

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет экономический
Кафедра экономической теории и государственного управления
Направление подготовки 38.04.04 – Государственное и муниципальное управление

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой
_____ М.В. Зинченко
« ____ » _____ 2018 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему: Использование кластерного подхода в управлении системой здравоохранения в Амурской области

Исполнитель магистрант группы 573-озм _____	А.А. Цуканова
Руководитель доцент, к.э.н _____	А.В. Плешивцев
Нормоконтроль _____	Л.Н. Михайленко

Благовещенск 2018

РЕФЕРАТ

Магистерская диссертация содержит 91 с., 18 таблиц, 32 рисунка, 2 приложения, 70 источников.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УПРАВЛЕНИЕ, ВНУТРИРЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ, МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, КЛАСТЕРНЫЙ ПОДХОД, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ.

В магистерской диссертации рассматриваются теоретико-методические аспекты использования кластерного подхода в управлении системой здравоохранения.

На примере Амурской области проведен анализ современного состояния и тенденций развития здравоохранения в регионе. Кроме этого проведен анализ в разрезе муниципальных образований области, который показал значительную степень дифференциации МО по основным показателям, характеризующим состояние здравоохранения. С использованием методов многомерной классификации рассчитан интегральный показатель, характеризующий состояние здравоохранения в МО.

На основании проведенного анализа были выявлены проблемы, препятствующие развитию здравоохранения в регионе. Одним из перспективных инструментов управления системой здравоохранения является кластерный подход. В рамках магистерской диссертации рассмотрены возможности кластеризации в здравоохранении Амурской области. Определен механизм использования ГЧП при реализации кластерного подхода в управлении системой здравоохранения области.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретико-методологические аспекты исследования возможностей кластерного подхода в управлении здравоохранением	9
1.1 Система здравоохранения как объект управления	9
1.2 Современное состояние и тенденции развития системы здравоохранения в РФ	16
1.3 Кластерный подход – как новый инструмент управления системой здравоохранения	28
1.4 Зарубежный и отечественный опыт использования кластерного подхода в здравоохранении	32
2 Проблемы управления системой здравоохранения региона (на примере Амурской области)	36
2.1 Основные направления управления системой здравоохранения в Амурской области	36
2.2 Современное состояние системы здравоохранения в Амурской области	47
2.3 Проблема межмуниципальной дифференциации состояния и развития здравоохранения в регионе	52
3 Использование кластерного подхода в управлении системой здравоохранения в Амурской области	66
3.1 Механизм организации системы здравоохранения региона на основе кластерного подхода	66
3.2 Формирование кластеров медицинских услуг в муниципальных образованиях Амурской области	68
3.3 Механизм государственно-частного партнерства при реализации кластерного подхода в управлении системой здравоохранения Амурской области	71

Заключение	79
Библиографический список	82
Приложение А Структура Министерства здравоохранения	90
Приложение Б Полномочия министерства здравоохранения Амурской области	91

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших и жизненно необходимых отраслей, определяющих качество жизни граждан любой страны является здравоохранение. Оно является основой существования и успешного развития любой страны.

Актуальность исследования вопросов управления здравоохранением продиктована накопившимися проблемами его развития в России, а также необходимостью проведения реформ отрасли.

Необходимым условием развития системы здравоохранения является соответствие современным экономико-правовым отношениям организации и управления системой здравоохранения.

В настоящее время в системе управления здравоохранением четко обозначился ряд проблем структурно-управленческого характера. В условиях рыночных преобразований, для успешной адаптации отрасли, требуются современные методы и подходы к управлению, способные объединить ресурсы, а также определить точки соприкосновения и общие интересы между всеми субъектами, входящими в систему здравоохранения¹. По мнению многих исследователей, таким инструментом является «кластерный подход».

Цель магистерской диссертации – на основе изучения теоретико-методических аспектов возможностей кластерного подхода в управлении системой здравоохранения, а также анализа современного состояния и тенденций развития здравоохранения в Амурской области в целом, и ее муниципальных образований в частности, выявить проблемы препятствующие ее развитию и рассмотреть возможности кластеризации в здравоохранении региона как эффективного инструмента управления.

В соответствии с поставленной целью определены следующие задачи:

1) дать сущностную характеристику системе здравоохранения как объекта управления;

¹ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 23

2) провести анализ современного состояния и тенденций развития системы здравоохранения в РФ;

3) раскрыть сущность кластерного подхода как инструмента управления системой здравоохранения;

4) проанализировать основные направления управления системой здравоохранения в Амурской области, а также современное состояние системы региона в целом, и ее муниципальных образований в частности;

5) на основе проведенного анализа выявить проблемы препятствующие развитию системы здравоохранения в регионе;

6) рассмотреть возможности кластеризации в здравоохранении Амурской области.

Объектом исследования является кластерный подход как инструмент управления системой здравоохранения. Предмет исследования – отношения, складывающиеся в процессе кластеризации в здравоохранении региона.

В рамках данного исследования были использованы такие методы исследования как, сравнительный метод, статистический метод, описание, системный и графический.

Теоретической основой исследования послужили научные труды отечественных ученых-экономистов, посвященные проблемам управления системой здравоохранения, законодательные и нормативные акты в сфере управления системой здравоохранения. Результатом исследования является обоснование необходимости использования кластерного подхода в управлении системой здравоохранения Амурской области.

Эмпирической базой является отчетность Министерства здравоохранения Амурской области по вопросам управления системой здравоохранения, а также официальные статистические данные.

В рамках исследования был проведен анализ современного состояния и тенденций развития здравоохранения в регионе. Кроме этого проведен анализ в разрезе муниципальных образований области, который показал значительную степень дифференциации МО по основным показателям, характеризующим со-

стояние здравоохранения. С использованием методов многомерной классификации рассчитан интегральный показатель, характеризующий состояние здравоохранения в МО.

Практическая значимость исследования заключается в разработке рекомендаций по развитию системы здравоохранения в Амурской области на основе возможностей кластерного подхода. Определена эффективность предложенных мероприятий.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КЛАСТЕРНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

1.1 Система здравоохранения как объект управления

Признание человека, его жизни и здоровья высшими первичными ценностями, относительно которых должна выстраиваться политика социально-экономического развития государства обуславливает необходимость государственного управления здравоохранением в РФ. Управление здравоохранением – это комплексная задача всего общества, которая предполагает участие всех структур управления (федеральных, региональных и местных органов управления)².

Прежде чем перейти к рассмотрению понятия «управление здравоохранением», необходимо раскрыть сущностные характеристики системы здравоохранения. При рассмотрении здравоохранения как системы необходимо определить, что такое система (таблица 1).

Таблица 1 – Определение понятия «система»

Автор	Понятие
Р. Акофф и Ф. Эмери	множество взаимосвязанных элементов, каждый из которых связан прямо или косвенно с каждым другим элементом, а два <u>другие</u> подмножества этого множества не могут быть независимы
Т. А. Ильина	выделенное на основе определенных признаков упорядоченное множество взаимосвязанных элементов, объединенных общей целью функционирования и единства управления, выступающих во взаимодействии со средой как целостное явление
<u>Берталанфи</u>	«комплекс элементов, находящихся во взаимодействии»
Р. Фейджин и А. Холл	«множество элементов с отношениями между ними и между их атрибутами»
В.Н. Торопов	«совокупность элементов, организованных таким образом, что изменение, исключение и введение нового элемента закономерно отражается на других элементах»
<u>А Месаревич</u>	«отображение входов и состояний объекта в выходах объекта»

Здравоохранение как система определяется рядом свойств (рисунок 1).

² Трушкина, Л.Ю. Экономика и управление. Ростов н/Д: Феникс, 2003. С. 90.

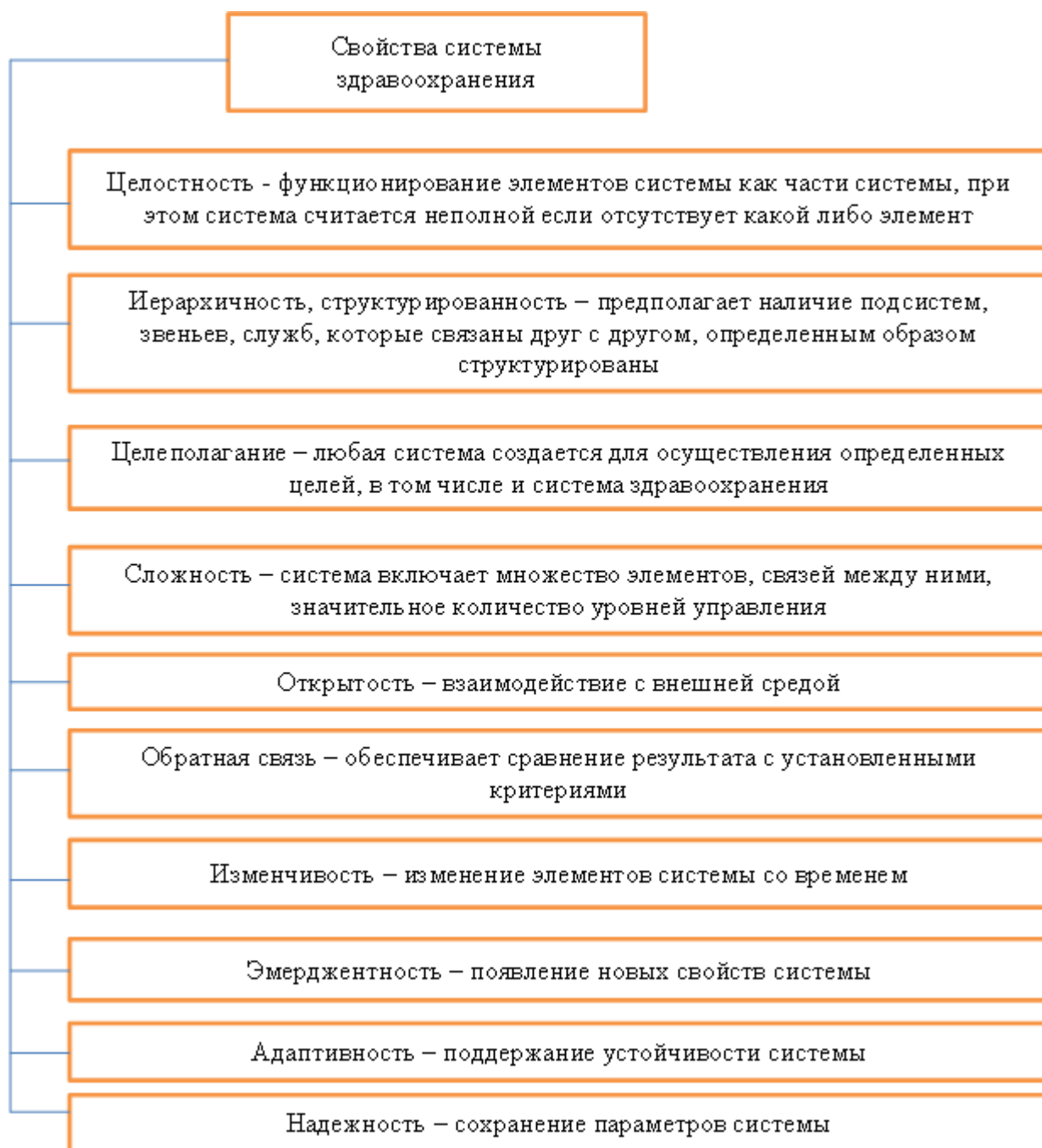


Рисунок 1 – Свойства системы здравоохранения

С точки зрения управленческой науки, «система здравоохранения рассматривается как одна из подсистем управления обществом, при этом выступая как составная часть непродуцированной сферы народного хозяйства, призванная наряду с медицинскими задачами решать социальные и экономические связанные с повышением качества жизни человека, его благосостояния, способствует реализации социальных гарантий и формирует трудовой потен-

циал общества»³.

Система здравоохранения – это управляемая система, которая выполняет определенные функции, определенные обществом в сфере охраны здоровья. В рамках данной работы под управлением мы понимаем «целенаправленное воздействие на систему на основе определенных принципов и методов», поэтому в управление системой здравоохранения представляет собой - определенным образом организованное воздействие на объекты системы, осуществляемое посредством информационных потоков, преследующее целью сохранения и повышения уровня здоровья населения⁴.

Принципы управления, на которых строится государственное управление здравоохранением представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 - Принципы государственного управления здравоохранением

В структуре системы управления здравоохранением принято выделять такие элементы как:⁵

³ Манохин, В.М. Российское административное. М.: Юристъ, 1996. С. 268–269.

⁴ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 67

⁵ Ерохина, Т.В. Государственное управление здравоохранением. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2009. С 55

1) субъект управления. В качестве субъектов выступают органы государственного управления здравоохранением, руководство общественных объединений.

Полномочия субъектов управления представлены в таблице 2⁶.

Таблица 2 - Характеристика субъектов управления здравоохранением

Президент РФ	определяет стратегию разработки и руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан и в своих ежегодных посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации ставит задачи тактического плана по совершенствованию законодательства, форм и методов организации и деятельности Правительства и других федеральных органов исполнительной власти в этой области
Правительство РФ	обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения (принимает необходимые меры по реализации прав граждан на охрану здоровья; определяет порядок и условия предоставления населению платных медицинских услуг; организует, направляет, координирует и контролирует деятельность всех центральных федеральных органов исполнительной власти, имеющих отношение к здравоохранению, и определяет их правовой статус; разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные и региональные программы развития здравоохранения)
Министерство здравоохранения РФ	является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в области охраны здоровья, а также в случаях, установленных законодательством, координирующим деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти, уполномочено осуществлять государственный контроль качества, эффективности и безопасности лекарственных средств в Российской Федерации
Страховая медицинская организация.	проводит добровольное и обязательное медицинское страхование, но на основе отдельных лицензий. При этом страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций
Фонд социального страхования Российской Федерации	управляет средствами государственного социального страхования и является финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ.

К субъектам управления также относят органы местного самоуправления, которые осуществляют следующие полномочия.⁷

⁶ Ерохина, Т.В. Государственное управление здравоохранением. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2009. С 56

2) к объектам управления относят учреждения здравоохранения (поликлиники, диспансеры, больницы, родильные дома, аптеки, консультации, центры санитарно–эпидемиологического надзора, специализированные санатории, станции скорой медицинской помощи, судебно–медицинские и другие учреждения здравоохранения).

Взаимосвязь между объектом и субъектом управления системы здравоохранения осуществляется посредством потоков информации, наличие которых выступает обязательным условием, обеспечивающим существование системы здравоохранения. Кроме того, процесс управления требует непрерывности и своевременности потоков информации об объектах управления⁸.

К основным элементам деятельности по управлению здравоохранением относят (рисунок 3)⁹.

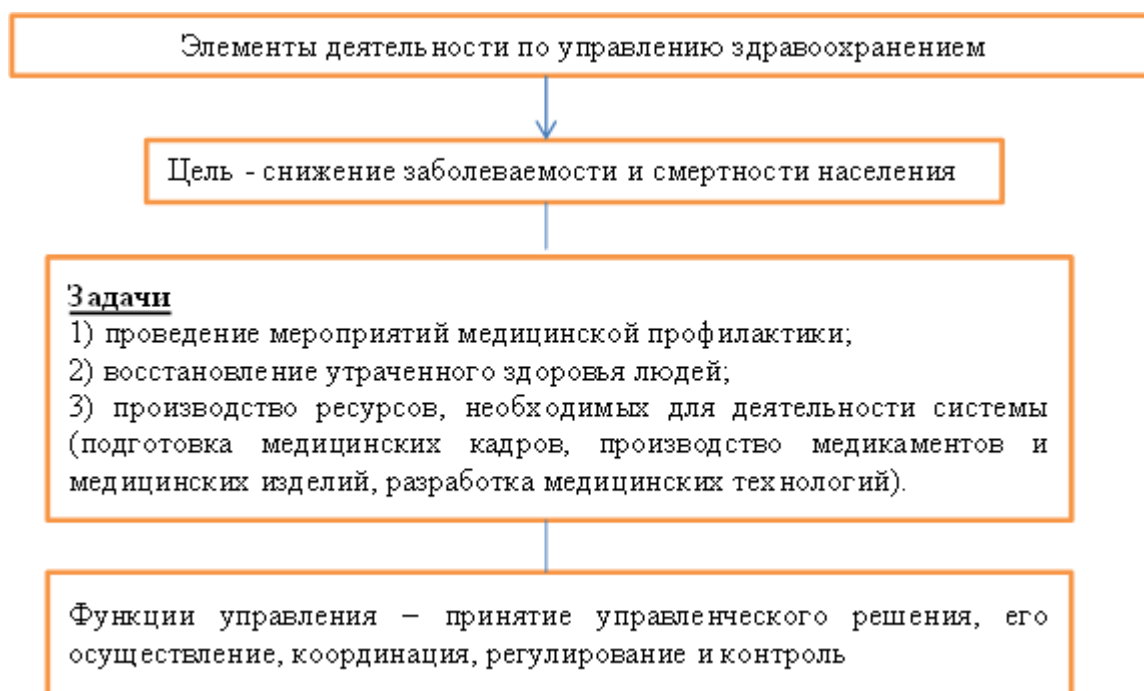


Рисунок 3 - Элементы деятельности по управлению здравоохранением

Здравоохранение, как и любая другая социально-экономическая область,

⁷ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017) . Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

⁸ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2009. С.56.

⁹ там же С.58.

имеет свою специфику управления, которая обусловлена и особым предметом деятельности, и социальной направленностью функционирования системы.

Данная специфика, по мнению Т.В. Чубаровой, определяется в свою очередь особенностями предоставления медицинских услуг (рисунок 4).

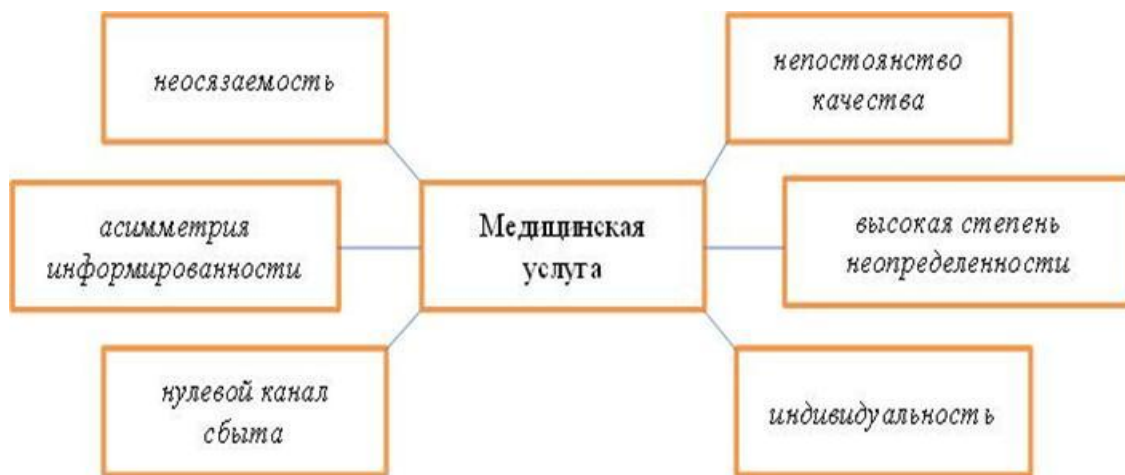


Рисунок 4 – Специфические черты медицинской услуги

Эти особенности, в свою очередь, приводят к необходимости использования многовариантных технологий и методов управления, учету этических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, пониманию принципиально важной роли медицинских работников в процессе оказания услуг.

Система здравоохранения, как и любая другая отрасль, требует применения ряда методов воздействия органа управления на субъект.

Так Ерохина Т.В. под методом управления понимает: «средства практического осуществления функций государственно-управленческой деятельности, достижения ее целей, а также возможности организующего воздействия управляющих субъектов на руководимые объекты, подчиненных лиц»¹⁰.

Характеристика методов управления здравоохранением представлена на рисунке 5¹¹.

Кроме указанных методов существуют и специфические подходы к организации здравоохранения, разработанные в последнее десятилетие: системный анализ деятельности медучреждений, управление медпомощью с помощью ин-

¹⁰ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением. Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2009. С.48

¹¹ там же, С. 52

тегрированных систем, методы имитационного моделирования в системах с переходной экономикой, методы экспертных оценок и другие.

