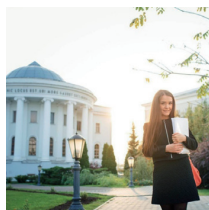


Современную экономику развитых стран характеризуют как «инновационную», «экономику знаний» и «общество третьей волны», то есть основными конкурентными преимуществами становятся новые технологии, знания и человеческий капитал. Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года предполагает поэтапный переход к здравоохранению, основанному на профилактике и информатизации отрасли, качественной подготовке кадров и создании современной медицинской инфраструктуры. Преимущество инновационной модели здравоохранения может достигаться за счет эффективного внедрения в медицинскую практику научных разработок, а также подготовки высококвалифицированных кадров. Получение данного конкурентного преимущества становится возможным через организацию органами власти эффективной системы управления сферой медицинских услуг с внедрением в систему здравоохранения современных университетских клиник. Создание университетских клиник рассматривается как механизм, позволяющий осуществить интеграцию кафедр в вузе и лечебного отделения в клинике, для последующего формирования единого медико – индустриального кластера в регионе.

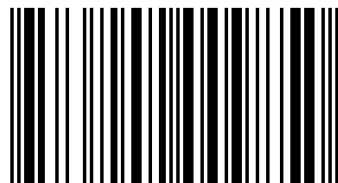


Zukhra Ziganshina

## Организационно-экономические основы развития регионального здравоохранения



Окончила экономический факультет Казанского федерального университета по специальности и экономическая теория ( диплом с отличием ОК №61991) в 2011 году. С 12.07.17 г. является к.э.н. по специальности 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством, защита диссертации состоялась в ДС 501.001.17 на экономическом фак. МГУ имени М.В. Ломоносова.



978-620-2-00985-0

**Zukhra Ziganshina**

**Организационно-экономические основы развития  
регионального здравоохранения**



**Zukhra Ziganshina**

**Организационно-экономические  
основы развития регионального  
здравоохранения**

**LAP LAMBERT Academic Publishing RU**

## **Imprint**

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: [www.ingimage.com](http://www.ingimage.com)

Publisher:

LAP LAMBERT Academic Publishing

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

**ISBN: 978-620-2-00985-0**

Zugl. / Утверд.: Москва, Московский Государственный Университет имени М. В. Ломоносова, 2017

Copyright © Zukhra Ziganshina

Copyright © 2017 International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

All rights reserved. Beau Bassin 2017



<b>Содержание</b>	
<b>Введение</b>	<b>3</b>
<b>Глава I. Теоретические основы управления системой здравоохранения</b>	<b>13</b>
1.1 Характеристика национальных моделей здравоохранения	13
1.2 Эволюция и современное состояние медицинского рынка в Российской Федерации	35
<b>Глава II. Организация и управление системой здравоохранения в Республике Татарстан</b>	<b>63</b>
2.1 Анализ современных тенденций и проблем развития системы здравоохранения в Республике Татарстан	63
2.2 Целевые ориентиры и приоритеты развития регионального здравоохранения	72
2.3 Социальное государственное партнерство как новая форма реализации модели управления здравоохранением в Республике Татарстан	87
<b>Глава III. Основные направления совершенствования региональной системы здравоохранения на базе создания университетской клиники в Республике Татарстан</b>	<b>100</b>
3.1 Перспективы инновационного развития здравоохранения на базе университетских клиник	100
3.2 Управление трудовыми ресурсами университетской клиники Республики Татарстан в сравнении с университетской клиникой Charite в Берлине	110
3.3 Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг в университетской клинике Республики Татарстан	123
<b>Заключение</b>	<b>143</b>
<b>Библиографический список</b>	<b>148</b>
<b>Приложения</b>	<b>165</b>

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Одним из критериев прогрессивного развития общества выступает повышение уровня гуманизации и улучшение качества жизни населения. По данным Минфина Российской Федерации, государственные расходы на здравоохранение в 2016-2017 гг. не будут превышать 10,7% от расходной части бюджета (3,8% ВВП).<sup>1</sup> Согласно данным ВОЗ, государственные расходы РФ на здравоохранение (на душу населения) меньше в 3 раза аналогичных расходов Великобритании и Финляндии и в 4 раза Германии и Франции.<sup>2</sup> Расходная политика федерального бюджета предполагает продолжение сокращения его участия в финансировании здравоохранения и минимальный прирост расходов на образование (1,8% в 2017 году), таким образом перспективы финансирования расходов на человеческий капитал будут в 2017-2019 гг. еще сильнее связаны с возможностями региональных бюджетов и системы ОМС. При этом прогноз Министерства финансов РФ предполагает дальнейшее сокращение и доходов, и расходов регионов (относительно ВВП).<sup>3</sup>

Наблюдается прямая зависимость между показателями здоровья населения (общий коэффициент смертности и ожидаемая продолжительность жизни), качеством жизни и уровнем государственного финансирования здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, Россия занимает 55 место в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2015 году, уступая Эквадору и Мексике. Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением

---

<sup>1</sup> Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделам классификации расходов бюджетов. Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Официальный сайт Минфина. URL: [http://minfin.ru/common/UPLOAD/library/2014/07/main/ONBP\\_2015-2017.pdf](http://minfin.ru/common/UPLOAD/library/2014/07/main/ONBP_2015-2017.pdf) (дата обращения: 17.05.2016)  
Расходы на здравоохранение

<sup>2</sup> Всемирная организация здравоохранения. Расходы на здравоохранение по странам. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHXPCAPFIN?lang=en> (дата обращения: 17.05.2016)

<sup>3</sup> Протокол №11 очного заседания Общественного совета при Министерстве финансов Российской Федерации от 11.10.2016 «Основные направления бюджетной политики на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»



биологии и медицины (принята Комитетом министров Совета Европы 19.11.1996) ETS N 164 в ст. 3 призывает обеспечить гражданам доступ к охране здоровья и надлежащим медицинским услугам.<sup>4</sup>

Обеспечение высокого качества жизни населения в данных условиях невозможно без функционирования эффективной системы предоставления медицинских услуг, для существования которой необходима модернизация существующей модели здравоохранения. До настоящего времени ни одно из государств не создало систему управления здравоохранением, которая бы полностью удовлетворяла потребности общества.

Современную экономику развитых стран характеризуют как «инновационную», «экономику знаний» и «общество третьей волны», то есть основными конкурентными преимуществами становятся новые технологии, знания и человеческий капитал. Модель здравоохранения должна приводить к высоким показателям здоровья населения. Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года предполагает поэтапный переход к здравоохранению, основанному на профилактике и информатизации отрасли, качественной подготовке кадров и создании современной медицинской инфраструктуры.

Конкурентное преимущество инновационной модели здравоохранения может достигаться за счет эффективного внедрения в медицинскую практику научных разработок, а также подготовки высококвалифицированных кадров, объединивших научные знания и опыт практической деятельности. Получение данного конкурентного преимущества становится возможным через организацию органами власти эффективной системы управления сферой медицинских услуг с внедрением в систему здравоохранения современных университетских клиник.

Актуальность исследования обуславливается тем, что подход с позиции

---

<sup>4</sup> Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву // Издательство "СпецЛит". – 2007.- с. 528.

управления «здоровьем» расширяет рамки здравоохранения за пределы медицины, требуя результативного управления системой здравоохранения, включающего предоставление качественных профилактических, диагностических и лечебных медицинских услуг, усиление государственного регулирования, повышение эффективности использования ресурсов, цивилизационный рынок научно-технических разработок, развитую фармацевтику, эффективную подготовку медицинских работников, активное участие населения в решении вопросов здравоохранения.

Создание университетских клиник рассматривается как механизм, позволяющий осуществить интеграцию кафедр в вузе и лечебного отделения в клинике, для последующего формирования единого медико – индустриального кластера в регионе.

**Степень разработанности научной проблемы.** Исследование теоретических и методологических вопросов реформирования системы здравоохранения, государственного регулирования отрасли здравоохранения рассмотрено в работах: Е.М. Авраамовой, А.Г. Аганбегяна, Г.В. Артамоновой, А.М. Бабича, В.Б. Батиевской, А.Ю. Вафин, Н.А. Восколович, Н.С. Григорьевой, В.Г. Ерохина, Е.Н. Жильцова, Д.И. Кича, М.Г. Колосницыной, Л.С. Леонтьевой, И.Н. Молчанова, Е.М. Разумовской, В.А. Садовниченко, В.И. Скворцовой, М.С. Токсанбаевой, А.В. Фоминой, Г.И. Царегородцева, Т.В. Чубаровой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, О.П. Щепина и других российских ученых.

Среди зарубежных ученых, исследующих проблемы здравоохранения, следует отметить: А. Браун, Бьюркман Дж. В., В. Ван де Вэн, Р. Вильсона, Р. Гранта, Дж. Ньюхауз, М. Кастельс, В.Л. Киссика, Дж. Маргулиса, Д. Мартин, И. МакМиллана, Р.К. Мертон, Д. Пирсона, М. Смита, Д. Уэинтрауба.

Вопросы организационно – экономического механизма в сфере медицинских услуг, проблемы повышения качества и доступности услуг здравоохранения подробно исследуют: Б.И. Бояринцев, А.А. Гильманов, Е.В.

Егоров, Г.И. Здоровцов, В.Н. Казаков, С.В. Киселев, Л.В. Липидус, М. Н. Максимова, Т.С. Мишакин, В.А. Морозов, Н.Х. Сабитов, Ф.В. Хузаханов и другие.

Вопросы построения моделей организации и финансирования здравоохранения рассмотрены в работах: У. Г. Бевереджа, Н.А. Семашко, Л.М. Фридмана, Т.В. Чубаровой, С.В.Шишкина и других ученых.

Вместе с тем недостаточно исследованной остается проблема формирования эффективной модели регионального здравоохранения, позволяющей интегрировать теоретические знания в практическую медицинскую деятельность и обеспечить качественную подготовку кадров для системы здравоохранения, что и определило выбор темы диссертационного исследования.

**Цель исследования.** Теоретически разработать и обосновать возможность достижения высоких показателей общественного и индивидуального здоровья через внедрение в региональную систему здравоохранения РФ эффективных зарубежных практик, в том числе использования университетских клиник.

В соответствии с данной целью в работе поставлены и решены следующие **задачи исследования:**

1. Раскрыть теоретические основы формирования моделей управления национальными системами здравоохранения.
2. Выявить противоречия интересов субъектов системы здравоохранения и механизмы их разрешения путем анализа сущностных особенностей медицинского рынка.
3. Проанализировать тенденции развития медицинских услуг в Республике Татарстан и обосновать целесообразность законодательного закрепления сокращения цены платных медицинских услуг для граждан, прошедших все этапы диспансеризации в рамках лечебно –

профилактической медицинской организации, а также введения персонализированного учета средств застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

4. Разработать механизм формирования социального государственного партнерства как эффективной формы реализации модели управления региональной системой здравоохранения.

5. Обосновать направление инновационного развития регионального здравоохранения на базе университетских клиник и предложить подход к созданию медико – индустриального кластера в рамках университетской среды.

**Объектом исследования** являются региональная система здравоохранения Республики Татарстан, университетские клиники регионов Российской Федерации, а также референтные университетские клиники: Charite в Германии, Hokkaido university hospital в Японии и Peking university hospital в Китае.

**Предметом исследования** выступают организационно – экономические и управленческие отношения в региональной системе здравоохранения, процессы внедрения научно-технических разработок и формирования кадров в университетских клиниках для обеспечения потребностей региональной системы здравоохранения.

**Теоретико-методологической базой исследования** послужили фундаментальные работы отечественных и зарубежных ученых, посвященные вопросам формирования эффективных моделей здравоохранения. Изучены труды, посвященные вопросам реформирования и модернизации системы здравоохранения. В работе использованы результаты современных исследований, представленные в статьях и материалах научно – практических конференций, посвященных проблемам государственно – частного партнерства, формирования университетских клиник, развитию

рынка медицинских услуг, модернизации отрасли здравоохранения. При подготовке диссертации были применены общенаучные и специальные методы исследования: анализ, синтез, моделирование, сравнение, оценка статистических данных; социологического анализа: опрос, анкетирование.

**Информационную базу диссертационного исследования** составляют нормативно – правовые акты различных уровней по вопросам управления и регулирования системы здравоохранения. Проанализированы зарубежные и отечественные статистические данные по показателям здоровья населения: статистические данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), статистика Garminder, Международной организации труда (МОТ), статистика Статистической службы Европейского союза (Евростат), России и территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан, экспертные заключения и рекомендации Российского совета по международным делам, индекс экономической свободы (The Heritage Foundation and The Wall Street Journal), индекс развития человеческого капитала, рейтинг эффективности систем здравоохранения американского агентства финансово – экономической информации Bloomberg, отчеты министерств Российской Федерации и Республики Татарстан по расходованию финансовых средств на здравоохранение и данные по выполнению программы государственных гарантий в сфере предоставления бесплатных медицинских услуг, по реализации программы «Здоровье».

**Научная новизна диссертационного исследования** заключается в теоретическом обосновании условий обеспечения экономической устойчивости модели здравоохранения и разработке практических рекомендаций по формированию инновационно – ориентированного подхода к развитию регионального здравоохранения путем создания университетских клиник.

Элементами научной новизны исследования выступают следующие положения:

1. Определены направления формирования современной российской системы здравоохранения на базе концепции заимствования лучших мировых практик (Сингапур, Франция, Германия, Швеция, Швейцария). Обосновано, что модель здравоохранения должна иметь инвестиционный характер, способствуя сохранению и развитию человеческого капитала и обеспечивая эффективный механизм государственного регулирования отрасли.

2. Предложена авторская трактовка медицинского рынка и его структуры, имеющего двойственный характер, заключающийся в сочетании социальной значимости лечебно-профилактических услуг и необходимости получения собственных доходов медицинскими организациями. Такая трактовка предполагает важную роль государственного регулирования в разрешении противоречий интересов субъектов системы здравоохранения (ФОМС, лечебно – профилактическая организация, страховщик, пациент, орган здравоохранения), которое задает вектор развития системы и медицинского рынка, в частности, основанного на переходе от преобладания лечебной медицины к системе, основанной на профилактике.

3. Обоснованы целесообразность законодательного закрепления сокращения цены платных медицинских услуг для граждан, прошедших все этапы диспансеризации в рамках лечебно – профилактической медицинской организации, как механизма стимулирования индивидуальной ответственности пациента за собственное здоровье, а также введения системы персонифицированного учета средств застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования.

4. Разработан механизм формирования социального государственного партнерства как формы реализации модели управления региональной

системой здравоохранения, которое определено как сотрудничество в целях создания общественных благ, реализации приоритетных задач органов власти в развитии взаимодействующих отраслей посредством распределения преимуществ, затрат и рисков, основанное на принципах долгосрочности, добровольности, управляемости, юридической обоснованности. Основой развития социального государственного партнёрства на примере создания университетской клиники Казанского федерального университета становится медицинский кластер, включающий медицинское образование и науку, практическое здравоохранение и органы власти.

5. Обосновано направление инновационного развития регионального здравоохранения на базе университетских клиник путем формирования комплексного медико – индустриального кластера в рамках университетской среды как структуры, способствующей повышению качества медицинских услуг региона на основе взаимодействия науки и практики, разработки и внедрения передовых медицинских технологий, подготовки медицинских кадров инновационного типа, создания научно – ориентированной фармацевтической организации, формирования «территориальных карт здоровья», стратегии и инфраструктуры клиники с учётом реализации приоритетных направлений на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения.

**Научно – практическая значимость.** Предложен механизм разрешения противоречий интересов субъектов системы регионального здравоохранения путем создания системы мотивации к здоровому образу жизни пациентов, с одной стороны, и оказанию качественной медицинской помощи путем создания новой системы взаимодействия медицинской науки и образования – медицинской практики – пациента – государства при реализации проекта «Университетская клиника», с другой.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности.** Результаты работы соответствуют следующим пунктам паспорта

специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг)»: 1.6.109. совершенствование организации, управления в сфере услуг в условиях рынка; 1.6.115. социально – экономическая эффективность и качество обслуживания населения в отраслях сферы услуг; 1.6.116. механизм повышения эффективности и качества услуг.

**Апробация результатов исследования.** Основные результаты диссертационного исследования были представлены и получили одобрение на международных, всероссийских и региональных научно – практических конференциях: Вторая ежегодная конференция «Инновационное развитие экономики России: новая концепция экономического знания» (экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, 2016 г.); Международный молодежный научный форум имени М.В. Ломоносова (экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, 2016 г.); II Международная научно – практическая конференция «Миграционные процессы: тренды, вызовы, перспективы» (ИЭУФ КФУ, Казань, 2015 г.); Всероссийская научно – практическая конференция «Научные чтения им. профессора А.П. Мищенко» (ИУЭФ, Казань, 2013 г.); Межвузовская научно – практическая конференция «Инновационное развитие общества в единой инфокоммуникационной среде» (ИУЭФ, Казань, 2011 г.). Теоретические и практические результаты исследования опубликованы в периодических изданиях: «Экономические науки», «Казанский экономический вестник», входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК Минобрнауки Российской Федерации для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Результаты исследования внедрены в практику преподавания дисциплин «Управление человеческими ресурсами», «Экономика труда» в



Казанском (Приволжском) федеральном университете, «Управление человеческими ресурсами», «Инновационное управление трудом» в Санкт-Петербургском государственном экономическом университете, «Управление человеческими ресурсами», «Управление конкурентоспособностью продукта» в Казанском кооперативном институте (филиале) Российского университета кооперации.

Основные положения исследования использованы в Университетской клинике «Казань».

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, отражающих основные результаты исследования, общим объемом 4,3 п.л. (авторский объем 4,1), в том числе – 5 статей общим объемом 2,5 п.л. (авторский объем 2,3) в рецензируемых журналах, входящих в список рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Объем и структура работы обусловлены целью, задачами и логикой проведенного исследования. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложения.

## **Глава I Теоретические основы управления системой здравоохранения**

### **1.1 Характеристика современных моделей здравоохранения**

В мире развитие здравоохранения проходит сложный путь, начиная с признания социального права человека на охрану его здоровья до становления различных моделей охраны здоровья населения. Конец XX – начало XXI в. время нового этапа – масштабные реформы в буквальном смысле охватывают весь мир.

Разные страны и политические системы выступали со своими идеями и предлагали свои решения. Однако до настоящего времени ни одно из государств пока не создало систему здравоохранения, которая бы полностью удовлетворяла общество. Реформирование здравоохранения проходит в странах, представляющих различные модели обязательного медицинского страхования, в таких как Франция и Германия; в стране, где существует национальная система здравоохранения – Великобритании; в США, где преобладает частное медицинское страхование. Наша страна не исключение, реформирование российского здравоохранения идет уже более 25 лет.

Современное состояние здравоохранения и перспективы его развития требуют анализа и прогноза состояния системы управления здравоохранением и всем комплексом мер по охране здоровья населения, поскольку именно от эффективности осуществления процесса управления будет зависеть состояние и эффективность функционирования здравоохранения на всех уровнях. Среди важнейших вопросов, связанных с повышением эффективности управления отраслью должны рассматриваться предпосылки и возможности реформирования здравоохранения, взаимоотношения различных звеньев в системе управления, новые формы подготовки кадров и организации усилий общества по борьбе за здоровье

населения.

Усиление социальной ориентации экономики способствует повышению требований к темпам и качеству экономического роста. Расширение масштабов повышения благосостояния населения обеспечивается только при поддержании высоких темпов экономического роста. «Под социальной результативностью, как важнейшей определяющей социально ориентированного типа экономического роста, понимается возрастание объемов общественного производства в целом и темпы позитивных сдвигов, достигаемых в социальной сфере,»<sup>5</sup> в удовлетворении конкретных потребностей населения. Анализ моделей управления системой здравоохранения неизбежно должен привести к становлению современной российской модели. На наш взгляд, в процессе построения модели необходимо, сохраняя конкурентные национально – исторические и культурные особенности и преимущества национальной модели здравоохранения, учитывать общемировые тенденции, современные особенности, присущие моделям управления системой здравоохранения в других странах. К их числу относятся: инновационная направленность развития; многофакторный подход; интенсивное применение методов маркетинга; рационализацию институциональной структуры; ориентацию на качество жизни; возможность сочетать усиление роли механизма государственного регулирования экономики и социально – ориентированный рынок; ориентацию на ресурсосберегающие технологии; опережающий тип развития. Самыми эффективными и окупаемыми в настоящее время являются инвестиционные вложения в «человеческий капитал». «Попытки обеспечения экономического роста путем игнорирования проблем человека оборачиваются замедлением экономического развития, возникновением социальных конфликтов, «девальвацией» достижений в экономике.»<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Нуртдинов Р.М. Формирование факторов экономического роста в условиях рыночной трансформации: дис. канд. эконом. наук. Казан. гос. университет, Казань, 1998.

<sup>6</sup> там же, с.56.

Ориентация на будущие доходы, повышение уровня жизни населения, рост доступности и качества предоставляемых услуг здравоохранения при вложении капитала – существенные черты, отличающие социальные инвестиции в здравоохранение. Наличие противоречий между ростом экономики потребления и необходимостью инвестиций в реальный сектор обуславливает «постоянные количественные и качественные изменения во взаимодействующих факторах, формируя тем самым источники роста.»<sup>7</sup> В развитии противоречий взаимодействующих факторов решающую роль играют данные инструменты: ценообразование конкуренция, спрос и предложение, прибыль и т.д. Субъектами здравоохранения создаются соответствующие механизмы, включающие в себя определенные нормативы, принципы, формы, и другие элементы, регламентирующие и помогающие разрешить данные противоречия.

В основе реформирования модели здравоохранения скрывается потребность изменить существующий порядок организации охраны здоровья. Любая социальная реформа остро ставит вопрос о роли эксперимента, при этом часто анализ современной модели здравоохранения сводится к оценке реформ. Следовательно, очень важно само понимание терминов «модель», «реформа» и «модернизация».

Реформа – это изменение, преобразование, перестройка каких – либо сторон общественной жизни, не затрагивающих основ имеющейся социальной системы. Естественно, реформы приводят к изменениям (более или менее прогрессивным) уже не соответствующим реальностям данного исторического отрезка времени порядков, институтов или учреждений.<sup>8</sup>

Реформа – это целенаправленное изменение ситуации или системы, которое ведет к формированию новых форм поведения, что предполагает

---

<sup>7</sup> Нуртдинов Р.М. Формирование факторов экономического роста в условиях рыночной трансформации: дис. канд. эконом. наук. Казан. гос. университет, Казань, 1998. с. 15-49.

<sup>8</sup> Зотова М.В. Отечественная история в терминах и понятиях: Учебное пособие / Авт. коллектив кафедры истории и культурологии МГУП: А.В. Демидова, И.Ю. Заорская, М.В. Зотова, И.А. Панова, А.А. Столярова, Г.И. Ускова.; Под общей редакцией М.В. Зотовой. – М.: МГУП, 2002. – 228 с.

наличие в обществе сил, которые ее разрабатывают и реализуют. Это отличает ее от спонтанного развития, формально закрепляющего уже сложившиеся отношения. Поэтому для любой реформы важно сформулировать, с одной стороны, что конкретно не устраивает общество в объекте, подлежащем реформированию, а с другой – как его можно изменить в заданном направлении. Необходимо определение искомого результата и механизмов его достижения. Перспективная реформа, отвечающая общественным ожиданиям и устремлениям, должна подразумевать в себе создание упорядоченного набора взглядов, ориентиров и принципов – концепции, кратко-, средне- и долгосрочных программ реформирования, проектов.

В связи с этим, В.М. Полтерович предлагает ввести понятие «перспективной траектории»<sup>9</sup> для определения направления развития, которое обеспечивает переход от действующих институтов к желаемым, наиболее эффективным в долгосрочном периоде. Под такой траекторией он видит траекторию реформ, согласованных с ресурсными, технологическими и институциональными ограничениями и предусматривающую встроенные механизмы, которые стимулируют запланированные изменения институтов и предотвращают возникновение дисфункций и институциональных ловушек.<sup>10</sup>

На наш взгляд, такое понимание определения направления реформ, траектории развития важно для выбора методов проведения реформ в зависимости от исходного состояния модели управления здравоохранением, также оно позволяет просчитать заранее сроки и последовательность преобразований.

Варианты реформ весьма разнообразны. Они могут представлять собой переход к альтернативной модели управления и финансирования

---

<sup>9</sup> Полтерович В.М. Современное состояние теории экономических реформ // *Пространственная экономика*, 2008. №2. С.27.

<sup>10</sup> Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. с.17-24.

здравоохранения или адаптационную схему реформирования уже существующей. Так, например, применительно к классической схеме социального медицинского страхования альтернативные реформы могут включать следующие меры: переход к финансированию из бюджета, формирование системы медицинского страхования, финансируемой из фонда, или использование фиксированного подушевого финансирования. Адаптивные реформы прежде всего подразумевают повышение эффективности методом проведения структурных реформ, реорганизации финансовой части, ограничение предоставляемых услуг, частичное налоговое финансирование.

«Модернизация – это улучшение, приведение системы в соответствие с новыми требованиями и нормами, техническими условиями, показателями качества, усовершенствование, обновление объекта.»<sup>11</sup>

Модернизация – это изменение, соответствующее требованиям современности, придающее современный характер чему-либо, приспособление к современным идеям, взглядам, потребностям.

«На сегодняшний день понятие модернизации в социальном смысле слова преимущественно рассматривается в трех следующих значениях:

- 1) как внутреннее развитие стран Западной Европы и Северной Америки, относящееся к европейскому Новому времени;
- 2) догоняющая модернизация, которую практикуют страны, не относящиеся к странам первой группы, но стремящиеся их догнать;
- 3) процессы эволюционного развития наиболее модернизированных обществ (Северная Америка и Западная Европа), то есть модернизация как некий перманентный процесс, осуществляющийся посредством проведения реформ и инноваций, что на сегодняшний день означает переход от

---

<sup>11</sup> Сухов, А.Н. Историко – психологический анализ реформирования и модернизации России / А.Н. Сухов. – М.: Флинта, 2011. – 250 с.

индустриального общества к постиндустриальному.»<sup>12</sup>

Так сложилось, что и реформы, и модернизация модели здравоохранения в России носят преимущественно догоняющий характер, «выступают технологией заимствования и переноса зарубежного опыта и стандартов.»<sup>13</sup> При этом наблюдается две крайности, играющие негативную роль в реформировании существующей модели управления отраслью здравоохранения: «слепое копирование западных образцов или категорическое отрицание достижений Европы и США.»<sup>14</sup> Как правило, по этим причинам реформы либо не завершаются, либо приводят к негативным последствиям. Происходят ошибки при выборе извне лучшего опыта для совершенствования российской модели здравоохранения и сохранении своих национальных преимуществ.

Во второй половине прошлого века процессы модернизации моделей здравоохранения приобрели глобальный характер. Глобализация является ресурсом и источником процесса модернизации, создавая кардинальные изменения жизненного мира. Имеется ввиду цельный, векторный поток модернизационных и глобализационных изменений в управлении здравоохранением, представляющих собой движение к единому взаимодополняющему и взаимосвязанному миру, который основан на ценностях Западной цивилизации.

