощности специализированных медицинских центров недостаточны, соответственно, доступность дополнительных процедур ограничена²⁴⁷.

По мнению автора, оценка программы скрининга должна делаться на основе критериев Вильсона-Джаннера (Wilson-Jungner)²⁴⁸:

1. Состояние, на которое нацелена программа, должно быть важной проблемой здоровья;
2. Развитие болезни (состояния) должно быть хорошо изученным;
3. У состояния должна быть выявляемая ранняя стадия;
4. Вмешательство на ранней стадии должно быть более эффективно, чем в поздних стадиях;
5. Должен быть доступен диагностический тест для выявления ранней стадии болезни;
6. Тест для выявления ранней стадии должен быть приемлемым;
7. Должны быть определены интервалы между повторными обследованиями;
8. Должны быть обеспечены дополнительные диагностические и лечебные вмешательства, потребность в которых возникает в результате скрининга;

²⁴⁷ Власов В., Данишевский К. Снова ходим по граблям // Медицинская газета. 2013. № 93.

²⁴⁸ Власов В. Опять диспансеризация? // Медицинская газета. 2005. № 86.

9. Физический и психологический вред должен быть меньше, чем польза от программы;

10. Стоимость программы в отношении к ее полезности должна быть не выше, чем у прочих медицинских вмешательств (программ).

Несоответствие хотя бы одному критерию ставит под сомнение целесообразность внедрения программы скрининга.

Кроме того, отмечаемой исследователями проблемой является то, что традиционные приемы по диспансеризации вызывают массовое «отвлечение» специалистов лечебно-профилактических учреждений от работы по оказанию помощи больным²⁴⁹.

В конечном итоге автор подводит к выводу о том, что для обеспечения медицинской, социальной и экономической эффективности скрининга необходимо повышение научной обоснованности форм и процедур скрининга, создание национальных рекомендаций по медицинской профилактике на основе доказательных научных данных, использования опыта лучших зарубежных программ. Подобные выводы делает и профессор Б. Бояринцев, отмечая: управление профилактикой необходимо осуществлять в соответствии с оценкой экономических затрат, уровнем качества и эффективности медицинских услуг, опираясь на клинические и экономические результаты; выбор способов профилактики требует разработки четких и научно обоснованных критериев их использования²⁵⁰.

Таким образом, современной системе здравоохранения требуются новые, инновационного характера решения, позволяющие повысить уровень общественного здоровья:

- повышение научной обоснованности процедур скрининга;
- внедрение новых технологий скрининга (в том числе ресурсосберегающих);
- внедрение новых организационных форм первичной профилактики.

В этой связи нельзя не обратить еще раз внимание на то, что с 2009 года, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009

²⁴⁹ Аксенов В., Власов В. Диспансеризация – 2013: еще немного, еще чуть-чуть. URL: <http://osdm.org/blog/2013/01/15/pro-bessmyslennye-usiliya-dispanserizacii/>

²⁵⁰ Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001.

№ 597Н и № 430Н, в России стали создавать центры здоровья, которые дополнили поликлиническое и госпитальное звено здравоохранения²⁵¹.

Данные центры призваны реализовывать большую часть мероприятий медицинской профилактики:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз состояния здоровья;
- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;
- организация мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- мониторинг показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

По мнению специалистов, центры здоровья существенно разгружают врачей поликлиник, взяв на себя большую часть профилактической работы со здоровыми людьми²⁵².

Вместе с тем отмечается, что центры здоровья пока еще в большей степени выступают в роли подразделений функциональной диагностики, ориентированных не на прогноз состояния здоровья, а на констатацию его нарушения, хотя основная задача данной структуры – индивидуальная профилактика – намного шире²⁵³.

²⁵¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н (ред. от 26.09.2011) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

²⁵² Абумуслимова А. А. Здоровый образ жизни. Профилактическое направление здравоохранения. Виды профилактики. URL: <http://szgmu.ru>

²⁵³ Иванова Е. С., Крошнин С. М., Шалягин Ю. Д. Новые пути формирования культуры здоровья в условиях центров здоровья // Всероссийская научно-практическая конференция «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». М., 2011. С. 24-25.

Кроме того, если «диагностическая» часть работы центров здоровья благодаря применению нового оборудования не вызывает особых трудностей, то обучение и формирование принципов приверженности к здоровому образу жизни требует разработки и внедрения современных технологий. Так, например, аналитиками отмечается, что сегодня в пропаганде здорового образа жизни мода является более весомым аргументом, чем здоровье²⁵⁴. Данная проблематика уже разрабатывается в социологических исследованиях²⁵⁵.

Основная трудность при реализации этой части задач центров – создание устойчивой мотивации у населения к сохранению здоровья, к отказу от вредных привычек, к борьбе с факторами риска. Тем не менее очевидно, что у врачей центров здоровья в этом плане больше возможностей, чем у врачей поликлиник. Кроме того, отмечается, что сотрудники центров здоровья нуждаются в методической помощи во внедрении новых, научно разработанных методов профилактической работы.

Усиливает остроту вопроса то, что, как следует из проведенного ранее в работе анализа, ряд регионов Российской Федерации характеризуется существенным преобладанием больничных учреждений над амбулаторно-поликлиническими.

Так, согласно данным таблиц 2.3.13-2.3.16 (рейтинг регионов за 2012 год), при весьма высокой оснащенности больничными койками (в расчете на 1000 человек населения) существенно меньше мощности амбулаторно-поликлинических учреждений в 24 регионах РФ. В 32 регионах мощности больниц сопоставимы с мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений, и лишь 17 регионов в большей степени оснащены поликлиниками. Из 15 регионов, характеризующихся максимальными значениями показателя заболеваемости населения, высокая оснащенность амбулаторно-поликлиническими учреждениями присуща лишь пяти регионам (Архангельская и Владимирская области, Республика Коми и Чувашская Респуб-

²⁵⁴ Губин Д. О моде и о здоровом образе жизни. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/2143870>

²⁵⁵ Терёшкина В. Н. Мода как фактор развития здорового образа жизни молодежи: автореф. дис. ... канд. соц. наук / ФГАОУ ВПО «Северный (Арктический) федеральный университет им. М. В. Ломоносова». Архангельск, 2013.

лика, Чукотский автономный округ). У шести же регионов с максимально высокими показателями заболеваемости оснащенность поликлиниками низкая либо ниже среднего.

Кроме того, несмотря на наличие в ряде амбулаторно-поликлинических организаций регионов отделений либо кабинетов, осуществляющих профилактическую работу, их количество существенно разнится: в одиннадцати регионах количество профилактических отделений либо кабинетов не превышает десяти на регион (при этом более половины регионов – 6 из 11 – характеризуются высоким и выше среднего уровнем заболеваемости населения).

Говоря о специализированных на профилактике населения структурах – центрах здоровья и центрах медицинской профилактики, следует обратить внимание, что в 24 регионах РФ такого рода структуры в 2012 году отсутствовали, а в 30 регионах их существовало по одному на регион. Лишь в 12 регионах количество подобных структур было больше десяти.

Данные по заболеваемости населения регионов, оснащенности профилактическими отделениями и кабинетами, а также наличию и количеству центров здоровья и центров медицинской профилактики демонстрирует приложение 1.

Данные таблицы приложения 1 подтверждают вывод о том, что пока активная профилактическая деятельность не является приоритетной по сравнению с классическими лечебно-диагностическими направлениями во многих регионах. Соответственно, важным направлением процесса оздоровления населения РФ представляется активизация внедрения стационарозамещающих технологий в рамках амбулаторно-поликлинических подразделений, усиление профилактической составляющей в региональных системах здравоохранения.

При этом нельзя не отметить еще раз, что именно профилактическая деятельность характеризуется противоречием экономической и социальной эффективности, и с ростом хозяйственной самостоятельности медицинских организаций повышаются риски низкой их заинтересованности в активизации подобной деятельности. Именно в этой связи, на наш взгляд, представляется крайне важным продолжение работы по формированию и расширению сети специализированных на профилактике струк-

тур, подобных центрам здоровья, финансирование которых должно быть прерогативой государства в рамках соответствующих целевых программ.

В целях выявления специфики и эффективности реализации различных мероприятий по первичной медицинской профилактике населения в регионах (на примере г. Ульяновска) нами было проведено социологическое исследование в форме анкетирования, в котором приняли участие 100 студентов вузов г. Ульяновска, обучающихся по программам бакалавриата, специалитета и магистратуры. Возраст опрошиваемых – от 19 до 29 лет (именно эта возрастная категория, на наш взгляд, должна особо активно привлекаться к различного рода профилактическим программам в силу высокой перспективности на рынке труда). Среди опрошенных 80 % составили девушки, 20 % – юноши.

Анкета включала в себя 12 вопросов, часть которых была посвящена оценке эффективности проводящихся мероприятий в рамках сервисной компоненты первичной профилактики и активности различных субъектов в данной деятельности, часть – выявлению степени информированности и активности респондентов в мероприятиях, составляющих медицинскую компоненту первичной профилактики, оценке их эффективности и современности. Кроме того, ряд открытых вопросов был направлен на выявление тех причин, которые, по мнению участников анкетирования, характерны для сферы первичной профилактики.

При выставлении оценок предлагалась шестибалльная их градация:

- «0» – очень низкая оценка;
- «1» – низкая оценка;
- «2» – оценка ниже среднего;
- «3» – оценка выше среднего;
- «4» – высокая оценка;
- «5» – очень высокая оценка.

В результате опроса выяснилось, что средняя оценка эффективности проводящихся в последние годы мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, медицинскому просвещению, гигиеническому воспитанию и т. п. (сервисная компонента первичной медицинской профилактики) составляет 2,98, то есть оценивается на уровне «выше среднего». При этом

35 % опрошенных обозначили наблюдаемый ими в последние годы рост активности различных субъектов в проведении такого рода мероприятий.

Конкретизация субъектов, наиболее активно действующих в части социальной компоненты первичной профилактики, осуществляемая при анкетировании, также предполагала балльную оценку. В результате оценка «выше среднего» оказалась у представителей средств массовой информации (3,61) и у организаций здравоохранения (3,24). Ниже среднего респонденты оценили деятельность органов государственной власти (2,49), работодателей и руководства учебных заведений (2,17), деятельность самого населения (2,67).

Активность респондентов в мероприятиях, относящихся к медицинской компоненте первичной профилактики, структурировалась следующим образом:

– медицинские осмотры в организациях здравоохранения регулярно проходят лишь 30 % опрошенных, 57 % проходят их нерегулярно, 13 % не проходят медицинские осмотры (из них 6 % – из-за отсутствия времени, 4 % не видят в этом необходимости, 3 % не знают о такого рода мероприятиях);

– в программах диспансеризации принимают участие 12 % респондентов, 26 % не участвуют в силу отсутствия времени либо необходимости, 62 % не знают о данных программах;

– вакцинацию от заболеваний проходят регулярно 9 % опрошенных, нерегулярно – 44 %, остальные 47 % по различного рода причинам отказываются от участия в мероприятиях по вакцинации населения (из них 9 % не знают о наличии таких мероприятий);

– в центры здоровья, работающие в регионе, обращались за услугами по диагностике состояния здоровья 37 % респондентов, среди оставшихся 63 % треть (21 %) не знают о существовании такого рода организаций.

В целом эффективность методов и технологий, используемых в рамках медицинской компоненты первичной профилактики, была оценена выше среднего (3,15), почти так же респонденты оценили их современность (2,95).

Характеризуя проблематику деятельности по первичной профилактике в регионе, 63 % участников анкетирования подчеркнули слабость ин-

формационного сопровождения мероприятий, в том числе пропаганды здорового образа жизни, 21 % – низкую степень убедительности информации по данным вопросам (еще 17 % заявили об отсутствии должной мотивации у населения, что, на наш взгляд, также связано с убедительностью пропаганды). Кроме того, 28 % респондентов обратили внимание на проблемы организационного характера (очереди, неудобное время приема и пр.), 16 % – на проблемы кадрового и технологического характера (низкий уровень квалификации медицинских работников, устаревшие технологии и оборудование), а 5 % опрошенных, помимо прочего, убеждены в необходимости существенного усиления контроля со стороны государства за реализацией программ первичной профилактики.

Результаты анкетирования позволяют сделать вывод о том, что в регионе основной проблемой деятельности по первичной профилактике (как медицинской, так и сервисной ее компоненты) является слабое информационное обеспечение программ и мероприятий (в том числе качество и убедительность информационных сообщений), что существенно снижает эффективность реализуемых действий. В частности, с этих позиций, на наш взгляд, требуется существенное усиление работы центров здоровья в регионах по информированию населения об оказываемых услугах, активизация привлечения населения (в первую очередь молодежи) к программам и мероприятиям, реализуемым в данных структурах.

Таким образом, в настоящее время весьма важным для реализации приоритетных направлений развития системы здравоохранения является поиск решений инновационного характера в отношении роста качества информационной поддержки программ медицинского просвещения, пропаганды и обучения здоровому образу жизни. Необходимо расширение каналов распространения информации с использованием интернет-технологий, в том числе социальных сетей. Эти решения должны лечь в основу программ реализации приоритетных для финансирования медицинских услуг в сфере первичной профилактики.

Говоря об источниках финансирования такого рода мероприятий, нельзя не напомнить о наличии определенной специфики и проблематики, вызванной колоссальной социальной значимостью медицинского труда и противоречиями между медицинской, экономической и социальной эф-

фективностью. Академик Р. Оганов подчеркивает и наличие этических ограничений использования исключительно экономических критериев в оценке эффективности профилактики. Так, отмечает автор, предотвращение даже относительно небольшого числа смертельных исходов и случаев инвалидности среди детей значительным образом окупается сохранением многих лет трудоспособной жизни, экономией средств на содержание инвалидов. Вместе с тем применение аналогичных мер профилактики заболевания к взрослым (особенно к инвалидам) нередко влечет за собой не экономию средств, а дополнительную нагрузку на бюджет здравоохранения. Однако очевидно, что аморально лишать взрослое население профилактики ввиду более низкой экономической эффективности профилактических мероприятий²⁵⁶.

Тем не менее непосредственным экономическим результатом проведения профилактики заболевания населения является сокращение расходов общества на лечение больных и на сопутствующие социальные выплаты (оплата больничных листов, пособий по инвалидности, потере кормильца и пр.). Сокращаются потери рабочего времени общества, связанные с заболеваемостью. В стоимостном выражении потери трудового времени определяются как опосредованный ущерб, детерминированный потерей определенной части валового внутреннего продукта²⁵⁷.

Соответственно, оправданно утверждение о том, что профилактика заболеваемости населения – это вид общественного блага, реализация которого снижает совокупные расходы общества на лечение больных, сопутствующие социальные выплаты, а также стоимостное выражение потерь трудового времени вследствие временной утраты трудоспособности, инвалидизации и преждевременной смертности населения, вызываемой заболеваниями²⁵⁸. Авторы данного определения настаивают: расходы на профилактику заболеваемости населения необходимо рассматривать как инвестиции в здоровье населения, а источником их финансирования должен

²⁵⁶ Оганов Р. Г., Хальфин Р. А. Руководство по медицинской профилактике. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

²⁵⁷ Усачев В. И. Здоровье населения российских регионов. М., 2005.

²⁵⁸ Хан И. С., Гулевич А. П. Об оптимизации экономических эффектов в стратегиях профилактики неинфекционных заболеваний // Вестник ТГЭУ. 2008. № 2. С. 10-21.

являться государственный бюджет, в отличие от расходов на лечение, которые могут финансироваться из различных источников.

Тем не менее, несмотря на ограничения в источниках финансирования дорогостоящей регулярной профилактики населения, окупаемость данных инвестиций весьма высока. Исследователи опыта по проведению масштабных программ профилактики заболеваемости в СССР и ряде зарубежных стран выявили, что инвестиции в профилактику окупаются за счет снижения совокупных расходов общества в соотношении от 1:10 до 1:64²⁵⁹. Еще в конце 80-х годов XX века было установлено: за счет сокращения средней продолжительности заболеваний в расчете на одного работающего только на 1 день страна получает дополнительно 2,2 млрд руб. продукции²⁶⁰.

На сегодняшний день масштабы экономических потерь от ухудшения состояния здоровья населения, по оценкам ряда авторов, весьма значительны.

Корчагин В. оценивает потери России от причин, связанных со здоровьем населения страны, в 1996 году в 18,92 % ВВП (191 млрд долл. США по паритету покупательной способности)²⁶¹. Б. Прохоров и Д. Шмаков оценивают потери за 1999 год в 65 млрд долл. США²⁶². В. Усачев приводит оценку в 185 млрд долл. США в период с 1996 по 2001 год²⁶³.

Исследования последних лет (модели влияния профилактических обследований на развитие заболеваний И. Хан и А. Гулевича) показывают, что в начальный период обследований наиболее выгодны большие объемы профилактических мероприятий, несмотря на их высокую стоимость. Далее доля обследуемого населения стабилизируется, система профилактики переходит в магистральное состояние, причем экономический эффект про-

²⁵⁹ Квасов С. Е. Медико-социальная модель здравоохранения и экономическая эффективность в период его перестройки. Горький, 1989.

²⁶⁰ Бояринцев Б. И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. М.: Профиздат, 1990. С. 13.

²⁶¹ Корчагин В. П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации // Экономика здравоохранения. 1998. № 2.

²⁶² Прохоров Б. Б., Шмаков Д. И. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья // Проблемы прогнозирования. 2002. № 3. С. 125-135.

²⁶³ Усачев В. И. Здоровье населения российских регионов. М., 2005.