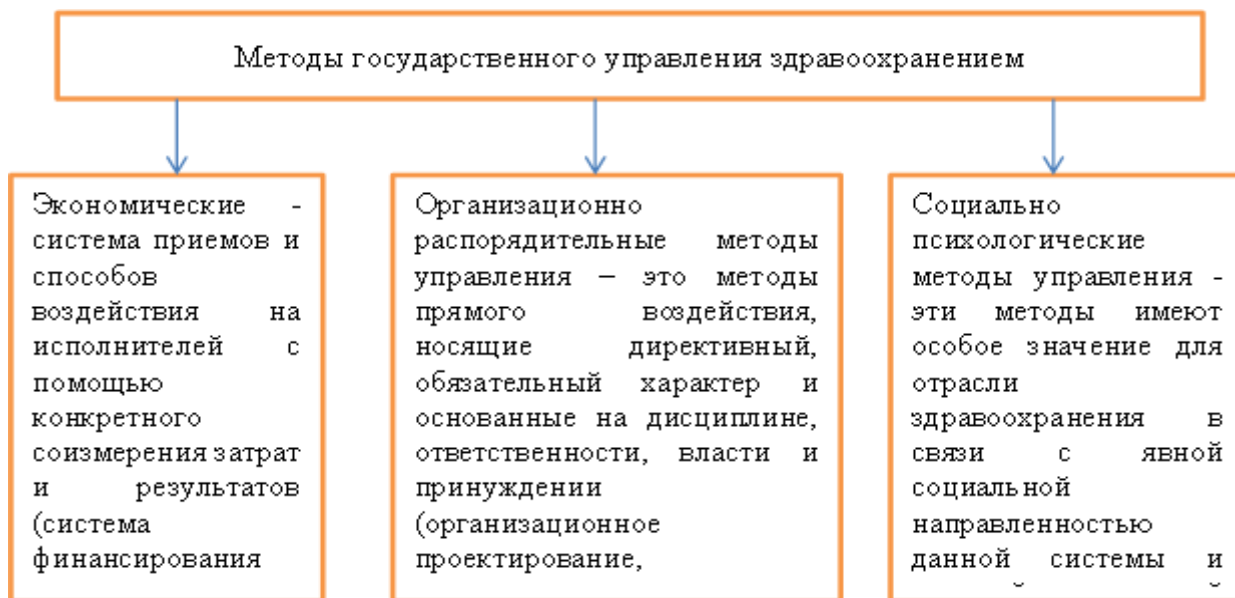


Рисунок 5 - Методы управления учреждениями здравоохранения

Субъекты управления здравоохранением осуществляют свои функции используя определенные формы деятельности (рисунок 6).¹²

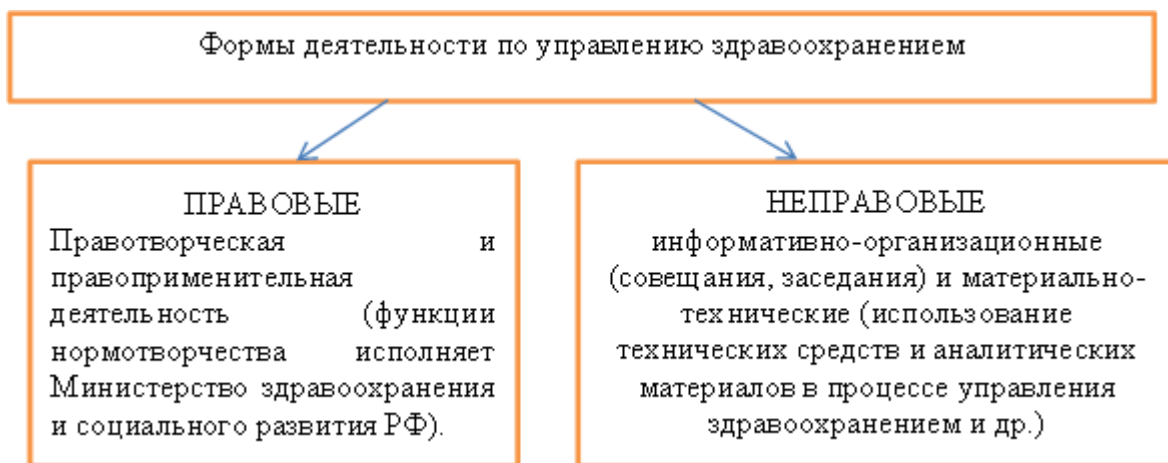


Рисунок 6 – Формы деятельности по управлению здравоохранением

Проведенное исследование позволило определить сущность государственного управления системой здравоохранения, под которым мы понимаем целенаправленную, планомерную, непрерывную деятельность органов власти, проявляющаяся в исполнительно-распорядительной форме и организующем

¹² Административное право: учебник. М.: Юрист, 2004. С. 272

воздействию на управляемые объекты (учреждения здравоохранения), главной целью которой является обеспечение граждан бесплатной, качественной и высокотехнологической медицинской помощи, гарантированной им государством.

1.2 Состояния и перспективы развития системы здравоохранения в РФ

Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению – является главной целью здравоохранения.

Для того чтобы оценить состояние системы здравоохранения, проведем диагностику основных демографических показателей, чувствительных к состоянию здравоохранения (рождаемость, смертность, естественный прирост) (рисунок 7)¹³.

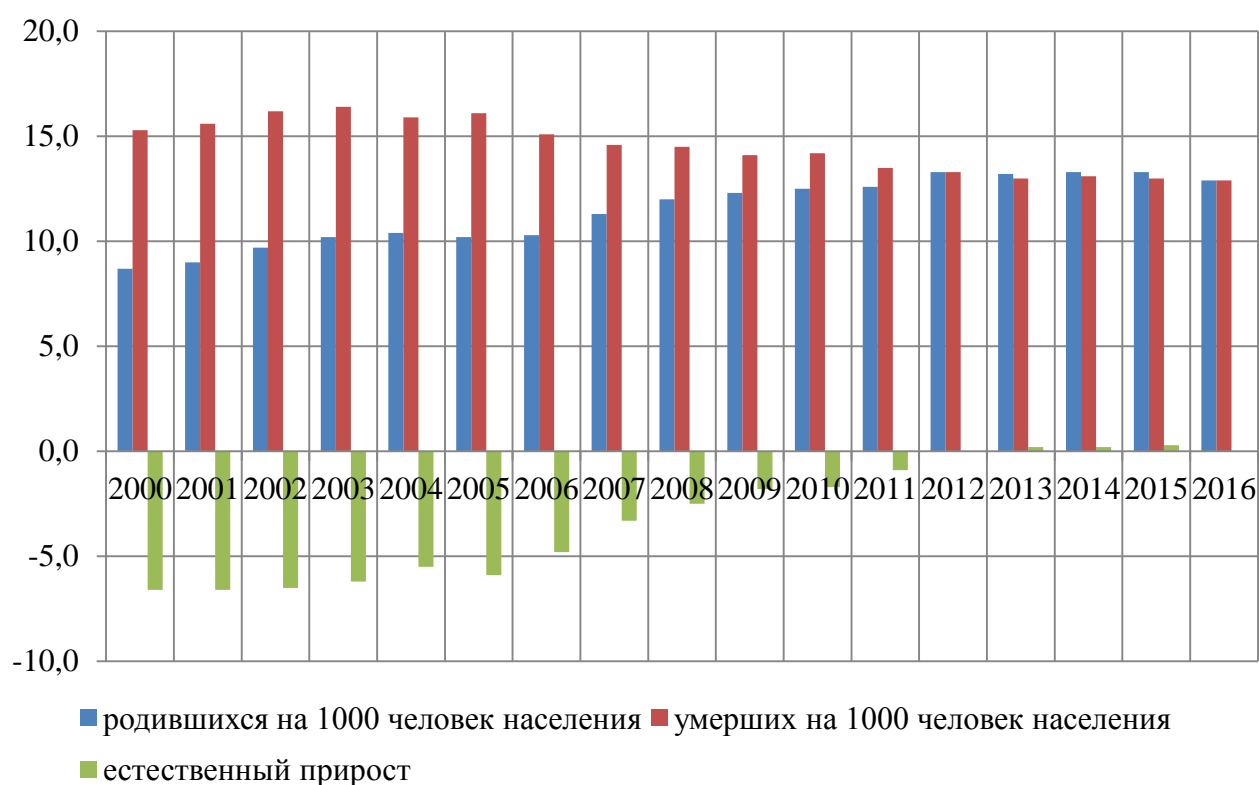


Рисунок 7 - Динамика рождаемости, смертности и естественного прироста в РФ за период 2000-2016 гг. (на 1000 человек)

¹³ Российский статистический ежегодник [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения 10.01.2018)

В настоящее время для РФ характерна благоприятная динамика показателей рождаемости и смертности населения. Начиная с 2013 года наблюдается превышение уровня рождаемости над уровнем смертности. Данная тенденция сохраняется и на сегодняшний период. Так на начало 2015 года естественный прирост составил 33,7 тыс. человек (в 2013 году – естественный прирост 19,1 тыс. человек).

Важным показателем, характеризующим состояние здравоохранения выступает показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении. Так, по официальным данным Росстата¹⁴, в 2016 году показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении составил 71,87 года, при этом сохраняется тенденция превышения продолжительности жизни женщин над продолжительностью жизни мужчин (показатель соответственно 77,06 и 66,5) (таблица 3)¹⁵.

Таблица 3 – Показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении

Годы	Все население		
	всего	мужчины	женщины
2000	65,34	59,03	72,26
2005	65,37	58,92	72,47
2010	68,94	63,09	74,88
2011	69,83	64,04	75,61
2012	70,24	64,56	75,86
2013	70,76	65,13	76,30
2014	70,93	65,29	76,47
2015	71,39	65,92	76,71
2016	71,87	66,50	77,06
Темп роста 2016 г. к 2015 г., в процентах	100,6	100,9	100,5
Темп роста 2016 г. к 2000 г., в процентах	110	112,6	106,6

Представленные данные свидетельствуют об увеличении продолжительности предстоящей жизни при рождении.

¹⁴ Российский статистический ежегодник [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения 10.01.2018)

¹⁵ Демография [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения 10.01.2016)

Важной характеристикой состояния здравоохранения являются показатели заболеваемости населения (рисунок 8)¹⁶.

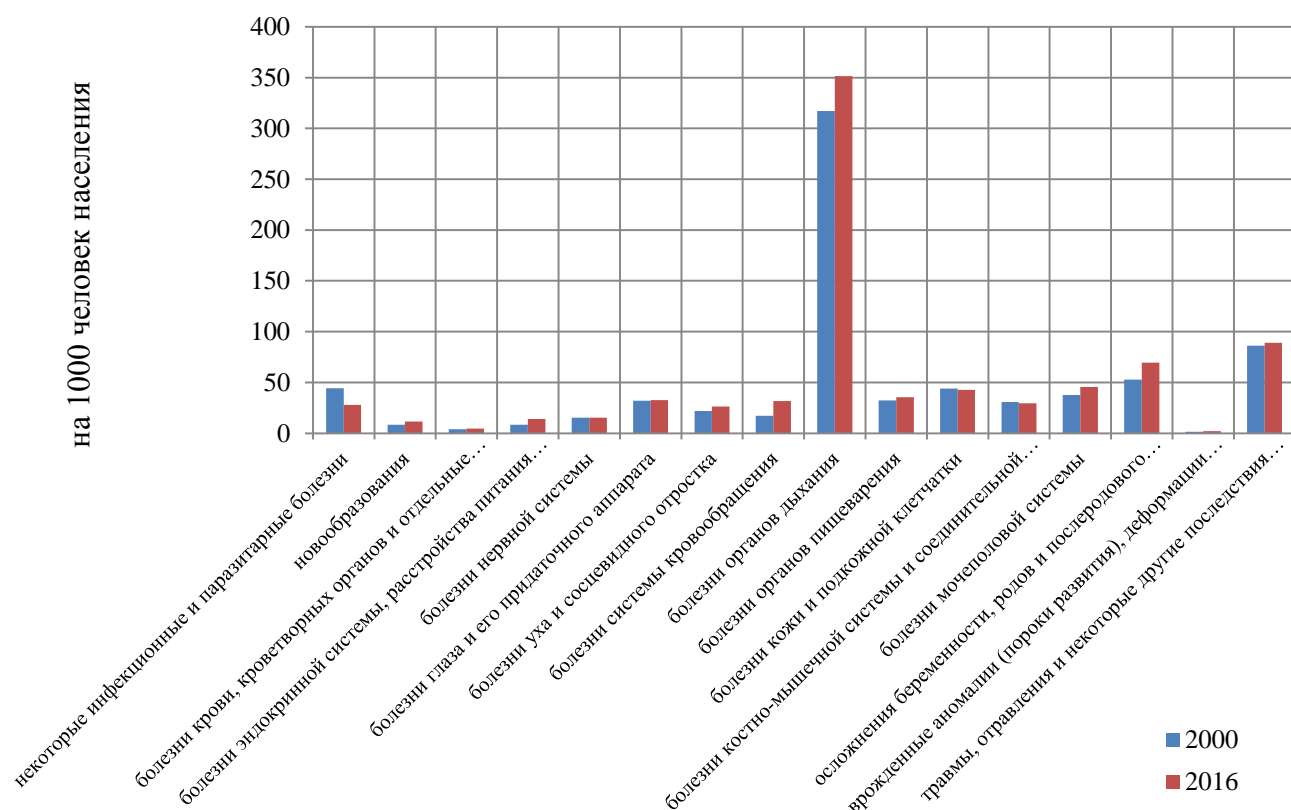


Рисунок 8 – Показатели заболеваемости населения РФ

Анализ приведенных данных, свидетельствует о том, что за исследуемый период наблюдается тенденция увеличения заболеваемости по сравнению с 2000 годом. Так в 2016 году по сравнению с 2000 годом отмечается рост заболеваемости населения по таким болезням как: новообразования на 35,8 %; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм - на 23,7 %; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – на 63,7 %; осложнения беременности, родов и послеродового периода – 31,4 % и врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – на 40 %.

Невзирая на ряд успехов, достигнутых в здравоохранении РФ, накопи-

¹⁶ Российский статистический ежегодник [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения 10.01.2018)

лись определенные проблемы, которые являются помехой для достижения поставленных целей, направленных на укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества врачебной помощи:

1) существенное недофинансирование системы здравоохранения (по подсчетам экспертов примерно в 1,5 раза).

Одной из главных составляющих социально-экономической политики РФ является политика в системе здравоохранения. Как провозглашает Конституция РФ, осуществление медицинской помощи должно быть бесплатным. Поэтому актуальность приобретают вопросы определения источников и размеров финансирования системы здравоохранения. Для российской системы здравоохранения характерен социально-страховой тип финансирования, базирующийся на следующих источниках: средства федерального бюджета; средства региональных бюджетов; средства фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

В период экономического роста благодаря значительному увеличению государственного финансирования здравоохранения (в 2,5 раза в реальном выражении) в этой сфере был реализован ряд масштабных государственных программ, которые позволили обеспечить медицинские учреждения современным оборудованием, увеличить объемы лекарственной, профилактической и высокотехнологичной медицинской помощи населению (рисунок 9).



Рисунок 9 - Государственные расходы на здравоохранение, в процентах к общим расходам на здравоохранение в 1991 г в реальном выражении

В таблице 4 представлены расходы бюджетной системы на здравоохранение в России.

Таблица 4 - Расходы бюджетной системы на здравоохранение

	2012	2013	2014	2015
	Миллиардов рублей			
Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов	1933,1	2283,3	2318,0	2532,7
в том числе:				
федеральный бюджет	499,6	613,8	502,0	535,5
бюджеты государственных внебюджетных фондов	309,4	931,4	1048,0	1268,0
консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	1193,1	1358,4	1250,9	1316,2
бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	721,9	868,1	1196,8	1393,2
	В процентах от общего объема расходов			
Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов	9,7	9,9	9,2	9,2
в том числе:				
федеральный бюджет	4,6	4,8	3,8	3,6
бюджеты государственных внебюджетных фондов	5,7	13,5	13,1	15,8
консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	15,5	16,3	14,2	14,1
бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	81,7	83,7	98,8	95,7
	В процентах к ВВП			
Консолидированный бюджет Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов	3,5	3,7	3,5	3,5
в том числе:				
федеральный бюджет	0,9	1,0	0,8	0,7
бюджеты государственных внебюджетных фондов	0,6	1,5	1,6	1,8
консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	2,1	2,2	1,9	1,8
бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	1,3	1,4	1,8	2,0

На здравоохранение в 2017 году выделено 362 млрд. руб., тогда как в

2016 году эта сумма составила 544 млрд. руб. Финансирование стационаров в 2017 сократилось на 39 % - с 243 до 148 млрд. руб.; расходы на амбулаторную помощь снизились с 113,4 до 68,995 млрд. руб.; расходы по статье «санитарно-эпидемиологическое благополучие» упали на 16 % - с 17,473 до 14,68 млрд. руб.; расходы на прикладные исследования – на 21 % - до 16,028 млрд. руб.¹⁷

Финансирование здравоохранения в ряде развитых стран осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств, а в некоторых с использованием исключительно бюджетного финансирования.

Расходы на здравоохранение в доле ВВП по сравнению со странами ЕС в 2015 году представлены на рисунке 10¹⁸.

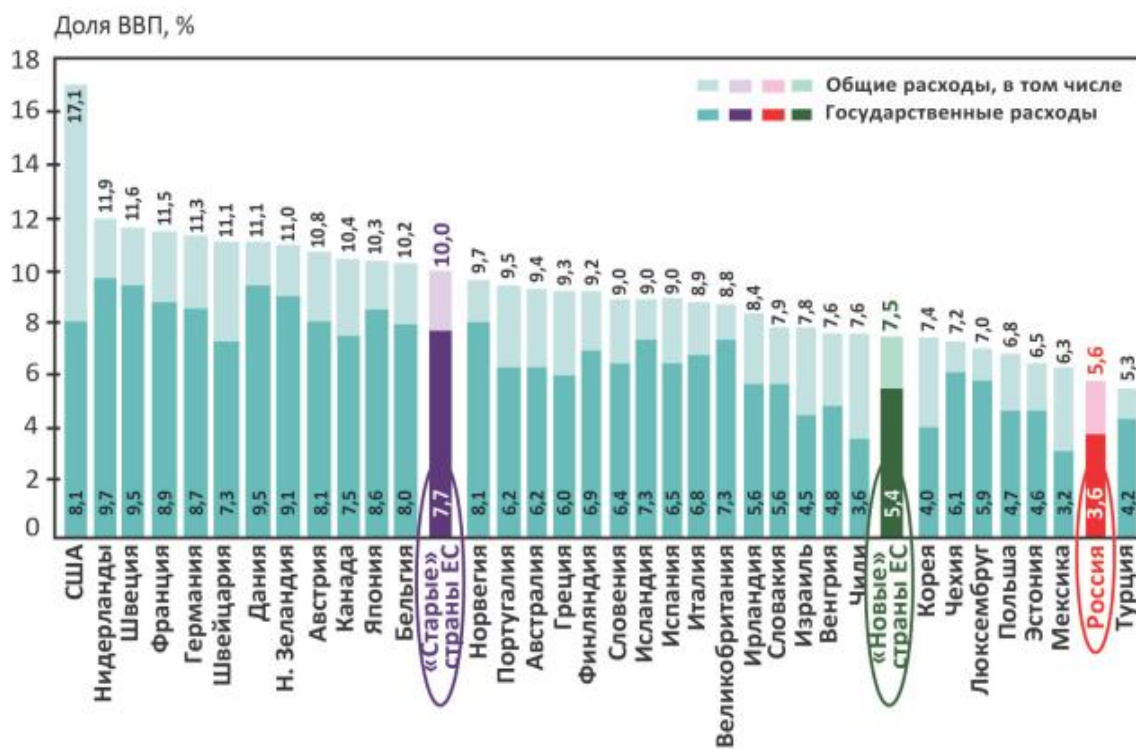


Рисунок 10 - Расходы на здравоохранение в доле ВВП в 2015 году

ВОЗ установила минимальный уровень финансирования здравоохранения на уровне 5,5-6 % ВВП¹⁹.

¹⁷ Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов [Электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165592/ (дата обращения 10.01.2018)

¹⁸ Хулукшинов, Д.Е., Норбоева, Е. Ц. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки. 2016. № 5 (138). С. 79

¹⁹ там же С. 80

Так, например, в экономически развитых странах (США, Канада, Франция, Великобритания, Япония) уровень финансирования установлен в размере 7,9-8,1 % ВВП. Государственные расходы на здравоохранение в «Новых странах ЕС» (Венгрия, Польша, Чехия, Словакия) составляют 5,4 % ВВП.

В Российской Федерации уровень финансирования составляет 3,5-3,7 % ВВП. Так, в настоящее время по оценкам ВОЗ, РФ по уровню финансирования здравоохранения занимает 70-е место в мире, а по эффективности его финансирования - на 130-м месте.

Данная статистика свидетельствует о том, что России так и не удалось достичь рекомендуемого ВОЗ уровня финансирования здравоохранения, при этом имеющийся объем бюджетных средств, направленных на поддержание и развитие системы здравоохранения, используется неэффективно.

2) дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров.

В системе здравоохранения России наблюдается нехватка медицинских работников (рисунок 11).

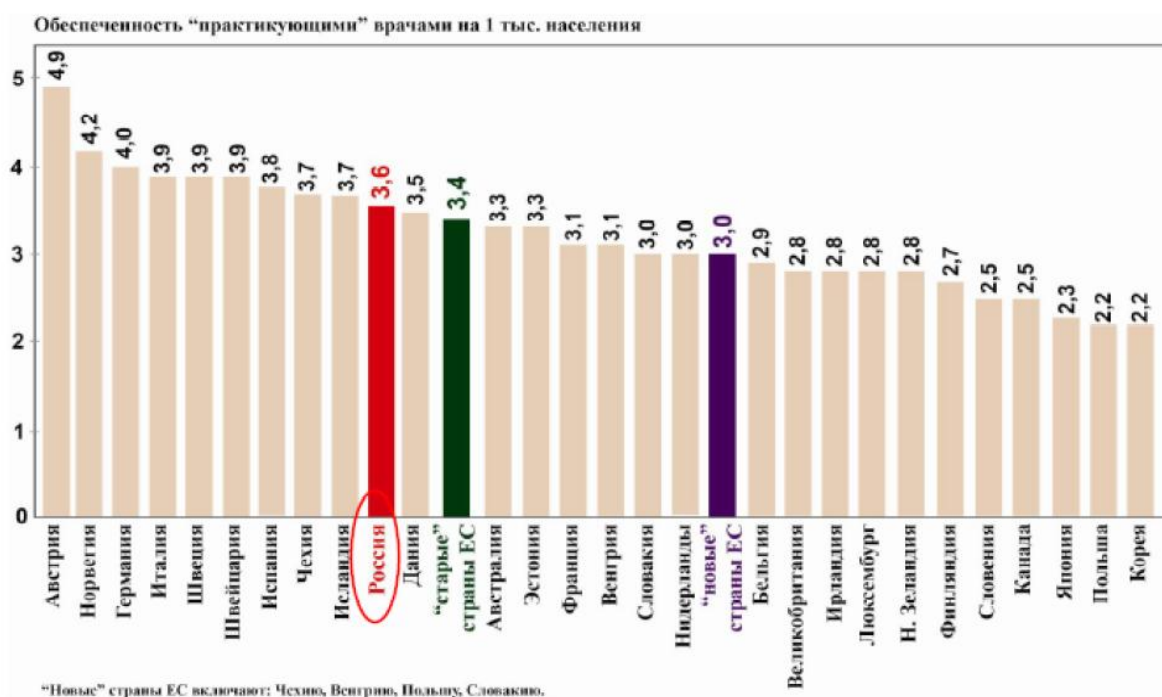


Рисунок 11 – Обеспеченность «практикующими» врачами на 1 тыс. человек, 2015 год

Приведенные данные, свидетельствуют о том, что в России показатель «обеспеченность «практикующими» врачами на 1 тыс. человек» превышает средние значения по странам ОЭСР. Однако, по показателям «заболеваемость» и «смертность» населения в РФ отмечается превышение значений над средними значениями по странам ОЭСР на 40–50 %, что в очередной раз развеивает мнения экспертов говорящих об избытке врачей в России²⁰.