Оценку эффективности проводимых реформ и модернизации существующей модели управления здравоохранением необходимо проводить с позиции национальных интересов. На данный момент, к сожалению, модернизация современной модели российского здравоохранения «носит в отдельных областях деструктивный характер в силу игнорирования сравнительных преимуществ»<sup>15</sup> культурно – психологического и

---

<sup>12</sup> Сухов, А.Н. Историко – психологический анализ реформирования и модернизации России / А.Н. Сухов. – М.: Флинта, 2011.с. 7-8.

<sup>13</sup> Там же, с. 8-9.

<sup>14</sup> Там же, с. 9-11.

<sup>15</sup> Там же, с. 17-19.

экономического характера. Достаточно слабым и уязвимым местом выступает ее теория. Она противоположным образом отличается от теории и практики экономически развитых стран. Модернизация и реформирование российской модели здравоохранения «не самоцель, а средство»<sup>16</sup> формирования конкурентоспособного и устойчивого социального государства.

В процессе изучения понятия «модель» возникают закономерные вопросы: как управлять и что делать, если требуется повысить эффективность функционирования модели, когда она становится неуправляемой? Ответ на эти вопросы будет зависеть от того, какой точки зрения придерживаются властные структуры государства – постановщик задачи.

Например, в толковом словаре иностранных слов Л.П. Крысина трактовка такая: «модель – 1) образцовый экземпляр какого – либо изделия; образец для изготовления чего – то; 2) вид, тип конструкции; 3) то, что служит материалом, натурой для художественного произведения; 4) копия, воспроизведение предмета, обычно в уменьшенном размере.»<sup>17</sup>

Во всех запланированных реформах управления здравоохранением в различных комбинациях фигурируют три важнейших составляющих, которые некоторое время эксперты определяют, как «железный треугольник здравоохранения» - управление затратами, доступностью и качеством.<sup>18</sup> Иными словами, изменения затрагивают механизмы управления финансированием, предоставления услуг, обеспечения гарантий качественного обслуживания.

Основной целью перед развитыми странами становится обеспечение

---

<sup>16</sup> Сухов А.Н. Историко – психологический анализ реформирования и модернизации России / А.Н. Сухов. – М.: Флинта, 2011. – 7-19 с.

<sup>17</sup> Толковый словарь иностранных слов Л.П. Крысина. URL: <http://megabook.ru/book> (Дата обращения: 02.12.14).

<sup>18</sup> Kissick W.L. Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources. New Haven. CT: Yale University Press, 1994.



доступа большинства населения к качественным медицинским услугам при сдерживании роста расходов. Как показывают теория и практика реформ, реализация данной цели требует системного подхода.

Удорожание медицинских услуг в последние три десятилетия происходит во всех странах, в том числе и в России. Это происходит в связи с внедрением нового высокотехнологичного оборудования, лекарств, новых средств диагностики, затратами на переподготовку кадров и др. В связи с чем особое место занимает проблема разработки методологических подходов к формированию ресурсной базы и источников финансового обеспечения здравоохранения на основе анализа имеющегося зарубежного и отечественного опыта.

Реформирование отечественной системы управления здравоохранением с точки зрения происходящих в ней экономических процессов направлено на то, чтобы механизмы хозяйствования медицинских организаций и отрасли в целом привести в соответствие с функционированием цивилизованной рыночной экономики. В то же время здравоохранение, как важнейшая составная часть социальной сферы, не может в полной мере зависеть от рыночной конъюнктуры, и медицинские организации не должны ставить в качестве основной своей цели извлечение прибыли. Такое отличие модели управления здравоохранением во многом определяется ее особым статусом в системе экономических отношений и особенностью самой медицинской деятельности как способа удовлетворения витальных потребностей пациентов системой предоставления медицинских услуг.

Таким образом, можно сделать вывод, что безусловно управляемая модель здравоохранения – это система организации и ресурсосберегающего механизма в сфере расходов на здравоохранение, имеющая целью обеспечение доступа населения к качественным медицинским услугам, и включающая в себя построение эффективной системы здравоохранения.

В условиях реформирования модели управления и финансирования здравоохранения в России особо актуальным становится изучение эффективных систем здравоохранения развитых стран. При этом в современной истории известны следующие основные модели здравоохранения:

1) Модель Бисмарка (система социального, или обязательного медицинского страхования)

Появилась в 1883 году для укрепления здоровья рабочих. Исторически носителем одной из базовых моделей здравоохранения – модели социального медицинского страхования, основы которой были заложены еще канцлером О. фон Бисмарком явилась Германия. Она опирается на следующие принципы:

- солидарность – доступ к здравоохранению основан на потребности, а финансирование – на возможности платить, т.е. взносы взимаются с работодателей и работников в зависимости от дохода, а оказание услуг не зависит от размера взносов;

- субсидиарность – корпоративистские органы имеют право по закону на решение всех внутренних дел в системе, а государству отводится роль определителя политики;

- самоуправление;

- обязательность участия граждан.<sup>19</sup>

Бесспорным преимуществом немецкой системы является попытка добиться доступа и равенства в распределении медицинских услуг.

2) Модель Бевереджа (бюджетная система здравоохранения в рыночной экономике)

У. Беверидж предложил в годы второй мировой войны создать национальную бюджетную систему здравоохранения, которая впервые была

---

<sup>19</sup> Юнусов Ф., Эберхард Г., Зими́на Э., Комаров С. Управление здравоохранением и организация медицинского страхования. СПб.: ООО «Артиком», 2007.

образована в Великобритании – государстве с рыночной экономикой в 1948г. В знаменитом докладе лорда У. Бевериджа была поставлена задача борьбы с пятью основными социальными проблемами: нужда, болезни, невежество, нищета, вынужденная праздность, обосновывалась необходимость создания в стране национальной системы здравоохранения, гарантирующей населению бесплатное медицинское обслуживание, основанное на принципах справедливости и доступности независимо от индивидуальной способности платить. Британское общество поддержало идеологическую перспективу, соблюдался цикл принятия управленческих решений, законы разрабатывались именно для решения проблем, а не фиксации механизмов, важную роль в здравоохранении играли управленцы, так называемый менеджериализм, был создан специальный институт – NICE – для анализа и оценки новых технологий и клинических практик.

Страной, которая заимствовала элементы и системы Бевериджа (важная роль государства, доступность услуг здравоохранения для всего населения), и системы Бисмарка (институциональную организацию, социальное медицинское страхование) является Франция. Такой характер французской системы позволяет избежать ряда серьезных проблем, характерных для других моделей здравоохранения.<sup>20</sup>

### 3) Модель Семашко (бюджетная система здравоохранения в плановой экономике)

На данной модели основывалась советская система здравоохранения, начиная с 1930х годов и до конца 1980х годов. Данная система получила высокие оценки экспертов, отдельные ее элементы были рекомендованы ВОЗ. Она позволяла обеспечивать медицинской помощью все слои населения, доказала свою эффективность в период эпидемий. Программа основывается на финансировании здравоохранения из государственного

---

<sup>20</sup> Садовничий В.А. От редакций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. с. 74-75.

бюджета, единым заказчиком выступает государство, поставщиками медицинской помощи являются государственные медицинские организации. Модель Семашко позволяла охватить широкие слои населения, включала профилактические меры, курс управления современным здравоохранением на которые взят и активно развивается. Ее недостатки –огосударствление поставщиков медицинской помощи и низкий уровень финансирования здравоохранения.

#### 4) Рыночная модель организации и финансирования здравоохранения.

Данная модель в США основана на частном рынке медицинских услуг и добровольном медицинском страховании. Подобная система имеет глубокие исторические корни. В стране отсутствует общенациональная система здравоохранения. Каждый штат решает вопросы охраны здоровья населения самостоятельно в зависимости от своего бюджета. Средства федерального бюджета и внебюджетных фондов идут в основном на программы «Медикэр» - государственную программу обязательного медицинского страхования и медицинского обслуживания для лиц старше 65 лет и «Медикейд» - государственную программу медицинского обслуживания бедного населения страны, а также на программы по линии Министерства обороны и управления по делам ветеранов и их иждивенцев. В США доступ к медицинской помощи связан с конкретным предприятием и опирается на страховые полисы работодателей. Небольшая часть населения покупает индивидуальную медицинскую страховку. Недостатки преимущественно рыночной модели организации и финансирования здравоохранения США заключаются в наиболее высоком уровне совокупных расходов на здравоохранение в сочетании с неполным охватом населения страны медицинским обслуживанием и не самыми высокими показателями ожидаемой продолжительности жизни и общественного здоровья.

На рисунке 1, согласно Международной классификации функционирования (МКФ), жизнедеятельность индивида определяется взаимодействием или сложными отношениями между изменением здоровья человека, личностными факторами и факторами окружающей среды.

Существование динамического взаимодействия данных элементов обуславливается следующим: потенциально изменить элемент или элементы способно вмешательство на уровне одного или другого элемента. «Данные взаимодействия специфичны и могут быть не всегда предсказуемыми в отношении друг с другом. В двух направлениях проявляется такое взаимодействие; модифицировать изменение здоровья человека даже само по себе может наличие ограничения жизнедеятельности. Полезен и обоснован вывод о возникновении снижения потенциальной способности из-за одного или большего количества нарушений, ограничения возможности реализации являются результатом снижения потенциальной способности в одном или более доменах.»<sup>21</sup>

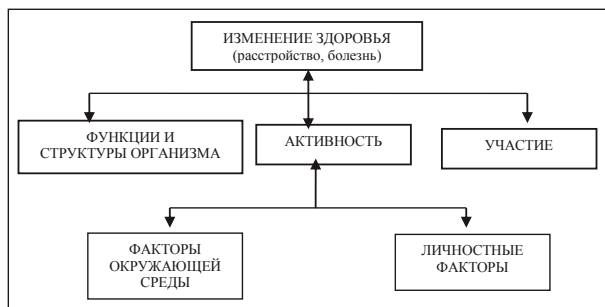


Рис. 1. Взаимодействия составляющих Международной классификации функционирования

Источник: Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения

URL=<http://who-fic.ru/icf/>

С целью понимания и объяснения ограничений жизнедеятельности и функционирования на сегодняшний день предложено множество

<sup>21</sup> Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения URL=<http://who-fic.ru/icf/>

концептуальных моделей. В международной классификации функционирования это описано в полемике “медицинской модели” против “социальной”. «В медицинской модели ограничения жизнедеятельности - персональная проблема, вызванная непосредственно болезнью, травмой или другим изменением здоровья человека, которая требует медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого врачами – профессионалами. Рассматривает данный вопрос как социальную проблему и главным образом вопрос полной интеграции индивида в общество – социальная модель ограничений жизнедеятельности. Следовательно, для полного участия лиц с ограничениями жизнедеятельности во всех сферах общественной жизни необходимо управление ситуацией, требующее социальных решений и во многом предполагающее коллективную ответственность общества за проведение изменений окружающей среды. Практическим результатом данной идеологии становятся социальные изменения, а ограничения жизнедеятельности приобретают политический смысл. Интеграция двух данных моделей - база для МКФ. С целью достижения синтеза для удовлетворения согласованных взглядов на различные стороны здоровья с социальной, биологической и личностной позиций, для объединения различных сторон функционирования используется междисциплинарный подход.»<sup>22</sup>

В трактовке Л.М. Фридмана под термином «модель» подразумевается объект или система, изучение которой служит средством для получения знаний о другом объекте – оригинале или прототипе модели.<sup>23</sup> Согласно автору, модели можно классифицировать. В роли модели некоторого объекта А Л.М. Фридман «видит объект В, который в каком-то отношении подобен оригиналу А, выбранному или выстроенному субъектом К для как минимум одной из следующих целей:

---

<sup>22</sup> Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf) (Дата обращения: 19.01.15).

<sup>23</sup> Фридман, Л.М. Наглядность и моделирование в обучении / Л.М. Фридман. – М.: Знание, 1984. – 80 с.

1) создание представления об объекте А с помощью объекта В. Модель – представление;

2) исследование объекта А с помощью объекта В. Исследовательская модель;

3) интерпретация объекта А в виде объекта В. Модель – интерпретация;

4) в некотором воображаемом или реальном действии замена А, исходя из условия, что В является более подходящим для этого действия в данных условиях. Модель – заместитель.»<sup>24</sup>

При создании концепции преемственности построения эффективной системы здравоохранения нами систематизированы, на основе классификации моделей Л.М. Фридмана, основные виды моделей и их назначение (см. табл. 1).

Таблица 1. Виды моделей и их назначение при преемственности в построении эффективной системы здравоохранения

Виды моделей	Назначение моделей
Модель – представление	Применяется с целью создания первоначальных представлений о преемственности построения эффективной системы здравоохранения
Исследовательская модель	Применяется в целях необходимости изучения свойств и закономерностей моделей преемственности построения эффективной системы здравоохранения
Модель – интерпретация	Применяется с целью интерпретации

<sup>24</sup> Фридман, Л.М. Наглядность и моделирование в обучении / Л.М. Фридман. – М.: Знание, 1984. – 80 с.

	преимущества построения эффективной системы здравоохранения
Модель – заместитель	Применяется с целью разработки и принятия управленческих решений в области преимуществ построения эффективной системы здравоохранения

*Источник:* Составлено автором на основе работы Фридман Л.М. Наглядность и моделирование в обучении. — М.: Знание, 1984. — 80 с.

Таким образом, понятие модель можно понимать, как образец, эталон построения системы удовлетворения потребности населения в медицинских услугах.

Первоначальные представления о российской модели здравоохранения формируются согласно данным рейтингов. В качестве примера, по рейтингу, составленному американским агентством финансово – экономической информации Bloomberg, по данным Всемирной организации здравоохранения стран мира, разделенных по эффективности систем здравоохранения в 2014 году (The Most Efficient Health Care 2014), можно проследить насколько высокий уровень экономической свободы имеют страны с национальной системой здравоохранения. В основе составления рейтинга лежат три показателя, определяющие эффективность систем здравоохранения стран мира: оценка ожидаемой продолжительности жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП, стоимость медицинских услуг в расчете на душу населения (*Пояснения к таблице 2*). «Три показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения указаны в таблице 2 под номерами, соответственно, – от №1 до №3:



- 1) Оценка ожидаемой продолжительности жизни при рождении (лет);
- 2) Государственные затраты на здравоохранение
- 3) Стоимость медицинских услуг в расчете на душу населения (в долларах США).»<sup>25</sup>

Таблица 2. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году

Рейтинг 2014	Рейтинг 2013	Страна	Оценка	№1	№2	№3
1	2	Сингапур	78,6	82,1	4,5	2,426
2	1	Гонконг	77,5	83,5	5,3	1,944
3	6	Италия	76,3	82,9	9,0	3,032
4	3	Япония	68,1	83,1	10,2	4,752
5	8	Южная Корея	67,4	81,4	7,0	1,703
6	7	Австралия	65,9	82,1	9,1	6,140
7	4	Израиль	65,4	81,7	7,0	2,289
8	19	Франция	64,6	82,6	11,8	4,690
9	12	Объединенные Арабские Эмираты	64,1	77,0	3,2	1,343
10	14	Великобритания	63,1	81,5	9,4	3,647

Источник: Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887> (Дата обращения 22.09.2014)

Страной с самой эффективной системой здравоохранения является Сингапур, которая имеет очень сильное государственно регулируемое

<sup>25</sup> Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887> (Дата обращения 22.09.2014)

здравоохранение – обязательные медицинские счета и строгий контроль государства за ростом расходов. Вслед за Сингапуром с небольшим отставанием идут Гонконг, Италия, Япония и Южная Корея. Несмотря на то, что в начале нынешнего века система здравоохранения Франции, по оценке Всемирной организации здравоохранения, была признана лучшей в мире, сегодня сместилась на 8 место в рейтинге. Неожиданные высокие позиции в рейтинге таких стран как Эквадор и Мексика обуславливаются низкой стоимостью медицинских услуг для населения, что косвенно указывает на несовершенство рейтинговой методики. Австралия, Новая Зеландия, Ирландия, Канада – страны, в которых высокий уровень экономической свободы и демократии сочетается с государственной системой здравоохранения.<sup>26</sup>

Последнее 51 место в рейтинге заняла Россия, которая была включена в список впервые благодаря увеличению показателя средней продолжительности жизни граждан страны до 70,5 лет и набрала только 22,5 балла со стоимостью медицинских услуг на душу населения - \$ 887. В 2016 году бюджет, принятый Госдумой РФ, сокращает государственные расходы на здравоохранение с 3,7% ВВП, которых было в 2015 году недостаточно, до 3,4% ВВП (см. рис. 2).<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова – М: Экономика, 2012. – 286 с.

<sup>27</sup> *Источник:* База данных Росстата. [Интернет]. URL: <http://www.fedstst.ru/indicators/start.do> (Дата обращения 14.06.2016); База данных ОЭСР. [Интернет]. URL: <http://www.oecd.org/ststistics/> (Дата обращения 14.06.2016).

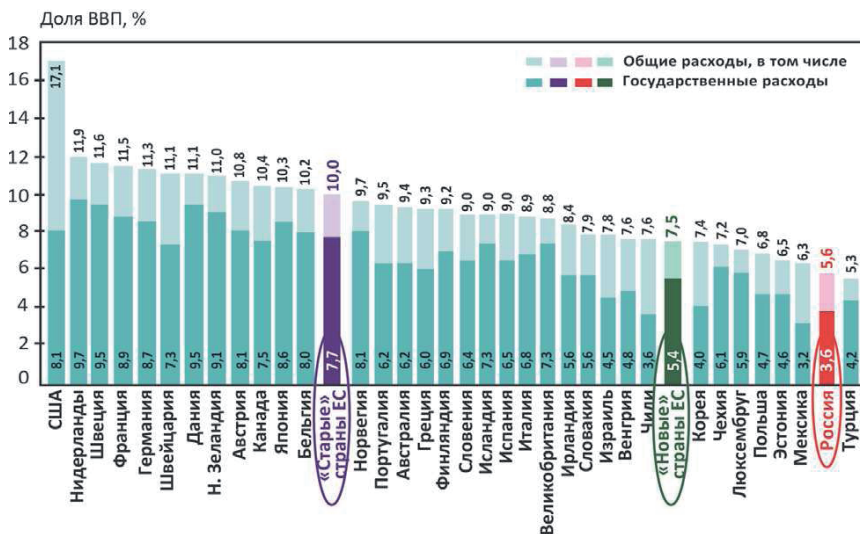


Рис. 2 Общие и государственные расходы на здравоохранение в различных странах в 2014 г., % ВВП

Источник: база данных ОЭСР, 2014

Опираясь на анализ показателей здоровья и затрат на здравоохранение в развитых странах, целесообразно подтвердить вывод, что система здравоохранения США, где преобладает частный рыночный сектор, достигает худших, чем в большинстве «старых» стран ЕС показателей здоровья населения, при этом затрачиваются гораздо большие средства на здравоохранение, то есть она менее эффективна по сравнению с данными странами. Таким образом, нами признается важная роль государственного сектора в финансировании здравоохранения. Особую актуальность в процессе применения исследовательской модели при изучении преемственности получает анализ проблемы методологии формирования источников финансовой и ресурсной базы для обеспечения здравоохранения с изучением опыта других стран. Построение эффективных систем здравоохранения в развитых странах вызывает повышенный интерес в

условиях реформирования процесса управления отечественным здравоохранением. Системы организации здравоохранения разных стран определяются разнообразием и национальной спецификой. Однако, несмотря на осуществление множества реформ, происходит их постоянное видоизменение и наполнение идеями, которые заимствованы друг у друга. Соответственно, такие модели практически не поддаются жесткой классификации. Модели здравоохранения можно классифицировать по различным признакам, однако наиболее общей классификацией является деление мировых моделей в зависимости от подхода к финансированию отрасли на три базовые:

1) государственная – модель, финансируемая, в основном, из бюджетных источников;

2) социально – страховая модель, которая основана на социальном (обязательном) медицинском страховании;

3) частная рыночная модель, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании, предоставлении медицинской помощи преимущественно на платной основе.

Традиционно, системообразующим элементом при построении классификации моделей является степень участия государства в системе здравоохранения. Однако традиционная классификация по признаку способа организации и методов финансирования оказания услуг может быть модифицирована с учетом общественной среды, в которой они сформировались. На практике же существует необходимость регулирования и ограничения рынка платных медицинских услуг государством. Из – за проявления большей активности в защите своих интересов частный сектор мешает государству реализовывать общественные интересы. Общество протестует навязыванию рынком своих ценностей во всех сферах жизни общества, вследствие чего, государственное здравоохранение, основанное на

других ценностях, способно достаточно конкурентоспособно, в плане сочетания эффективности и справедливости, существовать в рамках рыночной экономики. Государственная форма оказания медицинских услуг в условиях рыночной экономики – это важнейшая незаменимая в своей основе область реализации в отрасли здравоохранения особой системы социальных ценностей и гарантий, присущих современному обществу.

Следовательно, не следует рассматривать государственную форму оказания медицинских услуг в условиях современной рыночной экономики как изжившую себя, напротив, это важнейшая часть современной системы социальной защиты населения, в условиях цивилизованной рыночной экономики.

Сингапур демонстрирует самые высокие показатели здоровья в мире (младенческая смертность и продолжительность жизни). Несмотря на высокий уровень экономической свободы, эта страна имеет очень сильное государственно регулируемое здравоохранение – обязательные медицинские счета и строгий контроль государства за ростом расходов.

Австралия, Новая Зеландия, Ирландия и Канада – страны, в которых высокий уровень экономической свободы и демократии сочетается с государственной системой здравоохранения. В Австралии система Medicare поддерживается за счет подоходного налога, в Новой Зеландии медицинская помощь в государственных больницах оказывается бесплатно, в Ирландии система Health Services Executive поддерживается за счет налогов, вследствие чего жители могут получать бесплатную медицинскую помощь. В Канаде общественно финансируемое здравоохранение имеет широкую поддержку населения.<sup>28</sup>

Также, в качестве примера можно привести создание в системах здравоохранения целого ряда стран мира фондов обязательного

---

<sup>28</sup> Садовничий В.А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова – М: Экономика, 2012., с. 28-33.

медицинского страхования (ФОМС). Актуальность данного вопроса заключается в необходимости исследования деятельности государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в сравнении с зарубежным опытом с целью раскрытия их деятельности в условиях рыночной экономики.

Важное значение при исследовании моделей имеет интерпретация получаемых результатов, означающая применительно к моделированию, осмысление и объяснение результатов моделирования. Основная задача здесь заключается в решении вопроса о приемлемости полученных результатов. Например, при интерпретации результатов тестирования влияния социально-страховой модели на индикаторы здоровья населения следует учитывать, что связь показателей смертности с доминирующей моделью финансирования опосредуется множеством факторов, которые крайне сложно учесть при эконометрическом анализе. В ряду этих факторов можно выделить различия в дизайне страновых систем ОМС, отношение населения к своему здоровью, меры государства по формированию здорового образа жизни, межведомственное взаимодействие по вопросам охраны общественного здоровья и проч. Данные факторы действуют сильнее в тех странах ЦВЕ, где здравоохранение развивается по социально-страховой модели. Страны с данной моделью имеют более низкую смертность населения по большинству показателей, но по ряду показателей смертности эта закономерность не обнаружена.<sup>29</sup>

На долгосрочную перспективу в стратегии развития российской модели здравоохранения необходимо предусмотреть меры сохранения и развития основанной на солидарном принципе общественной системы финансирования программы государственных гарантий для всего населения, источниками финансирования которой могут выступать как средства ОМС,

---

<sup>29</sup> Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Авторы: С.В.Шишкин, И.М.Шейман, А.А.Абдин, С.Г.Боярский, С.В.Сажина / Москва, 2016 г.

так и бюджетов всех уровней. Введение конкурентных механизмов в части управления государственным здравоохранением – право выбора пациентом СМО, медицинской организации и врача следует производить под контролем государства, так как, согласно опыту США, в отсутствие государственного регулирования такие нормы способны приводить к снижению доступности медицинской помощи для населения и ее дезинтеграции. От либерализации государственного контроля в части установления гарантий и страховых тарифов следует воздержаться, а также от внедрения рыночных отношений в системе финансирования государственных гарантий, замены ОМС для части населения на ДМС. Применение опыта США в использовании налогов на сверхбогатых способно привести к становления дополнительных источников финансового обеспечения программы государственных гарантий.

Принцип переориентации служб здравоохранения с лечения на раннюю диагностику и профилактику заболеваний успешно используется в развитых странах. Такие меры приводят к снижению общей заболеваемости, тяжести болезни, уровня инвалидизации и, соответственно, расходов на лечение. Доказано, что лечение заболеваний средней тяжести обходится в несколько раз, а лечение тяжелых и хронических заболеваний даже в десятки раз дороже, чем лечение заболеваний на ранней стадии.

Таким образом, модель здравоохранения должна иметь инвестиционный характер, способствуя сохранению и развитию человеческого капитала, инновационному развитию системы здравоохранения, а также приводить к высоким показателям здоровья населения. Механизмы государственного регулирования и методы финансирования системы здравоохранения значительно различаются по странам. Основная доля средств может поступать за счет общего налогообложения, как, например, в странах Скандинавии, в Италии и Великобритании. Социальное медицинское страхование представляет собой главный источник финансирования в Германии, Франции и других

государствах континентальной Европы. В отдельных странах пациенты непосредственно оплачивают некоторую долю расходов на медицинское обслуживание через систему совместных платежей или добровольного страхования. Созданная инновационная модель здравоохранения в Сингапуре является неким медицинским феноменом – экономически эффективные технологии, работающие на социальную эффективность государства, система финансирования, которая сочетает индивидуальную ответственность с адресными субсидиями для защиты бедных. При этом во всех случаях инвестиции в здравоохранение не имеют денежной характеристики, их окупаемость измеряется качеством человеческого потенциала.

Индустриализация медицинской помощи при переходе от стандартных подходов в диагностике и лечении заболеваний к высокотехнологичным медицинским услугам, когда клиническое мышление заменяется возможностями оборудования, возможна лишь при создании эффективной инвестиционной схемы здравоохранения, а именно, формирования новых видов партнерств.

## **1.2 Эволюция и современное состояние медицинского рынка в Российской Федерации**

Основа существования любого государства – наличие общества, на развитие которого и направлена государственная деятельность. Качество и уровень жизни, здоровье населения являются важнейшими характеристиками развития государства. Общественное здоровье воздействует на развитие всех сфер жизни общества: экономику, культуру и др., а также на все процессы в отраслях. «Здоровье – является одним из экономических ресурсов



общества»<sup>30</sup>, здоровье влияет на уровень производительности труда и экономическое развитие в целом, на качество жизни населения, совершенствование системы здравоохранения приводит к снижению показателей смертности и увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения.

Деятельность по охране здоровья включает в себя и деятельность в сфере физической культуры и спорта, и деятельность экологических организаций, и многочисленную иную деятельность, которая ни в доктрине здравоохранения, ни в правовом отношении, не рассматривается как медицинская (см. рис. 3).