должает проявляться и в периоды, превышающие плановые. В течение 8 лет проведение профилактических мероприятий позволяет сократить расходы на лечение больных на 16-20 %, причем объем сэкономленных средств в 6-7 раз превосходит объем расходов на профилактику²⁶⁴.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

- в рамках обеспечения здоровья населения приоритетным направлением деятельности является развитие системы профилактических мероприятий, в первую очередь первичной профилактики;
- первичная профилактика включает социальную и медицинскую составляющие;
- медицинская профилактика включает образовательную компоненту (в первую очередь пропаганду здорового образа жизни) и медицинскую компоненту (процедуры скрининга и мониторинга здоровья);
- для повышения уровня общественного здоровья требуются решения инновационного характера, предполагающие научную разработку и практическое внедрение новых технологий скрининга, новых организационных форм первичной профилактики, современных технологий обучения и формирования принципов приверженности к здоровому образу жизни;
- повышение эффективности программ первичной профилактики требует роста качества информационного обеспечения реализуемых программ и мероприятий;
- в силу наличия противоречий в экономической и социальной эффективности первичной медицинской профилактики финансирование инноваций в профилактической деятельности – прерогатива государства;
- экономический эффект от инновационных изменений в медицинской профилактике проявляется в долгосрочной перспективе и выражается в снижении совокупных расходов на лечение и сопутствующие социальные выплаты, а также в снижении потерь трудового времени и соответствующих потерь части ВВП.

²⁶⁴ Хан И. С., Гулевич А. П. Об оптимизации экономических эффектов в стратегиях профилактики неинфекционных заболеваний // Вестник ТГЭУ. 2008. № 2. С. 10-21.

5.2. Совершенствование системы финансирования оздоровительных услуг организаций здравоохранения

Как уже отмечалось в предыдущих разделах исследования, переход к новым условиям финансирования сферы оздоровления населения является в настоящее время крайне проблемным для многих регионов РФ, а потому весьма дискуссионным. Проблемы, поднимаемые в ходе дискуссий, на наш взгляд, можно сгруппировать по нескольким направлениям.

Проблемы планирования деятельности организаций по оказанию оздоровительных услуг.

За последние годы существенно изменился подход к определению видов, форм и условий оказания бесплатной медицинской помощи. В ноябре 2014 года Правительством РФ принято постановление «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 гг.»²⁶⁵. В нем отражены новые условия оказания бесплатной оздоровительной медицинской помощи.

Так, в рамках данной программы обозначено, что бесплатно предоставляется первичная медико-санитарная помощь, включающая мероприятия по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (за счет средств обязательного медицинского страхования), а также за счет федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан. При этом для определения объема данной помощи используются средние нормативы на одного жителя в целом по программе и на одно застрахованное лицо – по базовой программе ОМС. Данные нормативы корректируются с учетом особенностей субъектов РФ: возрастного состава населения, уровня заболеваемости, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности меди-

²⁶⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 гг.». URL: http://base.garant.ru/70812574/#block_10

цинских организаций, уровня развития транспортных путей, плотности населения и других факторов.

Вместе с тем пока не решены вопросы планирования деятельности медицинских организаций в условиях свободы выбора застрахованными лицами конкретных медицинских учреждений, выбора врача. При наличии таких прав застрахованных лиц вполне вероятно возникновение неравномерности потоков пациентов, в первую очередь в медицинские организации, оказывающие оздоровительные услуги и характеризующиеся хорошей репутацией, высокой квалификацией врачей, повышенным уровнем сервиса. На это обращает внимание представитель страховой медицинской организации Т. Ю. Кайгородова²⁶⁶.

Решение данной проблемы требует изменения подходов к планированию заданий для медицинских организаций в части оказания оздоровительных медицинских услуг, что отмечает доктор экономических наук, профессор М. В. Пирогов²⁶⁷.

Автор настаивает на необходимости организации анализа:

– частоты встречаемости заболеваний различных категорий пациентов и медицинских технологий, используемых для их лечения (что позволит выявить меньшую часть заболеваний, потребляющих большую часть ресурсов здравоохранения (80-95 %), и большую часть заболеваний, потребляющих меньшую часть ресурсов здравоохранения (5-20 %));

– ресурсных возможностей медицинских организаций (по сути – технологический паспорт медицинской организации, где содержится информация о текущем состоянии кадрового потенциала, технологическом уровне, оснащении оборудованием и инструментами и пр.).

В результате должен формироваться банк оздоровительных медицинских технологий и услуг, обеспечивающих соответствующие потребности населения в конкретных зонах обслуживания.

²⁶⁶ Кайгородова Т. Ю. Выступление в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>

²⁶⁷ Пирогов М. В. Новая методика планирования территориальных программ ОМС // Здравоохранение. 2013. № 10.

Соответственно, в рамках развития системы оздоровления населения необходимо создание особого инструмента обеспечения прав застрахованных лиц на выбор медицинского учреждения. На наш взгляд, таким инструментом может стать формирование и внедрение электронного банка оздоровительных медицинских услуг на уровне каждого региона.

Электронный банк данных должен содержать информацию о наличии возможности присутствующих в регионе медицинских организаций оказать услуги по удовлетворению потребности застрахованных лиц в тех или иных видах оздоровительных медицинских услуг.

Речь идет не только о потенциальных возможностях, но и о текущей загруженности медицинской организации пациентами. Соответственно, сайт, где размещается банк данных, должен находиться в открытом доступе, обновляться достаточно часто (в идеале – в режиме on-line) и позволять застрахованному лицу (либо врачу, определившему потребность пациента в получении определенных оздоровительных услуг) записаться на прием к конкретному специалисту конкретной медицинской организации, имеющей текущие возможности по оказанию соответствующих медицинских услуг.

Обратим внимание, что, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (ст. 21)²⁶⁸, для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию и конкретного врача не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). Прообразы предлагаемого инструментария в настоящее время существуют (например, система удаленной (дистанционной) записи пациентов на прием в рамках регистратурно-учетной информационной системы ЛПУ)²⁶⁹, но информация о медицинских организациях и оказываемых ими услугах разрознена и представлена лишь на сайтах соответствующих учреждений. Предлагаемый же вариант требует наличия единого адреса размещения та-

²⁶⁸ Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

²⁶⁹ Колядо В. Б., Костин В. И., Дорофеев Ю. Ю., Вершинина Т. В. Современные организационно-технические решения повышения доступности специализированной медицинской помощи // *Фундаментальные исследования*. 2012. № 1. С. 43-46.

кого рода информации (специализированный сайт) и особую его структуру – по структуре спроса на оздоровительные медицинские услуги.

Организационное структурирование услуг по оказанию оздоровительной помощи.

При всех отмеченных выше нововведениях в части условий оказания бесплатной медицинской помощи нельзя не отметить, что существует ряд ограничений в ее получении.

Так, постановлением Правительства РФ в 2012 году утверждены Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг²⁷⁰. Согласно данным Правилам, медицинские организации имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:
 - установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;
 - применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых (если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень);
 - применение медицинских изделий, лечебного питания (в том числе специализированных), не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся за-

²⁷⁰ Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

страхованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами РФ;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 21), и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи в неотложной или экстренной форме.

Соответственно, в данных случаях оздоровительные медицинские услуги предоставляются на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (ДМС).

Такая альтернатива вызывает ряд проблемных вопросов.

Во-первых, как организационно разделить потоки оказываемых оздоровительных медицинских услуг по ОМС и платных оздоровительных медицинских услуг?

Во-вторых, как финансово разделить потоки средств в рамках оплаты оздоровительных медицинских услуг по ОМС и платных оздоровительных медицинских услуг?

В отношении первого вопроса можно отметить следующее. Формально не существует ограничений для медицинских организаций по вхождению в систему ОМС: при условии соблюдения установленных правил по ОМС медицинские организации принимают участие в этой системе, подав заявку, то есть заявительным порядком.

Однако практика показывает, что у медицинских организаций возникают проблемы определения приоритетности при оказании медицинских услуг клиентам с полисом ОМС и клиентам, предлагающим иные формы оплаты (например, с полисом ДМС). Так, профессор В. В. Эстрин констатирует: если в перинатальном центре заключен договор ДМС с определенной организацией, то при большой загрузке по ОМС он не сможет выполнить обязательства по ДМС, поскольку не имеет права отказать пациентам с полисом обязательного медицинского страхования. Иными словами, ре-

лизуя программу ОМС, медицинская организация отчасти дискриминирует услуги и пациентов, не предусмотренных ОМС²⁷¹.

Второй поставленный вопрос также весьма актуален. Очевидно, что если медицинская организация работает исключительно в рамках системы ОМС, то тарифы должны покрывать все операционные расходы, кроме капитальных затрат и закупки оборудования на сумму свыше 100 тысяч рублей. При этом предполагается, что для госучреждений деньги на оснащение, строительство поликлиник и больниц выделяются из бюджета, а вся текущая деятельность финансируется из фонда ОМС. Однако нередко средства, которые медучреждение получает из фонда ОМС, оказываются меньше, чем затраты на текущую деятельность. Калькулировать же платные оздоровительные медицинские услуги, которые дополняют ОМС, пока представляется сложной задачей, отмечает директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Л. Попович²⁷².

Более того, в настоящее время законодательно запрещено разделять один и тот же счет за оказанную оздоровительную медицинскую услугу на ОМС и ДМС (то есть в рамках оказанной услуги дополнять сумму финансирования за счет средств ОМС в части обеспечения повышенного качества средствами ДМС). Но даже если законодательство будет изменено в этой части, неясно, как именно можно поделить счет²⁷³.

Как отмечает А. Н. Кузнецов, генеральный директор страховой компании «Капитал-полис», сегодня закон декларирует либерализацию рынка медицинских услуг в плане вхождения частных медицинских учреждений, но запрещает медицинским учреждениям использовать систему софинансирования, то есть взимания денег с разницы между тарифом ОМС и реальным тарифом за услуги в этом медицинском учреждении. Однако при

²⁷¹ Кузнецов А. Н., Эстрин В. В. Выступления в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>

²⁷² Цит. по: Седов К. Что тормозит интеграцию негосударственных клиник в систему обязательного медицинского страхования // Деловой журнал об индустрии здравоохранения Vademecum. 2013. № 04 (10 июня). URL: <http://vademec.ru/magazines/article1276.html>

²⁷³ Кайгородова Т. Ю. Выступление в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>

этом закон разрешает государственным медицинским учреждениям – районным поликлиникам, муниципальным больницам – оказывать платные медицинские услуги²⁷⁴. Тем не менее автор отмечает, что варианты решения вопроса существуют.

Так, например, элементы софинансирования в Санкт-Петербурге существовали более 10 лет, когда медицинским организациям выставались счета по добровольному медицинскому страхованию, которые уменьшались на сумму ОМС. Эта практика достаточно успешно работала, однако постепенно Комитет по здравоохранению и Министерство здравоохранения стали ее ограничивать. На сегодняшний день «камнем преткновения» является 230-й приказ ФОМС, где сказано о том, что если организация получила деньги за добровольное медицинское страхование или за платные услуги, значит, по обязательному медицинскому страхованию эти услуги не оплачиваются²⁷⁵.

Таким образом, на сегодня можно говорить о наличии трех типов медицинских организаций в зависимости от источников финансирования деятельности по оказанию оздоровительных медицинских услуг (рис. 5.2.1):

1. Медицинские организации, работающие в системе ОМС, – государственные, муниципальные и частные медицинские организации;
2. Медицинские организации, работающие вне системы ОМС (добровольное медицинское страхование, личные средства граждан и пр.), – частные медицинские организации;
3. Медицинские организации, работающие по смешанному типу (ОМС, ДМС и иные источники финансирования), – государственные, муниципальные и частные медицинские организации.

²⁷⁴ Кузнецов А. Н., Эстрин В. В. Выступления в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. URL: <http://www.gaexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>

²⁷⁵ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».



Рис. 5.2.1. Виды медицинских организаций в зависимости от источников финансирования деятельности по оказанию оздоровительных медицинских услуг

Обсуждая данные проблемы, специалисты расходятся во мнениях по их решению в рамках двух возможных систем сосуществования платной и бесплатной (финансируемой по ОМС) оздоровительной медицинской помощи.

Так, А. Н. Кузнецов (СК «Капитал-Полис»), профессор В. В. Эстрин (Ростовский НИИ акушерства и педиатрии) предлагают ввести дополняющую систему, когда существует возможность доплаты (по ДМС и пр.) за те оздоровительные медицинские услуги, стоимость которых превышает покрытие обязательного медицинского страхования. Подобную позицию специалисты обосновывают тем, что в данном случае возрастает доступность более качественных медицинских услуг, повышенной комфортности их оказания²⁷⁶.

²⁷⁶ Кузнецов А. Н., Эстрин В. В. Выступления в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume>

Иной позиции придерживается В. А. Зеленский, директор Департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения РФ. Он предлагает замещающий вариант, когда ряд медицинских организаций работает исключительно по системе ОМС, а остальные реализуют ту оздоровительную медицинскую деятельность, которая не покрывается ОМС. Таким способом, по мнению специалиста, ликвидируется дискриминация клиентов по доходам в рамках той или иной медицинской организации²⁷⁷.

На наш взгляд, решением противоречий может стать подход, при котором оплата за оздоровительную медицинскую деятельность осуществляется по факту оказания оздоровительной медицинской услуги (или набора медицинских услуг) как по полису ОМС, так и в рамках использования иных источников финансирования.

Подобный подход характеризует профессор Б. И. Бояринцев²⁷⁸, отмечая, что в системе управления медицинской помощью простейший случай лечения является детальной медицинской услугой и определяется по данным медико-экономических стандартов (усредненных показателей необходимых затрат времени, количественного и качественного состава медицинских работников, видов и количества требуемых ресурсов: медикаментов, оборудования и пр.). При наличии особенностей здоровья пациента (сопутствующие заболевания, осложнения) стандарты усложняются. Совокупность детальных услуг является, по терминологии автора, простой услугой. В себестоимость простой услуги включаются:

- заработная плата;
- затраты на социальное и медицинское страхование персонала;
- затраты на канцелярские, командировочные и хозяйственные накладные расходы;
- расходы на питание пациентов и медикаменты;
- сумма амортизационных отчислений;
- износ мягкого инвентаря и оборудования;

²⁷⁷ Зеленский В. А. Выступление в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС», г. Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012.

²⁷⁸ Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001. С. 68-69.

- капитальный ремонт зданий и сооружений;
- расходы на приобретение лицензий и сертификатов.

В себестоимость оздоровительных медицинских услуг не входят капитальные вложения, затраты на приобретение оборудования, штрафы и пени.

При этом крайне важно использовать предложенное нами деление оздоровительной медицинской услуги на сервисную и медицинскую составляющие. Как обосновывалось нами ранее, медицинская составляющая включает в себя те компоненты, которые характеризуют воздействие на пациента как на биологический организм, а сервисная составляющая включает компоненты, характеризующие условия оказания оздоровительной медицинской услуги.

Соответственно, можно говорить о четырех вариантах финансирования оздоровительных медицинских услуг:

1. ОМУ со стандартным качеством медицинского воздействия и условиями оказания услуги полностью финансируются в рамках ОМС. Важно, что в рамках этих услуг должен быть обеспечен минимальный качественный стандарт всей предоставляемой медицинской помощи;
2. ОМУ с повышенным качеством медицинского воздействия и стандартными условиями оказания услуги – условия оказания входят в ОМС, повышенное качество медицинского воздействия финансово обеспечивается дополнительными источниками финансирования (ДМС, личные средства и пр.);
3. ОМУ со стандартным качеством медицинского воздействия и повышенным уровнем качества условий оказания услуги – качество медицинского воздействия входит в ОМС, повышенный уровень условий оказания финансово обеспечивается дополнительными источниками финансирования (ДМС, личные средства и пр.);
4. ОМУ с повышенным качеством медицинского воздействия и повышенным уровнем оказания услуги – повышенный уровень качества медицинского воздействия и условий оказания финансово обеспечивается дополнительными источниками финансирования (ДМС, личные средства и пр.).

Все медицинские организации должны четко позиционировать себя в рамках данной типологии. Такого рода разграничение позволит потребителям оздоровительных медицинских услуг более определенно представлять специфику работы медицинской организации с точки зрения обеспечиваемого уровня качества медицинской услуги в целом и отдельных ее составляющих. Выбирая конкретную медицинскую организацию, клиент получает возможность за счет дополнительных средств обеспечить повышенный уровень качества услуги, в том числе за счет наличия инновационной медицинской или сервисной составляющей.

Вместе с тем остается вопрос о правомочности покрытия части оплаты оздоровительной медицинской услуги за счет средств ОМС. В настоящее время, как уже отмечалось, это невозможно. Тем не менее считаем, что изменение законодательства в этой части необходимо. В основе структуры тарифов за любые медицинские услуги (в том числе повышенного уровня качества) должны быть заложены утвержденные стандарты, отражающие нормативные затраты в расчете на унифицированную единицу объемов медицинской помощи. Структура дополнительных расходов обосновывается медицинской организацией дополнительно и, несомненно, подлежит проверке и экспертизе со стороны уполномоченных на то органов. Покрываются эти расходы за счет системы добровольного медицинского страхования, личных средств клиента и пр.

Дополнительным аргументом обоснованности данного предложения является то, что в ряде развитых стран практикуется так называемая «смешанная» система страхования, в рамках которой распространен принцип «участия в издержках», то есть оплата пациентом определенной части стоимости медицинской помощи в дополнение к взносам в ОМС. На это обращает внимание профессор Б. И. Бояринцев²⁷⁹.

Усилением мотивации на поиск таких инновационных решений, которые при наличии дополнительных расходов обеспечат результативно-ориентированное развитие организаций здравоохранения, может служить введение рейтинга медицинских организаций, что предлагают исследова-

²⁷⁹ Бояринцев Б. И., Гладышев А. А. Экономика здоровья населения. М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001. С. 37.

тели подобных вопросов. Так, В. В. Фоменко считает, что присвоение определенного рейтинга результативности будет являться конкурентным преимуществом медицинской организации в условиях свободного выбора пациентами организаций, проводящих лечение. Он же может служить основой для определения размеров дополнительного финансирования оздоровительных услуг организации сверх установленных тарифов (рис. 5.2.2)²⁸⁰.