Динамика численности медицинских кадров за период 2000-2016 гг. представлена на рисунке 12.

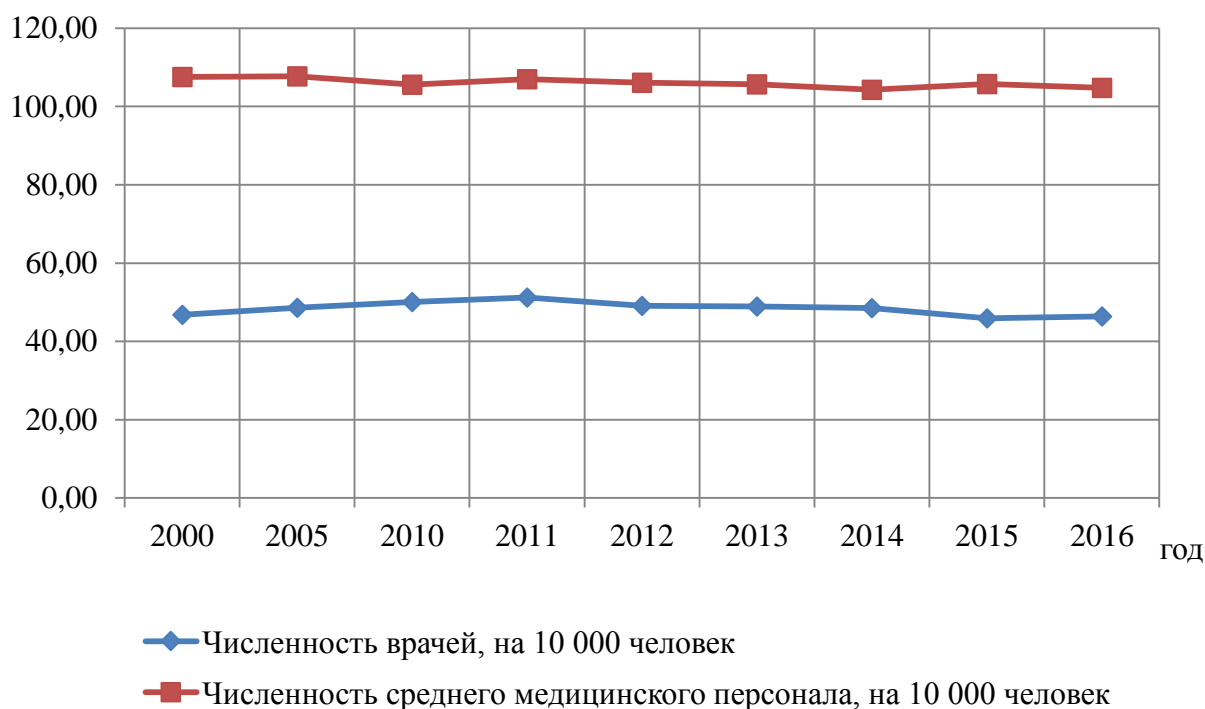


Рисунок 12 – Динамика численности медицинских кадров

Среди причин вызывающих дефицит кадров в здравоохранении эксперты единогласно называют следующие:

- во-первых, низкая оплата труда медицинских кадров. Для сравнения, в Германии средняя зарплата врача более чем в 2 раза выше среднего уровня зарплаты по стране, в США – в 5 раз²¹.

Распределение численности работников организаций работников здраво-

²⁰ Хулукшинов, Д.Е., Норбоева, Е. Ц. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки. 2016. № 5 (138). С. 81

²¹ Как бороться с дефицитом кадров в здравоохранении? [Электронный ресурс]. – URL: <https://academy-prof.ru/blog/deficit-kadrov-v-zdravoohranenii> (дата обращения 10.01.2018)

охранения и всего по размерам начисленной заработной платы за 2016 год представлена на рисунке 13.

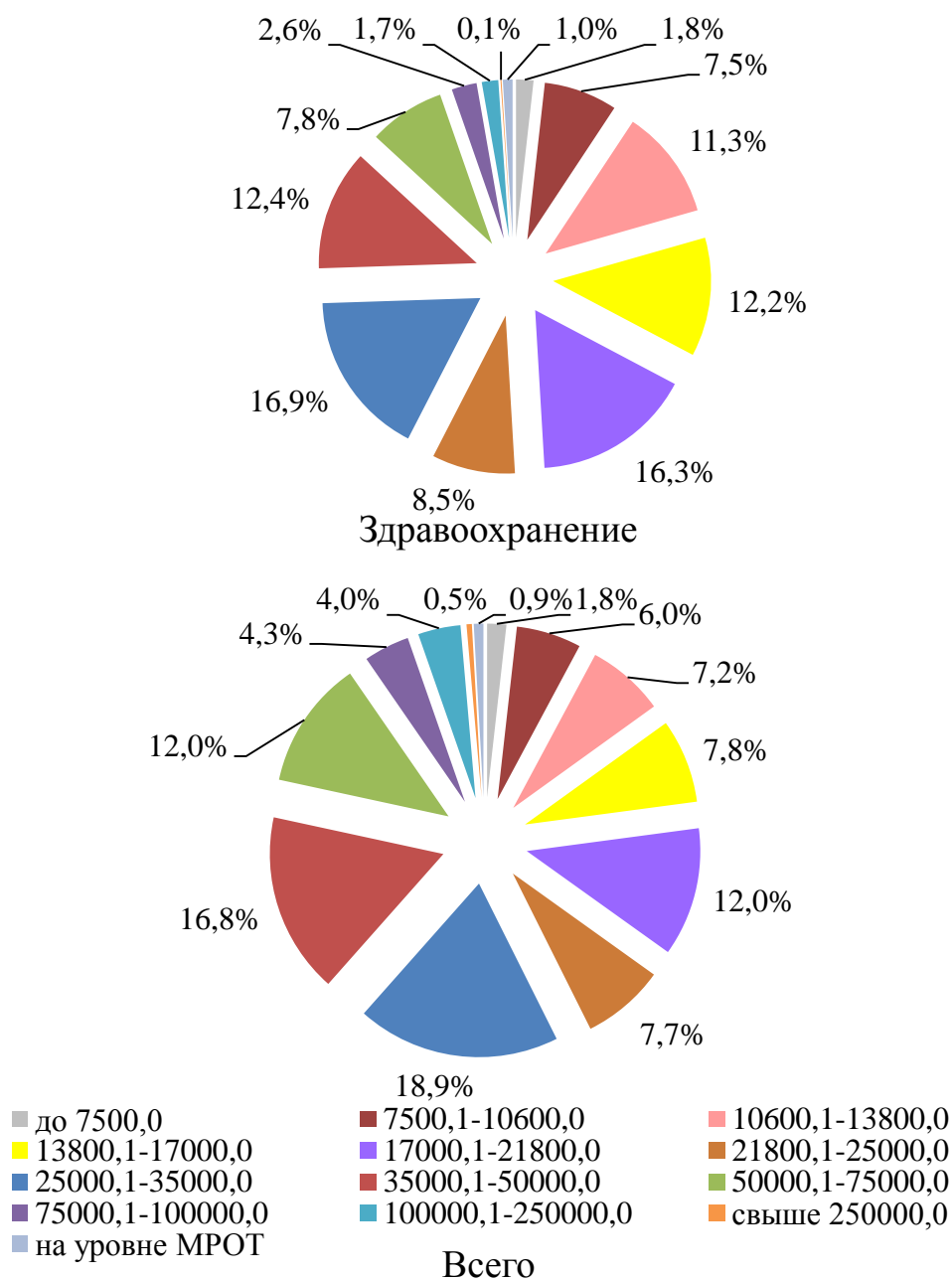


Рисунок 13 - Распределение численности работников здравоохранения и всего по размерам начисленной заработной платы за 2016 год

Как видно из рисунка, наблюдается следующая тенденция – превышение доли работников здравоохранения над долей работников в целом в группах с заработной платой до 35 тыс. рублей и снижение доли работников здравоохранения над долей работников в целом в группах с заработной платой свыше 35

тыс. рублей, что еще раз свидетельствует о низкой привлекательности медицинских профессий.

- во-вторых, причиной дефицита кадров является низкая престижность профессии, которая в свою очередь обусловлена низкой оплатой труда.

Как следствие, в отрасли наблюдается постарение медицинских кадров (таблица 5).

Таблица 5 – Распределение численности занятых в здравоохранении по возрастным группам

	в том числе в возрасте, лет										Всего, в процентах	Средний возраст занятых, лет
	до 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-72		
2005	0,5	6,6	11,5	13,4	11,8	15,2	14,7	13,2	8,0	5,0	100	41,3
2010	0,3	6,2	10,8	11,6	12,7	12,1	15,6	15,2	9,9	5,7	100	42,3
2011	0,2	5,9	10,8	11,3	12,8	12,4	14,4	15,4	10,5	6,2	100	42,5
2012	0,2	5,9	10,7	11,1	13,1	12,6	14,0	15,6	10,6	6,3	100	42,6
2013	0,1	5,5	10,5	10,9	12,3	13,4	13,9	15,5	11,0	6,8	100	42,9
2015	0,2	4,9	10,6	11,0	12,2	13,7	13,7	15,9	10,9	6,8	100	43,0

Данные таблицы свидетельствуют о том, что происходит ежегодное увеличение доли занятых предпенсионного возраста (возрастные группы 50-54, 55-59, 60-72) при сокращении доли занятых групп 20-24 и 25-29.

Мероприятия развития кадрового потенциала здравоохранения содержатся в распоряжении Правительства РФ от 15 апреля 2013 года № 614-Р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года»²².

Кроме того, Указом Президента РФ № 597 от 7 мая 2012 года была поставлена задача в 2018 году повысить размер оплаты труда врачей до 200 % от

²² О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года [Электронный ресурс]: распоряжении Правительства РФ от 15 апреля 2013 года № 614-Р. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

средней заработной платы в регионе²³.

3) нехватка лекарственного обеспечения населения (рисунок 14)²⁴.

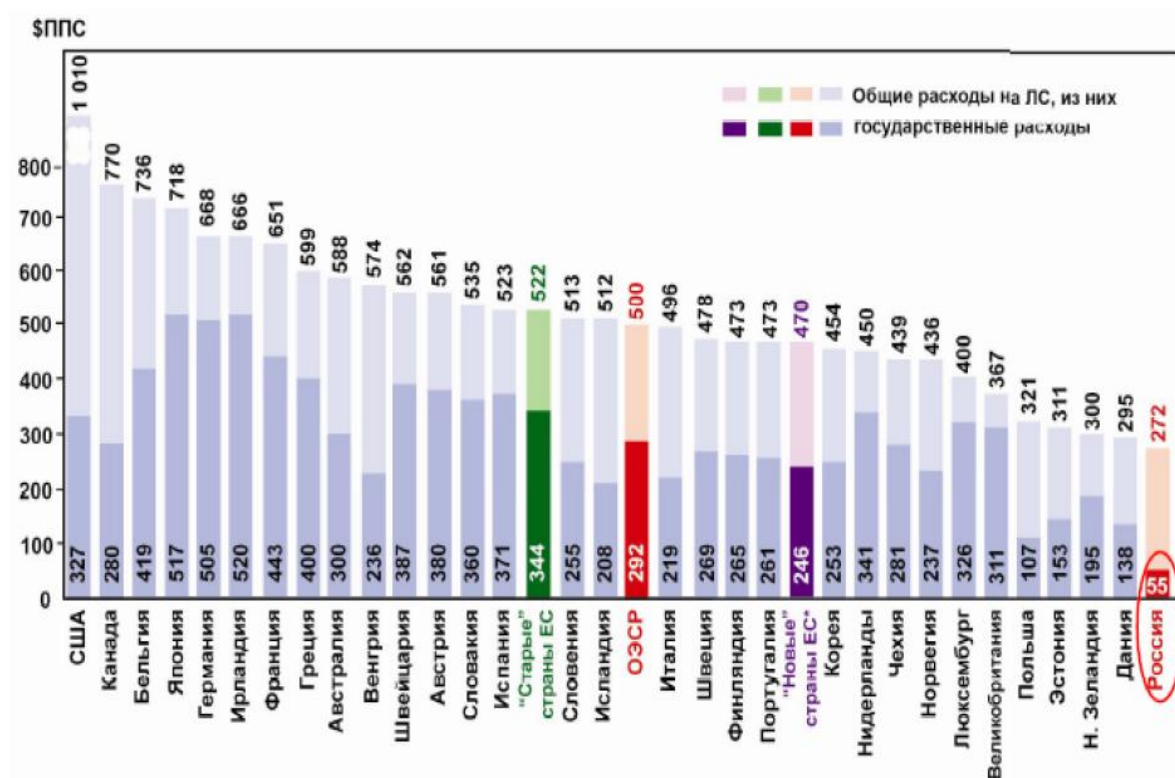


Рисунок 14 - Государственные расходы на покупку лекарственных средств, 2015 год

Анализ приведенных данных свидетельствует о том, что государственные расходы на покупку лекарственных средств составляют 55 долл. США, что существенно ниже чем в странах Восточной Европы (в 4,5 раза) и в странах Западной Европы (в 6 раз). При этом по величине общих расходов РФ значительно отстает от большинства стран – от США в 5 раз, Канады – 3,5 раза, Ирландии, Японии и Германии в 2 раза²⁵.

4) отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения Российской Федерации.

²³ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики [Электронный ресурс]: Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 597. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

²⁴ Хулукшинов, Д.Е., Норбоева, Е. Ц. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки. 2016. № 5 (138). С. 79

²⁵ там же, С. 82

Российские граждане имеют права на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, которые каждый год подлежат конкретизации в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ с 1998 г.

Динамика показателей доли пациентов, которые платили за лечение свидетельствует о том, что основная часть российских граждан получала и получает бесплатную медицинскую помощь (рисунок 15).

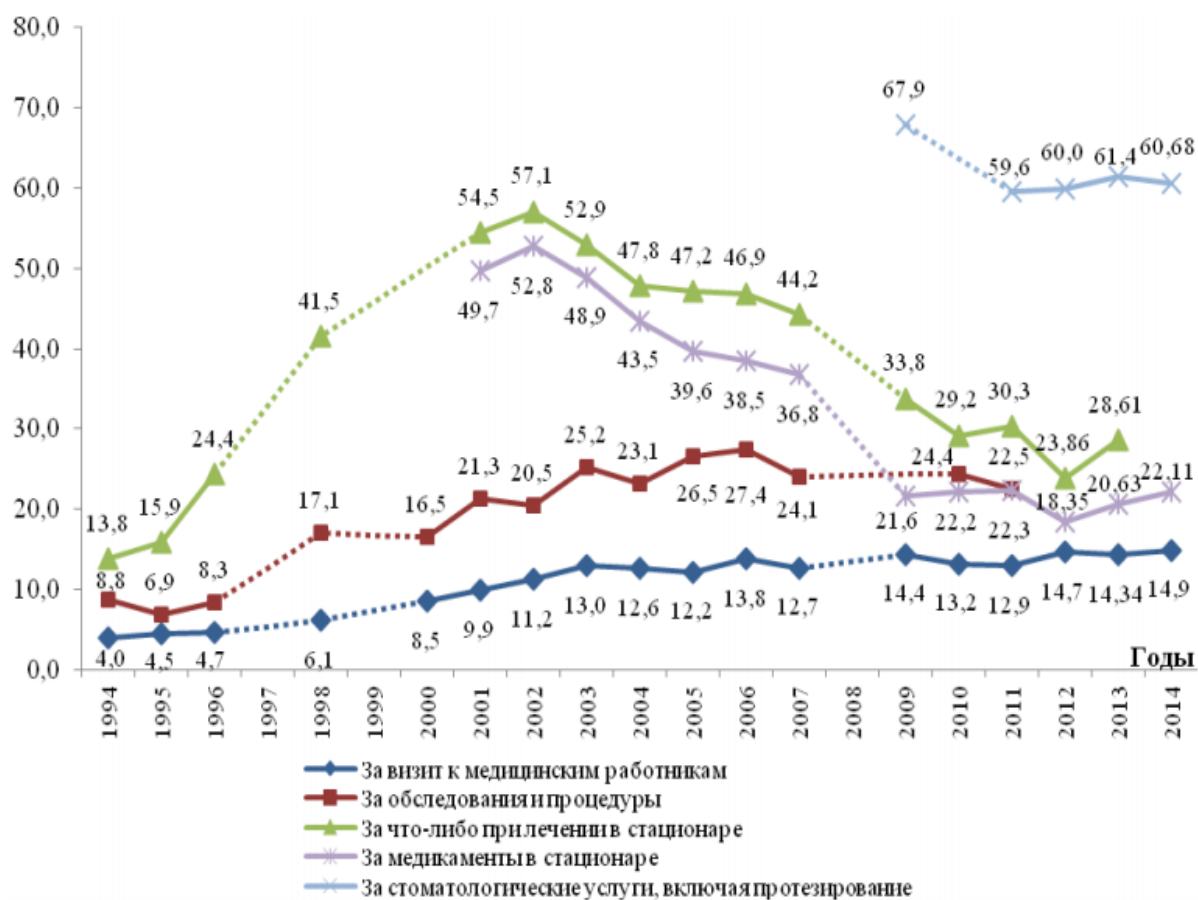


Рисунок 15 - Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь среди обратившихся за разными видами медицинской помощи в 1994–2014 гг.

Вместе с тем, нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ за исследуемый период не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения (которая определяет потребность в медицинской помощи) увеличилась в 1,5 раза, а доля пожилого населения возрос-

ла на 4 %;

5) так же рядом экспертов отмечается проблема неэффективности управления здравоохранением как на федеральном, так и региональном и местных уровнях управления. Главным образом, это проявляется в распределении государственных средств, которое считается нерациональным. Этому свидетельствует тот факт, что большинство показателей, на которых ставится акцент являются слабо контролируруемыми. Кроме этого имеется риск коррупции при осуществлении инвестиционных расходов. Также отмечается неэффективность использования материально-технического обеспечения объектов управления.

1.3 Кластерный подход – как новый инструмент управления здравоохранением

По мнению ряда авторов, эффективное развитие системы здравоохранения требует соответствия форм организации и методов управления системой здравоохранения современным рыночным отношениям. Те же авторы указывают на то, что «для современной системы здравоохранения характерен ряд проблем структурно-управленческого характера, требующих кардинального изменения существующего подхода к управлению и организации медицинской помощи».

В условиях рыночных преобразований, для успешной адаптации отрасли, требуются современные методы и подходы к управлению, способные объединить ресурсы, а также определить точки соприкосновения и общие интересы между всеми субъектами, входящими в систему здравоохранения²⁶. По мнению многих исследователей, таким инструментом является «кластерный подход, появившийся в западной теории экономики благодаря исследованиям Майкла Портера, профессора гарвардского университета.

Согласно теории Майкла Портера, «кластер - это группа географически соседствующих взаимосвязанных компаний (поставщики, производители и др.) и связанных с ними организаций, действующих в определенной сфере и взаи-

²⁶ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 23

модополняющих друг друга»²⁷.

Кластер обладает специфическими особенностями (таблица 6).

Таблица 6 – Специфические особенности кластера

Особенности	Сущность
принцип территориальной (географической) локализации	большинство кластеров ориентировано на географически локализованную структуру (диаметром 30-100 км), что обусловлено минимизацией транспортных, коммуникационных и иных логистических затрат
наличие крупного предприятия - лидера (лидеров)	лидеры не являются управляющими центрами, а определяют общее направление развития кластера, формируют ядро или центр притяжения остальных участников
широкий спектр участников	в кластер входят не только ведущие фирмы и их поставщики, но и общественные организации, органы государственной власти, банковские, юридические, страховые, консультационные, аудиторские компании, транспортные, информационные организации и т.д.
долговременная координация взаимодействия участников	координация взаимодействия участников системы в рамках её производственных программ, инновационных процессов, основных систем управления, контроля качества и т.д.
устойчивость хозяйственных связей хозяйствующих субъектов	бизнес, органы власти, общественные и прочие организации для повышения своей конкурентоспособности и достижения поставленных целей и задач самостоятельно приходят к необходимости объединения в кластер.

Сравнительная характеристика отраслевого и кластерного подхода представлена в таблице 7²⁸.

Таблица 7 - Сравнение отраслевого и кластерного подходов

Отраслевой	Кластерный
Объединение групп предприятий сходного производственного процесса (отрасли).	Объединение предприятий сходного производственного процесса, предприятий разных отраслей с разной ролью в производственном процессе.
Ориентация на конечный продукт отрасли.	Учет максимально возможного количества интересов разных участников.
Использование прямой и косвенной конкуренции.	Объединение заинтересованных структур с целью достижения синергетического эффекта и эффекта масштаба, внутри объединения - отношения со-конкуренции.
Руководящая роль Министерства или ведомства в создании и распределении добавочного продукта.	Соучастие властных структур для решения государственных задач при тесном сотрудничестве и обменом информацией с бизнес-сектором.