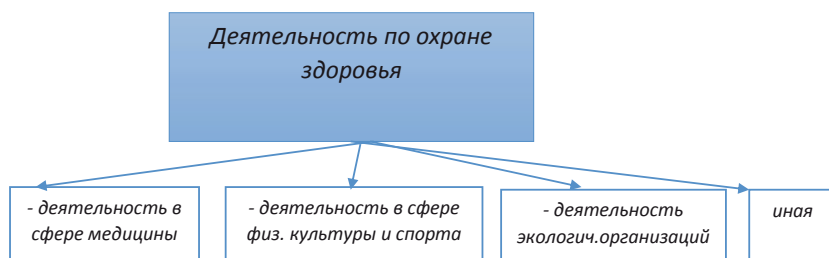


Рис. 3. Структура деятельности по охране здоровья

Источник: Составлено автором.

Экономические границы в здравоохранении создаются не только под воздействием рынка, но и под воздействием государственного регулирования. Допустим, в процессе определения экономических границ здравоохранения, что главным отраслевым продуктом является медицинская услуга. При сужении представления о продукте здравоохранения до медицинских услуг, в силу разнообразия данных услуг, их не представляется возможным считать монопродуктом, а здравоохранение уже не относится, следовательно, к числу «чистых» отраслей, производящих продукт единственного вида. Здравоохранение не представляется возможным

<sup>30</sup> Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. – М: Медицина, 1983. – С. 8.

рассматривать и как хозяйственную отрасль из-за того, что практически все организации, оказывающие услуги здравоохранения, занимаются в основном только профильной, лицензируемой деятельностью.<sup>31</sup> Здравоохранение следует относить к управляемым социально-значимым отраслям, поскольку оно находится под контролем Министерства здравоохранения РФ, региональных и муниципальных органов управления.

Российская модель рынка медицинских услуг является более всего приближенной к модели монополистической конкуренции (см. табл. 3).

Таблица 3. Признаки монополистической конкуренции, применительно к рынку медицинских услуг

Монополистическая конкуренция	Проявление признака на рынке медицинских услуг
Конкуренция между многими продавцами	Производителями медицинских услуг являются множество организаций, различных по форме собственности, мощности, категоричности, спектру оказываемых услуг, и врачей общей практики
Дифференцированный продукт + реклама	Медицинские услуги разнообразны не только по ассортименту, но и по качественным характеристикам услуг одного и того же наименования
Нет серьезных барьеров для вступления в отрасль	Единственным барьером для входа в отрасль является наличие лицензии

<sup>31</sup> Артамонова Г.В., Батиевская В. Б. Экономика отрасли (здравоохранение), Кемерово: БИБКОМ, 2006. – С. 236.

	на право заниматься медицинской деятельностью
--	---

*Источник:* Артамонова Г.В., Батиевская В.Б. Экономика отрасли (здравоохранение), Кемерово: БИБКОМ, 2006. – С. 236.

Важным фактором, который воздействует на рынок медицинских услуг и благодаря которому данный рынок не способен считаться классической моделью монополистической конкуренции, является фактор его активного государственного регулирования. Регулирование рынка государством заключается в установлении общих правил поведения для участников рынка в лице федеральных, региональных и муниципальных органов. Отношения между властью и субъектами данного рынка обретают двусторонний характер, взаимосвязь возможна на основе договоров, соглашений, государственных контрактов. Государственное регулирование осуществляется путем лицензирования; антимонопольных мер; государственной монополии на отдельные виды услуг и продукции; установки социальных стандартов; налогового регулирования (включая акцизы и пошлины); стандартизации оказания услуг; обязательного медицинского страхования; регулирования цен на отдельные виды продукции; компенсации убытков производителям медицинских товаров и услуг, реализующим их на рынке по низким, льготным ценам.<sup>32</sup> Специфичность формирования спроса на услуги здравоохранения заключается в сочетании высокой социальной значимости и низкой эластичности спроса по цене услуг (ответ на изменение рыночной цены - незначительные изменения количества запрашиваемых услуг и товаров).

Следовательно, экономические отношения в отрасли здравоохранения формируются не только под рыночным воздействием, но и под сильным воздействием государственных регуляторов.

<sup>32</sup> Артамонова Г.В., Батиевская В. Б. Экономика отрасли (здравоохранение), Кемерово: БИБКОМ, 2006. – С. 236.

Необходимо заметить, что медицинская деятельность по своей природе достаточно противоречива в системе рыночных отношений, из-за сочетания в себе милосердия медицинских работников, а также наличия коммерческих форм хозяйствования, где данная деятельность реализуется с целью получения прибыли. Очевидно, что рынок медицинских услуг – рынок специфичный, со множеством характерных черт и признаков, свойственных только данному рынку.

Если рассматривать деление отраслей экономики на материальное производство и сферу услуг, то здравоохранение относится к социальной сфере (см. приложение 1). Это можно объяснить тем, что отрасль направлена на удовлетворение потребности населения в личном и общественном здоровье, а также ее основным продуктом является социальная услуга, что свойственно подобным отраслям. Принято выделять медико – индустриальный комплекс, помимо учреждений, производящих услуги в системе здравоохранения, который непосредственно связан с материально – вещественным производством продукции и включает в себя:

- специализированное производство готовых лекарственных средств и фармацевтических субстанций;
- производство изделий медицинского назначения (средства протезирования, средства по уходу за больным и т.п.);
- санитарную обработку и очистку территорий и помещений;
- производство медицинской техники;
- обеспечение материальных условий для деятельности медицинских организаций (инженерные службы, специализированное строительство).

Специфика медико – индустриального комплекса заключается в его развитых производственных связях с предприятиями машиностроения,

приборостроения, химической, легкой, пищевой промышленностью, сельским хозяйством и транспортом.<sup>33</sup>

В экономической теории под рынком понимается система связей и отношений между поставщиком и покупателем, формирующаяся в сфере обмена. «Рынок как экономическая категория характеризует совокупность экономических отношений, возникающих по поводу продажи и купли товара или услуги. Рынок - это пространственный локус соединения спроса и предложения товара или услуги.»<sup>34</sup>

Целесообразно, введение понятия медицинского рынка, с определением которого у государства появляется возможность путем задания вектора развития системы здравоохранения и медицинского рынка, в частности, строгого контроля за осуществляемой деятельностью, оценки результатов и ограничения предоставления платных медицинских услуг, борьбы с теневым рынком. «В статье 54 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (действующая редакция, 2016) определено, что «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее и среднее медицинское и фармацевтическое образование».<sup>35</sup> Медицинские услуги в зависимости от вида деятельности делятся на три вида:

- профессиональные – услуги, которые оказываются исключительно квалифицированными специалистами в сфере медицины;
- полупрофессиональные – услуги, оказываемые не в рамках медицинской деятельности пожарными, полицейскими и иными должностными лицами,

---

<sup>33</sup> Артамонова Г.В., Батиевская В. Б. Экономика отрасли (здравоохранение), Кемерово: БИБКМ, 2006. – С. 236.

<sup>34</sup> Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2005, с. 33-60.

<sup>35</sup> Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву // Издательство "СпецЛит". – 2007.- с. 528.

которые в силу своих профессиональных обязанностей обязаны оказывать первичную медицинскую помощь;

- непрофессиональные – услуги, которые включают в себя деятельность членов семьи по самостоятельному лечению от незначительных заболеваний, в силу религиозных или иных убеждений. Также к непрофессиональным услугам следует отнести услуги целителей и знахарей.

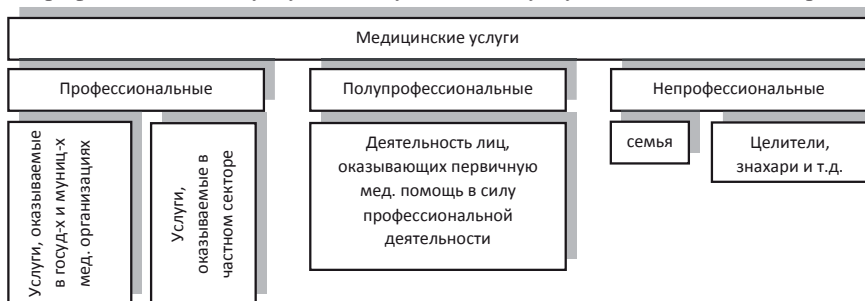


Рис. 4. Медицинские услуги

*Источник:* составлено автором.

Таким образом, профессиональные медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи в РФ оказываются государственными и муниципальными медицинскими организациями, за ее рамками - на официальном рынке платных медицинских услуг. При этом в силу существования неформальных платежей пациентов и побочного предпринимательства врачебного персонала (оказания медицинских услуг в быту без надлежащего оформления) в стране также существует теневой рынок оказания профессиональных медицинских услуг, дополняемый теневым рынком непрофессиональных медицинских услуг.

Медицинский рынок, по нашему мнению, представляет собой совокупность отдельных взаимосвязанных рынков, включающих:

- рынок медицинских услуг;
- рынки факторов производства (фармацевтический рынок, рынок труда медицинских и фармацевтических работников, рынок медицинских технологий, рынок научно – технических разработок, рынок капитала).

В современных условиях между субъектами Российской Федерации продолжают сохраняться и усиливаться межрегиональные социально – экономические различия, что несомненно сказывается на уровне и качестве жизни данных регионов, что еще более усиливает дифференциацию как экономик, так и медицинских рынков этих регионов. Вследствие чего возникает объективная необходимость в принятии соответствующих управленческих решений, препятствующих нежелательному развитию медицинских рынков субъектов Российской Федерации. Для проведения сравнительной характеристики дифференциации региональных медицинских рынков по субъектам РФ нами предложены основные параметры дифференциации – особенности функционирования рынка платных медицинских услуг (созданные условия для реализации услуг), анализ и динамика изменения которых позволяют изменять курс принимаемых субъектом управленческих решений в нужное русло, корректировать государственную политику в сфере регулирования и выявлять наилучшие практики регулирования медицинских рынков субъектов РФ. Влияние на инфраструктуру медицинских организаций региона фактора труда происходит двумя путями: в результате увеличения численности медицинского персонала и повышения его качественных характеристик. Роль фактора капитала объясняется не увеличением количества основных фондов и материальных оборотных средств, а повышением их качественных характеристик: повышение фондоотдачи, внедрение передовой медицинской техники и использования прогрессивных материалов, развитие фондосберегающих технологий, увеличение коэффициента сменности,

коэффициента выбытия и обновления основных фондов. Научно – технические разработки ведут к модернизации ресурсной базы и медицинских технологий, совершенствованию организации и управления отраслью, структурным преобразованиям.

Анализ и динамика изменения данных параметров медицинского рынка субъектов Российской Федерации позволит изменять курс принимаемых управленческих решений в прогрессивное русло, корректировать политику в сфере регулирования медицинских рынков субъектов РФ и выявлять наилучшие практики и возможности управления здравоохранением регионов.

Специфика и двойственная природа медицинского рынка определяются рядом важных обстоятельств. В процессе развития и функционирования медицинского рынка появляются в различных формах предпринимательство и коммерческая деятельность. В современных системах здравоохранения широко используются принципы страхования здоровья. На развивающемся медицинском рынке происходит одновременное обращение двух различных специфических услуг – страховых и медицинских, что неизбежно усложняет процесс ценообразования на данные виды услуг. Цены должны как находиться под контролем государства, так и формироваться в процессе конкурентной борьбы страховщиков и поставщиков медицинских услуг.

В структуре медицинского рынка приоритетное место занимает рынок медицинских услуг, определяющийся как совокупность производителей (имеющих лицензию медицинских организаций различных форм собственности и хозяйствования, индивидуальных предпринимателей) и покупателей медицинских услуг (пациентов, страховщиков). Медицинская услуга содержит ряд особенностей, что представляет специфические формы ее обращения в комплексе экономических связей и отношений. Медицинская услуга, оказываемая медицинскими организациями различных форм собственности, является для потребителя на рынке первичной необходимостью, так как сохранение здоровья – важная цель и условие



полноценной жизни человека. На медицинском рынке цены на услуги растут более высокими темпами, чем происходит сокращение спроса на них. Кроме того, рыночная медицинская услуга обладает свойством непредсказуемости, ее качество во многом определяется только по окончании ее предоставления.

Медицинские услуги, предоставляемые пациентам в различных лечебно-профилактических организациях и частнопрактикующими врачами, становятся неотъемлемой частью рыночных отношений, что приводит к становлению и развитию рынка медицинских услуг.

На сегодняшний день существует целый ряд классификаций медицинских услуг:

- по характеру: лечебные; медико-экспертные; сервисные; профилактические; диагностические; социальные; реабилитационные; парамедицинские; аккредитации и лицензированию; образовательные;
  - по уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, специализированные;
  - по интенсивности во времени: неотложные, скорые, плановые.
- Также некоторые авторы предлагают классификацию медицинских услуг в зависимости от квалификации поставщика медицинской услуги (высокая, средняя, низкая);
- по сегментам системы здравоохранения: стационарные, амбулаторные, эпидемиологические, санитарно-гигиенические и т.п.;
  - по инвазивности и технологии (высокотехнологические, рутинные, неинвазивные и инвазивные);

- по соблюдению стандарта: по соответствию правовым нормам и времени достижения окончательного результата.<sup>36</sup>

«Систематизированные свойства медицинских услуг определяются, как:

- общие свойства: неразрывность производства и потребления услуги; неосязаемость до ее получения; неоднородность или изменчивость качества, неспособность услуги к сохранению впрок;

- экономические составляющие: себестоимость, цена услуги, эффективность, методика ценообразования;

- медико-социальные свойства: доступность, своевременность, качество.»<sup>37</sup>

По мнению Г.К. Максимова, медицинская услуга является целостным процессом. Понятие жизненного цикла медицинской услуги включает следующие стадии ее осуществления:

- обследование и диагностирование состояния пациента;
- проектирование медицинской услуги: уяснение задачи (конечного результата), принятие решения на оказание услуги, планирование (выбор) технологии оказания услуги;
- оказание медицинской услуги;
- потребление, пользование медицинской услугой;
- завершение оказания услуги или возобновление повторной потребности в ней.

---

<sup>36</sup> Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 67 с.

<sup>37</sup> Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2005. с. 19-59.

Определенную экономическую обособленность производителей и потребителей товаров и услуг выражают рыночные отношения. Рыночный механизм – это процесс, благодаря которому продавцы и покупатели взаимодействуют с целью определения цены и количества производимых благ, вследствие чего цена, спрос и предложение становятся главными его элементами.

Неоклассическая экономическая теория описывает изъяны рынка, которые являются устойчивыми отклонениями экономических отношений от идеальной рыночной модели в той или иной сфере экономики. Согласно выражению известного американского экономиста, У. Хсияо, здравоохранение - «искаженная экономика», экономика, в которой способны действовать рыночные силы, однако их влияние на параметры «продукта» (цена, объем услуг, и качество) может существенно различаться от большинства других рынков. Надежным регулятором распределения ресурсов может быть потребительский выбор, только в условиях полной информированности потребителя, а также его независимости от производителя товаров. В здравоохранении данные условия не соблюдаются. Во-первых, пациент (потребитель медицинских услуг) не обладает знаниями, позволяющими ему осуществить рациональный выбор медицинской организации и врача, который способен предоставить медицинскую помощь высокого качества. Обычно потребитель полагается на мнение других потребителей услуг или мнение врача, который предлагает ему варианты, иными словами на информацию, получение и оценка которой требует определенных затрат ресурсов и времени. Затраты увеличиваются с увеличением числа вариантов. «Американские экономисты М. Саттервейт и Д. Дранов определяют данную характеристику информационной асимметрии как явление издержек поиска и связывают с ней возможность усиления рыночных позиций врачей. В популярном английском учебнике по экономике авторами формулируется следующая зависимость: рыночная

структура становится ближе к модели совершенной конкуренции с большей информированностью потребителя и уменьшением издержек поиска. Во-вторых, в отношении выбора объема услуг и стоимости лечения потребитель медицинских услуг обладает ограниченной рациональностью. Он не обладает необходимой компетенцией при определении набора медицинских услуг, исследований и процедур, которые могут потребоваться в процессе лечения, ему тем более сложно оценить обоснованность стоимости этого набора и приемлемое ее соотношение с качеством. Такого рода выбор чаще всего полностью исключен экстренным характером потребления услуг и ограниченной дееспособностью человека. Более того, не всегда сразу по истечению срока медицинского вмешательства проявляется ожидаемый результат лечения, что еще с большей степенью усложняет выбор необходимого объема услуг. Данное обстоятельство придает медицинским услугам характер благ, сведения о результатах потребления которых становятся доступными и очевидными лишь спустя определенное время. В-третьих, по сравнению с обычными рынками, в здравоохранении решающая роль в определении объемов потребления принадлежит поставщикам, а не потребителям. Врачи являются главными поставщиками услуг, они оценивают состояние пациентов, определяют меру их потребностей и назначают необходимое лечение. Создают потенциальные условия для оказания чрезмерного объема услуг их экономические интересы. В экономической теории данное явление известно как спрос, спровоцированный предложением. Такого рода спрос порождает сильные затратные тенденции в здравоохранении. В случае отсутствия управления данным процессом, будут расти удельный вес дорогостоящих видов медицинских услуг и общие затраты на случай лечения. Будет снижаться заинтересованность в использовании относительно простых, но одновременно эффективных медицинских технологий и в профилактике заболеваний. В отношении цен и объемов медицинских услуг усиление

рыночных позиций врачей, усложнение рационального выбора потребителей являются другим последствием спроса, спровоцированного предложением. Государство в таком случае вынуждено предпринимать меры регулирования как спроса, так и предложения медицинских услуг. Данные меры получили название «политики сдерживания затрат».<sup>38</sup> Исходя из вышеизложенных условий и факторов, влияющих на особенности функционирования здравоохранения в рыночных условиях, можно сделать вывод о существовании необходимости оптимального сочетания рыночных механизмов саморегулирования сферы здравоохранения с комплексом государственных мер регулирования системы медицинского обслуживания при доминирующей роли последних, особенно в условиях кризиса.

Задачи эффективного государственного регулирования процессов, протекающих на медицинском рынке, по нашему мнению, должны сводиться в основном к следующему:

1. Государство призвано выполнять роль гаранта социальной защиты граждан, действуя через органы исполнительной власти, а также гаранта выполнения нормативно – распорядительных актов по медицинскому обеспечению;

2. Государственные структуры определяют стратегию и приоритеты в совершенствовании системы медицинского обслуживания, разрабатывают соответствующую законодательную базу и формируют правовую среду для оказания медицинской помощи;

3. Необходимость сочетания социальной справедливости, индивидуальной свободы и экономической эффективности в принятии управленческих решений органами власти обеспечивается путем задания вектора развития системы и медицинского рынка, в частности, основанного

---

<sup>38</sup> Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении [Текст] / И. М. Шейман; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — 2-е изд. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. — с. 50-112.

на переходе от «медицины лечения» к системе, основанной на профилактике и диспансеризации, необходимость строгого контроля, оценки результатов и ограничения предоставления платных медицинских услуг.

4. Роль государства заключается в выработке организационно – правовых механизмов и экономического согласования интересов субъектов на рынке медицинских услуг.

Переход к новой системе хозяйственных связей и отношений принципиально меняет роль субъектов, организующих охрану здоровья, при этом особое значение в организации обеспечения населения гарантированной медицинской помощью придается государству как выразителю интереса в поддержании определенного уровня здоровья и качества жизни общества в целом.

Принципиальная роль государства заключается в выработке организационно – правовых механизмов и экономических согласования интересов субъектов на рынке медицинских услуг. Нами был выявлен ряд противоречий интересов субъектов системы здравоохранения, проявление которых негативно сказывается на качестве предоставляемых населению медицинских услуг, на повышение которого оказывает влияние государство. Однозначно, в силу изъянов рынка медицинских услуг взаимоотношения между врачом и пациентом не способны выступать как чисто отношения купли – продажи, думается, что это главная и первая причина наличия посреднических структур на рынке медицинского обслуживания и его государственного регулирования.

Следующая причина большого количества субъектов связана с эволюцией рынка медицинских и посреднических финансовых услуг. В промышленно – развитых странах появляется новая общественная инициатива, направленная на защиту работников от опасности высоких затрат, которые связаны с постоянной или временной утратой здоровья. Из-за утраты трудоспособности могут происходить не только потеря заработной

платы, но и возникнуть дополнительные издержки на лечение заболеваний, а впоследствии и оплата врача, финансирование необходимых лечебных и реабилитационных процедур, покупка лекарств, и т.д. Вследствие чего на рынке медицинских услуг на фабриках, заводах создаются разные общества взаимопомощи. Участниками вносился членский взнос в виде фиксированного размера, который не зависел от уровня дохода. Если человек заболел, он получал определенные суммы денег, которые мог потратить на лечение согласно своим потребностям.

По мере развития профсоюзными, религиозными и политическими организациями стали поддерживаться создаваемые по производственному типу общества взаимопомощи. Теперь в финансировании таких структур стали принимать участие уже не только работники, но и работодатели.

Между врачом и пациентом появляется третий субъект – общество взаимопомощи, которое выполняет функцию посредника, предшественник страховых организаций. Происходит дополнение рынка медицинских услуг рынком страхования здоровья. В медицинском страховании складывается «треугольник» взаимоотношений трех субъектов, которыми являются страхователи, в том числе, потенциальный пациент; страховщик – посредник, выполняющий функции аккумулирования страховых взносов и оплаты медицинских услуг, и поставщик медицинских услуг.

При этом развитие добровольного медицинского страхования на коммерческой и некоммерческой основе в силу изъянов данного рынка (неблагоприятный отбор, недальновидное поведение потребителя, неполный рынок) в конце XIX века – начале XX века привело к зарождению обязательного медицинского страхования (обязательного страхования на случай болезни) прежде всего в Германии и странах Европы, включая Российскую Империю. Медицинским страхованием граждан предусматривается создание в стране страховых фондов с целью финансирования лечебно – профилактической деятельности и использования

поступающих средств на покрытие текущих затрат медицинских учреждений. Фондами медицинского страхования может решаться и более широкий круг задач. Медицинское страхование одновременно представляет собой форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование подразумевает развитие различных форм страхования – государственного, смешанного и частного. В данный исторический период, по нашему мнению, частное и государственное здравоохранение должны существовать параллельно, дополняя друг друга. Страховая система финансирования медицинской помощи позволяет обеспечить использование обоих принципов организации медицинского обслуживания в сочетании. Например, в случае, когда застрахованный не прошел двух обязательных профилактических осмотров в течение года, которые определены государственной программой, то впоследствии при обращении в медицинские организации за медицинской помощью часть ее оплачивается за счет потребителя. Таким образом одновременно работают два принципа: солидарности и личного участия в покрытии издержек на оказание медицинской помощи.

В настоящее время система обязательного медицинского страхования является одной из распространенных моделей финансирования здравоохранения в странах мира. При этом в различных странах существуют также смешанные бюджетно-страховые модели финансирования здравоохранения, дополняемые добровольным медицинским страхованием и рынком медицинских услуг. К их числу относится современная Россия, где роль обязательного медицинского страхования возрастает.

Рынок медицинского страхования предполагает наличие субъектов: страховая медицинская организация (страховщик), застрахованный (гражданин), страхователь, медицинская организация и медицинский работник. Однако в законах о медицинском страховании граждан в РФ и РТ не указан субъект «медицинский работник», что на наш взгляд, не вполне



корректно, так как он является начальным звеном в цепи мероприятий по оказанию медицинской помощи, ключевой фигурой на рынке медицинских услуг, от которой зависит в конечном итоге вся система здравоохранения.

Необходимо рассмотреть более детально функции данных субъектов, их роль и значение. Застрахованный в системе медицинского страхования – это, как правило, физическое лицо, в пользу которого заключается договор страхования. По обязательствам этого договора оно при наступлении страхового случая получает возмещение необходимых средств для лечения. Держателем страхового полиса – документа, который выдается страховой медицинской организацией и удостоверяет заключение договора между застрахованным и страховщиком, является каждый застрахованный.

Страхователь – это физическое или юридическое лицо на рынке страхования, которое непосредственно заключает договор страхования со страховой организацией. В медицинском страховании, как правило, страхователь не является получателем гарантий при наступлении страхового события, он лишь заключает договор страхования. В соответствии с законами о медицинском страховании граждан в РФ и РТ страхователями при обязательном медицинском страховании для работающей части населения являются работодатели, то есть предприятия, организации любой организационно – правовой формы; для неработающих – пенсионеров, студентов, учащихся и т.д. – региональные органы власти. В основные функции страхователей входят: своевременная и полная уплата страховых платежей в фонды ОМС, организация мер по снижению риска заболеваний, проведение мероприятий по уменьшению ущерба при наступлении страхового события, своевременное заявление факта наступления страхового случая в страховую организацию.

Одной из ключевых фигур на рынке медицинского страхования является страховщик – организатор и непосредственный поставщик страховых услуг. Он призван выполнять ряд специфических функций,

которые в основном заключаются в соблюдении прав и интересов застрахованных.

Страховая организация осуществляет контроль за поступлением страховых взносов в установленные сроки и размеров платежей, определенных договором страхования (или тарифов, утвержденных государством – при обязательном медицинском страховании), т.е. страховщик является органом, аккумулирующим финансовые средства, держателем и распределителем страховых фондов. Согласно закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (2010), страховщиком в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) в РФ является Федеральный фонд ОМС.

Страховщик при выполнении обязанности посредника между медицинским учреждением и пациентом, должен контролировать качество оказываемой медицинской помощи в соответствии с установленными условиями и объемами. Данную функцию в страховых организациях реализуют высококвалифицированные специалисты – эксперты, которые, имеют разрешительные документы специального образца на проведение такого рода деятельности. В соответствии с законом «О медицинском страховании в Республике Татарстан» функцию страховщика на начальном этапе введения медицинского страхования в республике выполняли больничные кассы. Медицинская организация является юридическим лицом, которое является производителем медицинских услуг. Согласно законодательству, они имеют обязанность прохождения лицензирования на право оказания медицинской помощи по программам регулируемого страхования здоровья населения.

Из всех богатств, которыми дано владеть человеку, самыми ценными являются жизнь и здоровье, и они должны быть надежно защищены. В системе основных, базовых начал охраны здоровья при оказании медицинской помощи на уровне законодательства принцип приоритета

интересов пациентов появился впервые, что отражает новацию медицинского права в данной части. Существование особой правовой охраны интересов пациентов отражено в ряде международных деклараций и конвенций. Документами Всемирной организации здравоохранения являются декларации, принятые с 1975 года.

В процессе оказания медицинских услуг со стороны медицинских работников и иных представителей медицинской организации должны соблюдаться моральные и этические нормы, уважительное и гуманное отношение. Соблюдение моральных и этических норм со стороны медицинских работников заключается в следовании ими неформальным профессиональным нормам. Например, всем известный этический постулат звучит как "не навреди", обеспечивающий рациональный выбор средств лечения каждого пациента в отдельности. Своды профессиональных правил принимаются добровольно к соблюдению медицинским сообществом, закрепляются в кодексах профессиональной этики. Согласно ст. 21 Конституции Российской Федерации достоинство личности охраняется государством.

Также в процессе оказания медицинской услуги должно учитываться физическое состояние пациента с соблюдением, по возможности, его культурных и религиозных традиций.