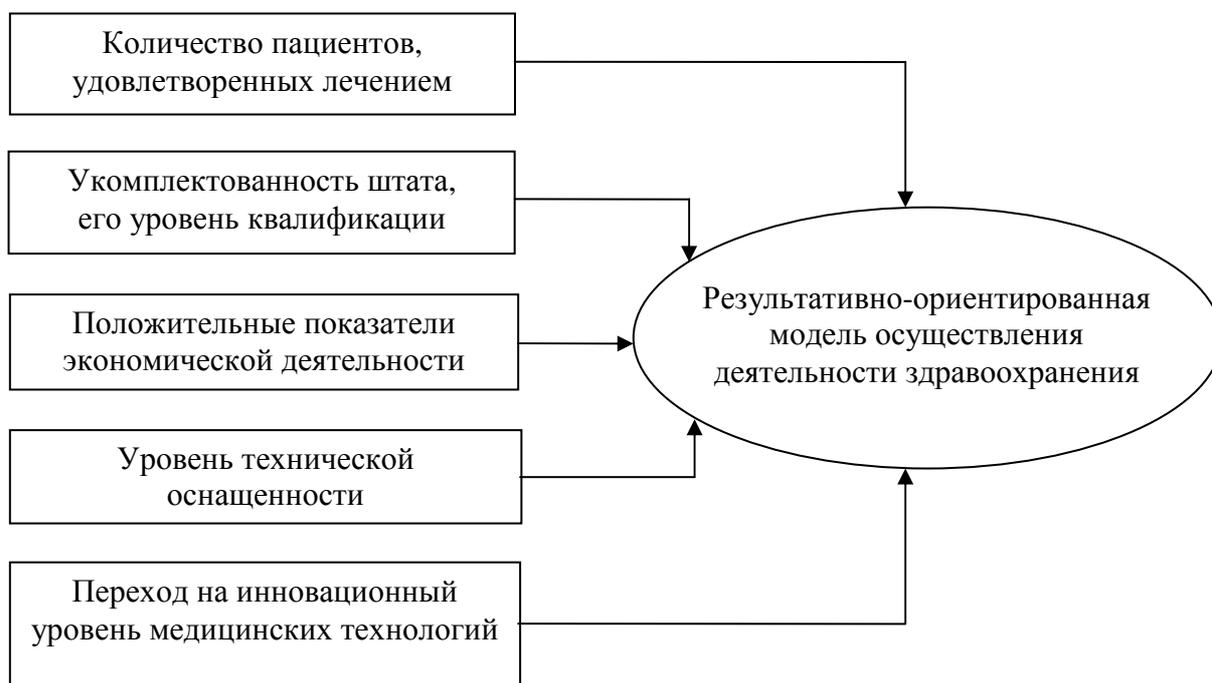


Рис. 5.2.2. Первоначальные параметры результативности для присвоения рейтинга медицинскому учреждению

Нельзя при этом не учесть мнение профессора И. М. Шеймана, который, в целом характеризуя процесс частичной либерализации цен на медицинские услуги, обращает внимание на необходимость соблюдения крайней осторожности в этом процессе. В частности, при предоставлении оздоровительных медицинских услуг с инновационной составляющей медицинского воздействия (например, новых противовирусных вакцин) крайне

²⁸⁰ Фоменко В. В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 10 (ч. 4). URL: http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=10001623. С. 841-845.

важно наличие данных о медико-социальной эффективности альтернативных медицинских вмешательств (он отмечает, что именно нехватка такого рода информации стала серьезным ограничением рыночной реформы здравоохранения Великобритании)²⁸¹. Кроме того, по мнению исследователей, рынок медицинских услуг не только стимулирует развитие медицинских технологий, но и спрос на них, который в условиях асимметрии информации у производителя и потребителя не всегда оправдан²⁸². Соответственно, введение в практику рейтинга результативности в определенной степени будет способствовать ограничению избыточного предложения на рынке оздоровительных медицинских услуг.

Особо отметим проблему реализации такой характеристики качества оздоровительной медицинской услуги, как время ее ожидания. Подчеркнем, что срок ожидания не должен являться критерием платного или бесплатного предоставления услуги²⁸³.

Дело не только в том, что в рамках программы государственных гарантий определены предельные сроки ожидания получения бесплатной медицинской помощи:

- ожидание оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения;
- ожидание приема врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней с момента обращения;
- ожидание проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 10 рабочих дней;

²⁸¹ Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. 2-е изд. М.: Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2008. С. 304.

²⁸² Бочкарева В. К. Есть ли перспективы у обязательного медицинского страхования в России? URL: http://socpolitika.ru/rus/social_policy_research/discussion/document248.shtml

²⁸³ Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

– ожидание проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме – не более 30 рабочих дней²⁸⁴.

Важно, чтобы выдерживание или сокращение сроков предоставления услуги не являлось средством манипуляции и дискриминации в отношении клиентов медицинской организации, а значит, не входило в перечень составляющих оздоровительных медицинских услуг повышенного качества.

Отметим, что предлагаемые решения тесно связаны с информационным обеспечением дальнейшего развития системы здравоохранения.

В рамках формирования инновационных решений, направленных на совершенствование организации финансирования оздоровительных медицинских услуг, требуется обеспечение информированности субъектов системы здравоохранения:

- о потенциальных возможностях и текущей загруженности медицинских организаций в оказании оздоровительных услуг;
- о типах медицинских организаций в зависимости от источников финансирования деятельности по оказанию оздоровительных медицинских услуг;
- о рейтинге результативности конкретной медицинской организации и конкретного врача;
- о видах, объемах и сроках оказания оздоровительных медицинских услуг в рамках ОМС;
- о структуре оплаты ОМУ, включая доплаты сверх тарифов ОМС.

Для облегчения потребительского выбора субъекты – потребители оздоровительных медицинских услуг, а также все заинтересованные субъекты должны располагать данной информацией. Для обеспечения такого выбора требуется, во-первых, создание особых ресурсов (специализированных сайтов, о чем говорилось выше), а также формирование специальных программ, направленных на повышение медицинской и страховой грамотности населения, что крайне необходимо в условиях активного реформирования российской системы здравоохранения.

²⁸⁴ Обухова О. В. Особенности программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи в Российской Федерации на 2014-2016 годы // Менеджер здравоохранения. 2014. № 1. С. 65-73.

5.3. Развитие инфраструктуры здоровья населения

В настоящее время, как отмечают исследователи, важной проблемой для большинства стран (особенно для стран с переходной экономикой) является нехватка качественной и при этом доступной для населения социальной инфраструктуры. Выражается данная проблема в плохом состоянии учреждений сферы медицины и образования, плохом обслуживании жилищно-коммунального хозяйства, рекреационных учреждений и пр. Объекты социальной инфраструктуры либо в принципе отсутствуют, либо изношены настолько, что требуется их срочный ремонт и реконструкция²⁸⁵. Следствием проявления проблем является сокращение рождаемости, снижение продолжительности жизни, ухудшение здоровья населения, рост числа несчастных случаев и т. п., что в результате ведет к падению конкурентоспособности страны и потерям для общества.

Отметим, что инфраструктура общественного здоровья непосредственно влияет на жизнедеятельность населения и включает широкий спектр инфраструктурных объектов: здравоохранение, образование, спортивно-оздоровительные учреждения, жилье, общественный транспорт, объекты досуга и отдыха и иные объекты, формирующие основу человеческого потенциала страны, залог национального богатства и национальной безопасности²⁸⁶.

Соответственно, в настоящее время существует и усиливается необходимость усовершенствовать созданную много лет назад инфраструктуру здоровья населения и выстраивать новые социальные объекты, причем государственного бюджета для решения проблем инфраструктуры, как правило, недостаточно. Необходим поиск новых источников и механизмов финансирования инфраструктуры здоровья.

Данная потребность привела к возникновению феномена государственно-частного партнерства как инструмента совершенствования и разви-

²⁸⁵ Бояринцев Б. И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация). М.: Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2010. С. 87.

²⁸⁶ Бояринцев Б. И. Инфраструктурные комплексы в системе экономики здоровья населения постсоветского пространства // Управление инфраструктурой здоровья населения СНГ / под ред. Б. И. Бояринцева. Симферополь, 2012. С. 10.

тия механизмов обеспечения экономического роста за счет сочетания и совместного использования государственных и частных ресурсов (прежде всего финансовых и организационных) и обеспечения на этой основе синергетического эффекта.

Понятие государственно-частного партнерства (ГЧП – перевод зарубежного термина *public-private partnership*) вошло в обиход относительно недавно, хотя в исторической ретроспективе подобное сотрудничество не является исключительным. Еще до Первой мировой войны многие инфраструктурные объекты (железные и автодороги, электростанции, мосты и пр.) строились за счет средств частного бизнеса, готового принять на себя риски в обмен на доходность своих инвестиций²⁸⁷. Однако значительный виток интереса к взаимовыгодному сотрудничеству как со стороны государственных органов, так и частного сектора пришелся на 80-е годы XX столетия. Причина возросшего интереса в том, что экономический рост и рост численности населения потребовали от государств развития инфраструктуры, строительства новых объектов и т. д., а частные компании искали новые области применения накопленного опыта и имеющихся ресурсов.

В России высокая значимость государственно-частного партнерства уже признана органами государственного управления, что отражено в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства РФ от 15.11.2008 № 1662-р), которая определила формирование механизмов государственно-частного партнерства одним из стратегических направлений развития страны.

Вместе с тем единого подхода к пониманию феномена «государственно-частное партнерство» до сих пор не сложилось, несмотря на то, что он широко используется и в нормативных документах, и в практике деловых взаимоотношений.

²⁸⁷ Пахомов С., Караваев Г. Государственно-частное партнерство в современной России // Бюджет. 2007. № 2.

Анализ существующих определений ГЧП позволяет согласиться с выводами профессора Е. М. Белого в отношении основных аспектов феномена ГЧП²⁸⁸:

– ГЧП – это форма взаимодействия длительного характера между государственным и частным сектором, в рамках которого участники производят продукты либо оказывают услуги;

– ГЧП – это отношения, возникающие между органами государственного или муниципального управления, с целью привлечения частных ресурсов для создания общественных благ и оказания общественных услуг;

– ГЧП – это форма взаимодействия государства и бизнеса, где каждая сторона, реализуя собственные интересы, работает на достижение общей цели;

– ГЧП – это механизм формирования особых отношений государства и бизнеса, основанных на доверии, разделении рисков и ответственности, на интеграции знаний и принципе взаимных уступок.

Представленные выводы подтверждают многоаспектность феномена государственно-частного партнерства и при этом позволяют говорить о наличии ряда признаков, отличающих его от других форм интеграции в современной экономике²⁸⁹:

– осуществляется удовлетворение потребностей общественного сектора при использовании или заимствовании ресурсов частного сектора;

– стороны партнерства представляются одновременно и государственным, и частным сектором экономики;

– поддерживаются государственные функции и полномочия, при этом предоставляются услуги совместно с частным сектором;

– взаимоотношения сторон фиксируются в официальных документах – договорах, контрактах и т. п.;

²⁸⁸ Белый Е. М. Государственно-частное партнерство в высшем профессиональном образовании. Ульяновск: УлГУ, 2009. С. 15-16.

²⁸⁹ Колесникова К. И. Частно-государственное партнерство: опыт зарубежных стран и перспективы для России // Научный вестник УрАГС. 2008. № 3. С. 112-115; Носкова В. Н., Фомичев Ю. П., Шелгунов А. И. Государственно-частное партнерство как форма взаимодействия государства и российского бизнеса в инновационной деятельности. URL: http://ifti.ru/part_consalt/publ/17

- взаимоотношения сторон носят равноправный, партнерский характер;
- финансирование проектов приобретает специфические формы (совместное инвестирование, дополнение частных инвестиций государственными финансовыми ресурсами и пр.);
- риски сторон распределяются на основе соответствующих договоренностей.

Возросший интерес к феномену ГЧП как со стороны теоретиков, так и на практике объясняется наличием ряда преимуществ участников государственно-частного партнерства.

Так, П. Бруссер и С. Рожкова отмечают, что для общества и государства преимущества ГЧП следующие:

- положительный социально-экономический эффект;
- возможность ускоренной реализации приоритетных для государства инвестиционных проектов;
- экономия бюджетных средств посредством привлечения финансирования со стороны частного сектора экономики;
- использование управленческого, интеллектуального капитала и инновационного потенциала частного сектора.

Для бизнеса, подчеркивают авторы, ГЧП – это возможность расширить сферы выгодного приложения своего капитала²⁹⁰. Действительно, когда в формате ГЧП корректно разрешаются противоречия, проявляющиеся между обслуживанием общественных интересов и обеспечением прибыли, наблюдается положительная динамика развития, формируется высокая культура взаимодействия власти и бизнеса, позитивно влияющая на социально-экономические отношения в городе, регионе, стране.

Перспективность использования ГЧП в сфере здравоохранения подтверждается тем, что в развитых странах порядка 60 % проектов в данной области реализуются на принципах государственно-частного партнерства. Основные направления сотрудничества – строительство медицинских объектов, внедрение и развитие IT-технологий, разработка и производство инновационного медицинского оборудования и т. д.

²⁹⁰ Бруссер П., Рожкова С. Государственно-частное партнерство – новый механизм привлечения инвестиций // Рынок ценных бумаг. 2007. № 2. С. 29-33.

Механизм ГЧП позволяет при сохранении собственности государства на значимые инфраструктурные объекты здравоохранения внедрять инновационные технологии и оборудование, существенно повысить качество и расширить ассортимент предоставляемых медицинских услуг, проектировать и внедрять инновационные медицинские услуги. В таком партнерстве государство, с одной стороны, является доминирующим субъектом, поскольку само определяет «правила игры», а с другой стороны – его участие в ГЧП обуславливается необходимостью решения важных социально-экономических задач.

Анализируя практику государственно-частного партнерства, с учетом мнения исследователей²⁹¹ можно сформулировать основные факторы успешной реализации проектов ГЧП следующим образом:

- *Институциональная и нормативно-правовая база.* Практика свидетельствует, что существенным условием широкого применения механизма государственно-частного партнерства является специальный закон или ряд законов. При этом важно, чтобы законы не носили декларативный характер, а исходили из практической необходимости. Кроме того, особо отметим, что необходим координирующий орган, который должен способствовать взаимодействию партнеров, формировать базы данных по результативности взаимодействия в целях последующего анализа, осуществлять мониторинг и обобщать опыт, полученный в процессе реализации проектов. Для массового использования механизма ГЧП принятие специального законодательства необходимо.
- *Политическая поддержка.* Важна как из-за сложности проекта, так и вследствие необходимости активного взаимодействия частного сектора с администрацией. Отметим, что хотя в России сегодня необходимость такого рода партнерства признается очевидной для всех уровней государственного управления, на практике (как показало исследование Центра развития ГЧП и Института современного развития) далеко не все субъекты РФ его реализуют и стремятся к его активизации.

²⁹¹ Климов С. М. Государственно-частное партнерство как механизм финансирования модернизации инфраструктуры // Управление экономическими системами. 2011. № 11.

- *Состояние финансового сектора.* Проекты государственно-частного партнерства, как правило, весьма крупные, и большая часть финансирования осуществляется за счет заемных средств: соответственно, кредиторами в большинстве случаев могут выступать только крупные банки. Кроме того, зрелый финансовый сектор может нивелировать риски в большей степени посредством использования различных финансовых инструментов хеджирования потенциальных рисков.
- *Качественная подготовка проектов.* При подготовке проектов государственно-частного партнерства крайне важным является обеспечение высокого качества представляемых бизнес-планов по проектам партнерства, иначе крайне сложно будет решить вопрос финансирования. Нужно отметить и значимость масштабов проектов: чем крупнее проект, тем сложнее обеспечить его финансирование. Соответственно, целесообразным может быть дробление достаточно масштабных проектов на ряд подпроектов, каждый из которых будет предполагать отдельное финансирование.
- *Прозрачность рыночных механизмов.* В целях повышения результативности и эффективности осуществляемых конкурсных мероприятий важно обеспечить их максимальную прозрачность, реальную конкуренцию участников (в том числе по ценовым предложениям). Вместе с тем излишняя «агрессивность» участников конкурса нередко становится причиной последующего (в ходе реализации) пересмотра условий проекта.

Кроме того, для сферы здравоохранения не в меньшей степени, чем для других сфер, актуально то, что реализация проектов государственно-частного партнерства предполагает и необходимость действий по минимизации рисков с точки зрения государственного партнера.

К их числу относятся²⁹²:

– риск выбора недобросовестного или неопытного партнера. В случае наступления данного рискованного события, скорее всего, произойдет значительное увеличение стоимости проекта, так как усиливается риск недостаточной проработки проекта;

²⁹² Климов С. М. Государственно-частное партнерство как механизм финансирования модернизации инфраструктуры // Управление экономическими системами. 2011. № 11.

– риск невозможности привлечения финансирования (данный риск напрямую связан с предыдущим). В случае недостаточной проработки проектов, а также под особо крупные проекты привлечь заемное финансирование достаточно сложно;

– риск дефолта частного инвестора. Актуализация системных рисков может привести частную компанию на грань банкротства. В этом государство будет вынуждено увеличить бюджетные ассигнования по проекту в целях избежания дефолта проекта;

– риск искажения информации о будущих затратах и рисках. При реализации проектов ГЧП органы власти берут на себя довольно внушительный объем долгосрочных обязательств. Соответственно, искажение информации может иметь следствием значительный рост бюджетных расходов по сравнению с запланированными, что потребует поиска дополнительных финансовых средств;

– риск недостаточной проработки инвестиционного предложения. Очевидно, что частного инвестора можно привлечь только в случае, если предполагаемый проект будет инвестиционно привлекательным. Решением этой проблемы должно являться привлечение грамотных специалистов, а также дополнительное обучение уже работающих сотрудников.