²⁷ Портер М. Конкурентная стратегия. Методика анализа отраслей и конкурентов. М.: Альпина Паблишер, 2015. С. 232

²⁸ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 89

Классификацию кластеров можно провести по следующим признакам (таблица 8)²⁹.

Таблица 8 – Классификация кластеров

Признак	Классификация
В зависимости от характера связей между участниками	<p>1) вертикальная: связи между производителями, поставщиками и потребителями;</p> <p>2) горизонтальная: взаимоотношения участников одного этапа создания добавленной стоимости (производство, научные исследования, продвижение товара и т.д.);</p> <p>3) латеральная: в кластер объединяются разные секторы, которые могут обеспечить экономию за счет эффекта масштаба.</p>
В зависимости от доминирующей стратегии управления кластером и состава участников	<p>1) Однородный - отсутствие явного лидера и равноподчиненность участников друг другу (химический, автомобильный, винодельческий кластеры в США);</p> <p>2) Фокальный (ядерный) - характеризуется наличием головного (корневого) предприятия, осуществляющего руководство другими участниками (технологический, аэрокосмический и др.</p> <p>3) Сетевой (мегаcluster) - как правило, в разных регионах создается сеть кластеров, организованных по первому или второму принципу, которая входит в единый мегаcluster с общим центром координации. Такие кластеры встречаются в экономике Нидерландов.</p>
По стадиям жизненного цикла	<p>1) Потенциальные кластеры - несколько фирм, между которыми существуют слабовыраженные связи, но которые преследуют общую цель и готовы объединиться для ее достижения.</p> <p>2) Развивающиеся кластеры - начальное объединение фирм и поставщиков в форме производственных комплексов или холдингов и формирование взаимосвязей с бизнес-окружением.</p> <p>3) Развитые кластеры - устойчивые связи между участниками, активное вовлечение финансовых институтов, ВУЗов в кластер, высокое влияние на экономику региона.</p> <p>4) Сетевые кластеры - объем производства и качество взаимоотношений достигает такой степени, что участники начинают формировать субкластеры в смежных регионах или выходить на зарубежные рынки.</p>
В зависимости от цели создания	<p>1) Инновационные (кластеры высоких технологий) - кластеры био-, нанотехнологий, телекоммуникационные, информационные кластеры, и т.д.</p> <p>2) Традиционные (бизнес-кластеры) - лесные, текстильные, строительные, автомобильные и др.</p> <p>3) Социально-ориентированные - кластеры здравоохранения, образования, культуры, спорта и др.</p>

²⁹ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 92

Кластеры лучше, чем отрасли, охватывают важные связи, взаимодополняемость между отраслями, распространение технологии, навыков, информации, маркетинг и осознание требований заказчиков.

Преимущества кластерного подхода возможно рассмотреть по трем основным направлениям. Первым направлением рассмотрим – преимущества для бизнес-структур, вторым для органов управления (рисунок 16).

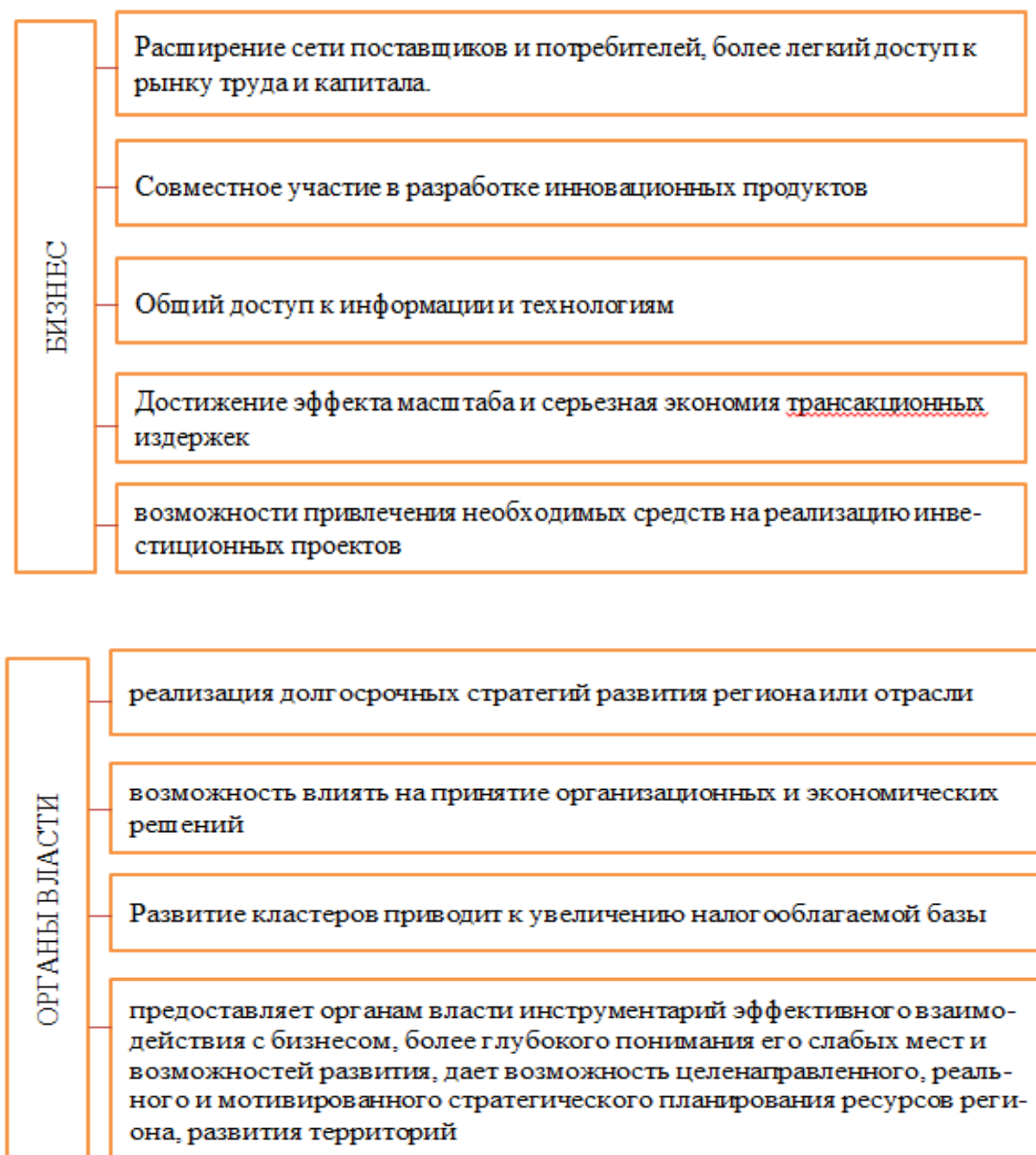


Рисунок 16 – Преимущества реализации кластерного подхода для бизнес-структур и органов управления

В-третьих, кластер выгоден бизнес-окружению и населению, расположенным на территории функционирования кластера.

Для бизнес-окружения (например, НИИ, финансовых институтов, транспортных организаций, консалтинговых фирм, общественных организаций, союзов) успешное развитие кластера означает увеличение объема новых заказов и клиентуры, реализацию общественно-значимых задач.

Для населения - улучшение качества предлагаемой продукции, расширение ассортимента, повышение уровня сервиса, а также увеличение количества рабочих мест, развитие жилищной, транспортной инфраструктуры, реализация иных социальных целей.

Объединение на основе кластера в современной теории региональной экономики рассматривается как один из перспективных вариантов интеграции рыночных институтов и может быть формой выбора для объединения организаций, действующих в сфере здравоохранения.

С одной стороны, будучи сформированными в системе здравоохранения, они способствуют повышению уровня здоровья населения за счет более качественного и доступного обслуживания пациентов, укрепления связей между основными звеньями поставки лекарственных препаратов и пр.

С другой стороны, деятельность любого кластера на территории региона способствует росту экономической активности населения, стимулирует создание новых рабочих мест, дает большие возможности для профессиональной подготовки и повышения квалификации работников.

Все это означает увеличение качества жизни населения региона, рост производительности его труда за счет расширенных возможностей инвестирования в человеческий капитал и использования современных технологий.

1.4 Зарубежный и отечественный опыт использования кластерного подхода в здравоохранении

В зарубежной и отечественной практике кластерный подход в основном сосредоточен в отраслях промышленности, торговли и инновационной сфере. В социальной сфере отмечается их незначительное количество, тем не менее там

где они реально функционируют отмечается рост качества и эффективности оказания медицинской помощи.

Практика зарубежных стран показывает, что существующие проблемы здравоохранения могут быть разрешены с использованием кластерного подхода.

Так ярким примером эффективности кластеризации в здравоохранении является зарубежный медицинский кластер города Сиэтл, особенностью которого является сосредоточение в себе широкого спектра медицинских услуг. Кроме того в кластер входят научно-исследовательские лаборатории, производители и поставщики медпрепаратов и медоборудования, фармацевтические компании, страховые медицинские организации, профессиональные ассоциации, государственные учреждения и другие организации, которые связаны с ключевыми участниками кластера. Как отмечают эксперты, кластер производит мультипликативный эффект на экономику региона, устанавливая связи со смежными отраслями и кластерами, а тот факт, что один из пяти работников занят в кластере здравоохранения делает этот кластер крупнейшим в регионе и, по некоторым оценкам, в стране»³⁰.

«Например, в швейцарском «Кластере медицинских технологий» в настоящий момент действует более чем 700 компаний, которые обеспечивают около 45 тыс. рабочих мест. Оборот данных компаний составляет 20,3 млрд. долл. США. Основными импортерами данной продукции являются Европа, Азия, США, Россия, Латинская Америка. Деятельность компаний данного кластера направлена на разработку, внедрение и коммерциализацию инноваций в сфере здравоохранения. Уникальность швейцарского кластера состоит в создании специальной системы регистрации и сертификации новых продуктов, значительно упрощающей процесс доставки товара до потребителя и мощной государственной поддержке»³¹.

³⁰ Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 92

³¹ Тетерин, Ю.А., Чайка, А.А. Использование кластерного подхода в решении проблем здравоохранения // Научные исследования и разработки молодых ученых. 2014. № 2. С. 232

В настоящее время в Китае (Гонконге) действуют 5 кластеров медицинской помощи, созданные по инициативе Государственной Больничной палаты для улучшения сотрудничества больничных учреждений в сфере оказания медицинских услуг населению Гонконга³².

В России кластеры здравоохранения в настоящее время находятся только на этапе становления, что обусловлено рядом причин - это низкий уровень межфирменных связей, стремления отдельных субъектов рыночной экономики осуществлять свою деятельность независимо, слаборазвитая инфраструктура.

Тем не менее одним из успешно функционирующих кластеров, можно считать Центр «Медитер-М», созданный в 2000 году. К основным направлениям деятельности Центра относятся оказание многопрофильной медицинской помощи на дому, медицинское обслуживание корпоративных, амбулаторно-поликлиническое обеспечение медицинской помощью прикрепленного населения (более 10000 человек), лекарственное обеспечение, вакцинация и проведение других профилактических мероприятий³³.

Кластеризация здравоохранения в Алтайском крае позволила значительно повысить качество медицинского обслуживания населения региона. Однако, как отмечают региональные власти участие частного капитала в реализации проектов незначительно. Частные инвесторы не вкладывают средства в развитие государственных клиник и относятся к кластерам с настороженностью, предпочитая получать заказы на обслуживание через фонд обязательного медицинского страхования. Несмотря на это, материально-техническая база большинства медицинских учреждений приобретает современный вид: и по состоянию помещений, и по оснащению новейшим медицинским оборудованием, и по квалификации врачей и медицинских работников, которые должны на нем работать.³⁴

³² Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: дис. канд. экон. наук. Томск, 2007. С. 97

³³ там же, С. 98

³⁴ Медицину собирают в кластер. [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.kommersant.ru/doc/2155925> (дата обращения 10.01.2016)

Кроме того, существуют бесчисленные и не подлежащие регистрации случаи объединения на разовой или кратковременной основе медицинских организаций или врачей для закупки дорогостоящего оборудования, совместного проведения сложных операций, проведения консультаций населению и иных целей, реализация которых требует установления партнерских, доверительных отношений между несколькими участниками.

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы:

1) итак, здравоохранение, являясь частью социальной сферы, преследует целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством осуществления профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений;

2) «признание человека, его жизни и здоровья высшими первичными ценностями», относительно которых должна выстраиваться политика социально-экономического развития государства обуславливает необходимость государственного управления здравоохранением в РФ. Управление здравоохранением – это комплексная задача всего общества, которая предполагает участие всех структур управления (федеральных, региональных и местных органов управления);

3) для современной системы здравоохранения характерен ряд проблем структурно-управленческого характера, требующих кардинального изменения существующего подхода к управлению и организации медицинской помощи». Это требует использования современных методов и подходов к управлению системой здравоохранения;

4) таким инструментом, способным объединить интересы власти, бизнеса и населения в рассматриваемой области, целесообразно выбрать кластерный подход управления.

2 ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕГИОНА (НА ПРИМЕРЕ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

2.1 Основные направления управления системой здравоохранения в Амурской области

Исполнительным органом государственной власти Амурской области, проводящим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере здравоохранения области, а также координацию деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и областных государственных учреждений здравоохранения выступает Министерство здравоохранения Амурской области.

Основные задачи Министерства здравоохранения представлены на рисунке 17.



Рисунок 17 – Задачи Министерства здравоохранения Амурской области

Организационная структура Министерства здравоохранения Амурской области представлена на рисунке 1 Приложение А.

Министерство в соответствии с возложенными на него задачами осуществляет ряд полномочий (рисунок 1 Приложение Б).

В настоящее время в Амурской области реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Амурской области на период 2014-2020 годы». К основным задачам программы отнесены: «обеспечение приоритета профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни; развитие первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания

специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи; повышение эффективности службы родовспоможения и детства; развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей; обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами»³⁵.

Основными задачами отрасли является обеспечение устойчивого функционирования и развития системы здравоохранения путем реализации следующих направлений:

1) совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи (рисунок 18).



Рисунок 18 – Мероприятия первичной медико-санитарной помощи

С целью совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи населению Амурской области Министерством реализуются:

- на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан в Амурской области осуществляется дис-

³⁵ Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 3 июля 2013 г. № 302. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

пансеризация взрослого населения определенных групп³⁶.

Кроме этого министерство организует постоянный мониторинг по выполнению плана охвата диспансеризацией взрослого населения определенных групп по каждой медицинской организации путем заслушивания отчетов о результатах на планерных совещаниях;

- мероприятия по организации выездной работы;

- мероприятия, направленные на внедрение информационно-телемедицинских технологий, совершенствование материально-технической базы, целью которых является увеличение доступности и развития первичной медико-санитарной помощи;

- в целях повышения доступности медицинской помощи населению в отдаленных районах региона было закуплено оборудование передвижного типа. Кроме этого в регионе осуществляют деятельность 3 телемедицинских центра и 10 телемедицинских кабинетов. Таким образом, обеспечена возможность дистанционного получения консультаций через проведение видеоконференций специалистами региональных центров;

- также существует практика заключения договоров с медицинскими работниками по оказанию курьерских услуг отпуска лекарственных препаратов льготным категориям граждан, что обеспечивает в свою очередь приближение лекарственной помощи населению отдаленным территориям региона;

Кроме того Министерством ведется работа, направленная на расширение лечебной сети в целях обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению.

В настоящее время для оказания помощи медицинским учреждениям муниципалитетов Амурской области помощь осуществляются выезды бригад специалистов областного центра, в соответствии с определенным графиком. Кроме этого, в соответствии с приказом министерства здравоохранения Амурской области определены врачи-кураторы, которые оказывают различные виды помо-

³⁶ Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

щи медицинским учреждениям муниципальных образований при осуществлении диспансеризации населения различных возрастных групп.³⁷

Для своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах, налажена система медицинской эвакуации, как наземным, так и воздушным транспортом. Постановлением Правительства Амурской области утверждена региональная программа Амурской области «Обеспечение оказания экстренной медицинской помощи - гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации» на 2017-2019 годы³⁸.

Важнейшим приоритетом деятельности медицинских организаций области является развитие службы охраны материнства и детства. Министерством здравоохранения области проводится комплекс мероприятий, направленных на профилактику и снижение материнской младенческой и детской смертности.

Беременным, роженицам, родильницам и новорожденным медицинская помощь оказывается в рамках созданной трехуровневой системы учреждений родовспоможения (приказ министерства здравоохранения Амурской области от 20.04.2011 № 256 «О совершенствовании организации медицинской помощи матерям и детям на территории Амурской области»)³⁹.

Существенным достижением является проведение неонатального скрининга, целью которого является своевременное выявление у новорожденных наследственных заболеваний. По официальным данным Министерства здравоохранения Амурской области, охват новорожденных неонатальным скринингом составил в 2016 году 98,4 %; процент охвата детей первого года жизни аудиологическим скринингом - 99,3 %;

Благодаря реализации комплекса мероприятий наметилась положительная

³⁷ Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 3 июля 2013 г. № 302. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

³⁸ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

³⁹ О совершенствовании организации медицинской помощи матерям и детям на территории Амурской области [Электронный ресурс]: приказ министерства здравоохранения Амурской области от 20.04.2011 № 256. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

тенденция в демографической ситуации в Амурской области (рисунок 19).



Рисунок 19 – Основные показатели демографической ситуации

Приведенные данные свидетельствуют об увеличении рождаемости на 8,1 % (с 12,3 на 1000 населения в 2005 году до 13,3 в 2015 году); снижении естественной убыли населения области на 87,7 % (с - 4,9 в 2005 году до - 0,6 в 2015 году). Сократились темпы уменьшения численности детского населения в области.

Однако в настоящее время актуальна проблема оказания медицинской помощи женщинам и детям труднодоступных территорий, отдаленных от областных учреждений родовспоможения и детства (третий уровень). Так самая большая отдаленность составляет 1000 км. Данное обстоятельство определяется низкой плотностью населения, достигающей в определенных районах 0,2 чел. на 1 кв. км.

На сегодняшний день акушерскую помощь женщинам в регионе оказывает 23 медицинские организации, при этом 17 являются организациями первого уровня, 5 – второго уровня и 1 (областной перинатальный центр) – третьего уровня.

По показателю обеспеченность койками для беременных и рожениц отмечается превышение среднероссийских показателей на 18,1 % (13,1 на 10 тыс. женщин фертильного возраста в Амурской области против 11,1 по РФ); для гинекологических больных – на 10,8 % (8,9 на 10 тыс. женщин фертильного возраста в Амурской области против 8,03 по РФ); для патологии беременных – на 35 % (13,5 на 10 тыс. женщин фертильного возраста в Амурской области против 10 по РФ)⁴⁰.

По показателю обеспеченность врачами акушерами-гинекологами отмечается превышение среднероссийских показателей на 36,7 % (6,7 на 10 тыс. населения в Амурской области против 4,9 по РФ); акушерками – на 13,3 % (10,2 на 10 тыс. населения в Амурской области против 9 по РФ).

Показатель сертифицированности врачей составляет 94,6 % (по Российской Федерации – 94,3 %), при этом 30,3 % врачей имеют высшую категорию (по РФ – 31,6 %), 25,2 % врачей - первую (по РФ – 23,1 %); 10,2 % врачей - вторую (по РФ – 7,3 %).

Несмотря на то, что по показателю обеспеченность врачами-неонатологами на 2015 год показатели Амурской области (47,7 на 10 тыс. детей до 1 года) превышают среднероссийские (32,7) и по Дальневосточному федеральному округу (39,0), отмечается значительная неуккомплектованность врачами-неонатологами (61,5%) и анестезиологами (54,8%), при высоком проценте совместительства⁴¹;

2) мероприятия, направленные на повышение доступности специализированной медицинской помощи.

В настоящее время в области осуществляют деятельность 39 больничных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь (рисунок 20).

⁴⁰ Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 3 июля 2013 г. № 302. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

⁴¹ Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 3 июля 2013 г. № 302. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь

- ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»;
- ГБУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»;
- ГБУЗ АО «Амурский областной противотуберкулезный диспансер»;
- 3 специализированных больницы;
- ГБУЗ АО «Амурская областная психиатрическая больница»;
- 4 специализированных диспансера;
- 16 центральных районных больниц;
- 8 городских многопрофильных больниц;
- 4 участковых больницы;
- 1 федеральная кардиохирургическая клиника ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»

Рисунок 20 – Учреждения Амурской области, оказывающие специализированную медицинскую помощь

На основании ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 01 января 2013 года медицинская помощь в Амурской области осуществляется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи всеми медицинскими организациями⁴².

Модель здравоохранения с одноканальной формой финансирования, сформированная в настоящее время в Амурской области, опирающаяся на общую врачебную практику, позволяет обеспечить избирательность оказания медицинской помощи больному.

Проводимое в настоящее время объединение маломощных больниц с целью создания муниципальных и межмуниципальных медицинских центров, реорганизации участковых больниц во врачебные амбулатории с организацией службы общей врачебной практики и дневных стационаров, позволяют оптимизировать структуру отрасли.

Высокотехнологичная медицинская помощь представляет собой часть

⁴² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 №323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

специализированной медицинской помощи, предполагающая применение новых методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Право на получение бесплатной ВМП имеют все граждане Российской Федерации без исключения. Главный критерий её получения - наличие медицинских показаний⁴³.