Естественно, при оказании медицинской услуги должен обеспечиваться необходимый уход за пациентом. Право в первую очередь на уход обеспечивает государство, создавая родственникам больных возможности осуществлять уход за больным, далее администрация и персонал медицинских организаций. Данные гарантии несут в себе материальный и социальный характер. «Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается при необходимости осуществления ухода за больным членом семьи.»<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Кротов М.В. Выступления полномочного представителя Президента РФ в Конституционном Суде РФ //

Женщины имеют право на такого рода пособие и оплачиваемый отпуск во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет (Федеральный закон от 19.05.1995 N 81-ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей").

Процесс оказания медицинской помощи необходимо осуществлять с учетом рационального использования времени пациента. Такая гарантия осуществляется путем установления конкретных медицинских специалистов и режима работы в организациях здравоохранения. На сегодняшний день, благодаря созданной сети электронной регистратуры пациенты привыкли оформлять прием к врачу в свободное для себя время. Такие возможности позволяют также гораздо эффективней распределить рабочее время медицинских работников и согласовать его с установленным объемом нагрузки на медицинский персонал.

Проектирование и размещение медицинских организаций должно происходить с соблюдением санитарно-гигиенических норм и обеспечением комфортных условий для пребывания пациентов.

Цена на медицинские услуги определяется согласно особенностям производства и обращения этого специфического «товара». На сегодняшний день на отечественном рынке превалирует затратный метод формирования цен на медицинские услуги, что означает включение в структуру их цены суммы затраченных на предоставление медицинских услуг расходов на оплату труда с начислениями на социальное страхование, лекарственных препаратов и материалов, перевязочных средств, амортизационных отчислений на восстановление износа основных фондов, расходов на коммунальные услуги и других расходов.<sup>40</sup>

---

Издательство "Проспект". – 2013. – 888 с.

<sup>40</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ №1631н от 29 декабря 2012 г. «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными организациями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/5494-prikaz-minzdrava-rossii-ot-29-dekabrya-2012-g-n-1631n> (Дата обращения: 12.12.15)

В последние годы в нашей стране в процессе развития здравоохранения сформировались данные группы цен: государственные цены на платные медицинские услуги, бюджетные оценки медицинской услуги, договорные цены, тарифы на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию.

Для учреждений здравоохранения во время внедрения новых условий хозяйствования получила распространение первая группа цен. Поскольку величина бюджетных оценок и внутреннее строение не зависят от реальных издержек медицинской организации, их только лишь условно возможно определить, как цену на рынке. Согласно бюджетной классификации расходов медицинских учреждений формируются бюджетные оценки, а также в зависимости от установленных объемов финансирования их деятельности. Работа медицинских организаций строилась согласно сметам годовых или квартальных расходов, выступающих как совокупная «цена» их услуг. В условиях современной реформы государственных бюджетных учреждений здравоохранения, развитием автономных медицинских учреждений осуществляется переход к нормативному методу их финансирования.

С увеличением объема оказания платных медицинских услуг стали вырабатываться учрежденские и территориальные прейскуранты, в основу которых были заложены государственные цены на платные услуги, складывающиеся из традиционных элементов – это себестоимость и прибыль. Согласно соответствующим статьям расходов устанавливались нормы материальных и трудовых затрат и нормативы рентабельности, которые определяют величину прибыли в процессе ценообразования оказываемых бюджетными исполнителями платных медицинских услуг. При оказании услуг населению существенной проблемой применения государственных цен является их утверждение в виде прейскурантов и обязательство применения всеми бюджетными медицинскими

организациями. Договорные цены применяются в процессе оказания медико-социальных услуг населению согласно программам добровольного медицинского страхования (ДМС). По утверждению и формированию цены наиболее свободны.

Государственные цены служат основой формирования цен на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию. Любое государственное медицинское учреждение финансируется в основном из двух источников – субсидий из государственного бюджета и средств страховых фондов. Из-за этого в тарифы на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию не входят статьи расходов, финансируемые из бюджета. Выбор единицы расчетов при формировании тарифов на медицинские услуги имеет важное значение в условиях обязательного медицинского страхования. «Один койко-день» «одна медицинская услуга», «законченный случай лечения», «оплата по факту», (манипуляция), - являются наиболее распространенными критериями расчета. Вследствие чего можно выделить четыре системы взаиморасчетов страховых медицинских организаций и лечебных учреждений.

1. Оплата за койко-день – это наиболее распространенный и простой метод расчета стоимости больничных услуг, который оказывается застрахованным. Весь расходный бюджет медицинской организации делится на общее число дней, которых пациент провел в течение определенного периода времени (обычно года) в лечебных отделениях стационара. В отделениях больницы медицинское учреждение выписывает счета страховщику в соответствии с количеством проведенных койко-дней пациентами. Предварительно осуществляется расчет стоимости одного койко-дня в данной больнице. Недостаток данного метода заключается в обобщенности расчетов, отсутствии персонифицированных оценок затрат на лечение каждого больного. Также для больницы появляется заинтересованность в удлинении сроков пребывания больных в стационарах.

Например, после отказа больниц и страховщиков от данной системы взаиморасчетов в 1984 году во Франции коечный фонд сократился на 20%. Хотя данный метод в некоторых странах действует до сих пор. Например, в Германии во время обязательных переговоров между страховыми фондами и земельными ассоциациями больниц определяется стоимость койко-дня. Данные договорные тарифы утверждаются правительствами земель.

2. Оплата по факту, которая осуществляется через возмещение издержек больницы за базовый период. Также такая система взаиморасчетов носит название метода глобального бюджета. Бюджет больницы на предстоящие год утверждается согласно результатам всестороннего анализа смет расходов больниц за предшествующий период, который должен профинансироваться страховым фондом. Представители трех сторон принимают участие в данном анализе: страховые организации, местные администрации и лечебно-профилактические медицинские организации. Бюджет больницы может урезаться в том случае, когда независимые эксперты посчитают возможным сокращение расходов больниц. Неточность взаиморасчетов является главным недостатком такой системы.

3. Оплата за оказанные больничные услуги. Ежегодно согласовываются страховыми компаниями и больницами тарифы на медицинские услуги, подлежащие к оплате, а при необходимости и местными администрациями. Недостаток – стимул для оказания пациентам дополнительных, избыточных услуг.

4. Оплата за законченный случай лечения – это на сегодняшний день наиболее распространенная система взаиморасчетов, исключая усредненную оплату за койко-день, которая приводит к невозможности контроля роста цен за лечение в отделении стационара. За основу данного метода образования тарифа во многих регионах РФ взято использование клинко-статистических или клинически-связанных групп заболеваний

(КСГ). Группа ученых Йельского университета в США в 1989 году создала механизм финансирования программы «Медикэр», в которой предусматривалась система предварительной оплаты «за диагноз» за каждый случай госпитализации. Специалисты проклассифицировали встречающиеся в госпитальной практике несколько миллионов историй болезней и систематизировали многообразные патологии вследствие чего было сформировано 467 родственных по диагнозам групп. Оплата по диагностически-связанным (клинически-связанным) группам заболеваний (diagnosis-related groups / DRG) является наиболее популярным методом оплаты стационарной помощи в Европе, по примеру США. Клинически-связанные группы – укрупненная классификация, которая объединяет в группы заболевания, сходные по ресурсоемкости (однородные по стоимости, структуре затрат и потребляемым в ходе лечения ресурсам, продолжительности лечения) и однородные по диагнозу (клинически однородные). В русскоязычной литературе можно встретить следующие, обозначающие близкие, но различающиеся по смысловым оттенкам, понятия:

1. клинико-статистические группы (КСГ);
2. клинико-затратные группы (КЗГ);
3. диагностически-связанные группы (ДСГ).<sup>41</sup>

При этом необходимо отметить, что в регионах РФ оплата стационарной помощи на основе КСГ не является универсальной, наряду с ней применяются оплата по числу фактически проведенных в стационаре пациентом койко-дней, по средней стоимости лечения больного в профильном отделении, метод глобального бюджета, по смете расходов и др.

Введение в практику системы DRG через некоторое время было названо «единственной и наиболее влиятельной послевоенной инновацией в медицинском финансировании». Подобная классификация изначально

---

<sup>41</sup> Paris V., Devaux M., Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. Paris: Organisation for economic co-operation and development (OECD Health Working Papers № 50). 2010. 140 p.



разрабатывалась с целью добиться лучшей оценки эффективности деятельности стационара. Оплата за законченный случай лечения применяется также в организациях амбулаторной помощи в ряде регионов РФ.

Следует кратко представить описание методики расчета КСГ. Системно органианный классификатор стал базой систематизации (кардиология, болезни желудочно-кишечного тракта, урология и т.д.), который включал 26 категорий заболеваний. Каждая категория объединялась по анатомическому принципу, по типу операции или иной медицинской процедуры с учетом наличия соответствующих заболеваний, возраста и исхода заболевания, по анатомическому принципу, а также стоимости и сроку лечения. Выработаны стандарты применяемых медицинских технологий, сгруппированные на основе двух обобщающих показателей: величины стоимости каждой нозологической формы и детального перечня лечебно-диагностических процедур для каждого диагноза. Определялись стандарты затрат для каждой группы, расчет которых проводился, учитывая специфику деятельности медицинской организации, медицинской технологии, которая применялась, диагностики и лечения. Согласно двум критериям определялись стоимостные показатели групп: нормативные сроки лечения и нормативные денежные затраты на диагностику и лечение.

С целью определения стоимости лечения больного была разработана условная шкала цен. По данной шкале средний больной получал весовой индекс «1». В зависимости от длительности пребывания и сложности лечения в стационаре остальные больные сравнивались относительно среднего весового индекса. Цена на лечение больного из каждой группы вычислялась путем умножения стоимости весового индекса на величину весового индекса конкретной группы. Причем ежегодно пересматривается цена одной единицы весового индекса.

Системой предварительной оплаты называется система взаиморасчетов

с помощью КСГ, потому что тарифы на лечение устанавливаются и утверждаются заранее, а после установления диагноза, согласно стоимости лечения по данной КСГ, больница выписывает счет.

Данная система оплаты, по сравнению с остальными, имеет ряд преимуществ, побуждает больницы к снижению нерациональных затрат на оказание комплекса медицинских услуг, дает возможность сокращения длительности пребывания больных в стационарах, позволяет связать объем и качество медицинской помощи с объемом финансирования медицинских учреждений вследствие чего является средством нормативного контроля за качеством лечения.

Подведем итоги. Социальное государство – это «государство, которое признает свою ответственность за удовлетворение основных социальных потребностей граждан и предпринимает для этого соответствующие практические усилия».<sup>42</sup> Политика в области охраны здоровья является неотъемлемой составной частью социальной политики любого государства. Государственные инвестиции в здравоохранение должны включать в себя интеграцию социальной и экономической политики, переход от перераспределительного к стимулирующему государству, а также развитие экономики через инвестиции в человеческий капитал. В системе здравоохранения триада функций – профилактика, наука и лечение – включают в себя формирование эффективной модели ее организации, оптимизацию функционирования системы, научное обоснование оптимальных управленческих решений, а также оценку эффективности ее деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что направления формирования современной российской модели здравоохранения должны строиться путем использования концепции преимущества наилучших практик разных стран мира, воссоздания традиций российской медицинской школы в направлении повышения эффективности работы отрасли путем усилия

---

<sup>42</sup> Конституция Российской Федерации, статья 7. URL:<http://www.constitution/> (дата обращения: 20.10.15).

регулирующей роли государства. Современное состояние рынка медицинских услуг и тенденции его дальнейшего развития будут зависеть от степени изученности структуры медицинского рынка каждого субъекта Российской Федерации и выявления возможности определения рационального вектора развития в управлении здравоохранением региона.

## **Глава II. Организация и управление системой здравоохранения в Республике Татарстан**

### **2.1. Анализ современных тенденций и проблем развития системы здравоохранения в Республике Татарстан**

Для преодоления временных проблем в системе здравоохранения, таких как недостаточное финансирование, все еще слабая материально – техническая база медицинских организаций, высокий уровень заболеваемости и смертности населения, недостаточная укомплектованность медицинскими специалистами с необходимым уровнем профессиональной подготовки, дефицит доступных и качественных лекарственных препаратов на федеральном, региональном и муниципальном уровнях разрабатываются и внедряются целевые программы различной направленности.

Трактовка «целевая» обозначает направление программы на реализацию поставленной цели, которая имеет социально – экономическую, эпидемиологическую основу или валео–демографическую. В связи с этим, целевые программы в отрасли здравоохранения представляют собой «комплекс мероприятий научно–исследовательского, экспериментального, производственно – технологического, организационного, социально – экономического, социально – гигиенического, санитарно – экологического, медико – демографического, медико – экономического характера, которые позволяют эффективно разрешать социально значимые проблемы в области охраны и восстановления здоровья населения в целом или отдельных категорий граждан»<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Голухов Г.Н., Райзберг Б.А., Акимов А.В., Шиленко Ю.В. Управление медико – производственным комплексом: организационно – экономический аспект. – М: Изд. Фонда «Клиники XXI века», 2003. – с.62

Стратегические направления развития отрасли здравоохранения на территории Республики Татарстан определяются Указами и Посланиями Президента Республики Татарстан Государственному Совету Республики Татарстан. Законами Республики Татарстан обеспечивается правовая основа развития здравоохранения, которые в допустимой мере конкретизируют нормы федерального законодательства.

Тактические направления развития здравоохранения детализируются постановлениями и распоряжениями Кабинета Министров Республики Татарстан, утверждающими планы реализации Посланий Президента Республики Татарстан Государственному Совету Республики Татарстан, Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан, а также конкретные организационные мероприятия по развитию различных служб и учреждений здравоохранения.

Министерство здравоохранения в Республике Татарстан реализует управление профилактической и лечебной деятельностью системы здравоохранения, управление специализированной и санитарно–авиационной скорой медицинской помощью; обеспечивает установление региональных стандартов медицинской помощи, регулирует в установленном порядке отношения, возникающие в сфере обращения лекарственных средств, санитарно–эпидемиологическое благополучие населения.

В настоящее время для достижения поставленных целей отрасли здравоохранения реализуются не только федеральные целевые программы в Республике Татарстан, а также ряд программ регионального и муниципального уровней, которые приняты Министерством здравоохранения Республики Татарстан и Управлением здравоохранения города Казани.

Особенностью целевых программ становится их бюджетное финансирование с полным отсутствием средств обязательного медицинского

страхования, так как целевые программы, чаще всего, являются затратными, с большим сроком реализации и нацеленными на достижение определенных задач, что не укладывается в принципы обязательного медицинского страхования.

Необходимо рассмотреть некоторые из них и оценить экономическую эффективность от их внедрения.

По данным решения итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан «Об итогах деятельности Министерства здравоохранения Республики Татарстан в 2014 и начале 2015 годов» от 6 февраля 2015 года ожидаемая продолжительность предстоящей жизни населения возросла, и составила 72,2 года (2013 г. – 72,1), показатель рождаемости за 2014 год составил 14,8 на 1000 населения, что соответствует показателю рождаемости за 2013 г.; показатель смертности населения вырос на 0,8 процента, и составил – 12,2.

Зарегистрирован рост смертности на 6,1 процента от состояний, входящих в XVIII класс болезней (от прочих причин смерти), в том числе на 2 процента – смертности от старости; показатель смертности трудоспособного населения в сравнении с 2013 г. повысился на 1,9 процента. На 3,1 процента вырос показатель смертности от новообразований, на 1,1 процента – смертность от самоубийств.

Число состоящих на учете с диагнозом злокачественные новообразования больных составило на конец 2014 года 86 285 чел. Доля больных, состоящих на учете 5 и более лет, повысилась на 54,3 процента (2013 г. – РТ – 54,1 процента, РФ – 51,7 процента), доля пациентов, выявленных на I-II стадиях заболевания составила 57,0 процентов (2013 г. – 55,7 процента). Показатель запущенности снизился на 0,5 процента, показатель одногодичной летальности пациентов – на 1,0 процент.

Высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях 15 республиканских клиник получили 18 720 чел., что составило 12,2 процента

от общего объема ВМП в России (153,4 тыс.), оказанной в 304 медицинских организациях, подведомственных субъектам РФ.

В 2014 году открыты сосудистые центры на базе Альметьевской центральной районной больницы и ОАО «Городская клиническая больница №12» г. Казани. В 17 сосудистых центрах госпитализировано 14 015 больных с острым инсультом.

Всего госпитализировано 10 687 пациентов с острым коронарным синдромом, в том числе 4 184 чел. с острым инфарктом миокарда. Выполнено 3 822 экстренных диагностических коронарографий, 2 366 экстренных стентирований коронарных артерий, проведено 352 тромбоза при ишемическом инсульте.

В 2014 году финансирование здравоохранения Республики Татарстан составило 44,5 млрд. руб. Увеличение средств связано с повышением заработной платы медицинского персонала, ежегодной индексацией расходов на приобретение медикаментов, продуктов питания и коммунальных расходов.

Из федерального бюджета привлечено 2,3 млрд. руб., на оказание высокотехнологичной медицинской помощи – 0,2 млрд. рублей. В 2014 году стоимость «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан» составила 42,2 млрд. руб., что выше установленного норматива по РФ. Объем помощи в круглосуточных стационарах уменьшился на 6,6 процента, амбулаторно-поликлинической помощи увеличился на 1,5 процента; объем помощи в дневных стационарах вырос на 10,8 процента, оказание скорой медицинской помощи – на 0,9 процента. По оперативным данным, исполнение Территориальной программы ОМС составило 97,6 процента. Соотношение средств бюджета и средств ОМС в стоимости Программы государственных гарантий в 2014 году составила 34 процента и 66 процентов соответственно.

Коечный фонд учреждений здравоохранения Республики, реализующих Программу государственных гарантий, составил 24 091 круглосуточную койку (2013г. – 25 843); пролечено 767 326 больных (2013г. – 782 239 чел.). Средняя занятость круглосуточной койки составила 348 дней. Выполнение плана в амбулаторных условиях составило 98,7 процента и 7,8 посещений врача на одного жителя республики. Число лиц, обслуженных службой скорой и неотложной медицинской помощи – 337 на 1000 жителей.

С 1 января 2014 года в связи с увеличением минимального размера оплаты труда проведено повышение заработной платы работников бюджетной сферы путем увеличения суммы должностных окладов работников на 6,7 процента; увеличены оплаты врачам-терапевтам, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики с 10,0 тыс. рублей до 15,0 тыс. рублей; врачам специалистам в поликлинике – с 4,8 тыс. рублей до 7,3 тыс. рублей. Увеличены размеры должностных окладов медицинских работников государственных учреждений здравоохранения: врачам – на 5 процентов, среднему и младшему медицинскому персоналу – на 15 процентов.

Установлены дополнительные ежемесячные выплаты водителям выездных бригад скорой медицинской помощи в размере 3,0 тыс. рублей, увеличены выплаты врачам станций и отделений скорой медицинской помощи с 5,0 до 10,0 тысяч рублей, среднему медицинскому персоналу станций и отделений скорой медицинской помощи, фельдшерам – с 3,5 до 7,0 тыс. рублей, медицинским сестрам – с 2,5 до 6,0 тыс. рублей, среднему медицинскому персоналу территориальных участков амбулаторно-поликлинических учреждений – с 5,0 до 7,5 тыс. рублей.<sup>44</sup>

«В результате проведенных в республике мероприятий, можно сделать

---

<sup>44</sup> Решение коллегии Министерства здравоохранения «Кадровое обеспечение здравоохранения РТ. Проблемы. Пути решения» от 30 сентября 2015 года. URL://http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/%D0%A0%D0%B5%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F.pdf



вывод, что социальную поддержку медицинских кадров следует рассматривать как выгодную инвестицию в развитие здравоохранения субъекта Российской Федерации, а не как вид финансовых издержек бюджета. Комплекс социальных мер должен быть направлен на сопровождение и поддержку медицинского работника не только во время всей его трудовой деятельности, но и после выхода на пенсию.

С целью совершенствования кадровой политики в здравоохранении в Республике Татарстан и эффективного использования имеющихся ресурсов необходимо повышение профессионального уровня врачей и среднего медперсонала, мотивации к качественной работе, развитие профессионального менеджмента, а также повышение эффективности деятельности и усиление роли сестринского персонала в оказании медицинской и медико – социальной помощи населению республики.

Одним из ключевых факторов, определяющих конкурентоспособность Республики Татарстан, является развитие человеческого капитала, приобретение гражданами навыков и компетенций, соответствующих квалификационным требованиям сегодняшнего и завтрашнего дня. Ускоренное распространение технологий и инноваций, рост наукоемкости производственных процессов ставят новые задачи перед профессиональными образовательными организациями. Без гибкой и адаптивной системы профессионального образования невозможно обеспечить качественный экономический рост, а также повышение благосостояния населения республики.

Кардинальные структурные изменения в российской экономике за годы реформ и соответствующие изменения спроса и предложения на рынке труда ведут к проблемам несоответствия высшего образования требованиям рынка труда. В связи с чем необходима адаптивная система образования, быстро реагирующая на запросы рынка труда, стимулирующая экономический рост, воспроизводящая специалистов, способных эффективно работать в

конкурентной экономической среде.»<sup>45</sup>

В рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения получено из федерального бюджета в виде субсидий, межбюджетных трансфертов, иммунобиологических препаратов и медицинских услуг на сумму более 1,6 млрд. рублей. Софинансирование мероприятий из средств консолидированного бюджета РТ составило более 1,8 млрд. рублей.

Количество записей на прием к врачу через ЕГИС электронное здравоохранение РТ составило 4 641 231. Из них 3 541 400 - через Портал государственных услуг РТ, мобильное приложение и электронные терминалы (запись на первичный прием), 451 400 - запись по телефону, количество записей на прием к врачу через АРМ врача - 1 189 831; общее количество поликлинических и стационарных случаев, заведенных в системе (сдача счетов-реестров) - 2 634 002, общее количество графиков приема врачей в ЕГИС ЭЗ РТ - 5 199.

Рассмотрено 976 обращений граждан, прокуратуры и ведомств по вопросам качества медицинской помощи и медицинских экспертиз, по 576 случаям проведена ведомственная проверка, по результату которых 11 процентов обращений признано обоснованными (на 4 процента меньше, чем в 2013 году).

Увеличился объем средств федерального бюджета на лекарственное обеспечение по сравнению с 2013 годом на 12,7 процента. На обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами и по 7 финансово-затратным заболеваниям выделено 2,346 млрд. руб. По данным отделения Пенсионного Фонда РФ по РТ отпущено лекарственных препаратов на общую сумму 1180,06 млн. руб., что на 10,6 процента больше 2013 года (1067,28 млн. руб.). Общее количество граждан, имеющих право на

---

<sup>45</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

безвозмездное обеспечение изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами в рамках реализации региональной программы составило 305228 чел. (увеличение на 5,2 процента); бюджетом РТ профинансировано 693,92 млн. рублей, отпущено лекарственных средств на сумму 715,7 млн. руб. по 646900 рецептам (рост объемов отпуска на 32,7 процента по сравнению с 2013 годом).

Объем доходов, полученных государственными медицинскими организациями здравоохранения РТ от осуществления деятельности, приносящей доход, в 2014 году составил 3 139,5 млн. рублей, что больше, чем в 2013 году (2 969,4 млн. рублей); из них платных медицинских услуг было оказано на сумму 2 823,4 млн. рублей, исполнение плана составило 113 процентов.

Контрольно – ревизионным отделом Минздрава РТ проведены 23 проверки целевого, эффективного использования и сохранности имущества, переданного во временное пользование по договорам аренды и безвозмездного пользования, соблюдение законодательства в сфере размещения заказов на поставки товаров, работ и услуг.

«С целью привлечения кадров реализуется программа по предоставлению единовременных компенсационных выплат (в 2014 году привлечено 48 чел.), программа предоставления грантов Правительства РТ

(по итогам проведенных 8 конкурсов гранты предоставлены 200 врачам).»<sup>46</sup> Минздравом Республики Татарстан в 2014 году было выдано 125 целевых направлений для поступления в Казанский государственный медицинский университет. Реализуется социальная программа адресной подготовки врачей для муниципальных образований (набор составил 39 человек). Переведен с медико-профилактического факультета Казанского государственного медицинского университета на лечебный факультет на

---

<sup>46</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

условиях софинансирования обучения за счет внебюджетных средств специализированных республиканских учреждений 31 студент. На базе Казанского (Приволжского) федерального университета за счет целевых средств проходят обучение на медицинском факультете 50 человек по специальности «лечебное дело».

В среднем по республике доля медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, составляет 35 процентов. В 2014 году Республиканской аттестационной комиссией Минздрава РТ проведено 73 заседания, на которых были присвоены 876 высших, 300 первых и 122 вторых квалификационных категорий; отказано в присвоении квалификационной категории 11 врачам.

В рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения осмотрено 544870 человек, или 87,5 процентов от годового плана (622 560 чел.); за оказанные медицинские услуги приняты к оплате реестры счетов на 541 522 случая на сумму 678 588 476,10 рубля. Впервые выявлено 106 207 заболеваний; 30,0 процентов составили болезни системы кровообращения. 24,5 процента - болезни эндокринной системы и расстройства питания, 14,6 процента - заболевания мочеполовой системы, 9,8 процента – заболевания органов пищеварения. «По сравнению с 2013 годом на 15,0 процентов больше установлено случаев риска новообразований, в 2,3 раза - случаев злокачественных новообразований.

В настоящее время перед здравоохранением стоит задача перехода от дорогостоящей модели обеспечения здравоохранения по обращаемости больных к профилактической модели, соответственно которой медицинские организации смогут прогнозировать изменение здоровья людей, предотвращать развитие заболеваний и их осложнений, эффективнее оказывать помощь, сокращая расходы и в то же время, повышая качество жизни пациентов. Регулярное прохождение диспансеризации позволит каждому в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее

опасных заболеваний, или выявить их на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно и, следовательно, есть возможность не допустить или снизить тяжесть течения имеющихся болезней и частоту развития осложнений.»<sup>47</sup>

## **2.2 Целевые ориентиры и приоритеты развития регионального здравоохранения**

Современная модель здравоохранения находится в периоде значительного роста инноваций, которые направлены на повышение продолжительности жизни и ее качества, точности в диагностике и лечении, а также эффективности и результативности функционирования системы здравоохранения, предлагаются новые возможности для улучшения системы охраны здоровья населения.

В условиях плана долгосрочного социально – экономического развития, представленного в подпрограмме профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни и развития первичной медико – санитарной помощи в Республике Татарстан Государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года», одной из целей становится сохранение и укрепление здоровья населения на основе обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению и формирования здорового образа жизни.

Ключевым фактором, влияющим на повышение эффективности реализации мероприятий подпрограммы, является необходимость формирования в обществе понимания и принятия культуры взаимных обязательств. Данное понимание должно содержать не только наличие

---

<sup>47</sup> Зиганшина З.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки - №138, 2016. (0,5 п. л.)