Таким образом, государственно-частное партнерство в России сегодня находится в стадии апробации. В этой связи представляется крайне актуальной активизация такого рода сотрудничества в рамках сферы оздоровления населения. Несмотря на то, что в течение долгого времени частный бизнес не рассматривал социальную инфраструктуру как привлекательную для инвестирования сферу, на сегодняшний день эта область становится все более перспективной для бизнеса. Это подтверждает растущее количество проектов в инфраструктуре здоровья постсоветских стран, когда частный сектор начинает принимать непосредственное участие в медико-социальном обеспечении населения²⁹³.

²⁹³ Бояринцев Б. И., Рожкова Е. В., Чесноков Ю. В. Инновационное развитие инфраструктуры здоровья населения евразийского пространства // *Философия хозяйства. Альманах Центра общественных наук и экономического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова*. 2014. № 1. С. 99-104.

Конечно, пока бизнес предпочитает вкладываться в не самые затратные проекты – например, в оборудование медицинских кабинетов на базе существующих государственных медицинских учреждений. В подобных случаях стороны заключают определенные инвестиционные соглашения либо договоры аренды. Так, компания «ГамбраМедикап», поставщик медицинского оборудования, развивает в регионах России сеть амбулаторных центров для оказания помощи людям с заболеванием почек. Подобные центры в Асбесте и Екатеринбурге открыл и фармацевтический холдинг «Юнона», что увеличило на 16,5 % количество пациентов, получающих гемодиализ в этих городах. Существуют сети частных центров социального обслуживания для пожилых людей компании «Senior Group», сеть «Ава-Петер» по предоставлению услуг по лечению бесплодия и наблюдению беременности и т. д.

Тем не менее налицо и примеры достаточно масштабных проектов в рамках ГЧП. Так, на разных стадиях реализации в настоящее время находится ряд объектов (прежде всего в Республике Татарстан), среди которых крупнейший проект – строительство многофункционального перинатального центра (в рамках концессионного соглашения как варианта реализации ГЧП).

Еще один вариант реализации ГЧП в здравоохранении – когда частное медицинское учреждение становится клинической базой для государственных вузов.

Говоря о формах ГЧП, отметим, что современные исследователи выделяют два вида государственно-частных партнерств: договорного характера и институционального характера²⁹⁴.

²⁹⁴ См., напр.: Краснова М. И. Государственно-частное партнерство как механизм государственной поддержки развития предпринимательства в регионе // VIII Международная научно-практическая конференция «Социально-экономические реформы в контексте интеграционного выбора Украины». URL: http://www.confcontact.com/2012_11_29/2_krasnova.htm; Пушкин А. Реализация инфраструктурных проектов в рамках государственно-частного партнерства. Официальный сайт Tenzor Consulting Group. URL: <http://www.tencon.ru/article/199>; Саванкова Н. Е. Реализация проектов государственно-частного партнерства: зарубежный опыт и российская практика: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М.: Дипломатическая академия МИД РФ, 2009.

Партнерства договорного характера включают:

– Контракты как административные договоры между государством либо органом местного самоуправления и частной организацией. Контракты могут предполагать поставку продукции, выполнение работ, оказание услуг (в том числе в управленческой сфере), оказание технической помощи. Для частного предпринимателя это весьма привлекательный бизнес: гарантирован устойчивый рынок и, вполне возможно, некоторые льготы и преференции.

– Договоры аренды (лизинга). Данные договоры предполагают передачу имущества во временное пользование и за определенную плату (когда специализированная организация – например, Медицинская лизинговая компания – предоставляет медицинское оборудование и медицинскую технику в лизинг государственным, муниципальным и частным организациям здравоохранения). Права по распоряжению имуществом сохраняются, как правило, за собственником (хотя при договоре лизинга лизингополучатель может выкупить имущество).

– Концессионные соглашения как специфическая форма договорных отношений. Специфика данной формы ГЧП состоит в том, что в рамках партнерских соглашений государственное или муниципальное образование (оставаясь полноправным собственником имущества) уполномочивает частного партнера выполнять в течение определенного времени оговариваемые в соглашении функции и наделяет его с этой целью соответствующими полномочиями. За пользование собственностью концессионер вносит плату (в соответствии с оговоренными в концессионном соглашении условиями). При передаче имущества в концессию обязательно использование конкурсных механизмов.

– Соглашения о разделе продукции. Данная форма ГЧП стала возможной для применения в России с 1995 года (последние изменения в закон внесены в 2011 году), после принятия Федерального закона «О соглашениях о разделе продукции». В отличие от концессионного соглашения,

партнеру государства на правах собственности принадлежит не вся продукция, а лишь ее часть²⁹⁵.

К государственно-частным партнерствам институционального характера относятся совместные предприятия. Они могут представлять собой либо совместные предприятия с долевым участием сторон, либо акционерные общества – в зависимости от характера и структуры совместного капитала. В последнем случае в качестве акционеров могут выступать как органы государства, так и частные инвесторы, причем возможности в принятии административно-управленческих и хозяйственных решений определяются долей в акционерном капитале.

Говоря о конкретных механизмах государственно-частного партнерства, обратим внимание, что в настоящее время практикуется, как правило, вариант, предполагающий партнерство в реализации конкретного проекта (рис. 5.3.1).

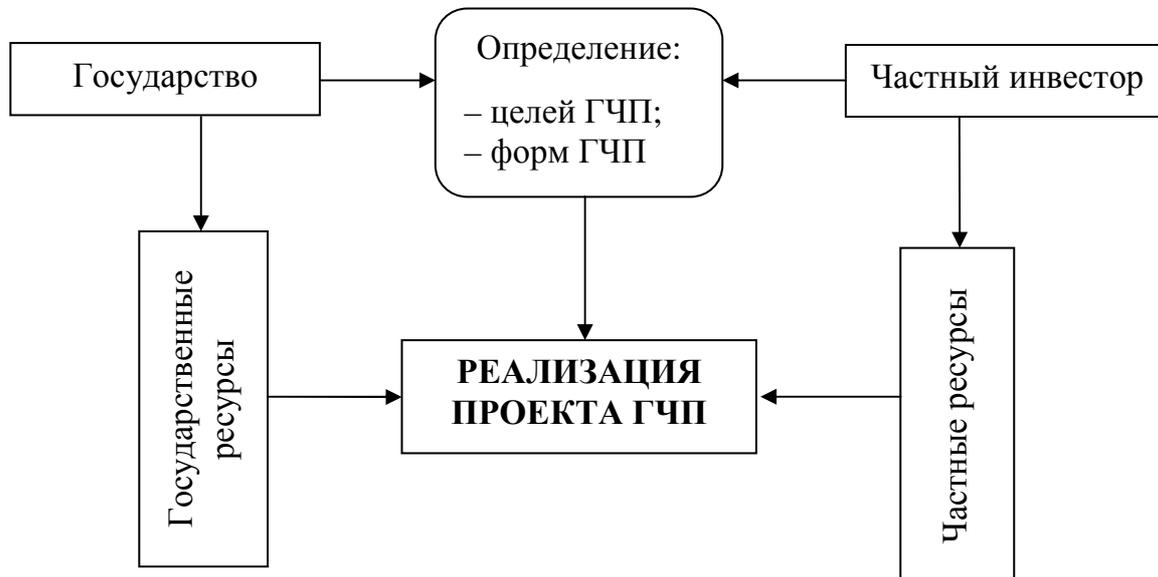


Рис. 5.3.1. Проектный механизм ГЧП

²⁹⁵ Дерябина М. Государственно-частное партнерство: теория и практика // Вопросы экономики. 2008. № 8. С. 61-77.

Однако в здравоохранении, на наш взгляд, с учетом специфики деятельности оздоровительных организаций целесообразно формирование и реализация иного механизма ГЧП – с привлечением предложенных нами ранее региональных центров оздоровления населения. Включение в механизм ГЧП такого рода центров позволит обеспечить координацию решений по выбору принципов, форм и конкретных направлений сотрудничества государства и бизнеса в части реализации проектов по инновационному развитию сферы оздоровления населения (рис. 5.3.2).

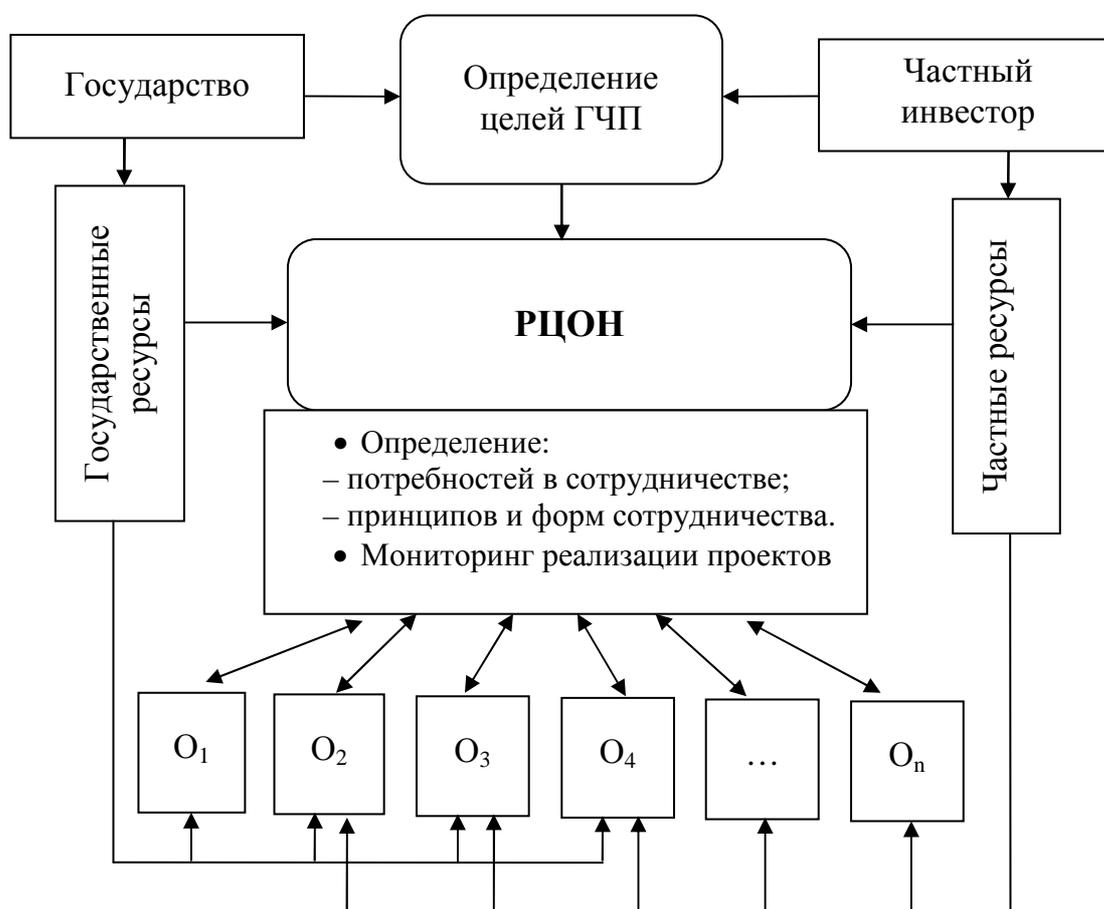


Рис. 5.3.2. Механизм ГЧП в сфере оздоровления населения

Нужно отметить, что в последние годы существенно активизировались процессы развития государственно-частного партнерства в сфере регионального здравоохранения. Так, в Ульяновской области с 2012 года

реализуется План повышения инвестиционной привлекательности развития ГЧП в сфере здравоохранения, в рамках которого развиваются модели:

- лизинга (обновления автопарка машин скорой медицинской помощи);
- аутсорсинга по ряду направлений:
 - в рамках профильной деятельности организовано участие частных медицинских организаций в реализации ТППГ (в 2014 году – 14 частных медицинских центров), в том числе создан центр оказания медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью на базе ООО «Фрезениус Нефрокеа», открыта клиника репродуктивного здоровья с лабораторией ЭКО «Альянс клиник» и пр.;
 - по непрофильным для медицины услугам: организация питания пациентов, стирка белья, уборка, вывоз мусора и утилизация отходов, обслуживание компьютерной и офисной техники, юридическое сопровождение, охранные услуги и пр. (в 2013 году – на сумму 460 млн руб.);
- концессионных соглашений: строительство хирургического корпуса на территории Ульяновской областной клинической больницы.

Ряд проектов ГЧП находится в стадии проработки (строительство перинатального центра, создание научно-реабилитационного комплекса и т. д.).

Вместе с тем подходы к организации и активизации государственно-частного партнерства в регионе являются традиционными: координация и сопровождение проектов в рамках ГЧП осуществляется Отделом развития ГЧП Министерства экономического развития и Министерством здравоохранения, социального развития и спорта Ульяновской области. При этом существующий Регламент сопровождения инвестиционных проектов в Министерстве здравоохранения, социального развития и спорта (с 18.05.2015 – Министерство здравоохранения) предполагает, что в каждом конкретном случае обращения инвесторов в целях сопровождения инвестиционных проектов (информационная, административная, организационная помощь, организация переговоров, совещаний и т. п.) созывается Рабочая группа из числа руководителей Министерства, которая определяет ответственных за реализацию необходимых мероприятий. Таким образом, формат сотрудни-

чества соответствует обозначенному выше проектному механизму ГЧП, когда цели и задачи ограничены реализацией отдельного проекта, инициированного инвестором. Однако представляется, что обеспечение системности в государственно-частном партнерстве требует постоянной работы по поиску направлений сотрудничества, в том числе по привлечению частного сектора здравоохранения к реализации профильных и непрофильных услуг, мониторингу потребностей организаций системы оздоровления населения в аутсорсинге, в использовании незадействованных площадей и оборудования и т. д. На наш взгляд, для ведения подобной работы требуется привлечение особого вида специально создаваемых структур – региональных центров оздоровления населения, что позволит обеспечить требуемую системность ГЧП, разгружая при этом административные органы управления региональным здравоохранением.

В последние годы центры компетенций создаются в различных регионах и по различным направлениям. В сфере здравоохранения в 2011 году открыт Центр компетенций по разработке программного обеспечения в Иркутске, в 2012 году компанией «Сименс» открыт Центр компетенций сектора здравоохранения. Отличие предлагаемого нами варианта состоит в том, что состав реализуемых им функций и задач существенно шире: не только содействие в обмене опытом, организации обучения и повышении квалификации медицинских работников, унификации программного обеспечения организаций, но и, что важно, содействие в выстраивании различного рода коммуникаций, в том числе помощь в поиске новых источников финансирования развития, ряд которых может быть реализован в рамках государственно-частного партнерства.

На наш взгляд, подобный сетевой механизм государственно-частного партнерства максимально удовлетворяет потребностям и специфике сферы оздоровления населения.

Привлечение дополнительных источников финансирования в сферу оздоровления населения посредством частно-государственного партнерства, как следует из самого феномена ГЧП, предполагает выделение определенного объема финансовых ресурсов как со стороны государства, так и со стороны негосударственных структур и субъектов. При этом очевидно, что в современных условиях традиционные финансовые инструменты существ-

венно ограничены и необходим поиск новых вариантов финансирования проектов в сфере оздоровления населения.

По нашему мнению, весьма перспективным инструментом финансирования сферы оздоровления населения является краудфандинг. Анализируя современные исследования, посвященные данному вопросу²⁹⁶, можно определить краудфандинг как коллективное сотрудничество непрофессиональных инвесторов посредством специальных интернет-порталов, формирующих определенный объем финансирования проектов (в первую очередь в социальной сфере) на безвозмездной основе либо в обмен на определенные (денежные или неденежные) вознаграждения. В свободном обиходе этот феномен часто именуется «народное финансирование».

По оценкам Всемирного банка, к 2025 году инвестиции в краудфандинг по сравнению с 2012 годом возрастут в 30 раз, составив порядка 96 млн долл.²⁹⁷

Несмотря на то, что в настоящее время данный инструмент финансирования в России не получил широкого распространения и, как правило, ограничивается разовыми проектами, можно выделить примеры успешно реализованных в рамках краудфандинга акций. Чаще всего проекты реализовывались в сфере культуры (музыкальные, литературные и кинопроекты)²⁹⁸. Вместе с тем развивается краудфандинг и в рамках решения острых социальных проблем (сбор средств для пострадавших в Крымске, восстановление аварийного моста в Костромской области и виноградников в Крыму и пр.)²⁹⁹. Реализуются проекты по сбору средств на лечебно-восстановительные мероприятия для людей с редкими и сложными заболеваниями (в первую очередь детей). С 2007 года в России существует ряд интернет-платформ, работающих по схеме краудфандинга (Kroogi, Booms-tarter, Planeta.ru и пр.).

²⁹⁶ Ларионов Н. А. Развитие инструментария финансирования инноваций в России: автореф. ... канд. экон. наук. Саратов, 2015. 26 с. С. 16-17.

²⁹⁷ Там же. С. 3.

²⁹⁸ Морозов А. Краудфандинг в России, 15 интересных фактов. Официальный сайт JORNЛ Media. URL: <http://jornl.ru>

²⁹⁹ Примеры краудфандинга в России // Википедия: свободная энциклопедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/>

В указанных источниках указывается целесообразность и реальная возможность развития краудинвестинга (финансирование в форме инвестиций с получением дохода на вложенный капитал) и краудлендинга (кредитование проектов, предполагающее выплату займа с процентами). Безусловно, развитие такого инструмента финансирования требует разработки и реализации ряда законодательных норм, правовых механизмов и организационных мер по легитимизации процедур краудфандинга.

На наш взгляд, в случае решения данных задач по мере институализации краудфандинговых инструментов финансирования весьма перспективными видами ГЧП могут стать проекты по развитию инфраструктуры здоровья населения: строительство медико-социальных и оздоровительных центров, перинатальных и реабилитационных комплексов и пр.