В настоящее время показатель доступности ВМП жителям области имеет положительную динамику. Так, по официальным данным Министерства здравоохранения, численность больных, получивших ВМП по сравнению с 2015 годом на 25,5 % больше, а по сравнению с 2009 годом - в 7 раз. В 2016 году за счет средств федерального бюджета в 64 федеральных клиниках пролечено по 15 профилям заболеваний 1856 амурчан, что составляет 41 % от общего числа больных, получивших ВМП. За счет средств обязательного медицинского страхования пролечено 2681 пациента, из них 92 % в шести медицинских организациях области по 18 профилям заболеваний и 8 % в условиях федеральных клиник по 14 профилям. По востребованности различных видов ВМП по профилям заболеваний на первом месте стоит сердечно-сосудистая хирургия, на втором - травматология и ортопедия, на третьем - неонатология, офтальмология;

3) мероприятия, направленные на развитие информационных технологий в медицинских организациях области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В современных условиях возрастает роль информатизации в системе здравоохранения, поэтому актуальность приобретают мероприятия направленные на внедрение медицинской электронной информационной системы, личного кабинета пациента, рабочего места врача и медицинской сестры, электронных систем помощи в принятии решений, доступа к электронным информационным ресурсам.

⁴³ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 №323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

Так, усилиями Министерства планируется в 2016 году довести процент медицинских организаций, передающих сведения электронных медицинских карт пациентов в федеральную систему Интегрированной электронной медицинской карты ЕГИСЗ до планового показателя, равного 73 %.

Региональная информационная система «Здравоохранение Амурской области», созданная ГБУЗ АО «Амурский медицинский информационно-аналитический центр», успешно действует в области с целью наполнения данными о медицинских организациях, подразделениях, отделениях, медицинских работниках.

Региональная информационная система «Здравоохранение Амурской области» включает такие модули как: автоматизированное рабочее место врача (АРМ) с электронной медицинской картой, направления, взаиморасчеты, управление, электронная регистратура, отчеты, прикрепление населения, выполнение нормативно-справочной информации которых продолжается по мере необходимости.

Кроме этого, начиная с февраля 2013 года начато использование электронной регистратуры по программе региональной медицинской информационно-аналитической системы «РИСЗАО». Электронная запись к врачу ведется через регистратуру, информационные киоски (инфоматы) и портал пациента по адресу <http://er.amurzdrav.ru/>;

4) мероприятия, направленные на повышение доступности лекарственных препаратов и медицинских изделий населению области.

Начиная с 2011 года в муниципальных образованиях, где отсутствуют аптечные организации, обособленным подразделениям медицинских организаций, расположенных в этих МО, предоставляется лицензия на осуществление фармацевтической деятельности, которая разрешает им осуществлять розничную торговлю и хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. Так, по официальным данным Министерства здравоохранения Амурской области, лицензии имеют 351 объектов, в том числе 307 ФАПов (из 317), 44 врачебных амбулаториях (из 56).

5) мероприятия, направленные на формирование и развитие кадрового потенциала системы здравоохранения области.

Среди множества факторов, определяющих уровень развития системы здравоохранения первоочередное значение имеет фактор укомплектованности медицинских учреждений, а также уровень профессиональной подготовки и квалификации специалистов.

Вместе с тем для обеспечения достижения максимального эффекта от уже принятых действий в сфере кадрового обеспечения отрасли необходима концентрация государственного участия в решении существенных проблем здравоохранения, одной из которых является наличие дефицита специалистов со средним и высшим медицинским образованием по отдельным медицинским специальностям (рисунок 21)⁴⁴.



Рисунок 21 – Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, на 10000 населения

По официальным данным, на 1 января 2016 года в областных учреждениях здравоохранения работало 4036 врачей и 8619 средних медицинских работников.

⁴⁴ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 246.

По показателю обеспеченность врачебными кадрами отмечается снижение по сравнению с 2014 годом на 6,13 % и составляет 55,4 на 10 тыс. населения (2014 г. – 58,8, по Российской Федерации – 45,9; по Дальневосточному федеральному округу – 52,8)⁴⁵. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом также снизилась на 2,02 % и составила 116,1 специалиста на 10 тыс. жителей (118,5 специалиста – 2014 г.).

Для области характерен высокий уровень квалифицированности персонала. Так удельный вес врачей, имеющих аттестационные категории составляет 58,7 %, а удельный вес среднего медперсонала – 60,0 %.

«В учреждениях здравоохранения городских округов и муниципальных районов работают 36,3 % врачей высшей, 45,8 % - первой и 17,9 % – второй квалификационной категории, сертификат специалиста имеют 95,6 %. В областных государственных учреждениях здравоохранения аттестовано 71,4 % врачей, из них 61,1 % на высшую категорию, 94,3 % имеют сертификат специалиста. Коэффициенты совместительства врачей и среднего медперсонала оставались стабильными в течение последних лет: 1,4 – 1,5 и 1,3 соответственно. Самый высокий коэффициент совместительства отмечался в Шимановском (1,88) и Магдагачинском (1,77) районах, по остальным городам и районам показатель колебался от 1,08 (Углегорск) до 1,74 (г. Тында). Высок коэффициент совместительства и по отдельным врачебным специальностям: кардиологи – 1,73; анестезиологи – 1,63; хирурги – 1,59»⁴⁶.

Дефицит медицинских кадров, как врачей, так и средних медицинских работников, отмечен во всех типах медицинских организаций и на всех уровнях оказания медицинской помощи Амурской области.

Одно из мероприятий, направленное на развитие первичной медико-санитарной помощи, включающее в себя совершенствование системы оплаты труда («эффективный контракт») и реализацию мер социальной поддержки ме-

⁴⁵Здравоохранение [Электронный ресурс]. - URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения 10.01.2018)

⁴⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 №323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

дицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (реализация программы «Земский доктор») ⁴⁷.

Ежегодно увеличивается количество выпускников, трудоустроенных в медицинские организации области после окончания высших медицинских учебных заведений. В 2015 году трудоустроено в медицинские организации области - 120 выпускников, в 2016 году - 119.

В 2017 году ожидается трудоустройство 128 выпускников. В 2016 году было заключено 52 договоров о предоставлении единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн. руб.

Главы муниципальных образований области предоставляют молодым специалистам выплаты «подъемных» в размере от 10 тыс. до 150 тыс. рублей, оплату аренды жилого помещения в течение первых 3-х лет работы, предоставления комнаты в благоустроенном общежитии или служебного жилья, внеочередное предоставление мест в детских садах. На 2017 год запланировано заключение 42 договоров.

Подготовка и повышение квалификации медицинских кадров, работающих в медицинских организациях, одно из мероприятий, направленное на развитие первичной медико-санитарной помощи, включающее в себя совершенствование образовательных программ для подготовки медицинского персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, внедрение практико-ориентированных образовательных стандартов в учреждения 1 и 2 уровней; создание условий дистанционного образования практическому здравоохранению.

2.2 Современное состояние системы здравоохранения в Амурской области

Основные показатели, характеризующие современное состояние здравоохранения в Амурской области, представлены в таблице 9⁴⁸.

⁴⁷ Об утверждении «Положения об оплате труда работников областных бюджетных и автономных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Амурской области» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Амурской области от 20 апреля 2015 года № 418. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

⁴⁸ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 242

Таблица 9 - Основные показатели здравоохранения

	2007	2012	2013	2014	2015	Темп роста 2015 г. к 2007 г., в процентах
Число больничных учреждений, единиц	82	51	42	42	42	51,2
Число больничных коек:						
всего	11357	9146	9504	8849	8254	72,7
на 10 000 человек населения	130,6	111,6	117,1	109,3	102,4	78,4
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	240	185	184	178	169	70,4
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену:						
всего	24749,1	26000	25595,8	23741,6	25434,2	102,7
на 10 000 человек населения	293,1	318,2	315,5	293,2	315,7	107,7
Численность врачей:						
всего, человек	5301	4935	4915	4764	4461	84,1
на 10 000 человек населения	62,8	60,2	60,6	58,8	55,4	88,2
Численность среднего медицинского персонала:						
всего, человек	10613	10322	10105	9595	9354	88,1
на 10 000 человек населения	125,7	126,0	124,6	118,5	116,1	92,3

По официальным данным Территориального органа государственной статистики по Амурской области, медицинская помощь населению оказывается 42 больничными учреждениями с оснащенностью 8,2 тыс. коек, 169 амбулаторно-поликлиническими учреждениями мощностью 25,4 тыс. посещений в смену.

Показатель обеспеченность населения круглосуточными стационарными койками составляет 111,6 на 10 тыс. населения (в 2007 году - 130,6 стационарных коек на 10 тыс. населения), данное снижение связано с реструктуризацией организаций здравоохранения, обусловленное транспортной доступностью населенных пунктов и низкой плотностью населения.

Показатель младенческой смертности – наиболее чувствительный индикатор не только состояния здоровья населения, но и социально-экономической, психологической и морально-нравственной обстановки. В течение исследуемого периода удалось добиться снижения младенческой смертности на 24%, хотя

при этом данный показатель все еще остается выше среднего по России (рисунок 22).

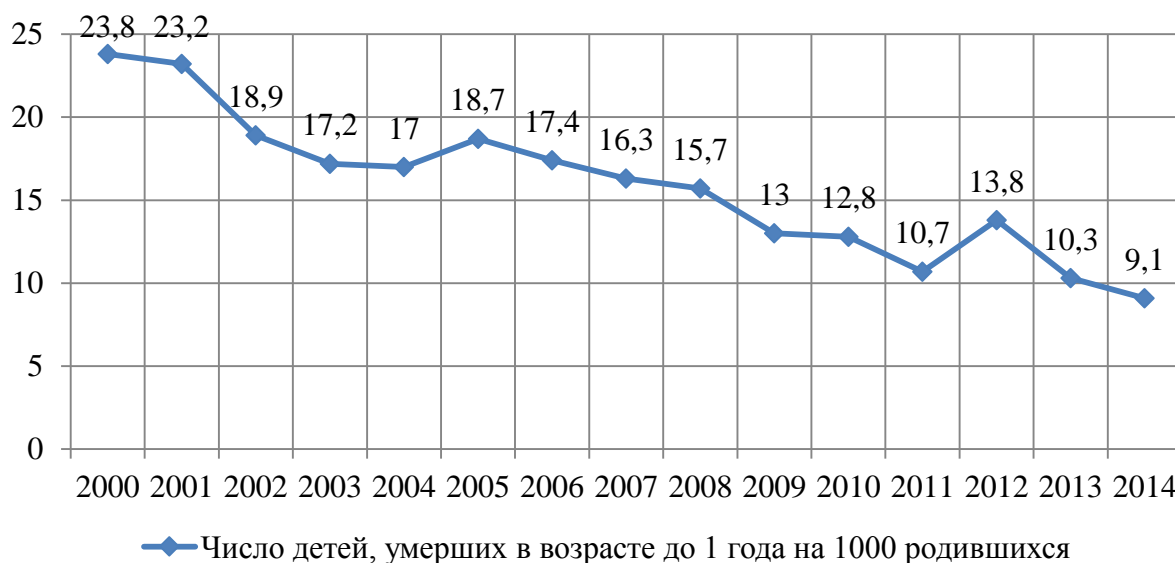


Рисунок 22 – Младенческая смертность

В области в течение продолжительного времени прослеживается тенденция ежегодного роста уровня заболеваемости. За период с 2000 по 2015 годы его средний темп роста составил 1,6 %. По сравнению с 2000 годом уровень заболеваемости увеличился на 40,4 % и составил 80976,4 случая в расчете на 100000 населения (таблица 10)⁴⁹.

Таблица 10 - Заболеваемость населения

	2000	2005	2011	2012	2013	2015	Темп роста 2015 г. к 2005 г., в процентах
Все болезни, на 10000 человек	57662,6	65808,4	79403,5	82746,3	81250,2	80976,4	140,4

По заболеваемости туберкулезом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями областные показатели превышают среднероссийские показатели.

Как следствие, в регионе отмечаются высокие показатели смертности по

⁴⁹ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 248

данным причинам (таблица 11).

Таблица 11 - Показатели смертности по причинам

	2005	2010	2011	2012	2013	2015	Темп роста 2015 г. к 2005 г., в процентах
Всего умерших от всех причин, на 100000 населения	1691,5	1534,5	1479,9	1474,5	1390,5	1385,4	81,9
из них от:							
инфекционных и паразитарных болезней	51,3	43,1	42,7	37,1	24,8	21,5	41,9
новообразований	167,8	179,0	191,5	183,3	194,1	182,7	108,8
болезней системы кровообращения	808,5	817,1	746,7	768,4	724,5	594,4	73,5
болезней органов дыхания	73,2	69,5	70,2	65,3	60,2	63,5	86,7
болезней органов пищеварения	69,7	73,1	74,7	76,0	68,2	88,6	127,1
внешних причин смерти	358,2	239,8	241,7	237,2	212,9	213,1	59,4

Приоритетным направлением в работе органов здравоохранения, как и в предыдущие годы, остается охрана материнства и детства. Для оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям области в 2015 году, как в государственных, так и в негосударственных медицинских учреждениях, работали 298 врачей акушеров-гинекологов (на 1,0% меньше, чем в 2000 году), 436 врачей-педиатров (меньше на 2,9%) и 433 акушерки (меньше на 31,3%).

В стационарах функционировали 585 коек для беременных и рожениц (29,4 койки на 10 тыс. женщин в возрасте 15-49 лет), что меньше по сравнению с 2000 годом на 25,8%, и 355 гинекологических (8,3 на 10 тыс. женщин) - снижение в 2,9 раза, 1196 коек для больных детей (79,2 на 10 тыс. детей в возрасте до 14 лет) – снижение в 2,0 раза.

В настоящее время оказание медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным осуществляется трехуровневой системой, так как в области был введен в эксплуатацию областной перинатальный центр (130 коек). Второй уровень системы представлен городским родильным домом в г. Благовещенске, родильными отделениями Тындинской ЦРБ, Свободненской МГБ и

Белогорской МГБ. Родильные отделения остальных муниципальных организаций здравоохранения относятся к учреждениям 1–го уровня.

В 2015 году размер среднемесячной начисленной заработной платы в отрасли составил 27,0 тыс. руб. и превысил уровень предшествующего года на 16,5 % (таблица 12)⁵⁰.

Таблица 12 - Среднемесячная начисленная заработная в отрасли

Среднемесячная начисленная заработная плата, по области	Годы						Темп роста 2015 г. к 2014 г., в процентах
	2005	2010	2011	2012	2014	2015	
	9391,8	21207,5	24202,1	26789	30541,7	32389,3	106,4
здравоохранение и предоставление социальных услуг	6612,9	15145,3	16905,3	19175,5	23260	27096,1	116,5

Как и прежде уровень оплаты в отрасли отстает от среднемесячной начисленной заработной платы по области на 16,3 %.

Несмотря на положительные сдвиги, основными проблемами отрасли остаются:

- во-первых, отмечается существенный износ основных фондов;
- во-вторых, отставание уровня среднемесячной заработной платы от среднего уровня по области, несмотря на то что майскими указами предусмотрено доведение к 2018 году уровня заработной платы повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- в-третьих, отмечается недостаточная обеспеченность медицинским персоналом медицинских учреждений в сельских поселениях области;
- в-четвертых, отмечается острая нехватка специалистов узкой специализации, что обуславливает высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний;
- в-пятых, несмотря на ряд достижений остается высоким уровень младенческой смертности и инвалидизации.

⁵⁰ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 246.

2.3 Проблема межмуниципальной дифференциации состояния и развития здравоохранения в регионе

Проведенные в России в конце XX столетия социально-экономические преобразования коренным образом изменили принципы управления государством и отдельными отраслями экономики. В результате единая ранее система здравоохранения оказалась разделенной на три сектора – государственный, муниципальный и частный.

Наибольшее значение имела автономизация муниципального здравоохранения, которое в настоящее время представляет самый значимый сектор оказания медико-санитарной помощи населению Российской Федерации. По данным В.О. Щепина и И.А. Купеевой⁵¹, «в муниципальном подчинении находятся 81,2 % всех амбулаторно-поликлинических учреждений, в стационарах муниципальных больниц сосредоточены 64,7 % всех коек, работают более 60 % врачей. Вместе с тем доминирование муниципального сектора привело к усилению диспропорций между территориальными образованиями по многим показателям, характеризующим как общественное здоровье, так и систему оказания медицинской помощи».

Исследование дифференциации состояния и развития здравоохранения в муниципальных образованиях Амурской области проводилось на основе таких методов как:

1) метод вариационного анализа – для оценки однородности муниципальных районов по исследуемому признаку. Для этого были рассчитаны⁵²:

- «среднее значение - показывает типичное значение (меру центральной тенденции) рассматриваемого показателя» (1):

$$a_{\text{ср}} = \frac{\sum a_i}{n} \quad (1);$$

где $a_{\text{ср}}$ – среднее значение, a_i – отдельные значения признака, n – количество анализируемых территориальных единиц.

⁵¹ Щепин, В. О. Состояние и развитие муниципального здравоохранения в Российской Федерации // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАН. М., 2006. С. 123

⁵² Чернова Т.В. Экономическая статистика: Учебное пособие. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1999. С. 34.

- «размах вариации - показывает удаленность наибольшего и наименьшего значения показателя» (2):

$$R = a_{max} - a_{min} \quad (2);$$

где R – размах, a_{max} – наибольшее значение признака, a_{min} – наименьшее значение признака;

- «стандартное отклонение - показывает типичное отклонение значений показателя от среднего значения» (3):

$$C = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (a_i - a_{cp})^2}{n-1}} \quad (3);$$

где C – стандартное отклонение, a_i – значение признака, a_{cp} – среднее значение, n – количество территориальных единиц.

- «коэффициент вариации - показывает относительное изменение признака и позволяющий производить сравнения по признакам, измеряемых в различных единицах» (4):

$$V = \frac{C}{a_{cp}} \quad (4);$$

где V – коэффициент вариации, C – стандартное отклонение, a_{cp} – среднее значение признака.

- «коэффициенты асимметрии и эксцесса - являются мерами расхождения фактических данных и нормального распределения» (5 и 6):

$$A = \frac{\sum_{i=1}^n (a_i - a_{cp})^3 a_i}{C^3 \sum_{i=1}^n a_i} \quad (5);$$

где A – коэффициент асимметрии, C – стандартное отклонение, a_{cp} – среднее значение признака, a_i – значение признака, n – количество территориальных единиц.

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n (a_i - a_{cp})^4 a_i}{C^4 \sum_{i=1}^n a_i} \quad (6);$$

где E – коэффициент эксцесса, C – стандартное отклонение, a_{cp} – среднее значение признака, a_i – значение признака, n – количество территориальных единиц.

2) метод многомерного статистического анализа - для построения инте-

грального показателя, характеризующего состояние здравоохранения МО.

Расчет интегрального показателя осуществлялся с использованием методики, предложенной НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем»⁵³.

Расчет проводился в несколько этапов:

1) на первом этапе нами был сформирован набор признаков (первичных показателей), с помощью которых будет рассчитан интегральный показатель. В качестве первичных признаков, необходимых для расчета интегрального показателя, нами были выбраны следующие:

- численность врачей всех специальностей на 10000 человек населения (X1);

- численность среднего медицинского персонала на 10000 человек населения (X2);

- число больничных коек на 10000 человек населения (X3);

- мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения (X4);

- число зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни на 1000 человек (X5);

2) выбранные признаки нормируются, что позволяет избавиться от априорной неравнозначности признаков, обусловленной наличием у каждого из них своего интервала принимаемых значений:

а) показатели-стимуляторы (7):

$$p_{ij} = \frac{x_{ij} - \bar{x}_j}{x_{jmax} - x_{jmin}} + 1 \quad (7);$$

б) показатели-дестимуляторы (8)

$$p_{ij} = \frac{\bar{x}_j - x_{ij}}{x_{jmax} - x_{jmin}} + 1 \quad (8);$$

где p_{ij} – нормированный коэффициент j -го показателя i -го района;

x_{ij} – значение j -го показателя i -го района

\bar{x}_j – среднее значение j -го показателя;

⁵³Хальфин, Р. А. Информационные технологии в системе управления здоровьем населения Свердловской области. Екатеринбург, 1998. С. 78

x_{jmax} – максимальное значение j -го показателя по всем анализируемым муниципальным образованиям региона;

x_{jmin} – минимальное значение j -го показателя по всем муниципалитетам.

- значение интегрального показателя рассчитывается как среднее арифметическое всех используемых при расчете первичных признаков (9):

$$I_z = \frac{\sum_{i=1}^n p_{ij}}{n} \quad (9);$$

где p_{ij} – нормированный коэффициент j -го показателя i -го района

n – количество показателей.

Комплексное позиционирование муниципальных образований по уровню развития здравоохранения будет выполнено посредством многомерной классификации на основе иерархического метода кластерного анализа.

Для формирования кластеров будут использованы ранее рассчитанные интегральные показатели состояния здоровья.

3) на следующем этапе будет проведена группировка муниципальных образований по рассчитанному интегральному показателю.

Определенное количество групп позволяет назначить величину интервала изменения группировочного признака (10):

$$i_p = \frac{I_{zmax} - I_{zmin}}{n} \quad (10);$$

где i_p – величина интервала;

I_{zmax}, I_{zmin} - максимальное и минимальное значение интегрального показателя состояния здравоохранения;

n – число групп.

Перед тем как провести расчет интегрального показателя, характеризующего состояние здравоохранения муниципальных районов, нами был проведен анализ дифференциации МО по отдельным показателям, характеризующим уровень развития здравоохранения⁵⁴.

Одним из важнейших показателей является показатель численности вра-

⁵⁴ Чернова Т.В. Экономическая статистика: Учебное пособие. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1999. С. 34

чей всех специальностей на 10000 человек населения (таблица 13)⁵⁵.