государственных обязательств по обеспечению государственных гарантий и охраны здоровья, но и гражданских обязательств заботы о собственном здоровье, соблюдению определенных норм и правил. В значительной мере данная культура способна оказать влияние на улучшение здоровья населения и не допускать вреда здоровью или его коррекцию на самых ранних стадиях, что также снижает темпы увеличения нагрузки на звено стационарной медицинской помощи и способно позволить направление дополнительных финансовых ресурсов на увеличение объема государственных гарантий оказания медицинской помощи для сложных медицинских случаев.

В связи с этим формирование здорового образа жизни у граждан должно поддерживаться мероприятиями, которые направлены на информирование граждан о возможных факторах риска их здоровью, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий необходимых для снижения уровня и распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний. Здоровый образ жизни граждан предусматривает отказ от потребления наркотиков и табака, злоупотребления алкоголем, а также предотвращающее развитие ожирения – рациональное питание и наличие достаточного уровня физической активности. Важнейшим условием в уменьшении степени выраженности биологических факторов риска и снижении вероятности развития артериальной гипертонии, повышении уровня холестерина и глюкозы в крови является ведение здорового образа жизни, отсутствие поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний.

Подпрограмма предусматривает совершенствование системы мер по снижению количества лиц, зараженных инфекционными заболеваниями, включает в себя:

- профилактику ВИЧ, вирусных гепатитов В и С;
- реализацию Национального календаря прививок.

Задачи по выявлению злокачественных новообразований на I - II стадиях заболевания являются наиболее важными задачами в рамках развития медицинской профилактики и диспансеризации населения, а также важна организация дифференцированных скрининговых исследований в субъектах Российской Федерации в зависимости от уровня распространенности туберкулеза.<sup>48</sup>

В ходе диспансеризации программы комплексного медицинского обследования дифференцированы в зависимости от пола и возраста с периодичностью 1 раз в 3 года: первая диспансеризация – в 21 год, последующие – через каждые 2 года на протяжении всей жизни. Календарным годом для проведения диспансеризации считается год исполнения возраста, при достижении которого человек подлежит диспансеризации (см. Табл. 4).

Диспансеризация населения осуществляется из средств обязательного медицинского страхования абсолютно бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан и реализуется в два этапа: раннее выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний и дополнительное обследование и уточнение диагноза. Диспансеризацию можно пройти строго по территориально – участковому принципу.

---

<sup>48</sup> Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года» URL: [http://http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub\\_185598.pdf](http://http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_185598.pdf)

Таблица 4. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан в 2014 – 2015 гг.

Наименование показателя	Количество МО, проводящих медицинские осмотры в 2015 г.	План				Факт согласования предъявленным к оплате счетам				Средний тариф стоимости на 1 человека в 2015 году руб.
		2014 г.		2015 г.		2014 г.		2015г.		
		кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	кол-во человек	сумма, млн. руб.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7
Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	62	299 902	252,0	364 394	423,4	236 591	198,8	296 544	320,4	1080,45
Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних	62	238 028	66,5	286 687	68,2	238 028	66,5	275 231	65,4	237,75
Диспансеризация детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	61	6 004	15,7	5 707	19,4	5 897	17,8	5 720	18,1	3 165,93
Диспансеризация прибывающих в стационарных отделениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	22	1 682	3,8	1 481	5,3	1 682	5,0	1 490	4,6	3 114,63
Диспансеризация отдельных групп взрослого населения	87	622 560	1 369,7	606 661	1 380,6	541 522	681,5	562 506	698,3	1 241,41
Итого по Республике Татарстан	x	1 168 176	1 707,6	1 264 930	1 896,8	1 023 720	969,6	1 141 491	1106,8	x

Источник: Официальный сайт. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан URL: <http://fomsrt.ru/>



Таблица 5. Информация о распределении прошедших в 2013 – 2015 годах диспансеризацию взрослых граждан по группам состояния здоровья<sup>49</sup>

Распределение прошедших диспансеризацию взрослых граждан по группам состояния здоровья	2013	2014	2015
Всего	100%	100%	100
I группа – практически здоровые	48,6%	37,7%	32,7%
II – риск развития заболеваний	15,4%	19,0%	20%
III – нуждаются в доп. обследовании, лечении в амбулаторно – поликлинических или стационарных условиях, либо в ВМП	36,0%	43,3%	47,3%

*Источник:* Аналитическая информация. Официальный сайт. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан URL: [http://www.fomsrt.ru/about/analytic\\_information/index.php?ELEMENT\\_ID=3005](http://www.fomsrt.ru/about/analytic_information/index.php?ELEMENT_ID=3005)

Так, диспансеризация взрослого населения, проведенная в 2015 году, показала, что только 32,7% осмотренных практически здоровы, что меньше на 33% по сравнению с 2013 годом (Табл. 5). Основная же масса граждан, а это 47,3%, отнесены врачами к III группе здоровья, то есть все они имеют различные хронические заболевания, нуждаются в дополнительном обследовании и постоянном наблюдении и лечении, что на 24% больше по сравнению с 2013 годом.

Основной характерной чертой конкуренции является борьба за потребителя между участниками рынка. Победителем в ней является тот, кто обладает наибольшими конкурентными преимуществами. Конкурентоспособность, по мнению Дж. Сакса, – это универсальный измеритель для оценки того, все ли делает страна для повышения уровня жизни своего населения с учетом роста конкуренции на мировых рынках. Концепции конкурентных преимуществ. в середине прошлого века в

<sup>49</sup> Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fomsrt.ru/>, свободный (10.05.2016)

основном были сосредоточены на решении вопроса о наиболее эффективном распределении ограниченных производственных ресурсов. Наличие, доступность и рациональное использование финансовых и материальных ресурсов способны обеспечить государственным медицинским организациям необходимые конкурентные преимущества.

Только в Республике Татарстан на 1 марта 2016 года 2266 организаций здравоохранения и предоставления социальных услуг учтено в Статистическом рейтинге хозяйствующих субъектов. Из них 478 государственных и муниципальных организаций, 1607 частных и 23 организации смешанной формы собственности, что говорит о росте числа клиник коммерческой медицины по сравнению с 2015 годом на 8%.<sup>50</sup> Однако структура доходов коммерческого сектора медицины начала меняться. В среднем более половины пациентов частных клиник – это владельцы полисов добровольного медицинского страхования (ДМС), число которых начало снижаться – по количеству выданных полисов рынок ДМС сократился на треть, а также клиники столкнулись с задержками выплат страховыми компаниями денег за обслуживание пациентов. В этих условиях клиники начали диверсифицировать деятельность в пользу увеличения объемов продаж своих услуг: развивать собственные каналы привлечения пациентов, предлагать разнообразные программы годового обслуживания взамен страховых полисов, пакетные предложения на диагностику и обследования и т.д. Фактически, это вылилось в кардинальную перестройку бизнеса по всем направлениям – администрирование, ценовая политика, маркетинг и сервис, а также способность медицинских центров самостоятельно привлекать клиентов с рынка, что и будет определять уровень их конкурентоспособности и финансовой стабильности в дальнейшем.

---

<sup>50</sup> Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://tatstat.gks.ru/>, свободный (10.05.2016)

Рынок коммерческой медицины, проявляя свою агрессивность в условиях кризиса, выглядит в настоящее время менее технологичным и стандартизированным, что связано с фазой развития, в которой он находится, его становлением, а также наличием мощного конкурента – государственной медицины. Вследствие этого ни один проект на рынке частной медицины не похож на другой и представляет собой предложение, которое его создатели реализуют исходя из собственного опыта, понимания рынка и наличия подходящих для этих целей ресурсов.

Фактором успеха на рынке, согласно концепции Г. Хэмела и К. К. Прахалада, является интеллектуальное первенство. Важнейшим условием лидерства Г. Хэмел и К. К. Прахалад называют умелое использование «базовых 20 функциональностей продукта» и «ключевых компетенций». Потенциальные возможности развития и нового использования продукта подразумевает в себе первое понятие, второе включает знания и умения, которые шире должностных обязанностей людей. Ключевые компетенции могут позволить выйти с другими предложениями в условиях, когда какой – то конкретный товар не пользуется спросом.<sup>51</sup>

Организации – революционеры, согласно концепции, заберут у традиционных компаний их рынки и потребителей, а еще и лучших работников и, даже активы. Конкуренция на рынке медицинских услуг – это уже не только «услуга против услуги», «эффективность против неэффективности», а «нелинейная инновация против линейной». Инновации в здравоохранении предполагают создание, реализацию и маркетинг новых услуг и продуктов, направленных на качественные изменения диагностики, лечения, образования и обучения, социальной поддержки, предупреждения болезней и исследований в этой сфере, которые осуществляются с долгосрочными целями улучшения качества, безопасности, результата и

---

<sup>51</sup> Абаева Н. П. Конкурентоспособность организации / Н. П. Абаева, Т. Г. Старостина ; под ред. Т. Г. Старостиной. – Ульяновск : УлГТУ, 2010. с. 20-32.

эффективности.<sup>52</sup>

Большинство клиник сегодня выбирают стратегию привлечения клиентов новыми программами обследований и качеством сервиса чтобы удержаться на рынке в условиях наступившего кризиса и обострившейся конкуренции. Маркетинговым трендом последних лет становятся различные программы комплексных обследований, предлагаемых коммерческими медицинскими центрами. Комплексная диспансеризация дает базовое понимание о текущем состоянии здоровья человека, а для коммерческих медицинских центров – верный способ привлечения новых клиентов.

Для хорошо оборудованных клиник пакетные предложения на диагностику, в частности МРТ и КТ – один из наиболее эффективных способов привлечь новых клиентов. Исторически, еще со времен низкой обеспеченности рынка оборудованием, цены на такие услуги установились высокие, а их рентабельность была самой высокой в амбулаторной практике (доходила до 60%). Следовательно, у компаний существуют предпосылки для снижения цены, особенно это касается медицинских клиник, купивших оборудование до девальвации рубля по низкой цене.

Если рассматривать в целом возможности клиник по предоставлению скидок и снижению цен, то с учетом того, что многие из представленных на рынке Казани клиник находятся в инвестиционном цикле, эти предпосылки не столь существенны. В среднем рентабельность медицинского бизнеса составляет 8-20%. Так, прибыльность услуг амбулаторного лечения составляет 15-20%, стоматологии – 25%, рентабельность услуг по диагностике – от 35 до 60%.<sup>53</sup> Если же проект будет эффективным с точки зрения рынка, набора услуг, профессионализма врачей и т.п., окупаемость инвестиций составит примерно пять лет, появится возможность снижения

---

<sup>52</sup> Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире/ В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. с. 218-253.

<sup>53</sup> Зиганшина З.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки - №138, 2016. (0,5 п. л.)

цен на медицинскую услугу.

Цена на медицинские услуги в государственных медицинских организациях, предоставляемых на платной основе, должна существенно отличаться от цены частных коммерческих клиник. Это обстоятельство способствует сдерживанию развития в частной медицине сложных видов диагностики и современных методов лечения, а также, сокращения объема дорогостоящих платных диагностических услуг.

Серьезными проблемами диспансеризации в Республике Татарстан являются необходимость совершенствования законодательства, пересмотр системы финансирования профилактики, дооснащение медучреждений необходимым оборудованием и подготовка специалистов первичного звена в области профилактической медицины. Слабая пропаганда диспансеризации и низкая эффективность проводимой информационной кампании диктуют сегодня необходимость модернизации информационной поддержки привлечения населения к диспансерному обследованию, задействовав не только врачей, но и средства массовой информации, региональную власть, работодателей, которые на данный момент не заинтересованы в медосмотре своих сотрудников.

Главной целью модернизации и совершенствования законодательной базы должна стать необходимость стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни. Целесообразно законодательно закрепить снижение цены медицинских услуг для граждан, прошедших все этапы диспансеризации в рамках лечебно-профилактической медицинской организации, как механизма стимулирования индивидуальной ответственности пациента за собственное здоровье (см. рис. 5). Если же человек безответственно относится к своему здоровью, вполне возможна постановка вопроса ограничения гражданина в объемах получения бесплатной профилактической медицинской помощи.



Рис. 5. Механизм сокращения цены медицинской услуги

Источник: составлено автором.

В ряде европейских стран за неявку на плановое бесплатное обследование в следующий раз обратившегося принимают только за плату. Healthcare management (управление здоровьем персонала) рассматривается в экономически развитых странах как один из важных методов, в процессе использования которого HR-отделы получают возможность минимизировать издержки компаний, а также стимулировать работников к прохождению диспансеризации. Бизнесу куда дороже обходится больной сотрудник, чем экономия на условиях труда.

Крупные российские компании на healthcare management обратили внимание относительно недавно, между тем для нас указанная проблема остается актуальной, так как из-за не прохождения всех этапов диспансеризации, и болезни наша экономика, по оценкам ученых РАН и Минздрава России, теряет около 1,4% ВВП.<sup>54</sup> О полноценном healthcare management в Российской практике говорить рано, однако самым традиционным вариантом, позволяющим контролировать здоровье персонала

<sup>54</sup> HR-Portal (HR-Сообщество и публикации). [Интернет]. URL: <http://www/hr-portal.ru/article/zdorove-personala-golovnaya-bol-rabotodatelja>

должна стать система стимулов прохождения всех уровней диспансеризации сотрудниками.

Таким образом, с точки зрения эффективности бизнеса системное прохождение диспансеризации важно, поскольку это:

1. мощный мотивационный стимул, образующийся из двух компонентов:
  - создание системы управления здоровьем существенно влияет на показатели работоспособности и уровень здоровья сотрудников;
  - забота о здоровье сотрудников повышает лояльность семьи к компании и долгосрочность работы сотрудника в компании;
2. элемент корпоративной культуры, отличающий компанию от конкурентов;
3. фактор, который способствует улучшению имиджа организации как работодателя.

Созданию конкурентных преимуществ способствует не только широкий набор предоставляемых услуг и масштабные инвестиции в оборудование, но и профессионализм врачей и их способность работать в команде, что является одной из важнейших проблем рынка коммерческой медицины. В кризис на рынке развернулась борьба между частными медицинскими центрами за высококвалифицированных врачей из государственного сектора, так как спрос на услуги напрямую зависит от авторитета и квалификации врача. Все больше усложняющиеся диагностические системы требуют непрерывного роста квалификации медицинского персонала. Систему непрерывного образования в области медицины и здравоохранения необходимо сегодня развивать и на территории Республики Татарстан.

Одним из приоритетов развития здравоохранения также становятся современные информационные медицинские технологии, которые способны

существенно влиять на повышение доступности и качества медицинских услуг населению в сочетании с ростом эффективности планирования и управления ресурсами системы здравоохранения РФ на основе мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи. Согласно Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. целью информатизации системы здравоохранения выступает повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса информационного взаимодействия между организациями системы здравоохранения, органами управления здравоохранением субъектов РФ, а также федеральными органами исполнительной власти, которые обеспечивают реализацию государственной политики в области здравоохранения. Создается государственная информационная система персонифицированного учета оказания медицинской помощи (Система) в целях информационного обеспечения оперативного управления и планирования ресурсов системы здравоохранения, а также повышения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации, которая обеспечит оперативный учет медицинской помощи, учреждений здравоохранения и медицинских кадров и создаст надежную основу для решения ключевых задач управления отраслью. В рамках информатизации здравоохранения уже во многих регионах работает электронная регистратура, создаются электронные медкарты пациентов. Несмотря на начало внедрения, информационная система персонифицированного учета реализуется не в полной мере. В дальнейшем каждый застрахованный в системе ОМС должен получить доступ к своему личному онлайн кабинету. Через данный сервис пациент сможет получить информацию о стоимости оказанных ему медицинских услуг, за исключением помощи в тех организациях, которые не работают в системе обязательного медицинского страхования.

На наш взгляд, повышение эффективности управления финансовыми



потоками в ОМС требует надлежащего учета медицинской помощи, предоставляемой застрахованным и реализации двух главных принципов теории страхования: возвратности и индивидуальной персонификации. Введение системы персонифицированного учета средств застрахованных граждан в системе ОМС, подразумевающей предоставление полной и достоверной информации о финансовых средствах; заведение персональных электронных кабинетов, которые позволят создать условия для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ обязательного медицинского страхования, создать условия для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования, стимулировать к использованию необходимых медицинских услуг и диагностики потребителем, определить потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования и в случае недостатка средств нахождения гаранта в лице государства.

Также, информатизация здравоохранения повысит прозрачность оказанных медицинских услуг для граждан и станет стимулом для медицинского персонала заниматься реальной практикой, а не приписками неоказанных в реальности услуг населению.

Например, система безопасного здравоохранения Республики Корея состоит из трех направлений: государственной программы медицинского страхования, программы медицинского содействия и программы долгосрочного страхования – всеохватывающего медицинского страхования для всех граждан. Государственную программу страхования здоровья в Южной Корее можно упрощённо разделить на четыре части (рис. 6):

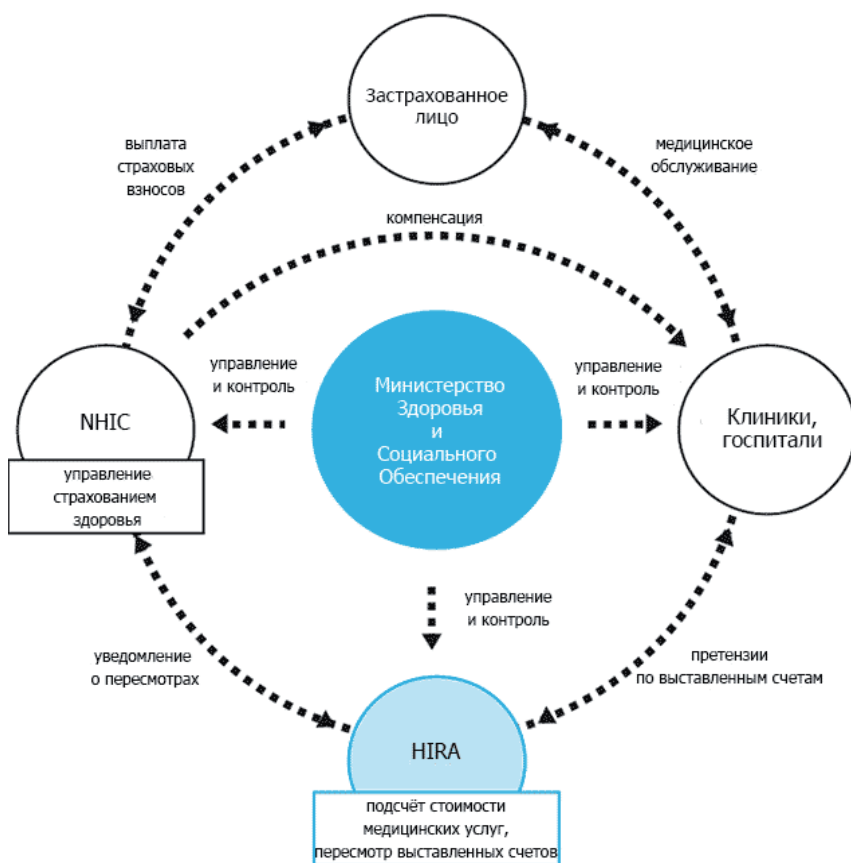


Рис. 6. Государственная программа страхования здоровья Республики Корея

Источник: Лечение за рубежом. URL: <http://viva-city.ru/articles/35>

1. МНВАФ (Министерство здоровья и социального обеспечения), отвечающее за общее регулирование и политические решения. Оно регулирует деятельность государственной программы страхования здоровья путём создания и внедрения ее на законодательной основе.

2. Государственная Корпорация Страхования Здоровья (NHIC), которая отвечает за управление государственной программой страхования здоровья, за регистрацию застрахованных лиц и членов их семей, осуществляет сбор взносов и контроль за оплатой медицинских услуг.

3. Агентство по Надзору за Страхованием Здоровья (HIRA), отвечающее за оценку стоимости медицинских услуг и распределение медицинских расходов. В результате получения медицинской помощи пациенту разрешена подача иска в HIRA с просьбой о пересмотре его медицинских расходов, а NHIC может возместить финансовые претензии.

4. Медицинские организации, предоставляющие услуги здравоохранения и управляемые, контролируемые MINHAF.

В Южной Корее государственная программа медицинского страхования имеет три источника финансирования: взносы, государственные субсидии и налоги на табачные изделия. Первым источником финансирования являются страховые взносы, которые вносятся застрахованными лицами и работодателями. Наёмные работники платят 5,08% от заработной платы. Работодатель и работник оплачивают поровну - по 50%. Взносы застрахованных предпринимателей являются индивидуальными и зависят от уровня их условного дохода. Условный доход вычисляется на основе имеющейся собственности, дохода, автомобиля, возраста и пола. Система уменьшения взносов существует для застрахованных граждан, проживающих на островной части Кореи или удалённых сельских территориях. Вторым источником финансирования является государство. Правительством предоставляется 14% от ежегодного запланированного бюджета программы. Третьим источником финансирования выступают налоги на табачные изделия. Они составляют 6% от запланированного бюджета программы. Система персонализированного учета заключается в наличии мотивационного механизма, возможности получения бонусов, которую целесообразно рекомендовать к созданию на территории Российской Федерации. Отчисления от заработной платы поступают на индивидуальные счета, далее застрахованное лицо может пройти предложенные ему профилактические осмотры и получить бонус. Однако, по истечению срока прохождения данного набора услуг или при

отказе от услуги, данный пакет услуг (определенная сумма от взносов) перераспределяется по индивидуальным счетам других участников государственной программы медицинского страхования Южной Кореи.

### **2.3 Социальное государственное партнерство как форма реализации новой модели управления здравоохранением**

Согласно концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 г. совершенствование предоставляемой населению медицинской помощи возможно лишь в условиях инновационного развития здравоохранения, создания медицинских услуг на основе внедрения в практику конкурентоспособных результатов медицинских научных исследований, перехода всех уровней системы к стандартизации медицинской помощи, а также целенаправленной подготовки специалистов, способных обеспечить внедрение научных достижений, что обуславливает необходимость формирования новой формы реализации модели управления системой здравоохранения – социального государственного партнерства.

Социальное государственное партнерство в здравоохранении – это сотрудничество в целях реализации приоритетных задач развития взаимодействующих отраслей посредством распределения выгод, затрат и рисков, осуществляемое на принципах долгосрочности, добровольности, управляемости, юридической обоснованности.

Как институт взаимоотношений между участниками кластера, партнерство представляет собой механизм установления интенсивных, тесных взаимоотношений, которые формируются в системе кооперации. Партнерство между участниками вырабатывает правила и нормы поведения, а также структуру и форму организации совместных процессов, которая

переходит в «высокую» степень — интерактивную координацию действий коллектива участников, обеспечивая синергию их совместных усилий. Функцией партнерства как института, является согласование интересов участников, создание условия сотрудничества на равных или взаимовыгодных условиях, создание относительного баланса интересов.<sup>55</sup>

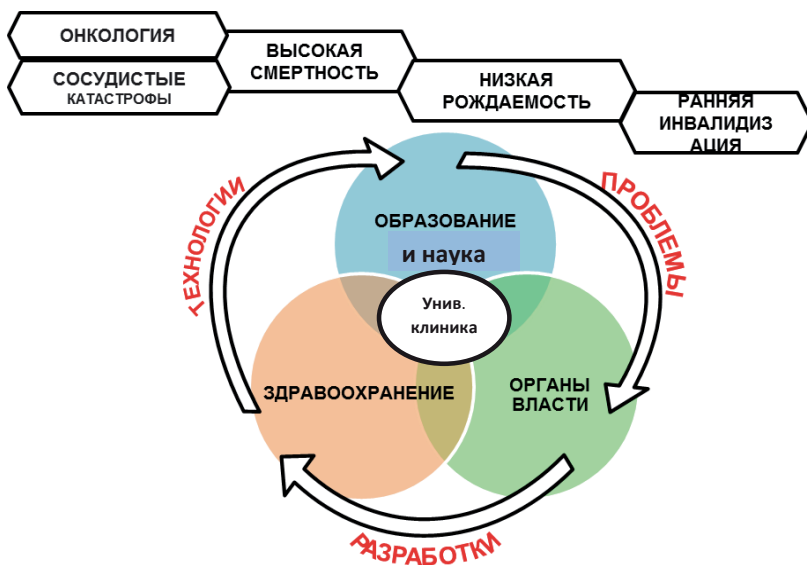


Рис. 7. Организационный механизм социального государственного партнерства в региональном здравоохранении

Источник: составлено автором.

«Организационный механизм социального государственного партнерства, созданного путем взаимодействия организаций отраслей социально – значимых услуг: здравоохранения и образования заключается в наличии трех «игроков», представляющих науку, практику и регулирующее государство в процессе создания «новых общественных благ» за рамками целей участников (см. рис.7).

<sup>55</sup> Кулубеков Р. Р., Самойлова Л. Б. Институциональный подход в исследование кластера // Молодой ученый. — 2014. — №4. — С. 557-561

Участники партнерства в рамках университетской среды не кооперируются, а вступают в коллаборативные отношения, интегрируя медицинскую помощь, образование и науку на основе эффективного коллегиального управления и принципах доказательной персонафицированной трансляционной медицины. Взаимодействующие отрасли обмениваются знаниями и практикой, формируя совместное видение в отношении мер адаптации к гиперизменчивой среде. Благодаря такому видению участники социального партнерства могут принимать более эффективные решения по сравнению с независимыми, применяя механизм коллективной фильтрации, а также эффективно объединять усилия для совместного создания новых услуг, применяя механизм коллективного создания инноваций. Причем это видение непрерывно корректируется в ходе взаимных согласований, формируя основу для генерирования инноваций в непрерывном режиме.

Данная форма по своему построению является универсальной и может быть реализована в процессе взаимодействия трех участников: отрасли образования, органов власти и различных отраслей (здравоохранение, промышленность, сельское хозяйство, строительство и т.д.).

«Инновационный характер предлагаемой формы в здравоохранении объясняется возрождением традиций, которые больше столетия назад показали, что опыт создания университетских клиник при Казанском Императорском университете для казанских медиков, профессоров университета бесценен, так как выходцами ее были опытные профессионалы, клиницисты, организаторы здравоохранения, прославившие не только казанскую, но и российскую медицинскую школу.»<sup>56</sup>

Целесообразно сделать вывод, что одной из целей участников социального государственного партнерства является создание эффективной

---

<sup>56</sup> Зиганшина З.Р., Попов М.Л., Геркина Е.А. Развитие отраслевого взаимодействия в глобализированной экономике // Экономические науки - № 7 (140), 2016. (0,5 п. л.)

системы оказания медицинской помощи. Классическим примером формирования такого рода партнерства является университетская клиника.



Рис. 8. Этапы создания Университетской клиники

*Источник:* составлено автором.

Созданное путем слияния организаций здравоохранения и образования Республики Татарстан на базе создания университетской клиники Казанского федерального университета социальное государственное партнерство – это новые возможности для развития кадрового потенциала данных отраслей, воспитания граждан с «инновационной культурой», заключающейся в повышении ответственности за собственное здоровье. Для коллектива врачей – практиков вхождение в университет — это уникальная возможность самореализации в целях создания конкурентного преимущества путем доступа к интеллектуальным и материальным ресурсам университета, получение результатов внедрения собственных разработок ученых путем

использования созданной технологической основы.»<sup>57</sup>

В соответствии с Решением Наблюдательного Совета Казанского Федерального Университета с участием Президента Республики Татарстан Р.Н. Минниханова от 28 апреля 2015 года, на основе трех действовавших государственных медицинских учреждений Республики Татарстан (далее - материнские учреждения), создана медико-санитарная часть федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Казанский (Приволжский) Федеральный университет – «Университетская клиника Казань».