С точки зрения направлений повышения объемов финансовых ресурсов, направляемых на развитие инфраструктуры здоровья со стороны государства, представляется крайне значимой реализация предложений по введению прогрессивной шкалы налогообложения физических лиц («налог на богатых»³⁰⁰, что характерно для реформы здравоохранения США). Целесообразно, по нашему мнению, и увеличение акцизных налогов на вредные для здоровья продукты – «налога на вредность». Подобная практика существует в ряде европейских стран и в США³⁰¹. В этой связи обратим внимание, что в конце 2015 года Национальный союз защиты прав потребителей направил в Правительство РФ законопроект о введении десятипроцентного акцизного налога на вредные для здоровья продукты (содержащие антибиотики, ГМО и ряд пищевых добавок). Понимая, что введение налога по определению имеет целью обеспечить дополнительное поступление финансовых ресурсов в бюджет государства, считаем крайне важным обеспечение целевого расходования данных средств на развитие системы оздоровления населения, в том числе инфраструктуры здоровья.

³⁰⁰ Улумбекова Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>

³⁰¹ Продукты в России ждет «налог на вредность» // Издание «Утро.ру». URL: <http://www.utro.ru/articles/2015/10/07/1257433.shtml>

На наш взгляд, реализация указанных направлений – развитие краудфандинга, решение вопроса о введении налогов «на богатых» и «за вредность» – будет способствовать росту финансирования инфраструктуры здоровья населения посредством государственно-частного партнерства.

Таким образом, в данной главе исследования было установлено следующее.

В рамках обеспечения здоровья населения приоритетным направлением деятельности является развитие системы профилактических мероприятий, в первую очередь первичной профилактики. Структурирование первичной профилактической деятельности предполагает выделение социальной и медицинской составляющих. В рамках медицинской профилактики наличествуют сервисная (в первую очередь пропаганда здорового образа жизни) и медицинская (процедуры скрининга и мониторинга здоровья) компоненты. Для повышения уровня общественного здоровья требуются решения инновационного характера, предполагающие научную разработку и практическое внедрение новых технологий скрининга, новых организационных форм первичной профилактики, современных технологий обучения и формирования принципов приверженности к здоровому образу жизни. Повышение эффективности программ первичной профилактики требует роста качества информационного обеспечения реализуемых программ и мероприятий.

Доказана целесообразность внедрения в практику четырех вариантов финансирования медицинских услуг, что позволит более определенно представлять специфику работы медицинской организации в отношении обеспечиваемого уровня качества медицинской помощи в целом и отдельных ее составляющих. При данном подходе стандартное качество медицинской помощи и условий ее оказания оплачивается в рамках системы обязательного медицинского страхования, повышенное качество медицинской помощи и условий оказания финансируется дополнительными источниками финансирования. Для облегчения потребительского выбора в сфере здравоохранения необходимо создание особых информационных ресурсов, а также формирование специальных программ, направленных на повышение медицинской и страховой грамотности населения.

В рамках оптимизации деятельности по развитию инфраструктуры здоровья населения в современных условиях финансирования целесообразно использование механизма государственно-частного партнерства с привлечением региональных центров оздоровления населения, обеспечивающих координацию решений по выбору принципов, форм и конкретных направлений сотрудничества государства и бизнеса в части реализации проектов по развитию системы оздоровления населения. Дополнительное финансирование реализуемых проектов возможно за счет привлечения нетрадиционных источников, в том числе с использованием инструмента краудфандинга.

На наш взгляд, реализация выделенных направлений развития системы оздоровления населения РФ будет способствовать повышению общего уровня доступности и качества услуг по оздоровлению населения, оказываемых организациями Российской Федерации.

Заключение

Процессы реформирования систем здравоохранения в развитых странах показывают, что в целях обеспечения доступной, современной и качественной оздоровительной помощи при одновременных усилиях по сдерживанию расходов на здравоохранение важными направлениями реформ являются приоритетность мероприятий по профилактике заболеваний, повышение качества и доступности оздоровительных услуг, развитие оздоровительной помощи вне систем здравоохранения, формирование дополнительных источников финансирования оздоровительной деятельности.

Не исчезающая проблематика развития отечественного здравоохранения обуславливает необходимость перехода от охраны здоровья к его укреплению: формированию системы оздоровления с существенным усилением инновационной составляющей.

Основными элементами системы являются медико-профилактическая, информационно-образовательная и социально-экономическая компоненты. Участники системы оздоровления населения – медико-профилактические, санитарно-эпидемиологические, санаторно-курортные, физкультурно-спортивные, туристические организации, а также соответствующие подразделения и службы экономических субъектов. Стратегическими направлениями реализации системы оздоровления населения являются развитие медицинской и социальной профилактики, совершенствование системы финансирования оздоровительных услуг, развитие инфраструктуры здоровья населения, повышение инновационной восприимчивости оздоровительных организаций.

Механизм реализации системы оздоровления населения – сетевая интеграция организаций, участвующих в деятельности по оздоровлению населения, и представителей инновационной инфраструктуры. Инноваци-

онные сети трактуются как совокупность устойчивых контактов между организациями, участвующими в оздоровительной деятельности, – предприятиями – производителями современной медицинской техники и оборудования, научными, образовательными, медицинскими учреждениями и организациями, а также представителями инновационной инфраструктуры – венчурными фондами, центрами трансфера технологий, эндаумент-фондами, бизнес-инкубаторами и технопарками, консалтинговыми агентствами.

Ожидаемые эффекты от реализации СОН: рост продолжительности и качества жизни, снижение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, повышение удовлетворенности населения качеством оздоровительных услуг, сокращение длительности инновационного процесса, ускоренная коммерциализация инноваций, снижение транзакционных издержек оздоровительных организаций, прирост валового внутреннего продукта.

В настоящее время в России проблемы развития организаций, реализующих оздоровительные услуги, во многом вызваны низким качеством управления имеющимися ресурсами, слабостью организационного обеспечения инновационного развития. Необходимо повышение активности в анализе и заимствовании опыта регионов-лидеров по эффективному выполнению территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и иных государственных программ, связанных с оздоровлением населения, в том числе по нахождению инновационных механизмов управления организациями сферы оздоровления, привлечения дополнительных источников финансирования оздоровительных услуг.

Установлено, что в условиях старения населения и хронизации заболеваний пожилых неэффективен полный переход на страховые принципы финансирования оздоровительной медицинской деятельности.

Важным условием реализации предлагаемой системы оздоровления населения является повышение инновационной восприимчивости организаций – участников СОН, выражающейся в активизации разработки и внедрения инновационных оздоровительных услуг.

Инновационные оздоровительные медицинские услуги (ИОМУ) трактуются как результат реализации новых идей и знаний в сфере оздоровле-

ния населения с целью получения более высокого медицинского и социально-экономического эффекта. Инновационные оздоровительные медицинские услуги различаются по сфере применения, по отношению к интеллектуальной собственности, по области возникновения и по степени инновационности. Конкретный вид ИОМУ предполагает определенный набор инновационных коммуникаций, необходимых для их разработки и освоения. Жизненный цикл ИОМУ – период времени с момента выявления потребности организации в инновационных изменениях деятельности до момента прекращения работ по оказанию ИОМУ. Этапами его являются: определение потребности в освоении ИОМУ, выбор ИОМУ, внедрение ИОМУ, тестирование ИОМУ, рутинизация ИОМУ.

В целях активизации инновационной составляющей социально-экономического развития системы оздоровления целесообразно формирование инновационных сетей на базе региональных центров оздоровления населения (РЦОН).

Основными задачами РЦОН являются: организация просветительской деятельности, выявление, накопление и распространение наилучших практик, в том числе передового опыта по эффективному использованию ресурсов, результативности использования инновационных технологий в оздоровительной деятельности; организационно-техническая поддержка оздоровительных организаций в рамках управления изменениями; содействие в выстраивании и развитии взаимодействий оздоровительных организаций с субъектами инновационных коммуникаций, поддержка проектов по государственно-частному партнерству; поддержка инновационного развития оздоровительных организаций: содействие в разработке инноваций, в освоении передовых оздоровительных технологий и организационных подходов к обеспечению инновационного развития, в защите интеллектуальной собственности. Деятельность РЦОН призвана обеспечивать оптимизацию транзакционных издержек организаций и координацию процесса создания инновационных оздоровительных услуг, формирующих инновационную составляющую в развитии системы оздоровления населения.

В рамках организационно-методического инструментария развития системы оздоровления населения разработана процедура выбора осваиваемых инновационных оздоровительных услуг, которая предполагает

проведение аудита оздоровительной деятельности, выявление возможностей использования инновационных решений и оценку готовности организации к внедрению ИОУ на основе модели выбора альтернатив.

Методика оценки комплексного уровня качества оздоровительных медицинских услуг предполагает расчет единичных показателей качества (в рамках нормативных, коммуникационных, сервисных, результирующих групп, а также характеристик доступности), исходя из которых рассчитывается комплексный показатель качества услуги. На основании данных групп разграничены направления и методы оценки характеристик качества оздоровительных медицинских услуг.

В рамках обеспечения здоровья населения приоритетным направлением стратегической деятельности является развитие системы профилактических мероприятий, в первую очередь первичной профилактики. Структурирование первичной профилактической деятельности предполагает выделение социальной и медицинской составляющих. В рамках медицинской профилактики наличествуют образовательная (в первую очередь пропаганда здорового образа жизни) и медицинская (процедуры скрининга и мониторинга здоровья) компоненты. Для повышения уровня общественного здоровья требуются решения инновационного характера, предполагающие научную разработку и практическое внедрение новых технологий скрининга, новых организационных форм первичной профилактики, современных технологий обучения и формирования принципов приверженности к здоровому образу жизни. Повышение эффективности программ первичной профилактики требует роста качества информационного обеспечения реализуемых программ и мероприятий.

Доказана целесообразность внедрения в практику четырех вариантов финансирования оздоровительных медицинских услуг, что позволит более определенно представлять специфику работы медицинской организации в отношении обеспечиваемого уровня качества оздоровительной медицинской помощи в целом и отдельных ее составляющих. При данном подходе стандартное качество оздоровительной медицинской помощи и условий ее оказания оплачивается в рамках системы обязательного медицинского страхования, повышенное качество медицинской помощи и условий оказания финансово обеспечивается дополнительными источниками финан-

сирования. Для облегчения потребительского выбора в сфере оздоровления необходимо создание особых информационных ресурсов, а также формирование специальных программ, направленных на повышение медицинской и страховой грамотности населения.

В рамках оптимизации деятельности по развитию инфраструктуры здоровья населения в современных условиях финансирования целесообразно использование механизма государственно-частного партнерства с привлечением региональных центров оздоровления населения, обеспечивающих координацию решений по выбору принципов, форм и конкретных направлений сотрудничества государства и бизнеса в части реализации проектов по развитию системы оздоровления населения.

На наш взгляд, реализация предложенных направлений развития системы оздоровления населения РФ и разработанного организационно-методического инструментария будет способствовать повышению общего уровня доступности и качества услуг по оздоровлению населения, оказываемых в Российской Федерации.

Библиографический список

Официальные документы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации : федеральный закон от 18 декабря 2006 г. № 230-ФЗ. – URL: http://base.garant.ru/10164072/1/#block_10000
2. Конституция Российской Федерации. – URL: <http://www.constitution.ru/>
3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р). – URL: http://base.garant.ru/194365/#block_1000#ixzz3sxM2rO2H
4. Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165592/
5. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 гг.».
6. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».
7. Письмо Министерства экономического развития Российской Федерации от 16.11.2011 № 25537-ОФ/Д19 «О методических материалах по разработке паспортов программ инновационного развития».

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 гг.».
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.12.2010 № 1248н «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2011 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н (ред. от 26.09.2011) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.08.2010 № 708н «Об утверждении Правил лабораторной практики».
14. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
15. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.05.2009 № 118 «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

16. Федеральный закон Российской Федерации от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (с изм. и доп. от 24 июля, 18 октября 2007 г., 8 мая 2010 г., 14 июня, 18 июля, 6 ноября 2011 г.).
17. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
18. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Источники на русском языке

19. Абумуслимова, А. А. Здоровый образ жизни. Профилактическое направление здравоохранения. Виды профилактики / А. А. Абумуслимова. – URL: <http://szgmu.ru>
20. Агапитов, А. Е. Формирование стратегии персонифицированного консультирования населения – важная задача центров здоровья / А. Е. Агапитов // Всероссийская научно-практическая конференция «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». – М., 2011. – URL: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/.../08_centry_zdorovya.pdf
21. Аксенов, В. Диспансеризация – 2013: еще немного, еще чуть-чуть / В. Аксенов, В. Власов. – URL: <http://osdm.org/blog/2013/01/15/probesmyslennye-usiliya-dispanserizacii/>
22. Алетдинова, А. А. Методика формирования инновационного потенциала организации / А. А. Алетдинова // Вопросы инновационной экономики. – 2012. – № 1 (11).
23. Аналитический отчет по результатам исследования «Развитие государственно-частного партнерства в регионах ЦФО: инвестиции и инфраструктура». – М., 2010.
24. Андрусенко, Т. Новые программы корпоративного обучения в среде управления знаниями: опыт зарубежных компаний / Т. Андрусенко // Генеральный директор. – 2005. – № 2.
25. Апухтин, А. Ф. Ситуация с разработками и внедрениями отечественных инновационных технологий в здравоохранении: оценки врачей

- / А. Ф. Апухтин, В. В. Деларю // В мире научных открытий. – 2010. – № 4.
26. Асаул, А. Н. Методологические аспекты формирования и развития предпринимательских сетей / А. Н. Асаул, Е. Г. Скуматов, Г. Е. Локтева. – СПб. : Гуманистика, 2004. – 256 с.
27. Ахинов, Г. А. Социальная политика. Теория и практика / Г. А. Ахинов, С. В. Калашников. – М. : ЗАО «Изд-во «Экономика», 2008.
28. Ахинов, Г. А. Экономический рост и социальное развитие: теория и практика российских реформ / Г. А. Ахинов // Проблемы теории и практики управления. – 2013. – № 01. – С. 8-14.
29. Ахинов, Г. А. Регулирование инновационного развития в социальной сфере: междисциплинарный подход / Г. А. Ахинов // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 4.
30. Ахинов, Г. А. Экономика общественного сектора / Г. А. Ахинов, Е. Н. Жильцов. – М. : ИНФРА-М, 2008. – 345 с.
31. Балабанов, В. М. Нанотехнологии. Наука будущего / В. М. Балабанов. – М. : Эксмо, 2009. – 256 с.
32. Балаева, О. Управление организациями сферы услуг / О. Балаева, М. Предводителяева. – М. : Изд. дом Гос. ун-та – ВШЭ, 2010.
33. Баранчеев, В. П. Измерение инновационной активности компании как ее конкурентной силы / В. П. Баранчеев // Менеджмент сегодня. – 2005. – № 4.
34. Белов, В. Г. Основные направления формирования здорового образа жизни / В. Г. Белов // Материалы Второго международного психолого-социального конгресса. – СПб. : СПбГИПРС, 2009.
35. Белый, Е. М. Государственно-частное партнерство в высшем профессиональном образовании / Е. М. Белый. – Ульяновск : УлГУ, 2009. – 104 с.
36. Белых, В. С. Модернизация экономики: понятие, цели и средства / В. С. Белых // Бизнес, менеджмент и право. – 2011. – № 1. – URL: bmpravo.ru
37. Бирюков, А. В. Преимущества современных инновационных кластеров / А. В. Бирюков // Транспортное дело России. – 2009. – № 1.
38. Бичилова, А. В. Маркетинг медицинских услуг в условиях крупного многопрофильного стационара : автореф. дис. ... канд. мед. наук

- / А. В. Бичилова. – СПб. : С.-Петербург. гос. педиатрическая мед. академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2007.
39. Богачев, Ю. С. Сравнительный анализ научно-технического и инновационного развития субъектов Российской Федерации / Ю. С. Богачев, В. И. Винокуров // Информационно-аналитический бюллетень ГУ «Центр исследований и статистики науки». – 2007. – № 5.
40. Бочкарева, В. К. Есть ли перспективы у обязательного медицинского страхования в России? / В. К. Бочкарева. – URL: http://socpolitika.ru/rus/social_policy_research/discussion/document248.shtml
41. Бояринцев, Б. И. Инновационное развитие инфраструктуры здоровья населения евразийского пространства / Б. И. Бояринцев, Е. В. Рожкова, Ю. В. Чесноков // Философия хозяйства. Альманах Центра общественных наук и экономического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова. – 2014. – № 1.
42. Бояринцев, Б. И. Инновационное развитие организационно-экономических форм услуг здравоохранения в регионе / Б. И. Бояринцев, И. С. Клименко // Шестая международная научная конференция «Инновационное развитие экономики России: региональное разнообразие». – М. : РГ-Пресс, 2013.
43. Бояринцев, Б. И. Инновационный механизм финансирования здравоохранения / Б. И. Бояринцев, Е. В. Рожкова // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 5.
44. Бояринцев, Б. И. Инфраструктурные комплексы в системе экономики здоровья населения постсоветского пространства / Б. И. Бояринцев // Управление инфраструктурой здоровья населения СНГ / под ред. Б. И. Бояринцева. – Симферополь, 2012. – С. 10.
45. Бояринцев, Б. И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация) / Б. И. Бояринцев. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2010.
46. Бояринцев, Б. И. Экономика здоровья населения / Б. И. Бояринцев, А. А. Гладышев. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2001.
47. Бояринцев, Б. И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов / Б. И. Бояринцев. – М. : Профиздат, 1990. – 128 с.