Таблица 13 - Дифференциация МО по обеспеченности врачами всех специальностей на 10000 человек населения

	Среднее значение	Размах	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации	Коэффициент асимметрии	Коэффициент эксцесса
2005	33,61	130,40	24,81	73,83	2,78	10,47
2006	33,79	135,70	25,73	76,16	3,01	11,89
2007	34,00	139,10	26,21	77,09	3,10	12,48
2008	32,51	137,20	25,09	77,17	3,48	15,13
2009	32,46	133,30	24,69	76,07	3,43	14,74
2010	34,65	128,70	26,17	75,53	2,94	10,50
2011	36,16	130,00	27,36	75,66	2,36	7,08
2012	33,97	118,20	23,93	70,45	2,33	7,61
2013	34,30	115,60	23,72	69,15	2,29	7,18
2014	32,36	114,80	23,28	71,94	2,17	6,58
2015	30,41	105,40	21,46	70,56	2,29	7,20
В среднем	33,48	126,22	24,77	73,96	2,74	10,08

По показателю обеспеченности врачами всех специальностей на 10000 человек населения в муниципальных образованиях Амурской области отмечается значительная неоднородность, которая сохранялась в течение исследуемого периода.

В среднем за исследуемый период коэффициент вариации составил 73,96%. За весь исследуемый период среди муниципальных образований в число с уровнем обеспеченности врачами всех специальностей на 10000 человек населения выше среднего показателя попали только 7 МО (Белогорск, Благовещенск, Благовещенский, Зея, Райчихинск, Тында, Шимановск). Данное обстоятельство объясняется тем, что данные МО являются центрами МО и имеют более высокий административный статус.

Положительное значение коэффициента асимметрии говорит о правосторонней асимметрии. За весь исследуемый период абсолютное значение выше 1, что говорит о сильной скошенности распределения.

Это связано со значительным отрывом нескольких территорий, указанных

⁵⁵ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 246

выше, отличающихся высокой обеспеченностью врачами всех специальностей на 10000 человек населения, от основной массы МО области (рисунок 23).

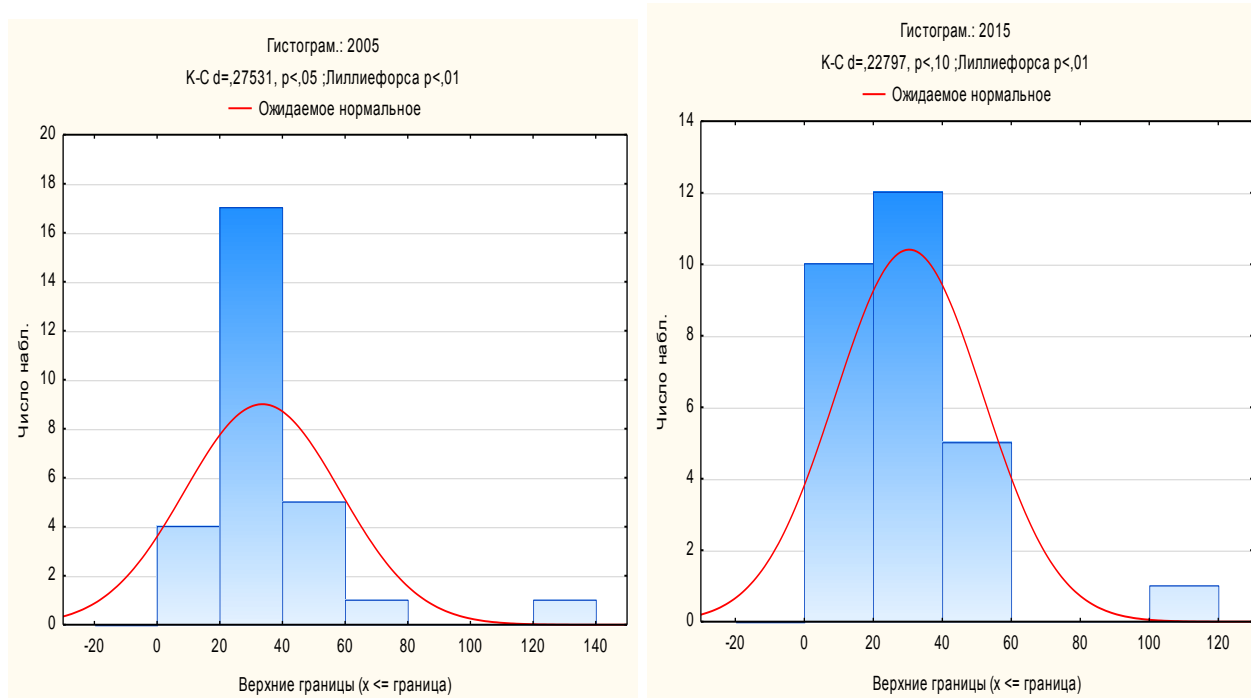


Рисунок 23 - Различия МО по обеспеченности врачами всех специальностей на 10000 человек населения за 2005 г. и 2015 г.

Коэффициент эксцесса за исследуемый период указывает на то, что распределение было островершинным (показатель положительный).

В целом, по уровню обеспеченности врачами всех специальностей на 10000 человек населения отмечается тенденция сохранения неоднородности между МО Амурской области.

Важным показателем, характеризующим состояние здравоохранения, является показатель мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения (таблица 13).

По показателю мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения в муниципальных образованиях Амурской области отмечается значительная неоднородность, которая сохранялась в течение исследуемого периода. В среднем за исследуемый период коэффициент вариации составил 45,74 %.

Таблица 13 - Дифференциация МО по показателю мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения

	Среднее значение	Размах	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации	Коэффициент асимметрии	Коэффициент эксцесса
2005	252,38	414,70	106,36	42,14	0,28	-0,62
2006	253,08	412,50	109,39	43,22	0,32	-0,68
2007	256,09	407,90	110,78	43,26	0,33	-0,67
2008	246,11	418,60	107,86	43,83	0,37	-0,65
2009	251,12	477,60	118,96	47,37	0,76	0,29
2010	263,28	463,40	117,32	44,56	0,60	-0,30
2011	280,39	580,90	144,15	51,41	1,03	0,63
2012	283,34	612,00	147,20	51,95	1,13	1,07
2013	284,73	530,30	138,33	48,58	0,78	-0,13
2014	271,81	418,60	115,84	42,62	0,47	-0,64
2015	270,94	418,60	119,62	44,15	0,47	-0,76
В среднем	264,84	468,65	121,44	45,74	0,59	-0,22

За весь исследуемый период среди муниципальных образований в число с уровнем мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения выше среднего показателя попали только 7 МО (Архаринский, Белогорск, Благовещенск, Зейский, Зея, Райчихинск, Свободный, Селемджинский, Тында, Тындинский, Шимановск).

Положительное значение коэффициента асимметрии говорит о правосторонней асимметрии. За период 2005-2010 гг. абсолютное значение ниже 1, что говорит о значительная (от 0,5 до 1), в период 2011-2012 гг. - сильной скошенности распределения, с 2014 года значение ниже 0,5, что свидетельствует о умеренной скошенности (от 0,25 до 0,5). Это связано со значительным отрывом нескольких территорий, указанных выше, отличающихся высокой мощностью амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения, от основной массы МО области (рисунок 24).

Коэффициент эксцесса за исследуемый период указывает на то, что распределение было плосковершинным (показатель отрицательный).

В целом, по уровню мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения отмечается тенденция сохранения дифференциации между МО Амурской области.

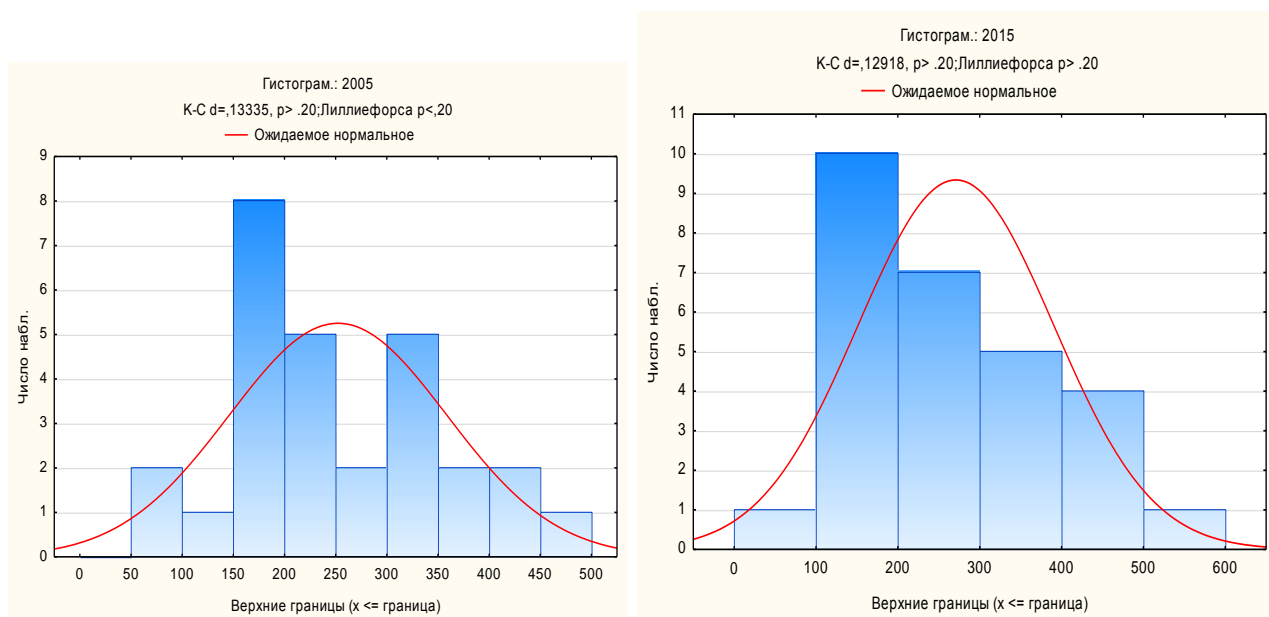


Рисунок 24 - Различия МО по мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения за 2005 г. и 2015 г.

Важным показателем, характеризующим состояние здравоохранения, является показатель заболеваемости на 10000 человек населения (таблица 14).

Таблица 14 - Дифференциация МО заболеваемости на 10000 человек населения

	Среднее значение	Размах	Стандартное отклонение	Коэффициент вариации	Коэффициент асимметрии	Коэффициент эксцесса
2005	551,28	715,00	196,32	35,61	0,38	-0,36
2006	603,24	789,60	210,57	34,91	0,40	-0,41
2007	632,49	921,50	240,88	38,08	0,64	-0,20
2008	590,15	842,60	222,93	37,78	0,55	-0,41
2009	627,85	964,10	251,90	40,12	0,67	-0,09
2010	654,68	1100,80	250,93	38,33	0,98	1,37
2011	668,51	1091,40	234,29	35,05	0,90	1,66
2012	707,36	1041,40	230,01	32,52	0,40	0,47
2013	692,21	988,00	233,56	33,74	0,42	0,27
2014	704,40	1168,50	249,63	35,44	0,56	0,77
2015	714,86	1387,80	275,75	38,57	1,36	3,08
В среднем	649,73	1000,97	236,07	36,38	0,66	0,56

По показателю заболеваемости на 10000 человек населения в МО Амурской области присутствует незначительная дифференциация, которая сохранялась в течение исследуемого периода. В среднем за исследуемый период коэффициент вариации составил 36,38 %.

За весь исследуемый период среди МО в число с уровнем заболеваемости на 10000 человек населения выше среднего показателя попали только 4 МО (Благовещенск, Зея, Прогресс, Тында). Положительное значение коэффициента асимметрии говорит о правосторонней асимметрии. В целом за исследуемый период абсолютное значение коэффициента колебалось от 0,38 до 1,36, что говорит о скошенности распределения. Так в период с 2008-2011 гг. – значительная (от 0,5 до 1), с 2012-2014 гг. – умеренная скошенность (от 0,25 до 0,5). В 2015 году показатель выше 1, что свидетельствует о значительной скошенности

Это связано со значительным отрывом нескольких территорий, указанных выше, отличающихся высокой заболеваемостью на 10000 человек населения от основной массы сельских приграничных муниципальных районов области (рисунок 25).

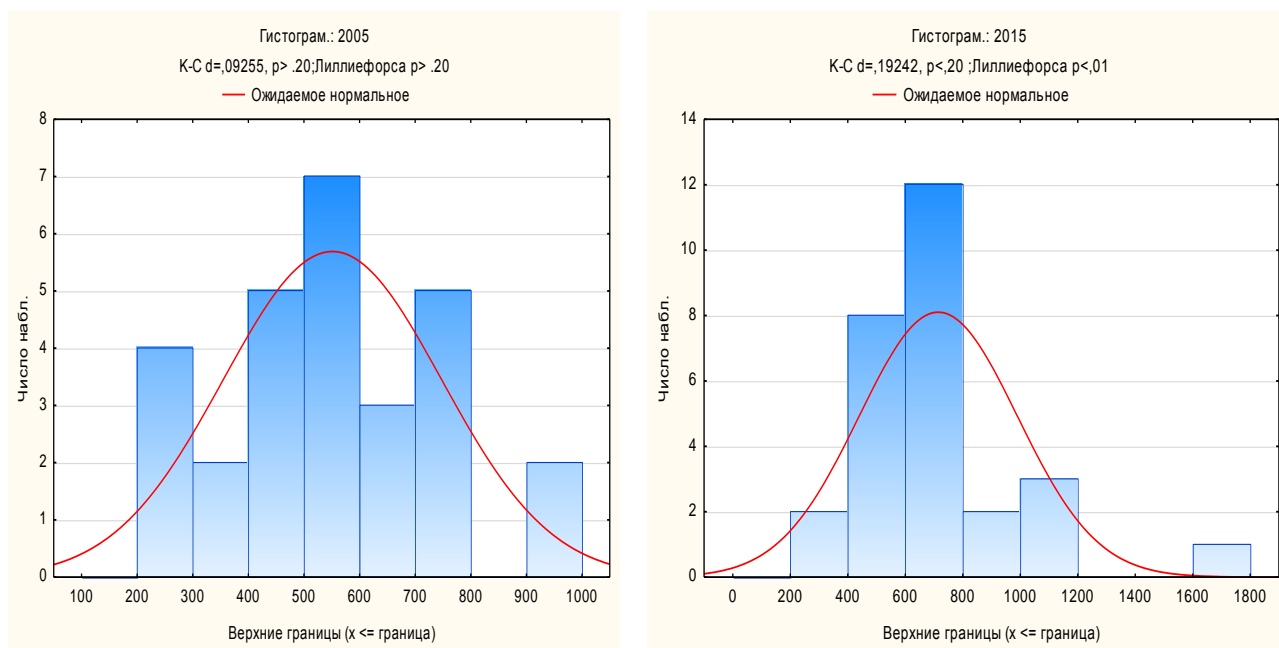


Рисунок 25- Различия МО по заболеваемости на 10000 человек населени за 2005 г. и 2015 г.

Коэффициент эксцесса за исследуемый период указывает на то, что в 2005-2009 гг. распределение было плосковершинным (показатель отрицательный), начиная с 2010 года – островершинным.

В целом, по уровню заболеваемости на 10000 человек населения отмечается тенденция уменьшения дифференциации между МО Амурской области.

Проведенный анализ показал, состояние системы здравоохранения муниципальных образований в Амурской области характеризуется значительной неоднородностью.

На втором этапе нами был проведен кластерный анализ с использованием значений показателей, характеризующих состояние развития здравоохранения в МО. Процедура кластерного анализа проводилась с использованием программного пакета IBM SPSS Statistica (Version 16).

Результаты типологизации представлены на дендрограмме (рисунок 26), где четко различимы шесть кластеров.

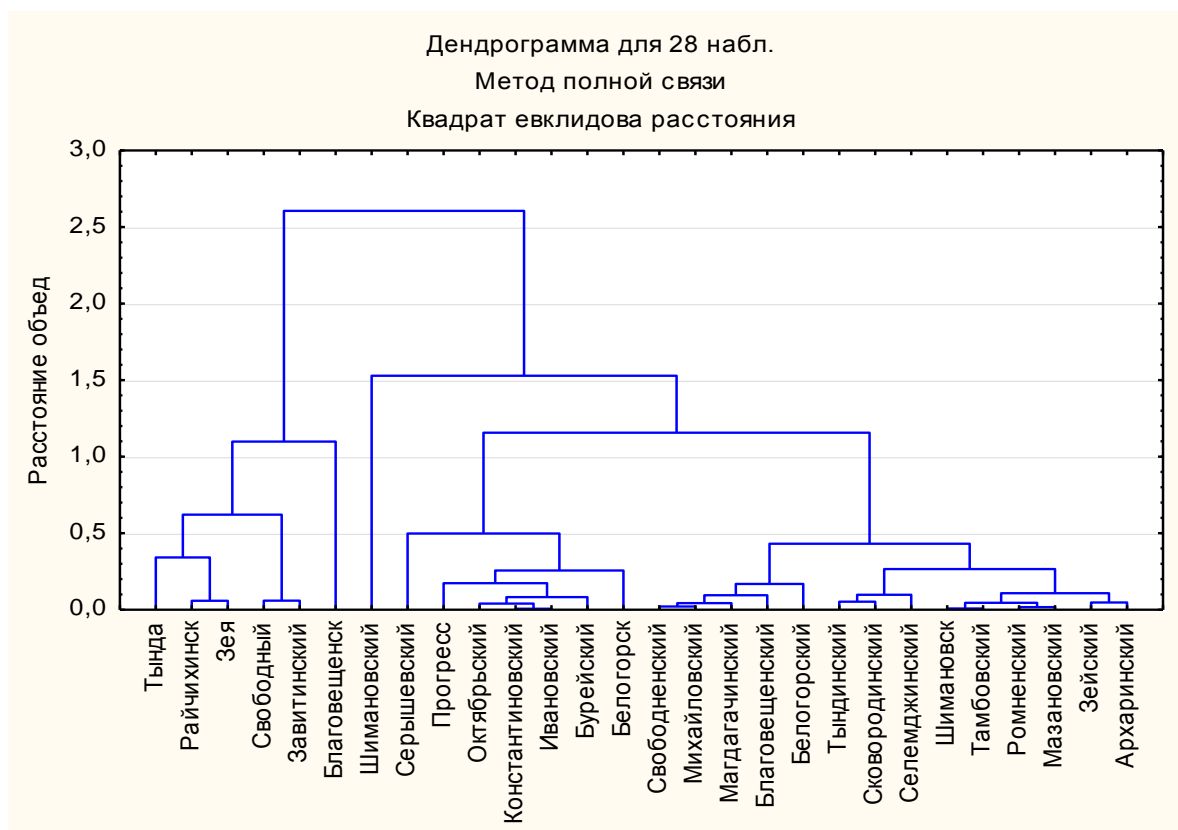


Рисунок 26 – Дендрограмма распределения МО по показателям состояния системы здравоохранения

В качестве показателей были выбраны:

- численность врачей всех специальностей на 10000 человек населения (X1);
- численность среднего медицинского персонала на 10000 человек населения (X2);
- число больничных коек на 10000 человек населения (X3);
- мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 человек населения (X4);
- число зарегистрированных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни на 1000 человек (X5).

На третьем этапе нами был рассчитан интегральный показатель состояния здравоохранения в МО (таблица 15).

Таблица 15 – Значения интегрального показателя развития здравоохранения в муниципальных образованиях

Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	Кластер 5	Кластер 6
Тында (1,03)	Благовещенск (1,27)	Шимановский (0,86)	Серышевский (1,01)	Свободненский (0,87)	Тындинский (0,98)
Райчихинск (1,17)			Прогресс (0,88)	Михайловский (0,92)	Сковородинский (0,93)
Зея (1,18)			Октябрьский (0,97)	Благовещенский (0,93)	Селемджинский (1,0)
Свободный (1,16)			Константиновский (0,94)	Магдагачинский (0,92)	Шимановск (0,99)
Завитинский (1,1)			Ивановский (0,93)	Белогорский (0,87)	Тамбовский (0,98)
			Бурейский (0,93)		Ромненский (0,96)
			Белогорск (1,08)		Мазановский (0,92)
					Зейский (1,0)
					Архаринский (1,05)

На следующем этапе мы осуществили группировку МО, рассчитав для этого величину интервала изменения группировочного признака (таблица 16).

Таблица 16 – Группировка МО по уровню развития здравоохранения

Уровень развития	Интервал	Характеристика
1	1,27-1,19	Очень высокий
2	1,18-1,10	Высокий
3	1,09-1,01	Удовлетворительный
4	1,0-0,92	Низкий
5	0,91-0,85	Очень низкий

В итоге МО Амурской области были распределены по интервалам в соответствии со значением многомерной средней (Таблица 17).

Таблица 17 – Группировка МО по уровню развития системы здравоохранения

Уровень развития	МО
Очень высокий	Благовещенск
Высокий	Райчихинск, Зея, Свободный, Завитинский
Удовлетворительный	Тында, Серышевский, Белогорск
Низкий	Архаринский, Зейский, Ромненский Мазановский, Тамбовский, Шимановск, Селемджинский, Сковородинский, Тындинский, Михайловский, Благовещенский, Магдагачинский, Октябрьский, Константиновский, Ивановский, Бурейский
Очень низкий	Белогорский, Свободненский, Прогресс, Шимановский

Основная часть МО сконцентрирована в группе с низким уровнем развития здравоохранения (16 МО). В группу с очень низким уровнем вошло 4 МО.

Самый высокий уровень развития характерен только для областного центра области – г. Благовещенска.

Для того чтобы оценить уровень развития здравоохранения в МО в целом по системе показателей и для большей информативности, была построена лестничная диаграмма, в основе которой заложены интересующие исследователя показатели по полученным группам (рисунок 27).