В ходе подготовительных работ 13 августа 2015 года получена лицензия на осуществление медицинской деятельности №ФС-16-01-001411 в полном соответствии с объемами лечебно-профилактической помощи, оказываемой материнскими учреждениями (см. рис. 8).



Рис. 9. Сущность, сфера деятельности и целевые потребители университетской клиники.

Источник: составлено автором.

<sup>57</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)



По сути своей клиника — это инструмент практической реализации университетских научно-исследовательских проектов медико-биологического направления и других исследований в области жизнедеятельности и здоровья человека. В практическом здравоохранении существуют множество нерешенных проблем, требующих конвергенции компетенций различных специальностей и отраслей науки (см. рис. 9). Например, социологам, медикам, психологам необходимо выявить причины низких показателей здоровья населения и выработать механизм стимулирования человека больше внимания уделять своему здоровью, повысить ответственность за него, сделать его контакт с медицинской организацией, в первую очередь, как предупредительное (профилактическое) действие, а не обращение по случаю уже возникшего заболевания.



Рис. 10. Цели университетской клиники

Источник: составлено автором.

Также одной из целей создания университетской клиники Казанского университета является поиск эффективных методик – заменителей существующих медицинских технологий, подготовка специалистов,

владеющих навыками применения разрабатываемых медицинских технологий. Педагогический состав университета должен сам в совершенстве владеть этими методами для того, чтобы знакомить своих студентов с постоянно появляющимися новыми методами лечения. Наличие в университете своей собственной клиники несомненно скажется на уровне подготовки студентов и позволит содержать в штате высокопрофессиональных преподавателей (см. рис. 10).

Определенного научного интереса заслуживает, на наш взгляд, эволюция опыта медицинской деятельности в Казанском университете (Приложение 2). Особого внимания заслуживает факт наличия в составе «Университетской клиники Казань» хирургического отделения (ранее БСМП №2), колыбели сердечно-сосудистой хирургии Республики Татарстан. После Октябрьской революции здание, где располагалась БСМП 2, передали партийной школе, а во время Великой Отечественной войны здесь был развернут военный госпиталь. Главным консультантом был знаменитый хирург А.В. Вишневецкий. В 1959 году здание передали здравоохранению города Казани, был проведен капитальный ремонт и частичная реконструкция. В 1962 году в нем начала функционировать многопрофильная Городская клиническая больница №6. В 1985 году органам здравоохранения также передали расположенное рядом кафе «Кама», а позже было присоединено 3-этажное здание по улице Шмидта. С 13 декабря 2006 года больница была переименована в городскую Больницу скорой медицинской помощи №2.

В 6-ой городской больнице происходило становление кардиологической и сосудистой хирургии с 1962 года. Тогда на кафедре хирургических болезней №2, которую возглавлял Николай Петрович Медведев, в хирургическом отделении по его инициативе были выделены 12 коек для больных с патологией сердца и сосудов.

В 1963 году здесь стали проводиться операции при приобретенных, а в

1964 году при врожденных пороках сердца. В этот же год была проведена первая успешная операция на открытом сердце. В 1967 году была произведена первая успешная операция ушивания дефекта межжелудочковой перегородки в условиях искусственного кровообращения мальчику 5 лет. В период становления отделения были выполнены новаторские для того времени и республики операции и спасены тысячи человеческих жизней. В 1970 году на 30 коек было организовано специализированное кардиохирургическое отделение, в котором выполнялись операции по поводу открытого артериального протока, дефекта межпредсердной перегородки, дефекта межжелудочковой перегородки, частичного аномального дренажа легочных вен, стеноза легочной артерии, Триады Фалло, коарктации аорты, паллиативные операции при Тетраде Фалло. Производились также закрытые операции при приобретенных пороках сердца и имплантации кардиостимуляторов при блокадах сердца. Несмотря на трудности и отсутствие необходимого инструментария, сотрудники больницы экспериментально изучали технические приемы операций, практиковали проведение искусственного кровообращения.

С начала 1990-х годов в отделении кардиохирургии ведущими становятся операции в условиях искусственного кровообращения. С этого времени успешно выполняются операции при различных формах межжелудочковых дефектов и других сложных пороках развития сердца. Под руководством заведующего кафедрой Вячеслава Николаевича Медведева в 1988 году впервые в республике выполнено протезирование клапанов сердца и аортокоронарное шунтирование в 1993 году.

В 1968 году был организован Центр по внепечечным методам очищения организма (ЦВМО). Это четвертый центр в СССР, организованный для обслуживания больных с острой и хронической почечной недостаточностью.

ЦВМО занимается консультативно-диагностической, лечебной

помощью больным с почечной патологией в городе Казани. Также центр оказывает специализированную нефрологическую помощь, проводится гемодиализ, УФО крови, плазмаферез, искусственная печень. В 2015 году было проведено сеансов гемодиализа – 6000, плазмафереза – 8700, УФО крови - 450, искусственная печень – 15.

История образования РКБ №2 связана с поликлиникой спецлечения Татнаркомздрава. Поликлиника являлась самостоятельной структурной единицей и предназначалась для лечения и обслуживания больных из состава партийных руководителей, ученых заслуженных работников культуры. Приказом Министерства здравоохранения РТ от 04.05.2000 №433 Государственное учреждение здравоохранения Республиканский медицинский диагностический центр переименован в Государственное учреждение здравоохранения Республиканская клиническая больница №2.

Первым главным врачом Республиканской клинической больницы №2 стал Николай Иванович Чугунов, Заслуженный врач РСФСР и ТАССР, который руководил больницей около 40 лет. Благодаря его усилиям, большому профессиональному опыту, больница уже в те годы стала ведущим многопрофильным учреждением республики. Для энергичного фронтовика с великолепными организаторскими способностями, к тому же ученика известного хирурга Ивана Владимировича Домрачева, в Казани сразу нашлось дело – создание больницы для лечения хозпартактива, в просторечии «обкомовской». Начинать пришлось практически с нуля: с двух палат на восемь коек на базе горбольницы №3. Уже в 1959 году больница стала самостоятельным учреждением с поликлиникой и стационаром на 100 коек. Венцом этой строительной эпопеи стало возведение семиэтажного главного корпуса, завершившееся в 1982 году. Это увеличило больничную базу до 305 коек. Также в больничный городок вошла поликлиника на 520 посещений в смену.

В РКБ №2 впервые в республике были внедрены новые методики

лечения. В частности, новый способ резекции желудка, ультразвуковое исследование и компьютерная томография желудочно-кишечного тракта. Разработанный и внедренный в клиническую практику способ ранней диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта с применением комплексной лучевой диагностики и лазерной проточной цитометрии способствовал улучшению выявляемости ранних форм рака желудка. Количество выявленных больных с ранними формами рака желудка увеличилось более чем в 3 раза. Малоинвазивные вмешательства на желчном пузыре и желчевыводящих путях под контролем лучевых методов способствовали снижению летальности у больных с механической желтухой на 25-26%, с острым панкреатитом - на 19%. Уникальным также является метод дренирования и санации абсцессов печени под ультразвуковым контролем.

Вхождение в состав Университетской клиники инфраструктуры РКБ №2 позволило с первого дня работы осуществлять оказание высокотехнологичной медицинской помощи по таким профилям, как «Сердечно-сосудистая хирургия», «Акушерство и гинекология», «Абдоминальная хирургия», «Ревматология», «Нейрохирургия», «Урология».

«Прошло больше столетия, однако опыт создания университетских клиник при Казанском Императорском университете для казанских медиков, профессоров университета и создателей услуги здравоохранения в целом бесценен.

В нашей стране наличие такой клиники – это обязательное лицензионное требование для образовательных программ по подготовке врачей. Данная клиника должна стать площадкой для трансляции исследований в реальную практику. В то же время для Федерального университета — это первый подобный опыт, а Татарстан в очередной раз станет пилотным регионом, где проходит процесс апробации новых методов взаимодействия между обществом, университетом и медицинскими

организациями.

В Российской Федерации кроме Казанского Федерального Университета медицинские подразделения в своем составе имеют Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова, Дальневосточный и Крымский федеральные университеты. Среди университетов, не находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ, пионером создания клиник является МГУ имени М.В. Ломоносова, медицинский центр которого создан в 2012 году, и представляет из себя многопрофильную больницу на площади 44 тыс. кв. м. с широким спектром медицинских профилей. На сайте подразделения заявлены инновационные методы диагностики и лечения в области генетики и молекулярных технологий.»<sup>58</sup>

В Дальневосточном Федеральном университете медицинский центр создан в 2013 году в качестве пилотного проекта Правительства Российской Федерации: медицинское учреждение подчиняется Министерству образования и науки РФ, а не Министерству здравоохранения РФ и входит в состав федерального университета. Медицинский центр Дальневосточного федерального университета оказывает высококвалифицированную диагностическую, консультативную, лечебную и реабилитационную помощь. На сайте подразделения пока не заявлено каких-либо инновационных методик. Общая площадь Медицинского блока Дальневосточного федерального университета, куда входит Медицинский центр, Школа биомедицины и Реабилитационный центр с гостиницей составляет более 76 тыс. кв. м. В Структуре работают взрослая и детская поликлиники для оказания консультативной помощи экспертного класса. Задачей поликлиник является отбор пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи. По сути, они являются неким фильтром на пути

---

<sup>58</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

пациента в стационар медицинского центра и не несут функцию по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Многопрофильный стационар организован на 220 коек, Центр восстановительной медицины и реабилитации с гостиницей на 200 мест; Школа биомедицины, ведущая научно-исследовательскую деятельность; административно-вспомогательные подразделения. Крымский федеральный университет обрел медицинское лечебно-профилактическое подразделение путем организации медицинского центра имени Святителя Луки в составе медицинской академии имени С.И. Георгиевского в 2015 году. Помощь населению в медицинском центре Крымского федерального университета оказывается, по данным его сайта, по профилям терапии, хирургии, травматологии и ортопедии.

Подведем итоги. Целевые ориентиры и приоритеты развития регионального здравоохранения должны включать распределение ресурсов в соответствии с определенными приоритетами, совершенствование региональной медицинской и экономической статистики, обеспечение современными лекарственными препаратами, мониторинг и оценку деятельности организаций здравоохранения, профилактику и управление здоровьем населения, повышение квалификации специалистов, медицинскую поддержку граждан из выявленных групп риска, санитарно-гигиеническое просвещение населения, контроль качества продуктов питания.

Проведенный автором анализ современных тенденций и проблем развития системы здравоохранения в Республике Татарстан показал необходимость стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни при переходе от модели обеспечения здравоохранения по обращаемости больных к профилактической модели путем законодательного закрепления сокращения цены платных медицинских услуг для граждан, прошедших все этапы диспансеризации в рамках лечебно – профилактической медицинской организации, а также введения системы персонализированного учета средств застрахованных граждан в системе обязательного медицинского

страхования. При этом, университетская клиника становится одной из баз решения государственных проблем повышения эффективности и качества образовательного процесса, развития его прикладной направленности, максимального использования имеющихся ресурсов с целью повышения доступности и качества предоставляемых медицинских услуг. Анализ опыта создания отечественных университетских клиник показывает целесообразность современных процессов интеграции науки, практики и оказания медицинской помощи как мощного фактора повышения ее эффективности и обуславливает необходимость формирования новой формы управления в системе здравоохранения – социального государственного партнерства.



### **Глава III. Основные направления совершенствования региональной системы здравоохранения на базе создания университетской клиники в Республике Татарстан**

#### **3.1 Перспективы инновационного развития регионального здравоохранения**

Курс инновационного развития современной развитой экономики подразумевает, что прирост ВВП осуществляется в основном благодаря внедрению новых технологий, выпуску и реализации наукоемкой продукции и услуг. При этом основными его характеристиками являются:

- преобладание пятого технологического уклада и переход к шестому;
- безусловные приоритеты государственной поддержки – наука и образование, инновационная инфраструктура;
- преобладание интеллектуального характера труда над индустриальным;
- инновационные кадры высокой квалификации;
- государственная политика и законодательство, направленные на стимулирование инновационных процессов во всех отраслях экономики;
- интегрированные технологии.

«Инновации в здравоохранении определяют создание, реализацию и маркетинг новых идей, концепций, услуг, процессов и продуктов, которые направлены на качественные изменения диагностики, лечения, образования, социальной поддержки, предупреждения болезней и исследований в этой сфере, которые осуществляются с долгосрочными целями улучшения

здоровья, качества жизни, безопасности, результата и эффективности.»<sup>59</sup>

В настоящее время здравоохранение во многих странах переживает период роста инноваций, направленных на повышение продолжительности жизни и ее качества, точности в диагностике и результативности лечения, а также эффективности управления функционирующей моделью здравоохранения. Важную роль сегодня в инновациях в здравоохранении играют информационно-коммуникационные технологии. Понятие инновации в здравоохранении чаще всего подразумевает инновации в предоставлении медицинских услуг. Особенность медицинской услуги состоит в том, что в момент ее предоставления она носит персональный характер и не только качество и прогрессивность медицинских приборов и методов, но и доверительные отношения между врачом и пациентом являются крайне важными. Следовательно, инновации как на медицинском рынке, так и во всей отрасли здравоохранения, носят социальный характер. Инновации на медицинском рынке должны осуществляться под строгим контролем государства, так как на данном рынке важна не только сама инновация, но и то, как она реализуется в процессе предоставления медицинской помощи пациенту, а именно экономические, управленческие и сервисные технологии и процессы, их медицинская результативность.

Инновации на медицинском рынке и в отрасли здравоохранения подразумевают достаточно разнообразные виды инновационной деятельности, могут отличаться по форме и содержанию: от создания более эффективных лекарственных препаратов до развития новых форм профессионального образования и подготовки кадров, а также управленческих моделей. Классиком теории инноваций является выдающийся австрийский экономист Й. Шумпетер, который рассматривал инновации как средство предпринимателей для получения

---

<sup>59</sup> Зиганшина Э.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки - №138, 2016. (0,5 п. л.)

прибыли.<sup>60</sup> Увеличение производства и потребления одних и тех же товаров, и услуг является экономическим ростом, когда экономическое развитие подразумевает создание и внедрение нового, или инновацию. Согласно Й. Шумпетеру инновация способна возникнуть в следующих случаях:

- создание нового товара или его качества, незнакомого потребителю;
- создание нового метода производства, еще не испытанного в отрасли;
- открытие нового рынка в контексте возможности его существования ранее, но новизны торговли на нем;
- открытие нового источника факторов производства, независимо от того, существовал ли он ранее или от необходимости его создания;
- создание новой организации отрасли.

Однако, все перечисленные нововведения способны назваться инновациями только после того, как будет получен социально – экономический положительный эффект от их использования.

Актуальным, по нашему мнению, для регионального здравоохранения становится создание в перспективе на базе университетской клиники Казанского федерального университета медико – индустриального кластера как эффективной формы инновационного развития социального государственного партнерства, включающего медицинское образование и науку, органы власти, практическое здравоохранение и производство новых отечественных лекарственных препаратов.

Целесообразно рассмотреть интересы субъектов, принимающих участие в инновационном процессе в здравоохранении на примере создания университетской клиники (см. табл. 6).

---

<sup>60</sup> Шумпетер Й. Теория экономического развития. М.: Прогресс, 1982.

Таблица 6. Интересы участников инновационного процесса в здравоохранении на примере создания и деятельности университетской клиники

Участники	потребности, желания и ожидания
Университет	<ul style="list-style-type: none"> <li>- реализация проектов медико-биологического направления университета,</li> <li>- повышение эффективности деятельности организации;</li> <li>- повышение результативности и качества работы, а именно качества подготовки кадров;</li> <li>- проведение исследований в области здоровья человека.</li> </ul>
Клиника	<ul style="list-style-type: none"> <li>- внедрение передовых медицинских технологий;</li> <li>- повышение качества медицинской помощи;</li> <li>- снижение себестоимости медицинской помощи;</li> <li>- получение дополнительного дохода;</li> <li>- развитие профилактической</li> </ul>

	деятельности и диспансеризации.
Преподавательский состав вуза	<ul style="list-style-type: none"> <li>- право заниматься лечебной деятельностью;</li> <li>- совмещение преподавательской и клинической работы;</li> <li>- компьютеризация рабочего места;</li> <li>-дополнительный доход.</li> </ul>
Врачи и другой медицинский персонал	<ul style="list-style-type: none"> <li>- улучшение клинических результатов;</li> <li>- совершенствование диагностики и лечения;</li> <li>- возможности совмещение практической и преподавательской деятельности.</li> </ul>
Пациенты	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение доступности и качества медицинской помощи;</li> <li>- уменьшение времени ожидания;</li> <li>- возможность получения высококвалифицированной медицинской помощи, специализированной и скорой медицинской помощи.</li> </ul>

Государство	<ul style="list-style-type: none"> <li>- предупреждение заболеваний и снижение смертности;</li> <li>- развитие профилактики (диспансеризации, скрининга, медосмотров и т. д.);</li> <li>- профилактика инвалидизации;</li> <li>- снижение нагрузки на консолидированный бюджет.</li> </ul>
-------------	--

*Источник:* составлено автором.

Необходимо отметить факт разрешения противоречий интересов различных субъектов в процессе реализации проекта «Университетская клиника», что является результатом создания (в данном случае возрождения) новой системы их взаимодействия: медицинская наука и образование – медицинская практика – пациент – государство.

В

настоящее время происходит ускорение изменений во всех сферах деятельности. Знания быстро устаревают, а объемы их производства стремительно растут. Изменяются ожидания и запросы общества по отношению к сфере высшего образования. От университетов теперь требуется стать более динамичными, гибкими, чувствительными к социальным, научно – техническим вызовам, работать более продуктивно и эффективно, быть готовыми к инновациям и международной конкуренции.

Новые условия заставляют высшие учебные заведения работать, руководствуясь научно обоснованной, специфичной для каждого университета концепцией, отвечающей реалиям конкретной социально – экономической ситуации в регионе и учитывающей перспективы развития внешней среды.

«Мировой рынок труда с каждым днем все больше нуждается в качественных человеческих ресурсах, знаниях, основанных на фундаментальных и прикладных исследованиях, в высокоинтеллектуальных творческих кадрах.. В то же время сохраняется спрос на краткосрочное обучение, возрастает потребность в непрерывном образовании специалистов. Выработка эффективной маркетинговой стратегии и формирование цели вуза с точки зрения его позиционирования – это определенный процесс, причем в некотором смысле бесконечный, так как с течением времени меняются и рынок труда, и «продуктовая линейка», предлагаемая вузом.

Согласно исследованиям, проведенным в МГИМО МИД России, к трем самым важным критериям выбора вуза для абитуриентов бакалавриата относятся: трудоустройство и уровень заработной платы выпускников, практичность и применяемость знаний, качество преподавания.<sup>61</sup>

Многие успешные университеты мира идут по пути создания совместно с крупными корпорациями исследовательских центров, и это уже не редкость в самых разных отраслях знания. Так, например, транснациональная корпорация «Гяньши» работает в сотрудничестве с Институтом микробиологии АН Китая, Шанхайским медицинским институтом опухолей и другими организациями. Основным видом деятельности корпорации является выпуск высокотехнологичной продукции на базе новейших биотехнологий. В центре исследований работают известные специалисты по физиологии, китайской и европейской фармацевтике, диетологии из разных стран мира, а также, в рамках создания новой продукции, с сотрудниками государственных научных учреждений и вузов.

Во многих развитых странах последние годы важнейшим элементом инновационной политики государства становится кластерная стратегия.

---

<sup>61</sup> Кузьмина Н., Шакиров Ж. Эффективный университет: перезагрузка / Н. Кузьмина, Ж. Шакиров. – М.: МГИМО (У) МИД России, 2014. с.21-112.

Кластерный подход начинает играть ключевую роль и в определении будущих направлений развития социально – значимых услуг. Специфика кластерной политики заключается в том, что в ее рамках государственные органы получают возможность координировать территориальное и отраслевое развитие страны, решая одновременно проблемы регионального и отраслевого развития. При этом каждая страна имеет свою специфику реализации выбранной кластерной стратегии.

Инновационность современных кластеров определяется не только их передовой специализацией, но и уникальной институциональной моделью.

Именно в современной экономике рационально организованная взаимосвязь отраслей и организаций способна набрать конкурентную силу и стать инновационным кластером, способным непрерывно наращивать эффективность.»<sup>62</sup>

Общественные блага, которые будут создаваться на базе социального государственного партнерства при развитии университетской клиники, смогут приобрести инновационный характер при реализации следующих условий:

- в результате взаимодействия науки и клинической практики на базе университетской клиники должен осуществиться приток в отрасль «кадров инновационного типа» (высококвалифицированных медицинских кадров);

- «государственные региональные программы инновационного типа» должны осуществляться на более высоком качественном уровне и с меньшими затратами;

- у «потребителя с инновационной культурой», в результате прохождения всех этапов диспансеризации, должна повыситься индивидуальная ответственность за собственное здоровье.

---

<sup>62</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)



Инновационные блага создаются в результате реализации научно-инновационного цикла (см. рис. 11). В качестве внешней среды выступают потребители медицинских услуг, а именно прикрепленное к университетской клинике «Казань» население. Фундаментальные и прикладные научные знания, новые разработки формируются в процессе взаимодействия медицинского образования, науки и практического здравоохранения, давая возможность появлению новшеств и инноваций. Изучение удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи позволяет вносить изменения в инфраструктуру и формировать эффективную стратегию клиники с учётом реализации приоритетных направлений, подразумевающую в себе возможности изменения структуры диспансеризации и профилактики в соответствии со сформированными на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения – «территориальными картами здоровья». Функционирование такого рода возможно лишь во взаимодействии с другими элементами системы.

«Территориальные карты здоровья», предложенные автором, - это медико – географические карты, построенные на основе:

- экологических карт района, где проживает прикрепленное к университетской клинике население (состояние и качество окружающей среды, проявляющиеся в неблагоприятном влиянии на здоровье населения);
- географических карт (природных, социально-бытовых и производственных) с определением предпосылок болезней человека, свойственных природным и производственным территориальным комплексам, их сочетания и условий проявления;
- карт, сформированных на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения;

- нозогеографические карты, характеризующие фактическое распространение болезней;
- карты здоровья населения.

В состав «территориальных карт здоровья» можно отнести и появившиеся сравнительно недавно демоэкологические карты, показывающие районы повышенной смертности населения и ее возможные причины. Таким образом «территориальная карта здоровья» характеризует и анализ половой, возрастной, национальной предрасположенности населения к определенным видам заболеваний.

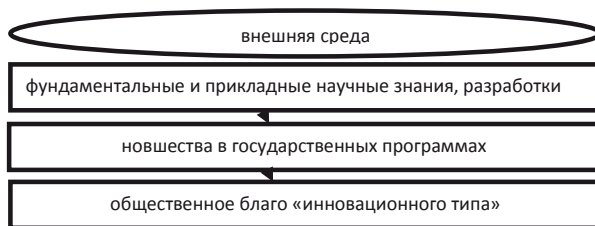


Рис. 11. Цикл производства общественных благ инновационного типа

*Источник:* составлено автором.

Основным источником финансирования создания таких инновационных благ является – государственный бюджет, состоящий из налоговых поступлений налогоплательщиков, в качестве которых выступают субъекты региональной экономики (фирмы и индивидуумы). Отсюда следует равенство в распределении и потреблении данных общественных благ инновационного типа. Важно, что данные блага являются общественными, поэтому государство выступает в роли гаранта и финансирует их создание.

Прекращение государственного стимулирования и финансирования этих благ за счет бюджета может остановить поступательное развитие научного знания в отрасли образования, технико-технологический прогресс в

отрасли здравоохранения и инновационное развитие региональной экономики в целом.

Таким образом, данная форма партнерства показывает целесообразность современных процессов объединения науки, образования и производства медицинских услуг в системе здравоохранения как важного фактора повышения его эффективности и формирования новой модели управления. При этом инновационный характер вуза позволяет повысить эффективность и качество образовательного процесса, развить его прикладную направленность, максимально использовать имеющиеся ресурсы: интеллектуальные, материальные, информационные и человеческие ресурсы для подготовки специалистов, проведения исследований, разработки и реализации инновационных проектов.

Одной из целей развития медико – индустриального кластера к 2020г. является создание условий для ускоренной реализации инновационной модели создания научно – ориентированной фармацевтической организации. Создание таких условий должно привести к увеличению выпуска наукоемкой фармацевтической продукции под брендом Казанского федерального университета, которая сможет конкурировать с импортными аналогами на российском и международном рынках.

### **3.2 Управление трудовыми ресурсами университетской клиники Республики Татарстан в сравнении с университетской клиникой Charite в Берлине**

Мировой опыт медицинского образования доказывает, что с ростом необходимых условий подготовки высококвалифицированных врачей увеличивается количество университетских клиник. Яркими примерами являются знаменитые университетские клиники, такие, как Charite в

Германии, Hokkaido university hospital в Японии и Peking university hospital в Китае (см. рис. 12).



Рис. 12. Референтные зарубежные университетские клиники

Источник: составлено автором.

Интересен и опыт Нидерландов в создании центров университетской медицины. Например, в 2005 году был основан совместными усилиями Университета Гронингена и Академической больницы Гронингена (Academic Hospital Groningen) университетский медицинский центр Гронингена (University Medical Center Groningen, UMCG). Университетский медицинский центр Гронингена является одним из самых больших госпиталей в Нидерландах и крупнейшим работодателем в северной части страны. В UMCG работают более 10 000 человек, гарантирующих качественное и эффективное лечение тысячам голландцев и многочисленным иностранным пациентам. Основное направление работы UMCG – здоровое и активное старение. Иными словами, стоит задача осуществить интеграцию кафедр в

ВУЗе и клинического отделения, они не должны быть независимыми друг от друга, они должны стать единым медицинским центром.

В рейтинге более тысячи лечебных учреждений Германии, составляемом журналом Focus, университетская клиника Charite многократно занимала первое место. В 2015 году Charite была признана «лучшей клиникой Германии». Профессорские встречи, строительство эталонной системы здравоохранения, вирус Эбола, изменения в штатном расписании и положительные годовые результаты: это ключевые слова итогов 2015 года, которые лучше всего описывают деятельность университетской клиники Charite в Берлине. Все больше увеличивая количество высококвалифицированных медицинских кадров, университетская клиника Charite значительно усиливает свою работу в области кардиологии, трансплантации и хирургии, гинекологии и спортивной медицины.

Charite – это университетская клиника Берлина, которая включает в себя в настоящее время примерно 100 отделений и институтов, находящихся в четырех университетских городках, таких как Campus Benjamin Franklin, Campus Berlin Buch, Campus Charite Mitte и Campus Virchow – klinikum. В Charite и ее дочерних организациях работают около 16 850 сотрудников, ведущих исследования и обучение, включая службы поддержки, администрирования и финансирования третьих сторон. Это делает Charite одним из крупнейших работодателей в Берлине.