48. Бруссер, П. Государственно-частное партнерство – новый механизм привлечения инвестиций / П. Бруссер, С. Рожкова // Рынок ценных бумаг. – 2007. – № 2. – С. 29-33.
49. Букин, А. К. Социально-экономические аспекты реализации целевых комплексных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний : автореф. дис. ... канд. экон. наук / А. К. Букин. – М. : МГУ, 2009. – С. 11.
50. Бутова, В. Г. Предпринимательская деятельность медицинских организаций / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Т. О. Манашеров. – М. : СТВООК, 2006.
51. Бьоркман, Дж. В. Реформы здравоохранения: поиски продолжаются / Дж. В. Бьоркман // Управление здравоохранением. – 2010. – № 2 (27).
52. Власов, В. Опять диспансеризация? / В. Власов // Медицинская газета. – 2005. – № 86.
53. Власов, В. Снова ходим по граблям / В. Власов, К. Данишевский // Медицинская газета. – 2013. – № 93.
54. Внедрение новых технологий в медицинских организациях: зарубежный опыт и российская практика / Л. С. Засимова [и др.] ; отв. ред. С. В. Шишкин. – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2013. – 271 с.
55. Войцехович, Б. А. Общественное здоровье и здравоохранение / Б. А. Войцехович. – Ростов н/Д : Феникс, 2007.
56. Воронина, Л. А. Научно-инновационные сети в России: опыт, проблемы, перспективы / Л. А. Воронина, С. В. Ратнер. – М. : ИНФРА-М, 2010.
57. Восколович, Н. А. Междисциплинарные исследования повышения доступности платных услуг населению / Н. А. Восколович // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 5. – С. 411-414.
58. Восколович, Н. А. Социальное предпринимательство как инновационное направление развития сферы услуг / Н. А. Восколович // Вестник УГАЭС. Наука. Образование. Экономика. Сер. Экономика. – 2013. – № 1 (3). – С. 52-54.
59. Восколович, Н. А. Экономика платных услуг / Н. А. Восколович. – М. : ТЕИС, 2013. – 432 с. – С. 271.

60. Голышев, А. Я. Концепция создания системы управления качеством в лечебно-профилактических учреждениях / А. Я. Голышев, О. М. Носырева // Интернет-журнал «Медицинские конференции». – URL: http://www.medico.ru/articles/management/article_001.htm
61. Горденко, Г. В. Перспективы развития инновационных сетей / Г. В. Горденко. – URL: http://innclub.info/wp-content/uploads/2011/02/горденко_б_конк_дд.doc
62. Горькова, Т. Ю. Влияние инновационного потенциала на конкурентное развитие предприятий здравоохранения / Т. Ю. Горькова, С. В. Герасимова // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 11.
63. Губин, Д. О моде и о здоровом образе жизни / Д. Губин. – URL: <http://www.kommersant.ru/doc/2143870>
64. Гурбан, И. А. Системная диагностика регионов России: методологический подход и результаты оценки / И. А. Гурбан, А. Л. Мызин // Экономика региона. – 2012. – № 4.
65. Демин, А. К. Политические проблемы социальной защиты населения в странах «большой семерки» (на примере здравоохранения) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. К. Демин. – М., 2000.
66. Дерябина, М. Государственно-частное партнерство: теория и практика / М. Дерябина // Вопросы экономики. – 2008. – № 8. – С. 61-77.
67. Дубровина, Е. В. Проблемы кадрового обеспечения информационной поддержки деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях / Е. В. Дубровина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013.
68. Егоров, Е. В. Актуальные проблемы экономики здоровья и формирования здорового образа жизни населения России / Е. В. Егоров // Социальная политика и социальное партнерство. – 2014. – № 9. – С. 16-22.
69. Егоров, Е. В. Инновационный сценарий развития социальной сферы в условиях современных вызовов / Е. В. Егоров // Сценарии развития социальной сферы в условиях новых вызовов : материалы Всероссийской науч.-практич. конф., 27 ноября 2014 г. / под ред. проф. Е. В. Егорова, П. Н. Ломанова, Т. Б. Беляева. – М. : Креативная экономика, 2014. – С. 9-13.
70. Егоров, Е. В. Развитие сферы услуг с использованием высоких технологий / Е. В. Егоров, И. В. Ратушная // Инновационное развитие сферы

- услуг : сб. науч. ст. – М. : Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, 2009. – 367 с.
71. Жильцов, Е. Н. О взаимодействии экономики и социальной сферы в условиях новых вызовов / Е. Н. Жильцов // Сценарии развития социальной сферы в условиях новых вызовов : материалы Всероссийской науч.-практич. конф., 27 ноября 2014 г. / под ред. проф. Е. В. Егорова, П. Н. Ломанова, Т. Б. Беляева. – М. : Креативная экономика, 2014. – С. 20-23.
72. Жильцов, Е. Н. Экономика социальных отраслей сферы услуг : учеб. пособие / Е. Н. Жильцов, В. Н. Казаков. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2007.
73. Здоровоохранение в России. 2011 : стат. сб. – М. : Росстат, 2011.
74. Здоровоохранение в России. 2012 : стат. сб. – М. : Росстат, 2012.
75. Здоровоохранение в России. 2013 : стат. сб. – М. : Росстат, 2013.
76. Зеленский, В. А. Выступление в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС» / В. А. Зеленский. – Москва, Swisshotel Krasnye Holmy. 14.03.2012.
77. Знаниевый работник. Дайджест № 3 (2012). – URL: <http://www.smart-edu.com/professionalnye-kompetentsii/tsentr-kompetentsiy.html>
78. Зозуля, Ю. В. Методологические основы управления сферой услуг здравоохранения / Ю. В. Зозуля. – СПб. : СПбГУЭФ, 2009.
79. Зубарева, Н. Г. Инновации в медицине и патентное право / Н. Г. Зубарева // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 2.
80. Иванов, В. В. Медицинский менеджмент / В. В. Иванов, П. В. Богаченко. – М. : ИНФРА-М, 2007.
81. Иванова, Е. С. Новые пути формирования культуры здоровья в условиях центров здоровья / Е. С. Иванова, С. М. Крошнин, Ю. Д. Шалягин // Всероссийская научно-практическая конференция «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». – М., 2011.
82. Иванова, И. В. Современные технологии укрепления и обновления кадрового научного потенциала / И. В. Иванова // Здоровоохранение РФ. – 2007. – № 3.

83. Инновационное развитие и модернизация здравоохранения в РФ. Правовой аспект: интернет-интервью с С. В. Калашниковым. – URL: <http://www.garant.ru/action/interview/382320/>
84. Инновационное развитие сферы услуг : учеб. пособие / под ред. Е. В. Егорова, Т. Б. Беляевой. – М. : Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова, 2010. – 280 с.
85. Инновационный бизнес: формирование моделей коммерциализации перспективных разработок : учеб. пособие / В. Антоненц [и др.] ; под ред. К. Хомкина. – М. : Изд-во «Дело» АНХ, 2009.
86. Инновационный потенциал: состояние и перспективы развития / В. Г. Матвейкин, С. И. Дворецкий, Л. В. Минько, В. П. Таров, Л. Н. Чайникова, О. И. Летунова. – М. : Машиностроение-1, 2007.
87. Иноземцев, В. Л. Пределы «догоняющего» развития / В. Л. Иноземцев. – М. : Экономика, 2000. – 294 с.
88. Кадыров, Ф. Н. Эффективный контракт в здравоохранении / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2.
89. Казаков, В. Н. Социальная сфера и социальная инфраструктура в современном обществе / В. Н. Казаков // Социальные и правовые проблемы экономического развития. – 2011. – Т. 1. – С. 32-42.
90. Кайгородова, Т. Ю. Выступление в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС» / Т. Ю. Кайгородова. – Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. – URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>
91. Калошин, А. В. Региональные производственные и технологические кластеры / А. В. Калошин // Материалы семинара Центра стратегических разработок «Северо-Запад» «Управление региональным развитием». – URL: http://csr-nw.ru/upload/file_content_557.pdf
92. Камилов, Д. А. Государственное регулирование развития отраслей социальной сферы в Российской Федерации : автореф. дис. ... д-ра экон. наук / Д. А. Камилов. – М. : МГУ, 2012.
93. Кашбиева, Р. Р. Промышленные кластеры в региональной экономике: инновационная составляющая / Р. Р. Кашбиева // Проблемы теории и практики управления. – 2012. – № 9-10.

94. Квасов, С. Е. Медико-социальная модель здравоохранения и экономическая эффективность в период его перестройки / С. Е. Квасов. – Горький, 1989.
95. Климов, С. М. Государственно-частное партнерство как механизм финансирования модернизации инфраструктуры / С. М. Климов // Управление экономическими системами. – 2011. – № 11.
96. Клямкин, И. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование / И. Клямкин, Л. Тимофеев. – М. : РГГУ, 2000.
97. Колесникова, К. И. Частно-государственное партнерство: опыт зарубежных стран и перспективы для России / К. И. Колесникова // Научный вестник УрАГС. – 2008. – № 3. – С. 112-115.
98. Комаров, В. Ф. Проблемы и методы внедрения управленческих инноваций / В. Ф. Комаров, К. П. Корсунь // Регион: экономика и социология. – 2011. – № 1.
99. Комаров, Ю. М. Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? / Ю. М. Комаров. – URL: www.viperson.ru
100. Комаров, Ю. М. Экспертное заключение о законопроекте «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (внесен в Государственную Думу 21 апреля 2011 г.) / Ю. М. Комаров. – URL: <http://rmass.ru/publ/info/expert>
101. Комаров, Ю. М. Некоторые вопросы улучшения качества медицинской помощи / Ю. М. Комаров. – URL: <http://www.viperson.ru/wind.php?ID=621728&soch=1>
102. Комягин, А. В. Современные методы управления в системе здравоохранения России / А. В. Комягин // Вестник науки ТГУ. – 2011. – № 1.
103. Кораблев, В. Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона / В. Н. Кораблев. – ДВМГУ, 2009. – URL: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=135>
104. Корнева, Т. Технопарк здоровья / Т. Корнева // Российская газета – Средняя Волга: Саратов. – 2008. – № 4665. – 22 мая.
105. Корчагин, В. П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации / В. П. Корчагин // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 2.

106. Краева, О. Н. Социально-экономическое обеспечение доступности услуг ЖКХ для населения региона : автореф. дис. ... канд. экон. наук / О. Н. Краева. – М. : МГУ, 2013.
107. Краснова, М. И. Государственно-частное партнерство как механизм государственной поддержки развития предпринимательства в регионе / М. И. Краснова // VIII Международная научно-практическая конференция «Социально-экономические реформы в контексте интеграционного выбора Украины». – URL: http://www.confcontact.com/2012_11_29/2_krasnova.htm
108. Кудрявцев, А. А. Менеджмент в здравоохранении: медико-экономические стандарты и методы их анализа / А. А. Кудрявцев. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2004.
109. Кузнецов, А. Н. Выступления в рамках круглого стола «Медицинское страхование: синергия ОМС и ДМС» / А. Н. Кузнецов, В. В. Эстрин. – Москва, Swissotel Krasnye Holmy. 14.03.2012. – URL: <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2012/resume/>
110. Лазарова, Л. Б. Проблемы реформирования системы ОМС / Л. Б. Лазарова, Т. А. Вильмс // Российское предпринимательство. – 2012. – № 16.
111. Лapidус, Л. В. Государственное регулирование и контроль качества услуг социальной сферы в Российской Федерации / Л. В. Лapidус // Новые подходы в экономике и управлении : материалы III Международной науч.-практич. конф., 15-16 сентября 2013 г. – Прага : Vědecko vydavatelské centrum Sociosféra-CZ, 2013.
112. Лapidус, Л. В. Проблема качества услуг социальной сферы / Л. В. Лapidус // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 4.
113. Лисин, Б. К. Инновационный потенциал как фактор развития. Межгосударственное социально-экономическое исследование / Б. К. Лисин, В. Н. Фридлянов // Инновации. – 2002. – № 7.
114. Лисицын, Ю. П. Здравоохранение в XX веке / Ю. П. Лисицын. – М. : Медицина, 2002.
115. Малынкина, Е. Ю. Формирование инновационных кластеров в сфере здравоохранения : автореф. дис. ... канд. экон. наук / Е. Ю. Малынкина. – СПб., 2011.

116. Мартынчик, С. А. Требования к построению системы для оценки результативности и потенциала научной деятельности на уровне организации / С. А. Мартынчик, Е. А. Глухова, Л. Р. Галустова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – 28 авг. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/500/lang,ru/>
117. Материалы круглого стола «Меры по поддержке здорового образа жизни на предприятиях имеют значительный потенциал». Москва, 13 марта 2014 г. – URL: <http://rspp.ru/news/view/4379>
118. Материалы круглого стола «Человеческий потенциал и социальная политика» Второго Российского экономического конгресса. Суздаль, 18-22 февраля 2013 г. – URL: <http://www.gosbook.ru/document/70230/70265/preview>
119. Медушевская, З. Кластер, еще кластер, еще один / З. Медушевская // Официальный сайт рекламно-издательского центра «Курьер-медиа». – URL: <http://www.kuriermedia.ru/ru/archiv/717/1821/1842/1845/>
120. Мелянченко, Н. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия / Н. Мелянченко. – URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=43191> (опубликовано 24.11.2010).
121. Мелянченко, Н. Целительство и власть / Н. Мелянченко // Медицинская газета. – 2010. – № 20.
122. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин [и др.]. – М. : Медицина, 2002.
123. Методология формирования дополнительных образовательных программ подготовки и переподготовки специалистов в области коммерциализации высоких технологий / Е. М. Белый, О. И. Донина, А. В. Жуков, Т. Ю. Иванова, С. Г. Новиков, Е. В. Рожкова // Вестник ОГУ. – 2009. – № 9.
124. Минздрав подвел итоги Национального проекта «Здоровье» за последние четыре года // Аргументы и факты. – 2013. – 12 сент. – URL: <http://www.aif.ru/health/article/50182>
125. Модернизация в медицине начинается с образования (интервью с В. Скворцовой) // Медицинская газета. – 2013. – № 69. – URL: <http://www.mgzt.ru/article/1680/>

126. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л. Д. Попович [и др.] ; под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – М. : Изд-во «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с.
127. Молчанов, И. Н. Дифференциация инновационного потенциала регионов и государственная поддержка инновационного развития (на примере субъектов Южного федерального округа) / И. Н. Молчанов, Н. П. Молчанова // Вопросы управления. – 2014. – № 1. – С. 74-83.
128. Монастырный, Е. А. Инновационный кластер / Е. А. Монастырный // Инновации. – 2006. – № 2.
129. Мызин, А. Л. Проблемы оценки человеческого капитала в контексте исследования национального богатства регионов России / А. Л. Мызин, И. А. Гурбан // Экономика региона. – 2011. – № 1.
130. Насруллаева, П. М. Основные тенденции и проблемы развития рынка медицинских услуг / П. М. Насруллаева // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2010. – № 1. – URL: http://www.rppe.ru/?page_id=444
131. Научно-технологическое развитие Российской Федерации: состояние и перспективы. – М. : Институт проблем развития науки РАН, 2010.
132. Нечепуренко, М. Н. Организационно-экономический механизм управления устойчивым развитием предприятия на основе инновационной активности : автореф. дис. ... канд. экон. наук / М. Н. Нечепуренко. – Чебоксары, 2000. – 19 с.
133. Новаторов, Э. Методы разработки и анализа процесса обслуживания в маркетинге услуг / Э. Новаторов // Маркетинг в России и за рубежом. – 2001. – № 1.
134. Носкова, В. Н. Государственно-частное партнерство как форма взаимодействия государства и российского бизнеса в инновационной деятельности / В. Н. Носкова, Ю. П. Фомичев, А. И. Шелгунов. – URL: http://ifti.ru/part_consalt/publ/17
135. Носков-Дукельский, А. И. Развитие территориальных сервисных кластеров как фактор обеспечения конкурентоспособности экономики региона : автореф. дис. ... канд. экон. наук / А. И. Носков-Дукельский. – СПб., 2011.
136. Обухова, О. В. Особенности программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи в Российской

- Федерации на 2014-2016 годы / О. В. Обухова // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 65-73.
137. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 528 с.
138. Оганов, Р. Г. Руководство по медицинской профилактике / Р. Г. Оганов, Р. А. Хальфин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
139. Орлов, Е. М. Категория эффективности в системе здравоохранения / Е. М. Орлов, О. Н. Соколова // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70-75.
140. Основы маркетинга медицинских услуг / Н. Г. Петрова [и др.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.
141. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru>
142. Официальный сайт Министерства здравоохранения, социального развития и спорта Ульяновской области. – URL: www.med.ulgov.ru
143. Официальный сайт Министерства финансов РФ. – URL: <http://info.minfin.ru/foms.php>
144. Официальный сайт Центрального бюро нормативов по труду. – URL: http://cbnt.ru/analytics/oplata_truda/2012/11
145. Пальцев, М. А. Инновационное развитие медицинской науки / М. А. Пальцев // Вестник РАМН. – 2011. – № 2.
146. Пахомов, С. Государственно-частное партнерство в современной России / С. Пахомов, Г. Караваев // Бюджет. – 2007. – № 2.
147. Пирогов, М. В. Новая методика планирования территориальных программ ОМС / М. В. Пирогов // Здравоохранение. – 2013. – № 10.
148. Платонова, Н. А. Формирование концептуальных и методологических основ сервисного аудита / Н. А. Платонова, О. И. Вапнярская // Сервис в России и за рубежом. – 2013. – № 7.
149. Полянская, С. В. Совершенствование управления инновационной деятельностью учреждений здравоохранения : автореф. дис. ... канд. экон. наук / С. В. Полянская. – Саратов : СГТУ, 2012.
150. Пономарева, Т. Качество услуг: качественные параметры оценки / Т. Пономарева, М. Супрягина // Маркетинг в России и за рубежом. – 2005. – № 1.