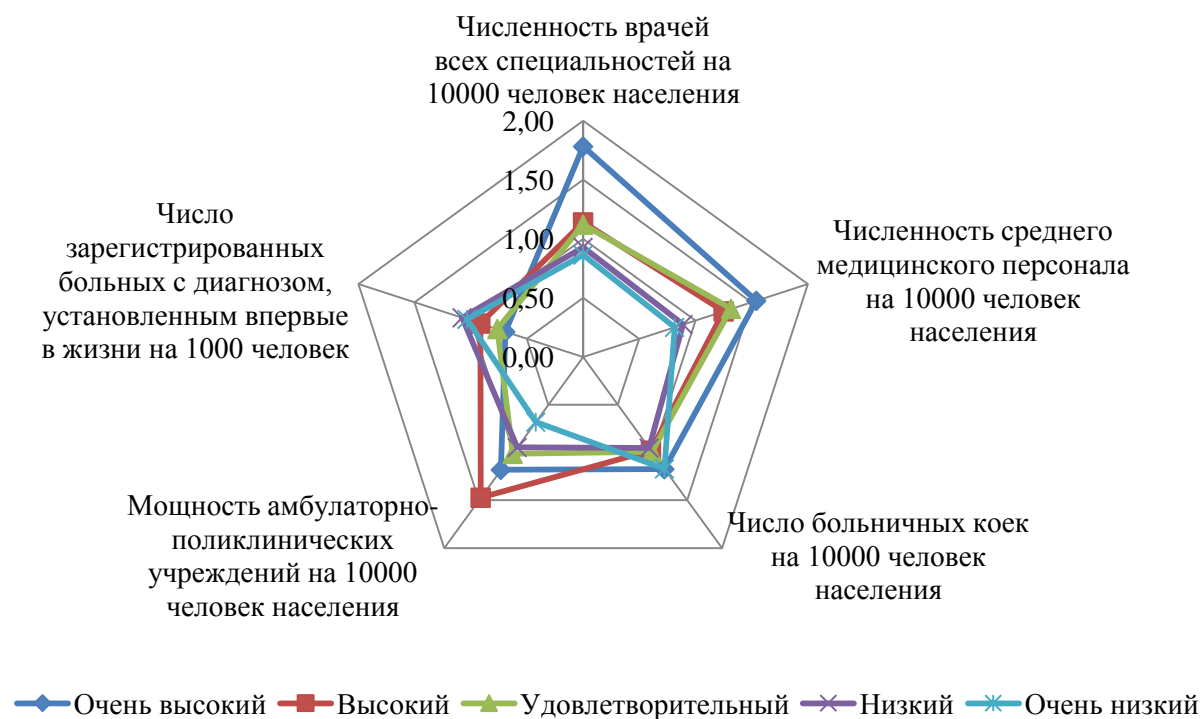


Рисунок 27 - Распределение групп МО по основным показателям за 2015 год

Дальнейшее детальное исследование способно дать более широкую картину полученных типов. Для этого необходимо анализировать более широкий спектр показателей, а также целесообразно провести типологический анализ за более длительный период времени, чтобы установить наличие структурных сдвигов, насколько группы МО стабильны и устойчивы в своем развитии.

Проведенное в разделе 2 исследование, позволило сформулировать следующие выводы:

1) исполнительным органом государственной власти Амурской области, проводящим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере здравоохранения области, а также координацию деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и областных государственных учреждений здравоохранения выступает Министерство здравоохранения Амурской области;

2) основными задачами отрасли является обеспечение устойчивого функционирования и развития системы здравоохранения путем реализации следующих направлений: совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи; повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи; повышение доступности лекарственных препаратов и медицинских изделий населению области; развитие кадрового потенциала системы здравоохранения области;

3) несмотря на положительные сдвиги, основными проблемами отрасли остаются: во-первых, отмечается существенный износ основных фондов; во-вторых, отставание уровня среднемесячной заработной платы от среднего уровня по области, несмотря на то что майскими указами предусмотрено доведение к 2018 году уровня заработной платы повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе; в-третьих, отмечается недостаточная обеспеченность медицинским персоналом медицинских учреждений в сельских поселениях области; в-четвертых, отмечается острая нехватка специалистов узкой специализации, что обуславливает высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний; в-пятых, несмотря на ряд достижений остается высоким уровень младенческой смертности и инвалидизации;

4) проведенный анализ состояния здравоохранения в муниципальных образованиях показал, что на сегодняшний день существует существенная дифференциация развития системы здравоохранения в МО Амурской области. Как следствие, в муниципальных образованиях отдаленных от областного центра наблюдается более высокий уровень заболеваемости населения.

3 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАСТЕРНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИИ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Механизм организации системы здравоохранения региона на основе кластерного подхода

Государственная политика в сфере здравоохранения ставит целью - совершенствование доступности медицинской помощи, повышение эффективности и качества медицинских услуг на основе передовых достижений медицинской науки.

В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.08 № 1662-р, «для улучшения ситуации с состоянием здоровья граждан необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы»⁵⁶.

Проведенный анализ состояния системы здравоохранения показал, что на сегодняшний день существует острая нехватка кадров, в том числе и узких специалистов; недостаточное материально-техническое обеспечение лечебных учреждений в муниципальных образованиях Амурской области.

Как следствие, в муниципальных образованиях отдаленных от областного центра наблюдается более высокий уровень заболеваемости населения.

В рамках магистерской диссертации, с целью решения данных проблем предлагается создание на территории ряда муниципальных районов медицинских кластеров как группы вертикально интегрированных разноуровневых медицинских организаций, взаимодополняющих и взаимоусиливающих друг дру-

⁵⁶ Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.08 № 1662-р

га. Стратегия социально-экономического развития Амурской области до 2025 года предусматривает формирование кластеров в различных отраслях региона, в том числе и в сфере здравоохранения.

Целью использования кластерного подхода к управлению системой здравоохранения является совершенствование механизма управления отраслью как инструмента реформирования самой отрасли.

Механизм организации системы здравоохранения региона на основе кластерного подхода можно определить следующим образом (рисунок 28).

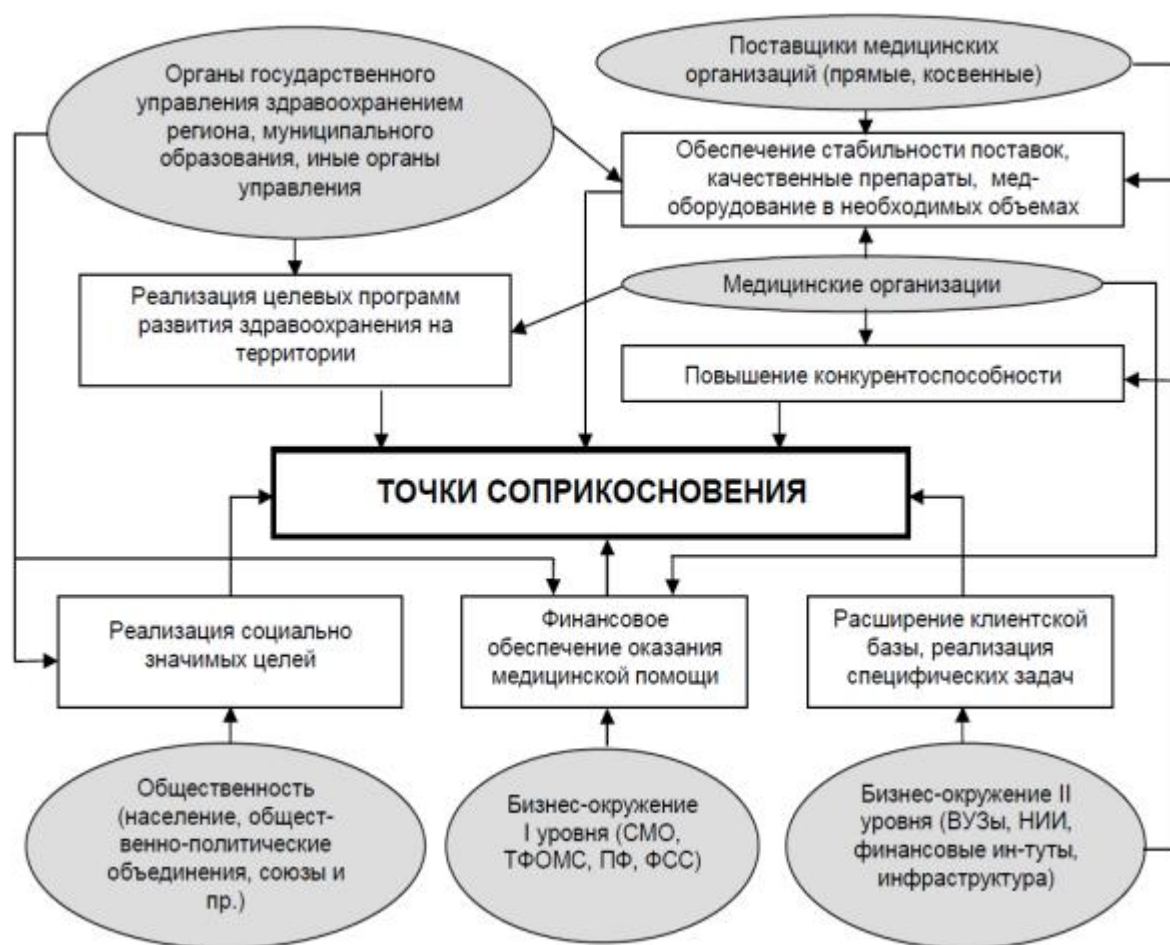


Рисунок 28 - Механизм организации системы здравоохранения региона на основе кластерного подхода

Институционализация кластеров в социальной сфере требует создания специальной нормативно-правовой базы, определяющей правовой статус центров-координаторов, регламентирующей порядок формирования и функциони-

рования кластеров, основных форм взаимоотношений и взаимодействий между их участниками.

3.2 Формирование кластеров медицинских услуг в муниципальных образованиях Амурской области

В условиях значительной территориальной рассредоточенности объектов здравоохранения Амурской области целесообразно разбиение всей территории региона на ряд кластеров, связанных как институционально, так и функционально.

Представляется возможной организация четырех территориальных кластеров медицинского профиля: Южного, Центрального, Северного, Горно-таежного.

Примерное распределение территории Амурской области по данным кластерам иллюстрирует рисунок 29.



Рисунок 29 – Кластеризация региона

«Кластеры будут представлены центральными районными больницами (юридическим лицом), выполняющей функции межмуниципального центра, и набором районных, участковых больниц, врачебных амбулаторий, центров

ОВП, ФАП, являющихся территориально обособленными структурно-функциональными подразделениями ЦРБ. При этом в районные больницы будут преобразованы маломощные центральные районные больницы, включаемые в состав кластера и утрачивающие статус юридического лица в результате процедуры реорганизации учреждения здравоохранения путем слияния с кластерообразующей ЦРБ».

С целью определения ЦБР, выполняющей функции межмуниципального центра рассмотрим основные показатели, характеризующие состояние здравоохранения в данных муниципальных образованиях таблице 17⁵⁷.

Таблица 17 – Показатели, характеризующие состояние здравоохранения, 2015 г.

	Число больничных учреждений	Число амбулаторно-поликлинических учреждений	Число женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений, кабинетов	Число детских поликлиник, отделений, кабинетов	Численность врачей всех специальностей - всего	Численность среднего медицинского персонала	Число больничных коек	Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений - всего, посещение в смену
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ГОРНО-ТАЕЖНЫЙ								
Тындинский	1	5	4	3	21	90	44	484,2
Сковородинский	1	8	8	4	53	162	86	261
Магдагачинский	1	4	4	4	25	149	73	392,4
СЕВЕРНЫЙ								
Селемджинский	1	5	5	1	14	56	50	344,2
Зейский	1	10	10	6	19	137	75	563,1
Шимановский	-	4	5	-	4	35	185	66
Мазановский	1	5	4	1	24	101	28	338,9
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ								
Белогорский	-	6	4	3	16	56	10	376,5

⁵⁷ Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник/ Амурстат.-Благовещенск, 2016. С. 246.

Продолжение таблицы 17

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Завитинский	1	2	2	1	46	150	59	643,7
Октябрьский	2	4	4	2	58	187	166	330,4
Ромненский	1	3	3	2	18	77	26	225,4
Серышевский	1	3	3	1	44	175	57	405
Свободненский	-	7	7	6	25	107	77	176,9
ЮЖНЫЙ								
Бурейский	1	3	3	2	62	207	65	217,4
Константиновский	1	5	5	2	39	107	33	247,8
Тамбовский	1	10	10	4	65	183	67	586,3
Ивановский								
Благовещенский	1	9	5	5	51	119	440	406
Михайловский	1	3	2	2	33	109	39	235,8
Архаринский	1	1	2	1	35	148	85	518,5

Анализ данных представленных в таблице, позволил выделить 4 района, в которых возможно образование кластеров медицинских услуг: Сковородинский (горно-таежный кластер), Зейский (северный кластер), Октябрьский (центральный кластер), Тамбовский (южный кластер).

Являясь центральными элементами медицинских кластеров они сформируют вокруг себя соответствующую инфраструктуру, обеспечивающая высокоэффективное обслуживание населения муниципальных образований, входящих в состав кластера.

Именно в центрах четырех предлагаемых к созданию кластеров предлагается создание региональных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, а также медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Вокруг центральных элементов будет сформирована необходимая инфраструктура, обеспечивающая высокоэффективное обслуживание населения муниципальных образований, входящих в состав кластера.

Подобная кластеризация представляется нам целесообразной в соответствии с планируемым развитием трехуровневой системы оказания медицинской помощи на территории Амурской области.

Кластерный подход является особой комбинацией механизмов террито-

риального и межотраслевого интеграционного взаимодействия, позволяющей стимулировать инвестиционные процессы в сфере здравоохранения. Во многом это объясняется тем, что при создании территориальных кластеров возникает синергетический эффект от взаимодействия его участников, превышающий подобный эффект от функционирования вертикально и горизонтально интегрированных структур.

Эффективная кластерная политика на уровне региона позволит развить взаимовыгодное сотрудничество между органами государственной власти, научными и образовательными учреждениями, бизнес-окружением и населением, повысить интенсивность малого и среднего бизнеса, увеличить инновационную активность для устойчивого экономического роста территории.

Таким образом, совершенствование организации здравоохранения на региональном уровне должно осуществляться с применением кластерного подхода, так как создание кластеров необходимо для улучшения социального и экономического климата в регионах, создания новых рабочих мест, совершенствования существующей медицинской промышленности.

3.3 Механизм государственно-частного партнерства при реализации кластерного подхода в управлении системой здравоохранения Амурской области

Существенным элементом, обеспечивающим эффективность медицинского кластера, является участие в его деятельности не только федеральных, региональных и муниципальных органов, но и разнообразных бизнес-структур на основе задействования механизма государственно-частного партнерства, которое является одним из ключевых инструментов формирования кластеров в сфере здравоохранения.

Опыт развитых стран, где 1/3 проектов в сфере здравоохранения это проекты ГЧП, показывает, что они не только увеличили качество медицинских услуг, но и смогли уменьшить их себестоимость (Англия, Австралия и Шве-

ция)⁵⁸.

Отметим, что в зарубежной практике накоплен значительный опыт реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения. Возможные формы ГЧП в здравоохранении представлены на рисунке 30.

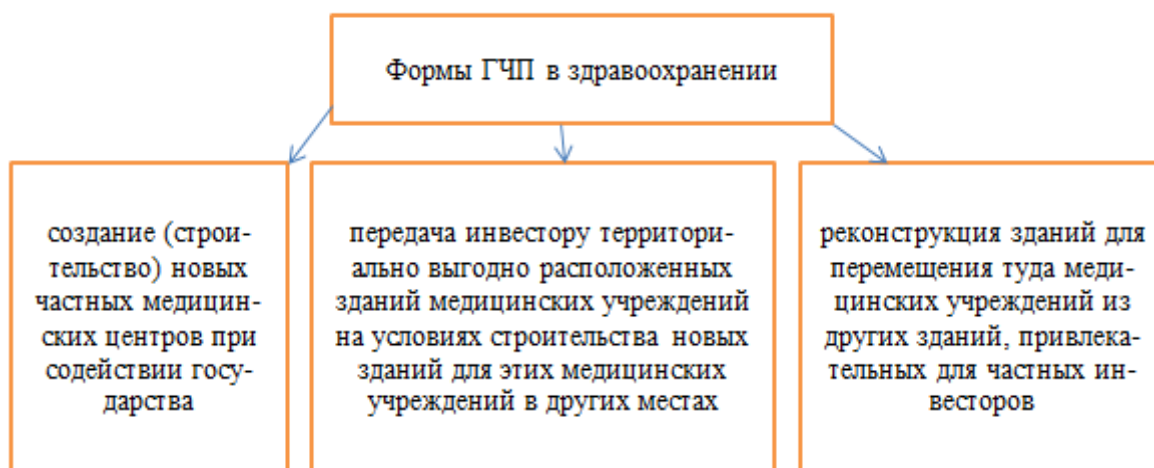


Рисунок 30 – Формы ГЧП в здравоохранении

Среди ключевых типов проектов ГЧП в здравоохранении можно назвать:

- во-первых, строительство и реконструкция основных фондов;
- во-вторых, предоставление непосредственно медицинских услуг.

2015 год стал очень важным для развития ГЧП. Одно из самых значимых событий – это принятие Федерального закона от 13 июля 2015 года №224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Закон предусматривает создание и/или модернизацию частными инвесторами объектов медицинской инфраструктуры для повышения качества предоставляемых населению услуг. Допускает статус частной собственности на создаваемые или реконструируемые объекты инфраструктуры, но при этом инвестор обязан обеспечить финансирование их создания/реконструкции и использовать их строго по целевому назначению.

⁵⁸ ГЧП и новая модель здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <https://iq.hse.ru/news/177671472.html> (дата обращения 10.01.2018)

Среди перспективных направлений развития ГЧП может стать привлечение частных управляющих компаний для модернизации работы государственных учреждений. Для этого мощности, принадлежащие данным учреждениям необходимо передать в концессию частным управляющим компаниям.

При этом зарубежный опыт свидетельствует о многовариантности государственной поддержки партнерства, которая может выступать в следующих формах (рисунок 31)⁵⁹.

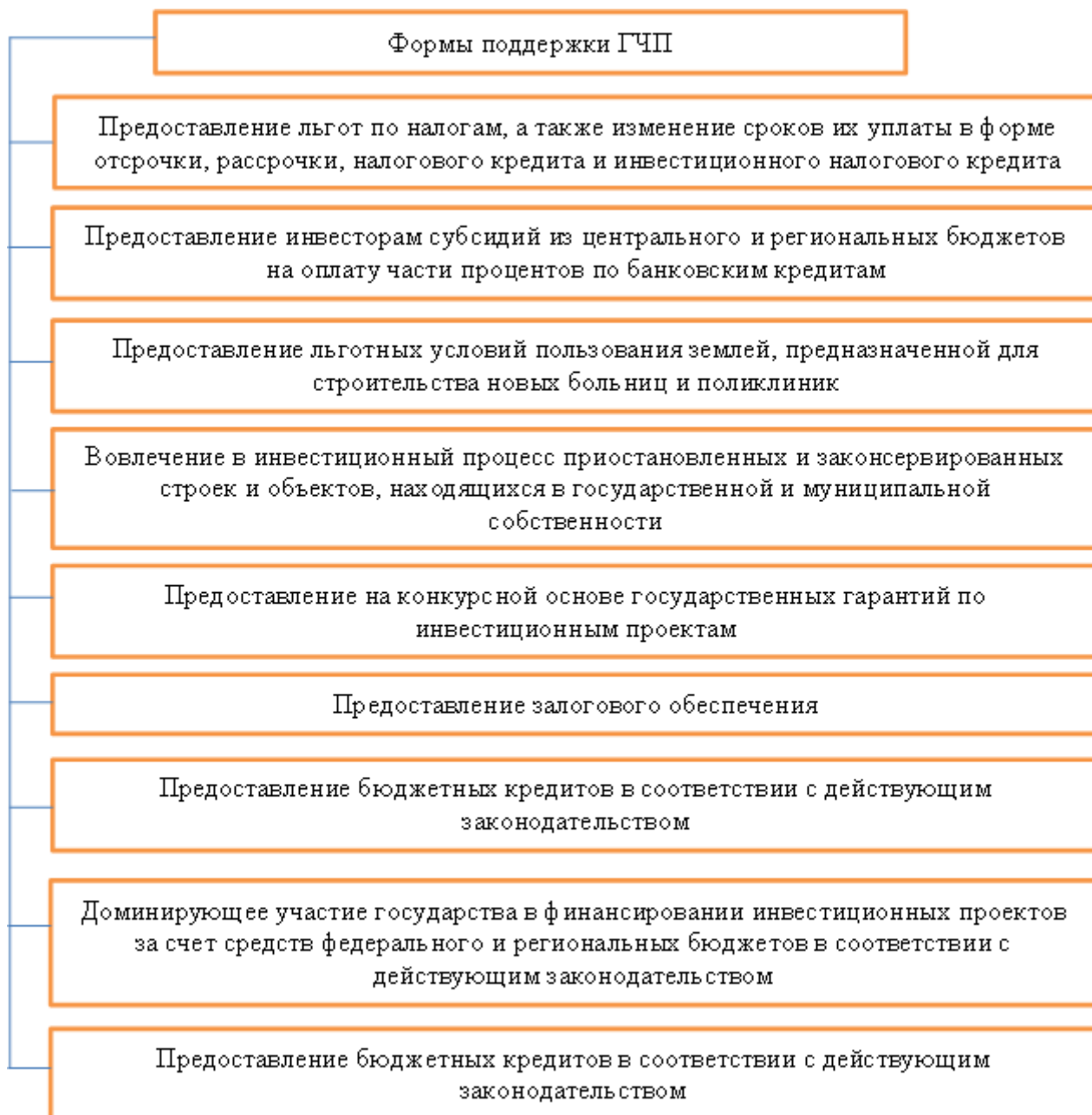


Рисунок 31– Формы поддержки ГЧП

⁵⁹ Самошин А.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Частная медицина. Режим доступа: http://community.livejournal.com/medprivat_ru/34265.html.