В 2015 году, приняв у себя 142 тыс. пациентов стационарного и более 663 тыс. амбулаторного отделения, Charite достигла высокого совокупного дохода от оказания медицинских услуг. Доход от услуг по стационарному лечению насчитывает 782,1 млн. евро, в то время как от амбулаторных – 70 млн. евро. Дополнительные услуги и плата за услуги клиники, производимые терапевтами частно, принесли дополнительный доход в размере 43,2 млн. евро. Charite получила от потребительских субсидий в общей сложности 205,6 млн. евро. Доход от других видов деятельности составил 373,3 млн

евро (см. приложение 3).

Самой крупной статьёй расходов клиники является оплата труда персонала: в 2015 году показатель достиг 814,8 млн. евро, что на 48,6 млн больше, чем в 2014 г. Расходы на материалы составили 417,4 млн. евро, прирост по сравнению с прошлым годом – 14,6 млн. евро. Прочие расходы составили 201,1 млн. евро, из которых 69,9 млн. пошли на поддержание обслуживания. По данным итогового отчёта за 2015 год, чистая прибыль составила 3,7 млн. евро. Это значит, что уже 5 лет подряд Charite может говорить о растущих показателях и о том, что в 2015 году клиника снова превзошла свою амбициозную финансовую цель. Как и в прошлые годы, Charite продолжает свой успешный курс на экономическую консолидацию. Продолжительному успеху в попытках улучшить своё финансовое положение клиника обязана своим кадрам и их активной деятельности в соответствии с курсом реформ. В результате, Charite может предоставить широкий спектр структурных показателей, нацеленных на повышение эффективности.

За 2015 год Charite инвестировала в общей сложности 118,4 млн. евро в материальные и нематериальные активы, больше всего инвестиций было выделено Правительством Берлина. На период 2015 года Правительством Берлина были созданы дополнительные инвестиционные фонды. Эти фонды, которые составляют часть инвестиционного пакета, который поддерживает строительные проекты для высшей школы, а также SIWA (Sondervermogen Infrastruktur der Wachsenden Stadt), специальный фонд, поддерживающий «Инфраструктуру в растущем городе», были созданы впервые, результатом чего стало улучшение инвестиционных условий. Общая сумма инвестиционных средств и субсидий, выделенных Правительством Берлина на преподавание, исследования и медицинские услуги, составила 33,7 млн.

евро.<sup>63</sup>

Таблица 7. Услуги в области здравоохранения в университетской клинике Charite

	Всего за 2014 г.	Всего за 2015 г.
Количество официально зарегистрированных коек, ед.	3 011	3 011
Доля коек, занятых госпитализированными пациентами, %	82,8%	83,2%
Средняя занятость койки в днях	5,95	5,82
Пациенты стационара, чел.	139 311	142 018
Пациенты на амбулаторном лечении, чел.	656 878	663 442

Источник: Charite 2015.

URL:[https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

Charite – является одним из крупнейших работодателей города Берлин. Как богатая традициями университетская клиника с более чем 300 – летней историей, она предлагает разнообразные формы повышения квалификации для различных профессиональных групп. Опытный, мотивированный, способный персонал Charite – главный ресурс университетской клиники. Динамика численности персонала в университетской клинике Charite представлена в таблице 8, с помощью которой можно проследить рост показателя количества работников с полной занятостью с 2014 по 2015 год.

<sup>63</sup>Charite 2015.

URL:[https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

Таблица 8. Динамика численности персонала в университетской клинике Charite (человек)

	2014	2015
Количество активных работников на полной занятости (всего)	9 502,6	9 607,7
В том числе:		
Медицинские услуги	2 059,6	2 121,1
Сестринские услуги	2 411,4	2 429,1
Медицинские технологии	2 408,4	2 436,3
Смежные услуги	1 128,7	1 150,8
Операционные услуги	372,8	362,9
Технические услуги	202,4	189,7
Административные услуги	759,6	759,9
Дополнительные услуги	100,5	99,3
Обучение персонала	59,3	58,6
Резервный персонал на полной занятости	1 176,2	1 043,0
Активный персонал (внешнее финансирование)	1 554,6	1 515,4
Персонал (всего)	12 233,4	12 166,1
Студенты	306,1	307,7
Студенты-акушеры	37,3	33,4
Стажёры	91,4	83,3
Практиканты	0,0	0,7

Источник: Charite 2015.

URL:[https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

Крупнейшая университетская клиника Берлина предоставляет своим работникам множество льгот: гибкий график работы, пенсионный план компании, по улучшению положения женщин, развитие персонала, укрепление и расширение своих компетенций, совместимость семьи и



профессии и др.

В университетской клинике Берлина – Charite активно осуществляется дополнительное профессиональное образование. Курсы повышения квалификации, доступные в Академии здравоохранения, представляют 571 курс для 8 разных профессий, таких, как акушерство, сестринское дело, педиатрия, логопед, психотерапия. Другие профессиональные курсы предоставляются для помощника врача, ассистента ветеринара, ассистента стоматолога, лаборанта (Биология), ассистента администратора (офисный менеджмент), ассистента администратора (Услуги в области здравоохранения), ассистента администратора (СМИ и информационные системы). Положительную динамику обучения и преподавания можно наблюдать по данным таблицы 9, общее количество студентов и выпускников в университетской клинике Charite за последние года растет.

Таблица 9. Обучение и преподавание в университетской клинике Charite

	Декабрь 2014	Декабрь 2015
Общее количество студентов, чел.	6 906	6 977
Количество курсов обучения, ед.	19	21
Количество новых студентов ежегодно, чел.	1 461	1 468
В том числе:		
Медицина	709	695
Стоматология	100	104
Организация здравоохранения	64	110
Другие	588	559
Общее количество выпускников (не включая студентов, поступивших в магистратуру), чел.	744	755
В том числе:		
Медицина	614	619

Стоматология	73	69
Организация здравоохранения	57	67

*Источник:* Charite 2015.

URL:[https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

В связи с изменением образовательных стандартов подготовки медицинских работников, исключением интернатуры и обязанностью вчерашних студентов отработать в первичной сети три года, целесообразно на базе поликлиники, входящей в состав университетской клиники Казанского федерального университета, по опыту немецкой клиники Charite, открыть тренинговый центр. Наличие такого центра позволит в течение обучения в институте студентам проигрывать различные ситуации, с которыми сталкивается участковый терапевт в своей повседневной деятельности, начиная от стиля общения и заканчивая назначением лечения. В качестве пациентов могли бы выступить приглашенные актеры (за определенную плату), либо больные, уже посетившие врача. Такой подход позволит подготовить студента к реалиям работы в практическом здравоохранении.

«Мировой рынок труда с каждым днем все больше нуждается в знаниях, основанных на прикладных исследованиях, в высокоинтеллектуальной рабочей силе. Дефицит кадров, который отражает дисбаланс между имеющейся на сегодняшний день в экономике структурой рабочих мест и численностью по разным специальностям выпускников высших учебных заведений представляет негативную тенденцию настоящего периода. К числу данных диспропорций можно отнести:

- снижение качества профессионального образования;
- сегментация рынка труда, которая не совпадает ни с сегментацией образования, ни с запросами работников;

- ухудшение профессиональной подготовки на рабочих местах.<sup>64</sup>

Кадры обеспечивают результативность и эффективность деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных ее субъектов и структур, являясь наиболее ценной и главной частью ресурсов здравоохранения.

В течение последних лет в здравоохранении Республики Татарстан и города Казани успешно решается ряд проблем, влияющих на доступность и качество медицинской помощи. Обновлена материально – техническая база, достаточно активно внедряются новые технологии, показатели здоровья населения имеют положительную динамику, однако, проблема обеспеченности профессиональными кадрами в сфере здравоохранения сохраняется и по сей день.

Таблица 10. Кадровые ресурсы здравоохранения Республики Татарстан  
(человек)

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015г.
Число врачей ВСЕГО,	12 180	11 623	11 669	11 988
в том числе:				
- участковые терапевты	550	542	551	580
- участковые педиатры	722	704	705	707
- врачи общей практики	819	736	715	688
Число специалистов со средним медицинским образованием	34 763	33 706	35 170	34 016

Источник: Официальный сайт. Открытый Татарстан. URL: [www.open.tatarstan.ru](http://www.open.tatarstan.ru)

<sup>64</sup> Авраамова Е.М., Токсанбаева М.С. Особенности занятости в России и перспективы формирования российского среднего класса как автора модернизации // Вестник Института социологии. – №3, 2011. – с. 106 – 119.

В Республике Татарстан наиболее высоко дефицитными специалистами продолжают оставаться анестезиологи – реаниматологи, врачи скорой медицинской помощи, фтизиатры, патологоанатомы, врачи общей практики (см. табл. 10). Средний коэффициент совместительства в медицинских организациях здравоохранения Республики Татарстан снизился с 1,62 в 2013 году до 1,5 в 2014 году, когда Минздравом Российской Федерации рекомендован коэффициент 1,45.

В 2016 году в республике насчитывалось 18,5 тысяч зарегистрированных в органах службы занятости безработных граждан, что на 62 человека больше, чем в прошлом году.»<sup>65</sup>

Планируется, что Университетская клиника явится основной базой практической подготовки студентов Института фундаментальной медицины Казанского федерального университета по широкому спектру видов медицинской деятельности: таких как терапия, кардиология, неврология, абдоминальная и сосудистая хирургия, акушерство и гинекология, амбулаторно – поликлиническая помощь населению. Помимо знаний в области фундаментальных основ естественных наук качество подготовки врача несомненно определяет уровень клинической подготовки, который определяет качество оказываемой медицинской помощи. Преимущественную долю консультативной работы при проведении клинических разборов, врачебных комиссий и формированию экспертных мнений в работе коллектива Университетской клиники планируется обеспечить путем создания рабочей группы научно – педагогических работников Университета в области клинической медицины.

По окончании основной программы в университете врачи, получившие диплом, начнут работу в поликлиниках первичной амбулаторно –

---

<sup>65</sup> Решение Коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан 30 сентября 2015 года протокол №5. Кадровое обеспечение здравоохранения РТ. Проблемы. Пути решения. URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/%D0%A0%D0%B5%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D1%8B.pdf>

поликлинической сети, что потребует качественно новой подготовки специалистов для поликлиник, способных на основе аттестации выполнять функции врача участкового – терапевта и врача общей практики в процессе обучения.

На конец 2016 года в Университетской клинике Казань работало высококвалифицированного персонала общей численностью – 1837 человек, 81% из которых медицинские работники (1495 человек, в т.ч. врачи – 441, средний медицинский персонал – 734). Высокая компетентность медицинского коллектива подтверждается количеством имеющихся у сотрудников квалификационных категорий, показатель наличия квалификационной категории у врачей по университетской клинике составляет 60%, что на 10% выше среднереспубликанского. Однако, несмотря на увеличение квалификационных категорий персонала, планируется осуществление постоянного притока молодых кадров в дефицитные участки.

Стратегия вовлечения персонала в процесс совершенствования знаний и практических умений, согласно новому видению подготовки и профессионального роста специалистов в рамках непрерывного образования в стенах Университетской клиники Казанского федерального университета позволит снизить показатель социальной напряженности на рынке труда республики.

«Результатом создания университетской клиники Казанского университета в Республике Татарстан станет приток в здравоохранение хорошо подготовленных специалистов, способных оказывать квалифицированную медицинскую помощь; повышение доступности и качества медицинской помощи; преобразование в сфере высокоспециализированной помощи; возможность снижения стоимости медицинских услуг; становление высокотехнологичной медицинской организации; создание центра трансляционной медицины; усиление

практического здравоохранения с помощью мероприятий, направленных на повышение качества жизни населения.»<sup>66</sup>

«Главной целью в развитии кадровой политики и создании новой модели управления здравоохранением республики на базе Университетской клиники должно являться создание перспективного плана формирования профессионального сообщества научно – педагогических работников Университета в области клинической медицины, перенимая при этом зарубежный опыт клиники – лидера в университетской среде – Charite в Берлине. Стратегической задачей перед участниками социального государственного партнерства стоит задача организации кафедры амбулаторно – поликлинической медицины, создание симуляционного центра по подготовке поликлинических врачей. Также, в процессе преемственности опыта Charite, необходимо повысить процент сотрудников, имеющих квалификационную категорию до 70% в 2016 году и до 80% в 2017 году. Изменить качественный состав категорий к 2020 году до 50% «высших» категорий среди врачей Медико – санитарной части КФУ.

Персонал университетской клиники сильно мотивирован возможностями карьерного роста. Определение векторов стимулирования профессионального роста медицинского работника включает:

- активное участие в отделении хозрасчетной медицины, где есть фактор конкурентного развития;
- контроль развития сотрудника со стороны научного руководителя (руководителя дивизиона), занятого разработкой и углубленным изучением какой-либо медицинской тематики, способного также влиять на «профессиональные лифты» врачей.

---

<sup>66</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

Совершенствование существующих в штате специалистов (врачи, средний медицинский персонал) целесообразно начинать после определения генеральной стратегии развития медицинского направления Университета.

Существует необходимость вовлечения персонала в процесс совершенствования знаний и практических умений согласно нового видения подготовки и профессионального роста специалиста в рамках непрерывного образования. В этой связи нами готовятся планы подготовки на циклах повышения профессиональной компетенции и участия в конференциях в рамках ключевых событий профессиональных сообществ по выбранным направлениям стратегических клинических единиц.»<sup>67</sup>

Специалистов, прошедших стажировки и циклы повышения профессиональных навыков, следует привлекать в качестве наставников для подготовки студентов, ординаторов, а также врачей с использованием возможностей симуляционного центра Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета. Такой подход позволит в будущем проводить собственные циклы подготовки медицинских специалистов из других медицинских организаций на возмездной основе.

В перечне первостепенных задач Университетской клиники должны быть следующие мероприятия:

- выработка, оперативная корректировка стратегии развития каждого дивизиона (диагностика, хирургия, терапия, репродуктология);
- кадровая работа на замещение должностей заведующих подразделениями дивизиона;
- составление программ повышения квалификации врачебно-сестринского состава дивизиона;
- привлечение новых технологий в практику для здоровья человека и медико-экономического обоснования;

---

<sup>67</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

- развитие навыков английского языка у персонала дивизиона;
- обеспечение эффективного взаимодействия дивизионов.

Университетской клиники, для решения генеральной задачи медицинского направления Университета;

- организация исследовательской работы;
- организация учебного процесса.

В процессе принятия решения необходимо учитывать несколько основных факторов:

1. Позиция регионального органа государственной власти в области здравоохранения в рамках Программы госгарантий.
2. Формирование потребности в подготовке студентов по выбранному профилю.
3. Потенциал в области научных разработок и потребность в наличии клинической части при их практической реализации.

Таким образом, университетская клиника Казанского федерального университета, как и референтные клиники мира, особенно крупнейшая университетская клиника Charité, для медицины, медиков и студентов медицинского профиля подготовки в сфере здравоохранения должна стать одним из привлекательных работодателей в Республике Татарстан и Российской Федерации, центром формирования современного высокоинтеллектуального медицинского персонала.

### **3.3 Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг в университетской клинике Республики Татарстан**

Будущее Республики Татарстан, его инновационное поступательное развитие невозможно без сохранения и преумножения человеческого капитала, который во многом определяется общественным здоровьем



населения. «Поэтому одной из приоритетных задач государственной власти становится проведение эффективной политики, направленной на сохранение и укрепление здоровья, осознание его ценности большинством населения, формирование ответственности каждого за своё здоровье и здоровье своих детей.

Одна из главных задач, которую должны решать проводимые реформы здравоохранения, состоит в демополизации отрасли и повышении качества медицинской помощи.

Словосочетание «качество медицинской помощи» знакомо всем, но многие не имеют четкого представления о том, что это такое. Понятие «качество» пришло в здравоохранение из сферы промышленного производства, где качество товара или услуги взаимосвязано с их потребительскими свойствами.»<sup>68</sup> Они должны быть необходимыми и полезными по мнению потребителя, которому далеко не безразлично, трудно ли ему достается желаемое, удобно ли им пользоваться, отвечает ли приобретенное его запросам и вкусам. То есть, помимо полезности, немаловажным являются такие свойства услуг, как доступность во времени и пространстве, экономичность в смысле наличия средств для приобретения, удобства и неудобства и прочее. Любая из этих характеристик поддается измерению теми или иными качественными или количественными методами.

Университетская клиника Казанского федерального университета представляет собой крупную высокотехнологичную медицинскую организацию, размещенную в 9 основных лечебно – профилактических корпусах, расположенных в центре г. Казани, общей площадью более 43 тыс. квадратных метров. В составе университетской клиники функционирует 21 клиническое отделение по 15 профилям, с общим коечным фондом 836 круглосуточных и дневных коек; работает 8 высокоразвитых

---

<sup>68</sup> Зиганшина З.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки - №138, 2016. (0,5 п. л.)

диагностических отделений, отделение рентгенохирургических методов диагностики, отделение физиотерапии и патологоанатомическое отделение. Ежедневно госпитализируется более 80 пациентов, проводится более 40 операций и более 7000 диагностических исследований. Около 55% госпитализаций осуществляется по экстренным показаниям. Для удобства управления крупной многопрофильной клиникой разрабатывается и готовится к внедрению дивизиональная структура. В рамках предложенных мероприятий дивизионы должны будут решать научно – практические и лечебно – профилактические задачи в определенных группах нозологических форм или медицинских специальностей. В полной мере дивизиональная структура управления будет возможна после внедрения в работу клиники института руководителя дивизиона.

Необходимо обратить пристальное внимание на характеристику амбулаторно – поликлинической службы клиники, которая осуществляет первичную медико-санитарную помощь более чем 40 тыс. жителям города Казани. Это уникальное для университетской медицины преимущество. И объясняется это тем, что университет приобрел для себя «статистическую выборку», в которой можно моделировать любые процессы в области гуманитарных и естественно – научных исследований с высокой степенью достоверности результатов в любом временном горизонте. Это люди в возрасте старше 18 лет, которые будут относиться к определенному медцентру – своей территориальной поликлинике. Генеральной задачей по использованию данной статистической выборки для научных нужд университета является налаживание системы коммуникации с прикрепленными гражданами.

Для клиники использование данной коммуникации позволит выполнять основную миссию по улучшению показателей здоровья населения. Изучение степени удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в университетской клинике позволяет

вносить изменения в инфраструктуру и формировать эффективную стратегию клиники с учётом реализации приоритетных направлений, подразумевающую в себе возможности изменения структуры диспансеризации и профилактики в соответствии со сформированными на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения – «территориальными картами здоровья».

Амбулаторная служба университетской клиники обладает мощностью 1090 посещений в смену силами 3-х терапевтических и 1-го консультативно-диагностического отделения. В целях повышения эффективности выявления и последующего наблюдения за ходом заболеваний уже принято решение о формировании в структуре поликлиники отделения медицинской профилактики в 2016 году, призванного успешно справиться с задачей диспансерного осмотра.

Основными чертами клиники сегодня являются наличие специализированных видов медицинской помощи, оказание которых и определяет технологичность больницы.

Для сохранения здоровья прикрепленного к университетской клинике населения, необходимо кардинально изменить подход к оказанию первичной медико – санитарной помощи: повысить доступность, качество с использованием современных медицинских технологий диагностики и лечения заболеваний, а также качественной и эффективной лекарственной терапии, обеспечить приоритет профилактическим мероприятиям.

В последние годы значительные инвестиции государства направлены на решение вышеуказанных задач, были обозначены пути улучшения ситуации в сфере здравоохранения:

- укрепление системы первичной медико-санитарной помощи;
- возрождение системы профилактики заболеваний;
- формирование культуры здорового образа жизни.

Наличие прикрепленного к университетской клинике населения позволяет внедрять и прорабатывать новые методики взаимодействия врач-пациент, которые в дальнейшем возможно переносить в общую практику здравоохранения.

Большинство прикрепленного к университетской клинике населения являются жителями Вахитовского района города Казани, средний возраст которого составляет 50 лет. По гендерному признаку женское население превалирует над мужским (60% и 40% соответственно), по возрастному составу - более 50% лица, находящиеся в активном трудоспособном возрасте (26-50 лет) (56% - женщин от общего числа женщин; 59% - мужчин от общего числа мужчин) – т.е. лица вносящие основной вклад в формирование ВВП Республики. Таким образом, совершенствуя оказание медицинской помощи прикрепленному населению возможно получить экономический эффект уже в краткосрочном периоде.<sup>69</sup>

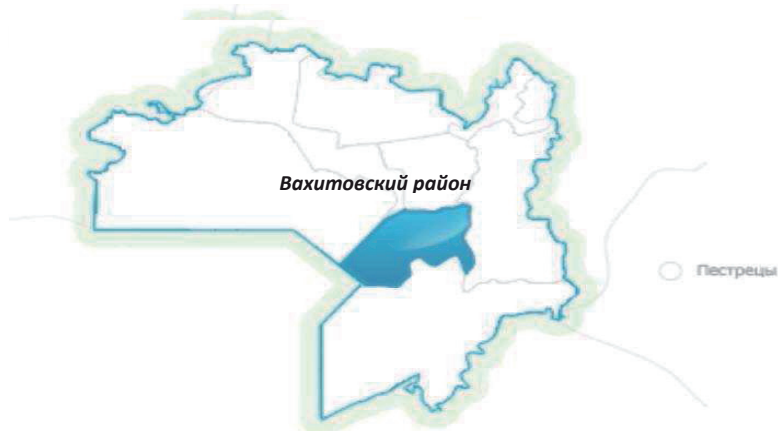


Рис. 13. Вахитовский район города Казани

*Источник:* составлен автором.

В Вахитовском районе г. Казани исторически проживает интеллигенция, высокообразованное население: преподаватели, ученые,

<sup>69</sup> Университетская клиника «Казань» (Медико – санитарная часть ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет») URL: <http://uniclinic.kpfu.ru>

видные деятели культуры и политики, которым не безразлично состояние их здоровья.

Здоровье население выражается в демографических показателях и показателях заболеваемости, так, по данным годовых статистических отчетов за 2015 год, показатель рождаемости среди прикрепленного к клинике населения составил 3,5 на 1000 населения, что в 4,2 раза ниже показателя по Республике Татарстан (14,7). Показатель смертности составил 10,7 на 1000 населения, что в 1,1 раза ниже показателя по Республике Татарстан (12,0). Таким образом, на фоне естественного прироста населения в республике (2,7 на 1000 населения), среди прикрепленного к Клинике наблюдается естественная убыль (-7,2 на 1000 населения), обусловленная в первую очередь низкой рождаемостью.

Стоит обратить внимание на специальные показатели смертности:

1. трудоспособного населения, значение которого ниже среднереспубликанского в 1,5 (340 на 100 тыс. населения);
2. от сердечно-сосудистых заболеваний, который составил 452,6 на 100 тыс. населения, что в 1,4 раза ниже среднереспубликанского показателя.

Анализ посещений поликлиники свидетельствует о значительном превалировании посещений в связи с заболеванием над профилактическими (7,4 и 1,2 посещения, соответственно). Учитывая низкий процент выполнения плана по диспансеризации (69%), становится очевидной необходимость уделения особого внимания совершенствованию профилактической работы с населением, по предупреждению возникновения заболеваний и повышению общего уровня здоровья.

Анализ эффективности предложенных мероприятий проводился нами на основании анонимных анкет пациентов поликлиники и стационара за 2015 г. Приведенные результаты анализа - сформированные нами гендерные, возрастные и социальные характеристики прикрепленного населения, доказывают актуальность и появление, при совершенствовании оказания

медицинской помощи прикрепленному населению, возможности экономической эффективности уже в краткосрочном периоде (см. табл. 11 – 12). Прикрепленное население по гендерному признаку разделено на 40% мужского и 60% женского населения.

Таблица 11. Возрастная характеристика прикрепленного населения

Кол-во прикрепленного населения (тыс. чел.)	Средний возраст (лет)	Активный трудоспособный возраст 26-50 лет (%)	
		жен. (от общего числа жен.)	муж. (от общего числа муж.)
более 40	50	56	59

*Источник:* составлено автором.

Таблица 12. Социальная характеристика прикрепленного населения

Смертность трудоспособного населения на 100 тыс. населения	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 100 тыс. населения	Анализ посещений в связи с заболеванием	Анализ профилактических посещений
340	452,6	7,4	1,2

*Источник:* составлено автором.

«Какие же свойства медицинской услуги позволяют ей удовлетворять потребности и можно ли эти свойства измерить, проанализировать, а затем, на основе синтеза полученных данных, сделать вывод об уровне качества данной услуги? Проблема оценки качества медицинской помощи все больше усложняется по мере изменения характера заболеваний и развития медицинских технологий. На сегодняшний день растут показатели хронических заболеваний, при которых эффект лечения крайне разнообразен, а значит и значительно более сложной становится оценка качества медицинской услуги. Поэтому определение понятия качества медицинской

услуги и его оценка в современных условиях требует новых подходов и критериев.

Согласно статье 87 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (действующая редакция, 2016) одной из задач создания системы контроля качества и безопасности медицинской помощи является информационное обеспечение процессов управления в медицинских организациях. Для создания таких систем существует необходимость выбора соответствующих показателей и критериев для оценки рассматриваемых параметров. Кроме качества и безопасности медицинской деятельности, выделяются и другие критерии, отражающие качество деятельности медицинской организации. В качестве таких критериев используются на практике своевременность, доступность, преемственность и непрерывность, удовлетворенность пациентов, а также научно-технический уровень процессов оказания медпомощи и их экономичность.

Исследовательская группа ВОЗ предложила три основных компонента качества медицинской помощи:

- адекватность;
- экономичность;
- научно- технический уровень, который подразделяется на параметры, оцениваемые более конкретно.»<sup>70</sup>

#### 1. Адекватность

В фундаментальном «докладе «Обеспечение качества медицинского обслуживания», автором которого является эксперт ВОЗ Х. Вуори, определяется адекватность как показатель соответствия фактически оказанной технологии обслуживания потребностям и ожиданиям

---

<sup>70</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

населения»<sup>71</sup>, которые относятся к медицинским проблемам.

Понятие «адекватность» включает и характеристики доступности медицинской услуги, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему услуги в нужное время, в удобном для него месте и в достаточном объеме.

Иногда вместо термина «адекватность» используют другой термин – «результативность», который оценивает только степень достижения конечного результата медицинской помощи.

## 2. Экономичность

Критерий экономичности – отражает рациональность использования ресурсов при оказании медицинской помощи. Наряду с экономичностью довольно часто в зарубежной и отечественной литературе рассматривается «показатель соотношения между фактическими результатами деятельности медицинской службы или программы в реальных условиях и максимально достижимыми результатами, достигаемыми этой же службой (программой), находясь в идеальной для своей деятельности среде.»<sup>72</sup>

Данный метод определения эффективности применяет санитарная статистика и общественное здравоохранение.

Например, он может использоваться при оценке качества прививочной работы при профилактике инфекционных заболеваний.

## 3. Научно – технический уровень

Современность применяемых методов профилактики, диагностики и лечения также является важным компонентом качества. Данный показатель дает возможность определения, насколько полно и эффективно при оказании медицинской помощи были учтены современные достижения в области медицинских знаний и технологий. Обычно для приведенной оценки используют имеющиеся разнообразные стандарты, правила, инструкции.