151. Понятие профилактики. Структура и функции профилактической деятельности. – URL: <http://www.libsid.ru/osnovi-sotsialnoy-meditsini/sotsialnie-bolezni/ponyatie-profilaktiki-struktura-i-funktsii-profilakticheskoy-deyatelnosti>
152. Попова, Г. В. Методологические основы формирования инновационной системы управления развитием регионального здравоохранения : автореф. дис. ... д-ра экон. наук / Г. В. Попова. – СПб. : СПбГУЭФ, 2009.
153. Портер, М. Конкуренция : пер. с англ. / М. Портер. – М. : Вильямс, 2005.
154. Прохоров, Б. Б. Оценка стоимости статистической жизни и экономического ущерба от потерь здоровья / Б. Б. Прохоров, Д. И. Шмаков // Проблемы прогнозирования. – 2002. – № 3.
155. Прядко, А. Для биомедицинского сектора создаются венчурные фонды / А. Прядко // Фармацевтический вестник. – 2011. – 22 дек. – URL: <http://www.pharmvestnik.ru/text/28026.html> (дата обращения: 23.12.11).
156. Пушкин, А. Реализация инфраструктурных проектов в рамках государственно-частного партнерства / А. Пушкин // Официальный сайт Tenzor Consulting Group. – URL: <http://www.tencon.ru/article/199>
157. Развитие медицинского образования в условиях инновационной экономики / Л. Б. Шубина [и др.] // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. – 2 апр. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/182/30> (дата обращения: 26.12.11).
158. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Н. В. Бондаренко [и др.] ; отв. ред. И. М. Шейман, С. В. Шишкин. – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2012. – 262 с.
159. Рожкова, Е. В. Специфика инновационных сетей в здравоохранении / Е. В. Рожкова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 2 (42). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/666/30/lang,ru/>
160. Рожкова, Е. В. Активизация инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения / Е. В. Рожкова. – Ульяновск : УлГУ, 2013.

161. Рожкова, Е. В. Внедрение инновационных медицинских услуг: проблемы, решения / Е. В. Рожкова // *Сервис plus*. – 2013. – № 3.
162. Рожкова, Е. В. Инновационно-ориентированное развитие сферы услуг / Е. В. Рожкова // *Проблемы теории и практики управления*. – 2012. – № 11-12.
163. Рожкова, Е. В. Инновационные и интеллектуальные услуги: сходство и различие / Е. В. Рожкова // *Качество. Инновации. Образование*. – 2012. – № 1.
164. Рожкова, Е. В. Инновационные и самообучающиеся организации: проблема соотношения понятий / Е. В. Рожкова, Ч. Н. Зайдуллина // *Вестник университета (Государственный университет управления)*. – 2008. – № 13.
165. Рожкова, Е. В. Инновационные стратегии / Е. В. Рожкова, Ч. Н. Зайдуллина // *Вестник университета (Государственный университет управления)*. – 2008. – № 16.
166. Рожкова, Е. В. Инновационные услуги: понятие, виды, отличительные черты / Е. В. Рожкова // *Менеджмент в России и за рубежом*. – 2011. – № 6.
167. Рожкова, Е. В. Качество медицинской услуги и его оценка / Е. В. Рожкова // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2012. – № 1 (23). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/389/30/lang.ru/%20%202012>
168. Рожкова, Е. В. Ключевые аспекты процесса освоения инновационной услуги / Е. В. Рожкова // *Современные исследования социальных проблем*. – 2011. – № 4. – URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2011/4/rozhkova.pdf>
169. Рожкова, Е. В. Коммуникационные аспекты процесса разработки инновационных медицинских услуг как значимой составляющей медицинского обеспечения безопасности полетов / Е. В. Рожкова // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. – 2012. – Т. 14, № 4 (2).
170. Рожкова, Е. В. Медицинская сфера Ульяновской области: состояние и субъекты инновационных коммуникаций / Е. В. Рожкова // *Сервис в России и за рубежом*. – 2013. – № 7 (45).
171. Рожкова, Е. В. Медицинские услуги как вид экономической деятельности: особенности, классификация / Е. В. Рожкова // *Экономика и предпринимательство*. – 2012. – № 1.

172. Рожкова, Е. В. Модель регионального центра знаний и коммуникаций в системе здравоохранения / Е. В. Рожкова // Менеджмент в России и за рубежом. – 2013. – № 2.
173. Рожкова, Е. В. Особенности жизненного цикла инновационных услуг / Е. В. Рожкова // В мире научных открытий. – 2011. – № 6.1 (18).
174. Рожкова, Е. В. Особенности инновационного процесса для различных видов инноваций / Е. М. Белый, Е. В. Рожкова // Качество. Инновации. Образование. – 2011. – № 4.
175. Рожкова, Е. В. Особенности разработки инновационных медицинских услуг: вопросы теории и практики / Е. В. Рожкова. – Саарбрюккен : Lambert Academic Publishing, 2012.
176. Рожкова, Е. В. Особенности управленческого обследования сервисных организаций / Е. В. Рожкова // Интеллект. Инновации. Инвестиции. – 2011. – № 3.
177. Рожкова, Е. В. Оценка качества медицинских услуг: региональная специфика и проблематика / Е. В. Рожкова // Сервис в России и за рубежом. – 2013. – № 7 (45).
178. Рожкова, Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения / Е. В. Рожкова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2 (36).
179. Рожкова, Е. В. Проблематика понятийного аппарата компетентностного подхода в управлении: структуризация компетенций / Е. В. Рожкова, А. Е. Тюлин // Экономика и предпринимательство. – 2013. – № 3.
180. Рожкова, Е. В. Проблематика понятийного аппарата компетентностного подхода в управлении: организация как центр компетенций / Е. В. Рожкова, А. Е. Тюлин // Экономика и предпринимательство. – 2013. – № 4.
181. Рожкова, Е. В. Разработка инновационных услуг: методология подхода / Е. В. Рожкова. – Ульяновск : УлГУ, 2012.
182. Рожкова, Е. В. Сущность и виды инновационных медицинских услуг / Е. В. Рожкова // В мире научных открытий. – 2011. – № 10 (22).
183. Рожкова, Е. В. Сферы услуг и обслуживания: о соотношении понятий / Е. В. Рожкова // Вестник транспорта Поволжья. – 2011. – № 6 (30).

184. Рожкова, Е. В. Формирование инновационно-ориентированного подхода к развитию сферы услуг: теоретические и методические аспекты / Е. В. Рожкова. – Ульяновск : УлГУ, 2012.
185. Рожкова, Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности / Е. В. Рожкова // Современные исследования социальных проблем. – 2011. – № 3. – URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2011/3/rozhkova.pdf>
186. Рожкова, Е. В. Методы оценки качества инновационной услуги / Е. В. Рожкова // Качество. Инновации. Образование. – 2011. – № 8.
187. Рожкова, Е. В. Нововведения и инновации: сходство и различие / Е. В. Рожкова, Ч. Н. Зайдуллина // Вестник университета (Государственный университет управления). – 2008. – № 16.
188. Российский статистический ежегодник. 2012 : стат. сб. – М. : Росстат, 2012.
189. Российский статистический ежегодник. 2013 : стат. сб. – М. : Росстат, 2013.
190. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : доклад ГУ – ВШЭ / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин, Л. И. Якобсон, Е. Г. Ясин. – М. : Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006.
191. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : доклад на VII Международной науч. конф. «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 г. / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин, Л. И. Якобсон, Е. Г. Ясин. – М. : Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2006.
192. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / авт. кол.: С. В. Шишкин (рук. кол.), Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова, В. А. Чернец, А. Е. Чирикова, Л. С. Шилова. – М., 2004.
193. Российское информационное агентство РИА. – URL: <http://ria.ru/economy/20120327/607244058.html>
194. Ростанец, В. Инфраструктура межрегионального трансфера инноваций / В. Ростанец, А. Топилин // Экономический портал – экономика России и мировая экономика. – URL: <http://institutiones.com/innovations/1001-infrastruktura-mezhregionalnogo-transfera-innovacij.html>

195. Руцик, Ю. О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы) / Ю. О. Руцик // Экономика и управление в сфере услуг. – 2011. – № 12.
196. Рычкова, Н. В. Особенности маркетинговых новаций : учеб. пособие / Н. В. Рычкова. – М. : КНОРУС, 2005.
197. Саванкова, Н. Е. Реализация проектов государственно-частного партнерства: зарубежный опыт и российская практика : автореф. дис. ... канд. экон. наук / Н. Е. Саванкова. – М. : Дипломатическая академия МИД РФ, 2009. – 27 с.
198. Садовничий, В. А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н. С. Григорьева, Т. В. Чубарова. – М. : Экономика, 2012.
199. Салимова, Т. Управление качеством : учеб. / Т. Салимова. – 5-е изд., стер. – М. : Изд-во «Омега-Л», 2011.
200. Седов, К. Что тормозит интеграцию негосударственных клиник в систему обязательного медицинского страхования / К. Седов // Деловой журнал об индустрии здравоохранения Vademecum. – 2013. – № 04 (10 июня). – URL: <http://vademec.ru/magazines/article1276.html>
201. Сибурина, Т. А. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью / Т. А. Сибурина, Г. Н. Барскова, Л. В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 1.
202. Сибурина, Т. А. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире / Т. А. Сибурина, О. С. Мишина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 2.
203. Соболева, Е. С. Организационные механизмы управления инновационным развитием здравоохранения субъекта Российской Федерации (на примере Калужской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. С. Соболева. – М. : ЦНИИ ОИЗ, 2009.
204. Собченко, Н. В. Оценка инновационного потенциала как неотъемлемой части инновационного процесса / Н. В. Собченко // Наука и образование : электронное научно-техническое издание. – 2011. – № 4. – URL: <http://technomag.edu.ru>
205. Современные организационно-технические решения повышения доступности специализированной медицинской помощи / В. Б. Колядо,

- В. И. Костин, Ю. Ю. Дорофеев, Т. В. Вершинина // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 1.
206. Создание системы паспортизации медицинских учреждений и организаций // *HI + MED. Высокие технологии в медицине*. – URL: <http://himedtech.ru/articles/111/317.php>
207. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Ю. В. Михайлова [и др.] // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2008. – № 1.
208. Стародубов, В. И. Одноканальное финансирование : доклад на заседании правления президиума Общества врачей России 22.05.2013 / В. И. Стародубов. – URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/reglamentiruyuschie-dokumenty/perspektivy-i-nedostatki-odnokanalnogo-finansirovanija-zdravohranenija-cherez-sistemu-oms.html>
209. Столяров, С. А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. – 3-е изд., испр. и доп. – Барнаул : Аз Бука, 2005. – 269 с.
210. Сурин, А. В. Инновационный менеджмент / А. В. Сурин, О. П. Молчанова. – М. : ИНФРА-М, 2008.
211. Сусликов, В. Л. Методологическое обоснование проблем геохимической экологии и исходные принципы первичной профилактики / В. Л. Сусликов, Д. Субеди, Б. Тхакур // *Современные проблемы науки и образования*. – 2009. – № 6.
212. Татарников, М. А. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения / М. А. Татарников // *Экономика здравоохранения*. – 2006. – № 2.
213. Терёшкина, В. Н. Мода как фактор развития здорового образа жизни молодежи : автореф. дис. ... канд. соц. наук / В. Н. Терёшкина. – Архангельск, 2013.
214. Титов, Л. Ю. Принципы формирования инновационных сетей в реальном секторе экономики / Л. Ю. Титов // *Проблемы современной экономики*. – 2009. – № 1 (29).
215. Титова, М. Н. Мониторинг реформирования и методология рейтинговых оценок промышленных предприятий / М. Н. Титова. – СПб. : СПГУТД, 2002. – 400 с.

216. Тогунов, И. К вопросу сегментирования рынка здоровья / И. Тогунов. – URL: http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article_35.html (дата обращения: 05.07.11).
217. Тогунов, И. Маркетинговая сущность профилактической медицинской деятельности / И. Тогунов. – URL: http://www.rusmedserv.com/zdrav/market/article_33.html (дата обращения: 05.07.11).
218. Трофимова, О. М. К вопросу о формировании инновационных кластеров в региональной экономике / О. М. Трофимова // Вопросы управления. – 2010. – № 2 (11). – URL: <http://vestnik.uapa.ru/ru/issue/2010/02/10/>
219. Труфанов, В. Биотехнологические кластеры сегодня / В. Труфанов // Официальный сайт Русско-корейского информационного агентства. – URL: <http://ruskorinfo.ru/interview/business/1470/>
220. Тулякова, Т. И. Инновационные подходы к развитию непрерывного образования специалистов сестринского дела / Т. И. Тулякова // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 8.
221. Улумбекова, Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России / Г. Э. Улумбекова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/429/30/lang,ru/>
222. Улумбекова, Г. Э. Анализ государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» / Г. Э. Улумбекова. – URL: http://www.tpprf.ru/common/upload/news_130312_Ulumbekova.ppt
223. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
224. Улумбекова, Г. Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г. Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2.
225. Управление изменениями : учеб. пособие / кол. авт. ; под ред. Т. Ю. Ивановой. – М. : КНОРУС, 2014.
226. Управление инновациями и инновационным проектированием в деятельности предприятий / В. А. Деева, Т. Ю. Медведева, Т. В. Хомутинникова, В. В. Филатов // Материалы Международной НПК «Инновационная политика хозяйственного субъекта: цели, проблемы, пути совершенствования». – М. : МВЦ «Крокус-Экспо», РУДН, 2011.

227. Усачев, В. И. Здоровье населения российских регионов / В. И. Усачев. – М., 2005.
228. Устюгов, А. О ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения и работе в системе ОМС / А. Устюгов // Всероссийская практическая медицинская конференция «Консилиум главных врачей». – М., 2013. – URL: <http://ria-ami.ru/read/16310>
229. Ушаков, И. Как привлечь инвестиции / И. Ушаков. – СПб. : Питер, 2006. – 224 с.
230. Филатов, В. В. Актуальные вопросы управления инновационной деятельностью предпринимательских ассоциаций и стратегических альянсов в условиях нарастающей глобализации / В. В. Филатов // Качество. Инновации. Образование. – 2012. – № 5.
231. Филиппова, И. «Высокотехнологичные» кадры отечественной медицины / И. Филиппова // Портал Remedium.ru. – URL: <http://www.remedium.ru/section/state/detail.php>
232. Флек, В. О. Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению / В. О. Флек, Д. А. Зинланд. – СПб. : Изд-во Политех. ун-та, 2011. – 440 с.
233. Фоменко, В. В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения / В. В. Фоменко // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10 (ч. 4). – URL: http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=10001623
234. Хан, И. С. Об оптимизации экономических эффектов в стратегиях профилактики неинфекционных заболеваний / И. С. Хан, А. П. Гулевич // Вестник ТГЭУ. – 2008. – № 2.
235. Харин, А. А. Инновационная экономика в России. Реалии и перспективы / А. А. Харин // Образовательный портал ФЭиФ СЗАГС. – URL: <http://nit.miem.edu.ru/2003/harinmyboroda.htm> (дата обращения: 26.12.11).
236. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации : рекомендации для врачей по проведению биомедицинских исследований на людях // Международный журнал медицинской практики. – 2000. – № 4.
237. Хлебович, Д. Сфера услуг: маркетинг : учеб. пособие / Д. Хлебович ; под ред. Т. Бурменко. – М. : КНОРУС, 2007.

238. Чагин, К. Г. Автономные учреждения: «госкорпорации» в социальной сфере или мостик к рынку? Аналитическая статья / К. Г. Чагин. – URL: http://www.urbanecomomics.ru/texts.php?folder_id=80&mat_id=414
239. Челенков, А. Маркетинг услуг / А. Челенков. – М. : Центр маркетинговых исследований и менеджмента, 2000.
240. Человеческий капитал и образование / под ред. В. Н. Черковца, Е. Н. Жильцова, Р. Т. Зяблюк. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2009.
241. Чернов, С. А. Инновационные сети / С. А. Чернов. – URL: http://www.chronos.msu.ru/RREPORTS/problema_vremeni/chernov_innovatsionnye.htm
242. Чернышева, Т. Инновационные сети как форма интеграции / Т. Чернышева // Инновации. – 2009. – № 11.
243. Чубарова, Т. В. Экономика здравоохранения : науч. докл. / Т. В. Чубарова. – М. : Институт экономики РАН, 2008.
244. Шеин, А. Ф. Анализ эффективности инновационной деятельности в лечебно-профилактических учреждениях / А. Ф. Шеин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/274/30/lang.ru/>
245. Шейман, И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И. М. Шейман. – 2-е изд. – М. : Изд. дом ГУ – ВШЭ, 2008.
246. Шишкин, С. В. Бесплатное здравоохранение: состояние и проблемы / С. В. Шишкин // Журнал исследований социальной политики. – 2002. – Т. 1.
247. Шишкин, С. В. Российское здравоохранение: модернизация, эволюция, кризис? Доклад в рамках круглого стола «Человеческий потенциал и социальная политика» Второго Российского экономического конгресса. Суздаль, 18-22 февраля 2013 г. / С. В. Шишкин. – URL: <http://www.gosbook.ru/document/70230/70265/preview>
248. Шишкин, С. В. Уроки и перспективы реформы системы финансирования здравоохранения в России : доклад в рамках семинара «Инновационные механизмы финансирования здравоохранения для повышения качества медпомощи: международный опыт, доказательная база и перспективы использования в Российской Федерации» / С. В. Шишкин. – М., 2011.

249. Шнякина, Ю. Р. Организационно-экономический механизм управления региональным сервисным кластером / Ю. Р. Шнякина // Вопросы управления. – 2011. – № 2.
250. Шумпетер, Й. Теория экономического развития / Й. Шумпетер ; пер. с нем. В. С. Автономова [и др.]. – М. : Прогресс, 1982.
251. Экономика здравоохранения России. – URL: http://elib.org.ua/ruseconomics/ua_show_archives.php?archive=2210&id=1096039051&start_from&subaction=showfull&ucat=2
252. Экономика знаний : кол. моногр. / отв. ред. В. Колесов. – М. : ИНФРА-М, 2008.
253. Экономика знаний и инноваций: перспективы России / под ред. А. В. Бузгалина. – М. : Экономический факультет МГУ, ТЕИС, 2007.
254. Экономика и управление здравоохранением : учеб. / Р. А. Тлепцеришев [и др.]. – 6-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д : Феникс, 2009.
255. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации. – ВОЗ, 2008.
256. Эфрос, А. Л. Бесконечный кластер / А. Л. Эфрос. – URL: <http://www.edu.ioffe.ru>
257. Юргель, Н. В. Мониторинг реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / Н. В. Юргель, Е. Л. Никонов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2007.
258. Яковлева, Т. Инновационное развитие в здравоохранении России – проблемы и перспективы / Т. Яковлева // «Государственные Вести» – информационный канал. – URL: <http://www.gosnews.ru/parliament/news/870>

Источники на иностранных языках

259. Berry L. L. Creating New Markets through Service Innovation / Berry L. L., Shankar V., Parish J. T., Cadwallader S. and Dotzel T. // MIT Sloan Management Review. 2006. Vol. 47, No. 2. P. 56-63.
260. Bradley M. The Rational Behind Interfirm Tender Offers: Information or Synergy? / Bradley M., Desay A., Kim E. H. // Journal of Financial Economics. Vol. 2011, № 2.