Как показывает практика, наиболее распространенной и приемлемой формой взаимодействия органов власти с частным бизнесом в сфере здравоохранения выступают годовые контракты на поставку товаров, работ, услуг по государственному заказу. Однако, по мнению ряда экспертов, сотрудничество государства и бизнеса в здравоохранении может быть осуществлено по следующим направлениям:

1) создание управляющей частной компании и передача ей на определенный срок плохо работающих государственных организаций;

2) в целях повышения квалификации медицинского персонала возможна организация взаимодействия с зарубежными клиниками, приглашения зарубежных специалистов в Россию;

3) совершенствование законодательной базы, создание и реализация пилотных проектов по автономизации, корпоратизации или приватизации государственных медицинских объектов.

Ежегодно Министерство здравоохранения РФ проводит конкурс лучших практик ГЧП в здравоохранении (таблица 18)⁶⁰.

Таблица 18 – Результаты конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении» в 2016 году

Номинация	Победитель
«Лучший инфраструктурный проект на принципах ГЧП в здравоохранении»	ООО «ФАРМ СКД» за строительство и эксплуатацию отдельного корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии (Самарская область)
«Лучший субъект Российской Федерации по уровню развития государственно-частного взаимодействия в здравоохранении»	г. Санкт-Петербург
Лучшая частная организация, осуществляющая аутсорсинг медицинских услуг»	ЗАО «Медицинский центр «Философия красоты и здоровья» (Пермский край)

Применение механизмов ГЧП В Амурской области осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных

⁶⁰ Минздрав России объявил лучшие ГЧП-проекты в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pppi.ru/news/minzdrav-rossii-obyavil-luchshie-gchp-proekty-v-sfere-zdravooohraneniya> (дата обращения 08.01.2018)

соглашениях» и Федеральным законом от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 115-ФЗ, Федеральный закон № 224-ФЗ).

По состоянию на 01.07.2017 года заключено 167 концессионных соглашений, при этом наибольший процент проектов ГЧП в Амурской области отмечается в отрасли жилищно-коммунального хозяйства - 95 % (164 соглашения муниципальными образованиями в сфере жилищно-коммунального хозяйства области), отрасли образования - 3 % и транспортной отрасли - 2 %. В сфере здравоохранения на сегодняшний день проекты ГЧП не реализуются. Поэтому перспективным направлением управления здравоохранения в регионе может стать развитие ГЧП в отрасли.

Со вступление в законную силу Федерального закона № 224-ФЗ на территории Амурской области принято постановление Правительства области от 12.07.2016 г. № 300 «О реализации отдельных положений Федерального закона от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым определен уполномоченный орган по реализации и развитию ГЧП – министерство экономического развития Амурской области.

Кроме того, на территории Амурской области принято постановление Губернатора Амурской области от 22.03.2017 № 63 «О регулировании отношений, возникающих в связи с подготовкой, заключением, исполнением, изменением концессионных соглашений в отношении объектов теплоснабжения, централизованных систем горячего водоснабжения, холодного водоснабжения и (или) водоотведения, отдельных объектов таких систем, концедентом по которым выступают муниципальные образования области, третьей стороной - Амурская

строительству объекта здравоохранения, в роли которого выступает Управляющая компания.

«Управляющая компания предоставляет финансовое покрытие для реализации проекта за счет частного капитала и заимствований, а также привлекает компании для осуществления необходимых работ на основании внутреннего конкурса, условия и критерии которого согласовываются с Публичным партнером. Приоритетной, по нашему мнению, может выступать модель BOLT (Build-Own-Lease-Transfer, строительство - владение - передача объекта в аренду - передача прав собственности по завершению сроков аренды)».

Использование кластерного подхода в управлении системой здравоохранения, в совокупности с использованием такого элемента, как механизм ГЧП позволит:

- во-первых, в муниципальных образованиях будет обеспечен необходимый уровень доступности медицинской помощи, при существенном сокращении расходов на ее обеспечение;
- во-вторых, в муниципальных образованиях будет создана полноценная трехуровневая система организации медицинской помощи;
- в-третьих, предполагается значительное снижение затрат на содержание административно-хозяйственного аппарата;
- в-четвертых, будет обеспечена централизация управленческой и организационно-методической деятельности;
- в-пятых, существенно снизятся расходы на приобретение медицинского оборудования, расходные материалы и лекарственные средства в связи с исключением необходимости закупок однотипных наборов товаров и услуг;
- в-шестых, внутри кластера возможно развитие не только лечебно-диагностических услуг, но и технологий долечивания и реабилитации больных;
- в-седьмых, обеспечение дифференцированного подхода к оплате труда медицинских работников и финансированию медицинских услуг с учетом уровня и сложности их оказания.

Результатом реализации кластерного подхода должно стать совершен-

ствование качества и доступности оказания медицинской помощи населению, медицинской реабилитации, инновационной медицины, разработка и внедрение современных лечебно-диагностических технологий, оборудования и лекарственных препаратов, что возможно лишь в условиях инновационной модели развития потенциала здравоохранения России.

Проведенное в разделе 3 исследование позволило сформулировать следующие выводы:

1) использование кластерного подхода, который представляет собой механизм интеграционного взаимодействия, обеспечит стимулирование инвестиционных процессов в сфере здравоохранения Амурской области;

2) существенным элементом, обеспечивающим эффективность медицинского кластера, является участие в его деятельности не только федеральных, региональных и муниципальных органов, но и разнообразных бизнес-структур на основе задействования механизма государственно-частного партнерства, которое является одним из ключевых инструментов формирования кластеров в сфере здравоохранения;

3) в сфере здравоохранения на сегодняшний день проекты ГЧП не реализуются. Поэтому перспективным направлением управления здравоохранения в регионе может стать развитие ГЧП в отрасли. Среди перспективных направлений развития ГЧП может стать привлечение частных управляющих компаний для модернизации работы государственных учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1) итак, здравоохранение, являясь частью социальной сферы, преследует целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством осуществления профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений;

2) «признание человека, его жизни и здоровья высшими первичными ценностями», относительно которых должна выстраиваться политика социально-экономического развития государства обуславливает необходимость государственного управления здравоохранением в РФ. Управление здравоохранением – это комплексная задача всего общества, которая предполагает участие всех структур управления (федеральных, региональных и местных органов управления);

3) для современной системы здравоохранения характерен ряд проблем структурно-управленческого характера, требующих кардинального изменения существующего подхода к управлению и организации медицинской помощи». Это требует использования современных методов и подходов к управлению системой здравоохранения;

4) таким инструментом, способным объединить интересы власти, бизнеса и населения в рассматриваемой области, целесообразно выбрать кластерный подход управления.

5) исполнительным органом государственной власти Амурской области, проводящим государственную политику и осуществляющим отраслевое управление в сфере здравоохранения области, а также координацию деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и областных государственных учреждений здравоохранения выступает Министерство здравоохранения Амурской области;

б) основными задачами отрасли является обеспечение устойчивого функционирования и развития системы здравоохранения путем реализации следующих направлений: совершенствование оказания первичной медико-санитарной помощи; повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи; повышение доступности лекарственных препаратов и медицинских изделий населению области; развитие кадрового потенциала системы здравоохранения области;

7) несмотря на положительные сдвиги, основными проблемами отрасли остаются: во-первых, отмечается существенный износ основных фондов; во-вторых, отставание уровня среднемесячной заработной платы от среднего уровня по области, несмотря на то что майскими указами предусмотрено доведение к 2018 году уровня заработной платы повышение к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе; в-третьих, отмечается недостаточная обеспеченность медицинским персоналом медицинских учреждений в сельских поселениях области; в-четвертых, отмечается острая нехватка специалистов узкой специализации, что обуславливает высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний; в-пятых, несмотря на ряд достижений остается высоким уровень младенческой смертности и инвалидизации;

8) проведенный анализ состояния здравоохранения в муниципальных образованиях показал, что на сегодняшний день существует существенная дифференциация развития системы здравоохранения в МО Амурской области. Как следствие, в муниципальных образованиях отдаленных от областного центра наблюдается более высокий уровень заболеваемости населения.

В рамках диссертационной работы, для решения существующих проблем предлагается образование на территории определенных муниципальных районов медицинских кластеров, представляющих собой вертикально интегрированную группу разноуровневых медицинских организаций, которые будут друг друга взаимодополнять и усиливать.

Так как объекты системы здравоохранения существенно рассредоточены по территории региона, представляется целесообразным разбить территорию области на 4 кластера. При этом данные кластеры будут взаимосвязаны друг с другом и институционально, и функционально.

Использование кластерного подхода, который представляет собой механизм интеграционного взаимодействия, обеспечит стимулирование инвестиционных процессов в сфере здравоохранения Амурской области.

Существенным элементом, обеспечивающим эффективность медицинского кластера, является участие в его деятельности не только федеральных, региональных и муниципальных органов, но и разнообразных бизнес-структур на основе задействования механизма государственно-частного партнерства, которое является одним из ключевых инструментов формирования кластеров в сфере здравоохранения.

В сфере здравоохранения на сегодняшний день проекты ГЧП не реализуются. Поэтому перспективным направлением управления здравоохранения в регионе может стать развитие ГЧП в отрасли. Среди перспективных направлений развития ГЧП может стать привлечение частных управляющих компаний для модернизации работы государственных учреждений.

В рамках магистерской диссертации нами предлагается при кластеризации в системе здравоохранения в Амурской области использовать механизм ГЧП. В рамках каждого из четырех предлагаемых к формированию на территории Амурской области медицинских кластеров представляется целесообразным формирование паевого инвестиционного фонда.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Административное право Российской Федерации / под ред. Н.Ю. Хама-нева. - М.: Юристъ, 2004. - 556 с.
- 2 Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институцио-нальных преобразований: экономико-финансовый аспект : моногр. / В.Г. Аки-шкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград: Волгогр. науч. изд- во, 2014. – 276 с.
- 3 Амурская область в цифрах: Краткий статистический сборник /Амурстат-Благовещенск, 2016.– 354 с.
- 4 Амурский статистический ежегодник 2016: Статистический сборник / Амурстат. - Благовещенск, 2016. - 564с.
- 5 Ахинов, Г.А. Государственное регулирование инновационной деятель-ности в социальной сфере / Г. Ахинов, Д. Камилов // Проблемы теории и прак-тики управления - 2013. - № 9. - С. 22-28.
- 6 Ахинов, Г.А. Социальная политика: учебное пособие / Г.А. Ахинов, С.В. Калашников. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. - 272 с.
- 7 Бабинцев, В.П. Проблема кластерного управления социальной сферой в экономической социологии / В.П. Бабинцев, Г.Ф. Ушамирская, Ж.А. Шаповал // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 7, Философия. – 2012. – № 1. – С. 125-137.
- 8 Банин, А.С. Совершенствование управления системой здравоохранения региона на основе кластерного подхода: автореф. дис. ... канд. экон. наук / А.С. Банин. – Томск, 2007. – 167 с.
- 9 Бердникова, Е.Ф. Развитие кластеров медицинских инноваций / Е.Ф. Бердникова // Вестник Казанского технологического университета. – 2013. – № 7. – С. 21-32.
- 10 Берестова, Л.И. Социальная политика [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.И. Берестова - Электрон. текстовые данные. - М.: Юриспруденция, 2015. - 104 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/48789>. - 10.01.2018.

11 Бесстремьянная, Г. Е. Экономический анализ системы здравоохранения России / Г. Е. Бесстремьянная.- М.: Центр экономико-математического института, 2007. – 229 с.

12 Бояринцев, Б. И., Рожкова, Е. В. Инновационный механизм финансирования здравоохранения / Б.И. Бояринцев, Е.В. Рожкова // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 5. – С. 146-162.

13 Буреш, О.В. Интеграция региональных субъектов как потенциал формирования региональных кластеров / О.В. Буреш, М.А. Жук, А.В. Фролов // Вестник ОГУ. – 2011. – № 13. – С 224-228.

14 Виттенберг, Е.Я. К вопросу об эффективности социальной политики российской власти / Е.Я. Виттенберг // Россия и современный мир. - 2014. – № 4. - С. 6-31.

15 Воронина, Н.А. Права человека и правовое социальное государство в России: монография / Н.А. Воронина, А.С. Запесоцкий, В.А. Карташкин; отв. ред. Е.А. Лукашева. - М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 400 с.

16 Габуева Л.А. Здравоохранение. Управление расходами бюджетных и автономных учреждений здравоохранения // Журнал рабочих ситуаций главного врача / М.: МЦФЭР. – 2012. – № 5. – С. 168-187.

17 Галстян, Г.С. Совершенствование механизма государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения: моногр. – СПб. : Астерион, 2014. – 170 с.

18 Государственно-частное партнерство. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://invest.amurobl.ru/info/investor-gchp/>. 12.01.2018.

19 ГЧП и новая модель здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://iq.hse.ru/news/177671472.html>. - 10.01.2018.

20 Демография [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#. – 10.01.2018.

21 Дмитриев, А. Г. Социальные инновации: сущность практики осуществления / А. Г. Дмитриев, Б. Ф. Усманов, Н. И. Шелейнов. – М.: Социальная работа, 2008. – 367 с.

22 Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2011 г. // Здоровоохранение. Журнал рабочих ситуаций главного врача /М.: МЦФЭР. – 2012. – № 11. – С. 17-68.

23 Егоров, Е.В., Жильцов, Е.Н. Экономика и управление социальной сферой / под ред. Е.В. Егоров, Е.Н. Жильцов. – М.: Дашков и К, 2015. – С. 74 – 112.

24 Ерохина, Т.В. Государственное управление здравоохранением [Электронный ресурс]: монография / Ерохина Т.В. - Электрон. текстовые данные. - Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2009. - 137 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/1202.html>. – 24.12.2017.

25 Ерохина, Т.В. Органы управления здравоохранением в России: теоретико–правовое исследование. – Саратов: СГСЭУ, 2013. – 132 с.

26 Жилинский, Е.Г. Кластерный подход к инновационному развитию российского здравоохранения // Власть. – 2011. – № 4. – С. 13-18.

27 Жуков, Б.М., Паньков, В.С. Кластерные технологии в стратегии регионального развития/ Б.М. Жуков, В.С. Паньков // Социально- экономические проблемы развития Южного макрорегиона. Сборник научных статей. - Краснодар.: ЮИМ, 2010. – 318 с.

28 Князюк, Н.Ф. Перспективы развития теории управления изменениями в сфере здравоохранения // Здоровоохранение. – 2015. – № 5. – С. 84–92

29 Ковалева, И.П. Межфирменная интеграция как фактор повышения эффективности медицинских услуг (на примере Краснодарского края) / И.П. Ковалева // Труд и социальные отношения. – 2011. – Вып. 7 (85). – С. 82-88.

30 Конституция РФ. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://constrf.ru/>. - 10.01.2018.

31 Краевой, С.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: актуальные тенденции [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Z_16/Z16-2015-Kraevoj.pdf. – 18.11.2017.

32 Куклин, А.А., Васильева, Е.В. Благополучие и общественное здоро-

вье населения России: адаптация к экономической нестабильности // Экономика региона. – 2015. – № 1(41). – С. 64-76.

33 Ленчук, Е.Б., Власкин, Г.А. Кластерный подход в стратегии инновационного развития зарубежных стран // Проблемы прогнозирования. 2010. № 5. – С. 12-28.

34 Леонтьев, О.В. Законодательство России о здравоохранении [Электронный ресурс]: учебное пособие в таблицах и схемах / Леонтьев О.В., Плавинский С.Л. - Электрон. текстовые данные.- СПб.: СпецЛит, 2013.- 64 с.- Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47801.html>.- 12.12.2017

35 Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник . – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013. – 544 с.

36 Маяцкая, И. Н. Экономические основы социальной работы: учебник для бакалавров / И. Н. Маяцкая; под ред. д.э.н., проф. И. Н. Маяцкой. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2013. - 264 с.

37 Медицину собирают в кластер [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/2155925>. – 20.12.2017.

38 Минздрав России объявил лучшие ГЧП-проекты в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pppi.ru/news/minzdrav-rossii-obyavil-luchshie-gchp-proekty-v-sfere-zdravoohraneniya>. - 08.01.2018

39 Мишина, О.С., Стародубов, В.И. Тенденции в управлении здравоохранением в России и за рубежом // Научный вестник УрАГС (Екатеринбург). – 2011. – Вып. 2(15). – С. 121-131.

40 Модернизация здравоохранения [Электронный ресурс]: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович [и др.]- Электрон. текстовые данные.- М.: Дело, 2015.- 232 с.- Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51024.html>. – 12.12.2017

41 О совершенствовании организации медицинской помощи матерям и детям на территории Амурской области [Электронный ресурс]: приказ министерства здравоохранения Амурской области от 20.04.2011 № 256. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

42 Об утверждении «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]: распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662-р. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

43 Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Амурской области на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства Амурской области от 03.07.2013 г. № 302. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

44 Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения на 2014-2020 годы» [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

45 Об утверждении Положения об оплате труда работников областных бюджетных и автономных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Амурской области [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Амурской области от 20 апреля 2015 года № 418. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

46 Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

47 Оптимизация социально-экономического развития регионов России / под ред. А.И. Татаркина, П.А. Минакира; Институт экономики УрО РАН, Институт экономических исследований ДВО РАН. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2014. –125 с.

48 Основы экономики здравоохранения: учеб. пособие / под ред. Н.И. Вишнякова, В.А.Минаева. – М.: МЕД пресс-информ, 2012. – 144 с.

49 Оценка факторов роста и прогнозирование социально-экономического развития регионов России / под ред. А.И. Татаркина, П.А. Минакира; Институт экономики УрО РАН, Институт экономических исследований ДВО РАН. – Ека-

теринбург: Институт экономики УрО РАН, 2012. –178 с.

50 Пиддэ, А. Проблемы выхода из кризиса российского здравоохранения / А. Пиддэ, Г. Кривошеев, А. Кисилев // Общество и экономика (Москва). – 2011. - № 1. - С. 132-159.

51 Пирогов, М.В. Условия экономической устойчивости национальной системы здравоохранения // Главврач. – 2014. – № 3. – С. 5–21.

52 Портер М. Конкурентная стратегия. Методика анализа отраслей и конкурентов. – М. : Альпина Паблишер, 2015. – 453с

53 Проблемы здравоохранения промышленно развитого региона в современных условиях [Электронный ресурс] / И.Э. Есауленко [и др.]. - Электрон. текстовые данные. - Воронеж: Воронежский институт высоких технологий, Воронежский государственный университет, 2014. - 242 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/23346.html>. – 10.12.2017

54 Проблемы и перспективы развития социальной сферы: кол. монография / И.П. Ковалева [и др.]; под ред. Е.Г. Пономаревой. – М.: АТИСО, 2013. – 286 с.

55 Рагозин, А.В., Кравченко, Н.А., Розанов, В.Б. Здравоохранение. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования // Журнал рабочих ситуаций главного врача / М.: МЦФЭР. – 2012. – № 12. – С. 30-39.

56 Ричардсон, М., Артемова, Е.Б. Управление в здравоохранении России и США. Опыт и проблемы: сб. науч. тр. – Новосибирск, УОП НГАЭиУ, 2007. – 190 с.

57 Самошин А.А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Частная медицина. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://community.livejournal.com/medprivat_ru/34265.html. – 12.12.2017.

58 Супильников А.А. Управление и экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Супильников А.А., Сырцова Е.Ю., Чигарева А.В. - Электрон. текстовые данные. - Самара: РЕАВИЗ, 2009. - 142 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/10125.html>. – 24.11.2017

59 Тавокин, Е.П. Социальная политика: учебное пособие / Е.П. Тавокин. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. - 157 с.

60 Трушкина Л.Ю. Экономика и управление. Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 216 с.

61 Управление развитием медицинских комплексов ключевой компетенции в Российском здравоохранении: методология и опыт проектирования систем эффективного управления / А.М. Чухраев, В.Б. Фраймович, А.М. Овсянников. – СПб.: Человек, 2014. – 263 с.

62 Хальфин, Р. А. Информационные технологии в системе управления здоровьем населения Свердловской области / Р. А. Хальфин, Е. В. Ползик, А. Б. Блохин и др. Екатеринбург, 1998. – 212 с.

63 Характеристика основных понятий и принципов Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / Ю.Ю. Мельников [и др.] // Главврач. – 2012. – № 8. – С. 46–50.

64 Хасанов, Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения: моногр. / Ф.З. Хасанов, З.М. – Уфа: Уфим. полиграфкомбинат, 2013. – 141 с.

65 Хулукшинов, Д.Е., Норбоева, Е. Ц. Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки. – 2016. - № 5 (138). – С. 79-93.

66 Шаталин, Е.В. Перспективная модель организации медицинской помощи на территории Российской Федерации / Е.В. Шаталин, В.В. Кравченко // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 9. – С. 20–32.

67 Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – 318 с.

68 Шейман, И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь. 2007. – 337 с.

69 Шутилов Ф.В. Территориальное развитие экономических систем на основе кластерного подхода [Электронный ресурс]: монография / Шутилов Ф.В., Прохорова В.В. - Электрон. текстовые данные. - Краснодар: Южный ин-

ститут менеджмента, 2012. - 128 с. - Режим доступа:
<http://www.iprbookshop.ru/15826.html>. - 05.12.2017

70 Щепин, В. О. Состояние и развитие муниципального здравоохранения в Российской Федерации / В. О. Щепин, И. А. Купеева // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАН. М., 2006. – 153 с.