261. Brett A. S. New Guidelines for Coding Physicians Services – A Step Backward // *The New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 339, № 23.
262. Donabedian A. Models of Quality Assurance // Leonard S. Osenfeld Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel Hill. 1993. February 26.
263. Gronroos C. *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. 2nd ed. John Wiley & Sons, 2000.
264. *Health care systems: efficiency and policy setting*. OECD. 2010.
265. Hsiao W. Abnormal Economics in the Health Sector // *Health Policy*. 1995. № 32.
266. Kassarer J. P. Evaluation and Management Guidelines – Fatally Flawed / Kassarer J. P., Angell M. // *The New England Journal of medicine*. 1998. Vol. 339, № 23.
267. Kissick W. L. *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources*. New Haven. CT : Yale University Press, 1994.
268. Kotter J. P. *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail* // *Harvard Business Review*. 1995.
269. McGuire Th. G. Physician Agency // *Handbook of Health Economists*. Vol. 1A / Ed. by A. J. Culyer, J. P. Newhouse. Amsterdam et al., 2001.
270. Milgate K. Pay For Performance: The MedPAC Perspective / Milgate K., Cheng S. B. // *Health Affairs*. 2007. Vol. 25, № 2.
271. Murphy K. M. The Value of Health and Longevity / Murphy K. M., Topel R. H. NBER Working Paper. No. 11405. June 2005.
272. OESD Health Data. 2010.
273. Parasuraman A. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consume Perceptions of Service Quality / Parasuraman A., Zeitaml V. A., Berry L. L. // *Journal of Retailing*. 1988. Vol. 64, № 1.
274. Platonova N. A. Factors and Trends of Innovative Developments of Health Care / Platonova N. A., Rozhkova E. V. // *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2013. Vol. 15, № 4. P. 477-481.
275. Shostack G. L. *Designing Services That Deliver* // *Harvard Business Review*. 1984. Jan. – Feb.
276. WHO: *World Health Report*. 2000.
277. Wulff H. R. *Rational Diagnosis and Treatment* / Wulff H. R., Guitsche P. C 2nd ed. Oxford : Blackwell Science, 2000.

Приложение 1

Заболееваемость населения и оснащенность специализированными на профилактике населения структурами по регионам РФ в 2012 году

| № | Регион | Заболееваемость в 2012 году (на 1 тыс. человек населения) | Отделения (кабинеты) профилактических амбулаторно-поликлинических организаций | Центры здоровья и Центры медицинской профилактики – всего в 2012 году |
|-----|--|---|---|---|
| 1. | Ненецкий автономный округ | 1752,0 | 1 | - |
| 2. | Чукотский автономный округ | 1172,5 | 2 | - |
| 3. | Ямало-Ненецкий автономный округ | 1122,1 | 5 | - |
| 4. | Алтайский край | 1087,5 | 51 | 8 |
| 5. | Республика Карелия | 1076,1 | 27 | 1 |
| 6. | Архангельская область | 1067,3 | 31 | 1 |
| 7. | Республика Саха (Якутия) | 1066,5 | 40 | 12 |
| 8. | Республика Коми | 1053,5 | 32 | 1 |
| 9. | Чувашская Республика | 1006,4 | 26 | - |
| 10. | Самарская область | 997,2 | 77 | 21 |
| 11. | Ульяновская область | 969,0 | 29 | 1 |
| 12. | Ивановская область | 966,1 | 16 | - |
| 13. | Омская область | 960,5 | 50 | - |
| 14. | Орловская область | 943,3 | 19 | - |
| 15. | Владимирская область | 941,3 | 23 | 1 |
| 16. | Пермский край | 928,4 | 62 | 5 |
| 17. | Иркутская область | 920,6 | 34 | 17 |
| 18. | Тверская область | 920,6 | 21 | - |
| 19. | Ханты-Мансийский автономный округ - Югра | 919,7 | 59 | 4 |
| 20. | Республика Ингушетия | 919,4 | 5 | 1 |
| 21. | Удмуртская Республика | 919,0 | 51 | 8 |
| 22. | Сахалинская область | 902,3 | 16 | 1 |
| 23. | Новгородская область | 897,1 | 25 | 1 |
| 24. | Республика Марий Эл | 894,7 | 10 | 3 |
| 25. | Республика Алтай | 885,2 | 14 | - |
| 26. | г. Санкт-Петербург | 883,5 | 59 | 30 |
| 27. | Челябинская область | 881,9 | 52 | 7 |
| 28. | Ярославская область | 881,1 | 14 | 2 |
| 29. | Вологодская область | 867,9 | 49 | 2 |
| 30. | Нижегородская область | 866,9 | 58 | 1 |
| 31. | Мурманская область | 853,3 | 12 | 1 |
| 32. | Брянская область | 847,8 | 21 | 6 |
| 33. | Республика Башкортостан | 847,6 | 100 | 20 |
| 34. | Гюменская область | 846,3 | 106 | 20 |
| 35. | Республика Татарстан | 845,2 | 65 | 24 |
| 36. | Камчатский край | 840,1 | 3 | - |
| 37. | Республика Хакасия | 834,1 | 24 | 1 |
| 38. | Амурская область | 827,5 | 20 | 1 |
| 39. | Красноярский край | 825,8 | 70 | 1 |
| 40. | Оренбургская область | 820,5 | 67 | - |
| 41. | Ростовская область | 819,0 | 93 | - |
| 42. | Кемеровская область | 818,5 | 36 | 16 |
| 43. | Курганская область | 816,5 | 47 | 1 |

| № | Регион | Заболеваемость в 2012 году (на 1 тыс. человек населения) | Отделения (кабинеты) профилактических амбулаторно-поликлинических организаций | Центры здоровья и Центры медицинской профилактики – всего в 2012 году |
|----|-------------------------------------|--|---|---|
| 44 | Республика Дагестан | 815,2 | 14 | 1 |
| 45 | Калининградская область | 811,8 | 26 | 1 |
| 46 | Белгородская область | 782,1 | 34 | 7 |
| 47 | Магаданская область | 773,5 | 7 | 1 |
| 48 | Приморский край | 768,6 | 31 | - |
| 49 | Кировская область | 767,2 | 31 | - |
| 50 | Костромская область | 750,3 | 5 | - |
| 51 | Пензенская область | 748,4 | 18 | - |
| 52 | Смоленская область | 738,7 | 14 | - |
| 53 | Саратовская область | 738,3 | 73 | 5 |
| 54 | Забайкальский край | 737,5 | 45 | 1 |
| 55 | Свердловская область | 734,1 | 51 | 2 |
| 56 | Хабаровский край | 729,6 | 16 | 8 |
| 57 | Калужская область | 728,1 | 26 | 1 |
| 58 | Новосибирская область | 722,2 | 61 | 12 |
| 59 | Республика Калмыкия | 719,8 | 12 | - |
| 60 | Томская область | 708,7 | 22 | 1 |
| 61 | Тульская область | 707,3 | 33 | - |
| 62 | Рязанская область | 706,9 | 27 | 1 |
| 63 | Липецкая область | 706,8 | 51 | 1 |
| 64 | Астраханская область | 703,0 | 40 | 1 |
| 65 | Московская область | 702,2 | 32 | 36 |
| 66 | Волгоградская область | 699,8 | 84 | 2 |
| 67 | г. Москва | 698,6 | 113 | 66 |
| 68 | Республика Мордовия | 691,3 | 25 | - |
| 69 | Республика Адыгея | 688,7 | 16 | 1 |
| 70 | Псковская область | 680,0 | 6 | 1 |
| 71 | Еврейская автономная область | 677,9 | 4 | - |
| 72 | Республика Северная Осетия - Алания | 677,0 | 12 | 3 |
| 73 | Гамбовская область | 661,9 | 34 | - |
| 74 | Республика Бурятия | 654,8 | 34 | 2 |
| 75 | Краснодарский край | 646,8 | 86 | 22 |
| 76 | Республика Тыва | 622,4 | 15 | 1 |
| 77 | Чеченская Республика | 589,1 | 19 | - |
| 78 | Курская область | 588,0 | 21 | 1 |
| 79 | Карачаево-Черкесская Республика | 587,4 | 8 | 1 |
| 80 | Ставропольский край | 586,1 | 33 | 1 |
| 81 | Ленинградская область | 554,0 | 16 | 7 |
| 82 | Воронежская область | 542,5 | 26 | 1 |
| 83 | Кабардино-Балкарская Республика | 402,6 | 13 | - |

Приложение 2

Динамика выплат страховыми медицинскими организациями по договорам ДМС и средний рейтинг эффективности выполнения ТПГГ по регионам РФ

| № | Регион | Выплаты по ДМС, тыс. руб. | | | | | Средний рейтинг эффективности ТПГГ |
|-----|--|---------------------------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|
| | | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| 1. | г. Москва | 4510897 | 25560636 | 53060050 | 59946077 | 67317323 | 3,0 |
| 2. | Московская область | 85806 | 640720 | 2937134 | 3932934 | 4356848 | 1,5 |
| 3. | Тюменская область | 467696 | 2107040 | 4022901 | 4261506 | 4188663 | 2,0 |
| 4. | Ханты-Мансийский автономный округ - Югра | 447024 | 1900198 | 3851405 | 3982303 | 3961539 | 2,5 |
| 5. | г. Санкт-Петербург | 188341 | 845071 | 1600403 | 1422887 | 1618585 | 2,5 |
| 6. | Республика Татарстан | 262580 | 583023 | 1103017 | 1274005 | 1483661 | 2,75 |
| 7. | Ростовская область | 76905 | 517458 | 682006 | 727568 | 799907 | 3,0 |
| 8. | Кемеровская область | 116095 | 625718 | 711104 | 739297 | 703967 | 1,75 |
| 9. | Свердловская область | 134033 | 938786 | 359770 | 407550 | 321512 | 3,0 |
| 10. | Самарская область | 42989 | 271221 | 311803 | 228349 | 219748 | 2,75 |
| 11. | Челябинская область | 64361 | 442972 | 148317 | 213285 | 212504 | 2,5 |
| 12. | Ямало-Ненецкий автономный округ | 3421 | 86895,3 | 152237 | 258203 | 208896 | 1,5 |
| 13. | Новосибирская область | 67003 | 429835 | 224096 | 232342 | 153100 | 1,75 |
| 14. | Рязанская область | 455 | 11047 | 113724 | 116601 | 135081 | 2,25 |
| 15. | Хабаровский край | 49430 | 85740 | 119685 | 115996 | 119029 | 2,5 |
| 16. | Липецкая область | 69767 | 59617 | 92178 | 105371 | 102976 | 2,0 |
| 17. | Иркутская область | 50881 | 43177 | 76467 | 81098 | 88801 | 2,25 |
| 18. | Чувашская Республика | 3216 | 17397 | 64743 | 58678 | 66976 | 3,0 |
| 19. | Республика Саха (Якутия) | 2682 | 33485 | 58630 | 59447 | 66141 | 2,25 |
| 20. | Ярославская область | 13014 | 13305 | 10051 | 13620 | 54297 | 1,5 |
| 21. | Алтайский край | 2959 | 40165 | 41151 | 34864 | 53876 | 2,5 |
| 22. | Республика Башкортостан | 108735 | 179544 | 61444 | 76993 | 52804 | 2,75 |
| 23. | Красноярский край | 46253 | 51574 | 54835 | 42232 | 49217 | 1,5 |
| 24. | Ульяновская область | 5556 | 33608 | 23004 | 43148 | 36762 | 2,75 |
| 25. | Республика Алтай | 5612 | 162572 | 80369 | 80539 | 36085 | 3,25 |
| 26. | Пермский край | 43595 | 190961 | 69342 | 22080 | 26409 | 3,0 |
| 27. | Вологодская область | 175509 | 641808 | 126025 | 27814 | 24005 | 2,75 |
| 28. | Курская область | 6710 | 24967 | 17743 | 17967 | 22307 | 2,5 |
| 29. | Воронежская область | 5068 | 58533 | 64337 | 83199 | 22294 | 2,0 |
| 30. | Омская область | 33231 | 92384 | 85102 | 41443 | 12734 | 3,0 |
| 31. | Гомская область | 4139 | 9628 | 9939 | 10599 | 9387 | 2,0 |
| 32. | Приморский край | 6199 | 42615 | 47397 | 23717 | 7075 | 2,0 |
| 33. | Сахалинская область | 2126 | 18283 | 7269 | 5433 | 5347 | 2,75 |
| 34. | Саратовская область | 6102 | 3193 | 6446 | 8616 | 4711 | 2,25 |
| 35. | Нижегородская область | 6057 | 114253 | 2269 | 4306 | 3469 | 2,5 |
| 36. | Калининградская область | 10545 | 13627 | 6607 | 1509 | 1737 | 2,5 |
| 37. | Удмуртская Республика | 37602 | 45346 | 22561 | - | 922 | 3,25 |
| 38. | Владимирская область | 1100 | 108681 | 357 | 443 | 528 | 2,5 |
| 39. | Орловская область | 11 | 184 | 246 | 165 | 190 | 2,25 |
| 40. | Забайкальский край | 3469 | 5099 | 6116 | 1025 | 189 | 2,75 |
| 41. | Краснодарский край | 136158 | 8089 | 22160 | 20827 | 11 | 3,5 |
| 42. | Ленинградская область | 1488 | 12138 | - | - | - | 1,25 |
| 43. | Ивановская область | 5683 | - | - | - | - | 1,75 |
| 44. | Республика Бурятия | - | 226 | - | - | - | 1,75 |

| № | Регион | Выплаты по ДМС, тыс. руб. | | | | | Средний рейтинг эффективности ТПГГ |
|-----|-------------------------------------|---------------------------|-------|-------|------|------|------------------------------------|
| | | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| 45. | Республика Калмыкия | 2086 | - | - | - | - | 1,75 |
| 46. | Республика Марий Эл | - | 123 | - | - | - | 1,75 |
| 47. | Республика Тыва | - | - | - | - | - | 1,75 |
| 48. | Новгородская область | 2170 | 2168 | 3839 | - | - | 2,0 |
| 49. | Брянская область | - | - | - | - | - | 2,0 |
| 50. | Пензенская область | 245 | - | - | - | - | 2,0 |
| 51. | Кабардино-Балкарская Республика | - | - | - | - | - | 2,25 |
| 52. | Калужская область | - | - | - | - | - | 2,25 |
| 53. | Псковская область | - | - | - | - | - | 2,25 |
| 54. | Республика Карелия | 642 | - | - | - | - | 2,25 |
| 55. | Гамбовская область | - | - | - | - | - | 2,25 |
| 56. | Астраханская область | 3147 | - | - | - | - | 2,5 |
| 57. | Камчатский край | - | 448 | - | - | - | 2,5 |
| 58. | Магаданская область | - | - | - | - | - | 2,5 |
| 59. | Тульская область | 23707 | 87016 | 14816 | 165 | - | 2,75 |
| 60. | Архангельская область | 809 | 3387 | - | - | - | 2,75 |
| 61. | Карачаево-Черкесская Республика | - | - | - | - | - | 2,75 |
| 62. | Кировская область | 4298 | 8571 | - | - | - | 2,75 |
| 63. | Мурманская область | 6022 | - | - | - | - | 2,75 |
| 64. | Республика Адыгея | - | - | - | - | - | 2,75 |
| 65. | Республика Ингушетия | - | - | - | - | - | 2,75 |
| 66. | Республика Мордовия | 2216 | - | - | - | - | 2,75 |
| 67. | Республика Хакасия | 2159 | - | - | - | - | 2,75 |
| 68. | Белгородская область | 745 | - | - | - | - | 3,0 |
| 69. | Еврейская автономная область | - | - | - | - | - | 3,0 |
| 70. | Ненецкий автономный округ | - | - | - | - | - | 3,0 |
| 71. | Республика Дагестан | - | - | - | - | - | 3,0 |
| 72. | Республика Коми | 1773 | - | - | - | - | 3,0 |
| 73. | Ставропольский край | 1427 | 6915 | - | - | - | 3,0 |
| 74. | Чукотский автономный округ | - | - | - | - | - | 3,0 |
| 75. | Амурская область | 1070 | 1502 | 628 | 419 | - | 3,25 |
| 76. | Гверская область | 7102 | 869 | 137 | - | - | 3,25 |
| 77. | Волгоградская область | 1300 | 36411 | 51 | - | - | 3,25 |
| 78. | Курганская область | - | - | - | - | - | 3,25 |
| 79. | Смоленская область | - | - | - | - | - | 3,25 |
| 80. | Костромская область | 2625 | - | - | - | - | 3,5 |
| 81. | Оренбургская область | 3910 | 56347 | - | - | - | 3,75 |
| 82. | Чеченская Республика | - | - | - | - | - | 3,75 |
| 83. | Республика Северная Осетия – Алания | - | - | - | - | - | 4,0 |

Научное издание

Рожкова Екатерина Владимировна

**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ**

Директор Издательского центра *Т. В. Филиппова*
Редактирование и подготовка оригинал-макета *Г. И. Петровой*
Оформление обложки *Н. В. Пеньковой*

Подписано в печать 21.12.15.
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 18,0. Уч.-изд. л. 15,4.
Тираж 500 экз. Заказ № 176/

Оригинал-макет подготовлен в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432017, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42

Отпечатано с оригинал-макета в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432017, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42