---

<sup>71</sup> Наумов И. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 2 [Электронный ресурс] : В 2 ч.: учебник / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – С. 217-221.

<sup>72</sup> Там же, С. 221-225.



Рассмотреть взаимосвязь между полезностью предоставленной медицинской услуги и ее научно – техническим уровнем можно по следующей графической иллюстрации, представленной на рисунке 14, (Х. Вуори, 1985):

Медицинская услуга очень низкого уровня не приносит ощутимой пользы здоровью человека, кроме того, она может и навредить.

«По мере приближения к определенному уровню даже небольшие шаги в сторону использования более современных средств приносят большую пользу. Такая картина наблюдается, например, в экономически развитых странах, где при разумном применении современных методов диагностики и лечения добиваются существенного улучшения здоровья людей.»<sup>73</sup>

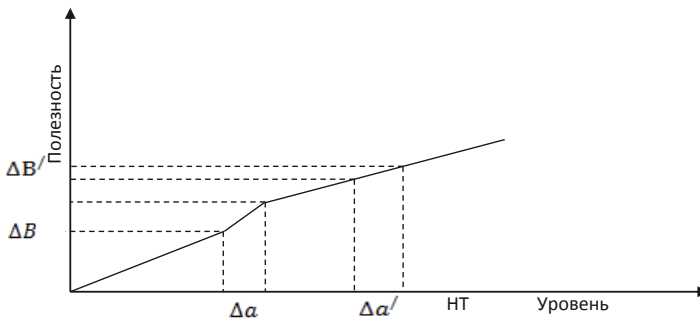


Рис. 14. График взаимосвязи полезности медицинской услуги и ее научно – технического уровня (Х. Вуори, 1985)

*Источник:* Киселев С.В., Сабитов Н.Х. Медицинское страхование. – Казань: Татарское кн. изд-во, 1995. – 256 с.

Но по мере нарастания использования сложных технологий начинает действовать закон уменьшающейся отдачи ( $\Delta b/\Delta a \rightarrow 0$ ), то есть каждый

<sup>73</sup> Наумов И. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 2 [Электронный ресурс] : В 2 ч.: учебник / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – С. 217-221.

последующий шаг по применению в практике той или иной медицинской службы все более новых медицинских достижений приводит к все меньшему приросту полезности с точки зрения положительного воздействия на здоровье пациентов. Затем, с конкретного момента «избыточность медицинского вооружения» перестает оказывать положительное влияние на результаты лечения, а в некоторых случаях может принести прямой или косвенный ущерб. Так, использование современной медицинской сложнейшей техники позволяет месяцами и даже годами поддерживать только биологическое существование организма, не имеющих возможности на выздоровление пациентов, состояние которых не внушает надежды на восстановление качества жизни. При этом стоимость продлеваемой таким образом жизни может поглотить средства, достаточные для спасения жизней десяткам и сотням других пациентов, которым в критическую минуту может не хватать именно этих средств.

Другая ситуация. «Новейшие диагностические процедуры и тесты повышают точность диагностики до такой степени, которая часто бывает не нужна с точки зрения ее возможного влияния на выбор тактики и методов лечения, когда полученная дополнительная информация уже ничего не дает. Но избыточная диагностика является дорогой и может существенно уменьшить не только средства членов семьи пациента, но и любого местного бюджета здравоохранения.»<sup>74</sup>

Все вышесказанное говорит о том, что для определения качества медицинской услуги необходимо не только оценивать каждый из компонентов, но и анализировать их взаимодействие, выделять приоритеты.

Помимо предложенной выше системы оценки качества медицинских услуг, существует методика оценки эффективности медицинских услуг, предложенная коллективом Национального научно-исследовательского

---

<sup>74</sup> Наумов И. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 2 [Электронный ресурс] : В 2 ч.: учебник / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – С. 217-221.

института общественного здоровья им. Семашко, основанная на определении интегрального коэффициента эффективности ( $K_{и}$ ), представляющая собой произведение коэффициентов медицинской результативности ( $K_{м}$ ), социальной удовлетворенности ( $K_{с}$ ) и коэффициента соотношения затрат ( $K_{з}$ ):»<sup>75</sup>

$$K_{и} = K_{м} * K_{с} * K_{з}$$

Коэффициент медицинской результативности представляет собой отношение числа случаев достигнутых положительных результатов к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской услуги.

При определении коэффициента социальной удовлетворенности в расчет берется только информация об удовлетворенности пациентов оказанной им медицинской услугой. Расчет коэффициента социальной удовлетворенности осуществляется делением количества удовлетворенных оказанной медицинской услугой на общее число пациентов.

Коэффициент соотношения затрат определяет лицо, специально подготовленное для определения экономических расчетов, экономист. Предлагаемая методика, в основу которой положены «Методические рекомендации по расчету стоимости медицинских услуг в бюджетных организациях здравоохранения» (М., 1991, выпуск 1 и 2), разработанная в отделе экономических методов управления Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Семашко, дает возможность рассчитать нормативную и фактическую стоимость медицинских услуг в различных подразделениях лечебно-профилактических медицинских организаций.

На наш взгляд, использование данного интегрального коэффициента эффективности, при оценке качества медицинских услуг, предоставляемых в университетской клинике Казанского федерального университета, является

<sup>75</sup> Наумов И. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 2 [Электронный ресурс] : В 2 ч.: учебник / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – С. 217-225.

основанием для принятия управленческих решений, краткосрочного и долгосрочного планирования, распределения фонда оплаты труда и т.д.

На первом этапе работы в связи со сложностями в проведении экономических расчетов при определении интегрального коэффициента в условиях становления университетской клиники целесообразно провести расчет коэффициента социальной удовлетворенности ее пациентов.

На основании приказа ГАУЗ «РКБ 2», входящей в состав университетской клиники «Казань», от 22.02.2015 №285/06 в период с октября по ноябрь 2015 г. было проведено анонимное выборочное анкетирование пациентов поликлиники и стационара на основе расчета репрезентативной выборки.

В анкетировании приняло участие **434** пациента, в том числе:

пациентов поликлиники – **149** (стоматология – 48, консультативная поликлиника – 41, терапевтические участки – 60);

пациентов, находившихся на стационарном лечении – **285** (в среднем по 25 в каждом клиническом отделении).

По поликлинике генеральная совокупность – 500 пациентов, воспользовавшихся услугами поликлиники, из прикрепленного к ГАУЗ «РКБ 2», населения в период с октября по ноябрь 2015 г. Доверительная вероятность (надежность) проведенного анкетирования составляет 97%. Доверительный интервал (погрешность выборки)  $\pm 4,5\%$ . Размер репрезентативной выборки составляет 149 пациентов поликлиники (стоматология – 48, консультативная поликлиника – 41, терапевтические участки – 60).

Для оценки качества были использованы показатели и методика их расчета, утвержденные приказом МЗ РФ от 28.11.2014 №787н., система оценки балльная: от 0 до 5 баллов в зависимости от доли пациентов,

положительно оценивших тот или иной аспект качества предоставления медицинской услуги.

- $k_2 < 70\%$  - 0  
 $70\% \leq k_2 < 75\%$  - 1  
 $75\% \leq k_2 < 80\%$  - 2  
 $80\% \leq k_2 < 85\%$  - 3  
 $85\% \leq k_2 < 90\%$  - 4  
 $k_2 \geq 90\%$  - 5

Анкета пациентов поликлиники содержала 10 вопросов, максимальная сумма баллов по которым составляет 50. По стационару - 11 вопросов, максимальная сумма баллов – 55 (см. Приложения 4, 5). Пациенты поликлиники в общей сложности дали 1204 положительных отзыва из 1440 ответов. Коэффициент социальной удовлетворенности составил 83,6%. Суммарный балл по поликлинике – 31 (табл. 13), в том числе по консультативной поликлинике 30 баллов, по терапевтическому отделению 33 балла, по стоматологическому отделению 36 баллов.

Таблица 13. Результаты анкетирования пациентов поликлиники

№ п/п	Вопрос анкеты	Ответ пациента		Оценка показателя	
		ДА	НЕТ	%	балл
1	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной в помещениях поликлиники, о работе поликлиники РКБ 2 и порядке предоставления медицинских услуг?	122*	23*	84,1* *	3
2	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной на официальном сайте РКБ 2, о работе поликлиники РКБ 2 и порядке предоставления медицинских услуг?	111*	28*	79,9* *	2
3	Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени	114*	32*	78,1* *	2

	приема и ФИО врача) при первом обращении в поликлинику?				
4	Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в поликлинике РКБ 2?	116*	30*	79,5* *	2
5	Врач Вас принял во время, установленное по записи?	102*	40*	71,8* *	1
6	Диагностическое исследование Вам выполнено во время, установленное по записи?	122*	20*	85,9* *	4
7	Вы положительно оцениваете доброжелательность и вежливость работников поликлиники РКБ 2?	136*	11*	92,5* *	5
8	Вы положительно оцениваете компетентность медицинских работников поликлиники РКБ 2?	127*	18*	87,6* *	4
9	Вы удовлетворены оказанными Вам услугами?	127*	18*	87,6* *	4
10	Вы готовы рекомендовать поликлинику РКБ 2 для получения медицинской помощи?	127*	16*	88,8* *	4
	Итого по поликлинике	1204	236	83,6	31

*Источник:* составлено автором.

Суммы ответов «Да» и «Нет» не совпадают по многим вопросам и составляют менее 149 опрошенных пациентов поликлиники, так как некоторые респонденты воздержались от ответа на ряд вопросов.

\*По результатам анкетирования, проведенного на основании приказа ГАУЗ «РКБ 2» от 22.09.2015 г.

\*\*Рассчитано по формуле: отношение количества положительных ответов пациентов поликлиники, принявших участие в анкетировании к общему числу пациентов поликлиники, принявших участие в анкетировании.

Вывод: среди опрошенных, только 85,9% ответили, что диагностические исследования были выполнены в установленное по записи время.

Доброжелательность и компетентность медработников во всех подразделениях оценивается пациентами одинаково: на 5 и 4 балла, соответственно. Самая низкая удовлетворенность оказанными медицинскими услугами (3 балла) и готовность рекомендовать поликлинику (3 балла) среди пациентов консультативной поликлиники. Пациенты стоматологического отделения оценили оба показателя на 5 баллов, пациенты терапевтического отделения – на 4 балла.

Самое большое число отрицательных ответов пациенты дали на вопрос о приеме врача в установленное время (№4). Почти 30,0% пациентов не были приняты во время, установленное по записи. Анализ данного показателя в разрезе подразделений поликлиники показывает, что негативное отношение пациентов сформировалось за счет работы консультативной поликлиники и терапевтического отделения, где не были приняты вовремя, соответственно, 31 и 40 процентов опрошенных (ноль баллов). В стоматологическом отделении не приняты во время, установленное по записи 11,0 % (4 балла).

По стационару генеральная совокупность – 455 пациентов, воспользовавшихся услугами стационара, из прикрепленного к ГАУЗ «РКБ 2» населения в период с октября по ноябрь 2015 г. Доверительная вероятность (надежность) проведенного анкетирования составляет 97%. Доверительный интервал (погрешность выборки)  $\pm 3,5\%$ . Размер репрезентативной выборки составляет 285 пациентов стационара.

Пациенты стационара в общей сложности дали 2874 положительных отзыва из 3067 ответов. Коэффициент социальной удовлетворенности составил 93,7%. Суммарный балл по стационару – 54 (табл. 14).

Таблица 14. Результаты анкетирования пациентов стационара

№ п/п	Вопрос анкеты	Ответ пациента		Оценка показателя	
		ДА	НЕТ	%	балл
1	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной в помещениях стационара РКБ 2, о работе стационара и порядке предоставления медицинских услуг?	271*	14*	95,1* *	5
2	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной на официальном сайте РКБ 2, о работе стационара и порядке предоставления медицинских услуг?	226*	23*	90,8* *	5
3	Вас госпитализировали в назначенный день?	255*	8*	97**	5
4	Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении до госпитализации в стационар:	Среднее время 39 минут*			4
	- больше 2-х часов	5*		1,8**	
	- от 1 часа 15 минут до 2-х часов	11*		3,9**	
	- от 1 часа до 1 часа 15 минут	4*		1,4**	
	- от 45 минут до 1 часа	20*		7,0**	
	- от 30 минут до 45 минут	87*		30,5* *	
	- меньше 30 минут	158*		55,4* *	
5	Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в отделении РКБ 2?	280*	3*	98,9* *	5***
6	Удовлетворяет ли Вас питание, предлагаемое в отделении?	269*	10*	96,4* *	5***
7	Удовлетворяют ли Вас действия персонала отделения РКБ 2 по уходу за пациентом?	283*	2*	99,3* *	5***
8	Вы положительно оцениваете доброжелательность и вежливость работников стационара РКБ 2?	285*	0*	100* *	5***
9	Вы положительно оцениваете компетентность медицинских работников РКБ 2?	285*	0*	100* *	5***
10	Вы удовлетворены оказанными Вам услугами?	280*	3*	98,9* *	5***
11	Вы готовы рекомендовать стационар РКБ 2	282*	3*	98,9* *	5***



для получения медицинской помощи?			*	
итого	2874	193	93,7	54

*Источник:* составлено автором.

Суммы ответов «Да» и «Нет» не совпадают по многим вопросам и составляют менее 285 опрошенных пациентов поликлиники, так как некоторые респонденты воздержались от ответа на ряд вопросов.

\*По результатам анкетирования проведенного на основании приказа ГАУЗ «РКБ 2» от 22.09.2015 г.

\*\*Расчитано по формуле: отношение количества положительных ответов пациентов стационара, принявших участие в анкетировании к общему числу пациентов стационара, принявших участие в анкетировании.

Вывод: в общей оценке стационара почти все показатели оценены в максимальные 5 баллов, т. е. 90 и более процентов респондентов дали положительные отзывы на изучаемый аспект качества. Кроме одного показателя: среднее время ожидания пациента в приемном отделении (39 минут, что соответствует 4 баллам). По методике, предложенной МЗ РФ, нормативное время ожидания должно быть менее 30 минут, что соответствует оценке 5 баллов; таковых среди опрошенных пациентов стационара было больше половины (55,4%).

В разрезе отделений стационара необходимо отметить отделения с существенно различающимися результатами. Минимальное среднее время ожидания в приемном отделении отметили пациенты родильного дома и терапевтического отделения 4, среднее время 32 минуты; 80 процентов пациентов ожидали менее 30 минут.

Самое длительное среднее время ожидания (57 минут) отмечено в гинекологии 2: здесь четверть всех пациентов отмечают, что ожидали от 1,15 часа до 2-х часов.

Таким образом, с учетом приведенных выше показателей общая оценка качества медицинских и сервисных услуг в стационарных условиях составляет 56 баллов из 61 возможного и коэффициент социальной

удовлетворенности приближен к 1, что говорит о комфортных условиях пребывания пациентов и высоком качестве оказываемых услуг. В поликлинике же – более низкий общий коэффициент социальной удовлетворенности, и самая низкая удовлетворенность оказанными медицинскими услугами - среди пациентов консультативной поликлиники, коэффициент социальной удовлетворенности равный 0,68 говорит о затруднениях получения услуги в назначенный срок по причине ожидания в очереди, невозможности попасть в назначенное время из-за увеличения времени приема предыдущего пациента. Руководству поликлиники и стационара необходимо принять меры по оптимизации графика приема пациентов.

При этом целесообразно рекомендовать для более полной динамической оценки качества оказанных медицинских и сервисных услуг пациентами необходимость определения коэффициента социальной удовлетворенности поквартально в разрезе отделений и по медицинской организации в целом.

Здоровье граждан, как социально – экономическая категория, является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой важнейший элемент национального богатства страны. Современными тенденциями воспроизводства населения, процессом его старения в регионе определяется ценность здоровья как важнейшего ресурса, который необходим для производства материальных благ и услуг.

Совершенствование организации медицинского обслуживания прикрепленного населения для улучшения демографических показателей и показателей здоровья прикрепленного населения, программы развития дивизионов университетской клиники: «трансплантация сердца 2020», «репродуктивные технологии 2018» с целью улучшения качества оказания высококвалифицированной медицинской помощи женщинам с бесплодием, «трансплантация почки 2020», наряду с профилактикой, - являются

важными направлениями развития социального государственного партнерства в политике повышения доступности и качества предоставляемых лечебно-профилактических услуг, одними из приоритетов развития регионального здравоохранения.

Таким образом, предлагаемые механизмы развития университетской клиники Казанского федерального университета предполагают освоение, внедрение и развитие всех мер, способных сохранить здоровье, спасти больного и, как следствие, снизить летальность и увеличить продолжительность, а также качество жизни прикрепленного населения.

### **Заключение**

Возвращение в лоно классических университетов медицинского образования и, вместе с этим, создание в их составе клинических подразделений, продиктовано мировым опытом успешного развития научно-образовательных центров в области биомедицины, а также необходимостью пересмотра подходов в подготовке специалистов для отечественного здравоохранения.

В диссертационном исследовании обосновано, что модель здравоохранения должна иметь инвестиционный характер и способствовать сохранению и развитию человеческого капитала. Инвестиции в здравоохранение не должны иметь денежной характеристики, их окупаемость должна измеряться качеством человеческого потенциала.

Индустриализация медицинской помощи при переходе от стандартных подходов в диагностике и лечении заболеваний к высокотехнологичным медицинским услугам, когда клиническое мышление заменяется возможностями оборудования, возможна лишь при создании эффективной инвестиционной схемы здравоохранения, а именно, формировании новых видов партнерств.

Чрезвычайно актуален альянс отраслей социально – значимых услуг на основе взаимных интересов для достижения общих целей при равноценном распределении ответственности и рисков. При этом повысить эффективность и качество образовательного процесса, развить его прикладную направленность, максимально использовать имеющиеся ресурсы: интеллектуальные, материальные, информационные и человеческие ресурсы для подготовки специалистов, проведения исследований, разработки инновационных проектов. позволяет инновационный характер вуза.

Социальное государственное партнерство в здравоохранении – это сотрудничество в целях реализации приоритетных задач развития взаимодействующих отраслей посредством распределения выгод, затрат и

рисков, осуществляемое на принципах долгосрочности, добровольности, управляемости, юридической обоснованности. Классическим примером формирования такого рода партнерства является университетская клиника.

В федеральных университетах и университетах Министерства образования и науки РФ имеется всего одно учреждение, которое имеет собственную университетскую клинику – это Казанский (Приволжский) федеральный университет, заказчиком оказания медицинских услуг которой выступают одновременно Территориальная программа государственных гарантий – ОМС и Министерство образования и науки РФ. Например, Дальневосточный федеральный университет оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджета Минздрава РФ и ОМС.

В клинике будут формироваться возможности процессов замкнутого цикла, когда человек в одном медицинском учреждении получает ответы на все интересующие его вопросы. Университетская клиника будет являться одним из компонентов большой цепи от стадии научных исследований и разработок до их практической реализации «доклиническая – клиническая апробация». На базе больницы будет образовано отделение клинических испытаний. Планируется, что новые технологии начнут внедряться в практическую деятельность врачей университетской клиники уже в следующем году.

«Результатом создания университетской клиники Казанского университета в Республике Татарстан станет приток в здравоохранение хорошо обученных специалистов, способных оказывать квалифицированную медицинскую помощь; повышение доступности и качества медицинской помощи; преобразования в сфере высокоспециализированной помощи; возможность снижения стоимости медицинских услуг; становление высокотехнологичной медицинской организации; создание центра трансляционной медицины; усиление практического здравоохранения с

помощью мероприятий направленных на поддержание уровня жизни населения.»<sup>76</sup>

Ожидаемые результаты на этапах развития университетской клиники заключаются в росте доходов с 2015 года. к 2017 году при становлении высокотехнологичной медицинской организации и совместной работы научно-клинической лаборатории полного цикла, малоинвазивной хирургии, клиники «трудового диагноза» во внутренних болезнях, высокотехнологичной медицинской помощи; до 3100 млн. руб. к 2025 году при переходе к шестому технологическому укладу и становлению центра трансляционной медицины, а именно совместной работы медицинского технопарка, центра прототипирования, центра клинических испытаний, симуляционного тренингового центра, производства медицинской продукции под брендом Казанского федерального университета, генно – клеточных методов профилактики и лечения.

В итоге, реализация проекта «Университетская клиника» в Казанском федеральном университете позволит вернуть процесс взаимодействия кафедр вуза и клиники в логическое русло, организовать его с максимальной пользой во благо пациентов. Вуз в лице сотрудников университетской клиники также осуществляет на базе медицинской организации внедрение новых медицинских технологий на благо государства. В конце концов именно новые технологии, которые готовы и могут предложить практическому здравоохранению вузы, позволят существенно улучшить качество медицинской помощи и уменьшить среднюю продолжительность пребывания пациента на койке, а также позволят сделать академическую науку ближе к пациенту, увеличить среднюю продолжительность жизни до 75 лет к 2025 г.

Теоретико – методически обоснованы условия обеспечения

---

<sup>76</sup> Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)

экономической устойчивости модели здравоохранения и разработаны практические рекомендации по формированию инновационно – ориентированного подхода к развитию системы регионального здравоохранения путем создания университетской клиники Казанского федерального университета.

Предложенные и обоснованные в данном исследовании государственные механизмы нивелирования противоречий интересов субъектов системы здравоохранения путем создания мотивации к здоровому образу жизни пациентов и оказанию качественной медицинской помощи путем создания, в данном случае возрождения, механизма взаимодействия: медицинской науки – медицинской практики – пациента – государства смогут найти практическое применение при реализации проекта «Университетская клиника».

Общество, которое направляет большую часть своих ресурсов именно в направлении перехода от модели лечения к модели профилактики и диспансеризации способно его реализовать только при формировании в иерархии ценностей достаточно высокого ранга ценности индивидуальной человеческой жизни и здоровья. Предложенные в диссертационной работе механизмы стимулирования индивидуальной ответственности пациента за собственное здоровье, формирования пациента с «инновационной культурой» отношения к собственному здоровью должны стать стимулом новой интерпретации понятий «норма здоровья», «здоровье», и как следствие, привести к снижению показателей заболеваемости и смертности, формированию положительного отношения потребителей к услугам диспансеризации и профилактики.

Изученная автором степень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи позволит вносить изменения в инфраструктуру и формировать эффективную стратегию развития клиники с учётом реализации приоритетных направлений, подразумевающую в себе

возможности изменения структуры диспансеризации и профилактики в соответствии со сформированными на основе гендерной, возрастной и социальной характеристик прикрепленного населения – «территориальными картами здоровья».

Комплексное картографирование путем создания «Территориальных карт здоровья» правомерно признать базой, на которой будут формироваться современное медико-экологическое мировоззрение и пространственный анализ ситуаций, обеспечивая базу комплексных медико-географических исследований регионального содержания.



## Библиографический список

### Нормативные документы

1. Конституция Российской Федерации
2. Конституция Республики Татарстан
3. Федеральный закон №323 от 21.11.2011 (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. 01.01.2016) URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:8>
4. Федеральный закон №326 от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. 01.01.2016) URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12180688/paragraph/9310:0>
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. 31.12.2014) URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/documents/post.htm>
6. Федеральный закон N 387 от 01.12.2014 (ред. от 20.04.2015) «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/70808144/paragraph/1:3>
7. Федеральный закон № 83-ФЗ от 08.05.2010г. (ред. от 29.12.2015) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
8. Федеральный закон от 20 апреля 2015 г. N 94-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/70979570/paragraph/5:6>

9. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/normativno-pravovaya-baza.htm>

10. Научно-практический комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. (ред. от 03.07.2016) N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (постатейный) URL:<http://docs.cntd.ru/document/499033446> (Дата обращения: 25.12.2014)

11. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. N 294 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" URL: <http://base.garant.ru/70643470/> (Дата обращения: 25.12.2014)

12. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации №565н от 12.09.2013 "Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи" URL:<http://rosminzdrav.ru/documents/5391-prikaz-minzdrava-rossii-n-565n-ot-12-avgusta-2013-g> (Дата обращения: 25.12.2014)

13. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 25.12.2014г. №1028 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденную постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 25.12.2013 № 1054 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». URL: [http://www.fomsrt.ru/documents/rt/postanov\\_kabmin](http://www.fomsrt.ru/documents/rt/postanov_kabmin) (Дата обращения: 25.12.2014)

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан №838 от 15.05.2014 "О совершенствовании организации оказания

кардиохирургической помощи населению Республики Татарстан" URL:  
[http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub\\_245200.pdf](http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_245200.pdf)

15. Решение итоговой коллегии Министерства здравоохранения «Об итогах деятельности Министерства здравоохранения Республики Татарстан в 2014 году и задачах на 2015 год» от 6 февраля 2015 года. URL://  
<http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/%D0%A0%D0%B5%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F.pdf>

16. Решение Коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан 30 сентября 2015 года протокол №5. Кадровое обеспечение здравоохранения РТ. Проблемы. Пути решения. URL:  
[/http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/%D0%A0%D0%B5%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D1%8B.pdf](http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/%D0%A0%D0%B5%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D1%8B.pdf)

17. Соглашение №ВМП-СУ-9/14 о предоставлении в 2014 году субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Татарстан на софинансирование расходных обязательств Республики Татарстан, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации" URL:  
[http://minzdrav.tatarstan.ru/docs\\_vmp.htm](http://minzdrav.tatarstan.ru/docs_vmp.htm) (Дата обращения: 15.11.2014)

#### **Книги, монографии, учебники, статьи**

18. Абаева, Н. П. Конкурентоспособность организации / Н. П. Абаева, Т. Г. Старостина ; под ред. Т. Г. Старостиной. – Ульяновск : УлГТУ, 2010. – 91 с.

19. Аврамова Е.М., Токсанбаева М.С. Особенности занятости в России и перспективы формирования российского среднего класса как автора модернизации // Вестник Института социологии. – 2011. - №3. – С. 103– 121.

20. Алексеева В.М., Шастин И.В. Правовые основы дополнительной диспансеризации работающего населения в рамках Национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2007. - №4. – С. 5-10.
21. Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву // Издательство "СпецЛит". – 2007.- с. 528.
22. Артамонова Г.В., Батиевская В. Б. Экономика отрасли (здравоохранение) // Кемерово: БИБКОМ – 2006. – С. 236.
23. Аристов О.В. Управление качеством: Учеб. пособие для вузов. – М.: ИНФРА – М, 2006. – 240 с.: ил. – (Высшее образование).
24. Аристов О.В. Управление качеством– М.: Финстатинформ, 1999.
25. Аристов О.В. Экономика управления качеством. –М.: МНЭПУ, 2001.
26. Бабич, А. М. Основы социальной политики: лекция - М.: Изд-во РАГС, 2006. -40 с.
27. Бабич, А.М., Пиддэ, А.Л. Экономика социального страхования: Учебное пособие/А.М. Бабич, Л.А. Пиддэ. Архангельск: Поморский университет, 2004. -315 с.
28. Бояринцев Б.И. Рынок и здравоохранение // Экономика здравоохранения. 1996. № 2. – С. 7–12.
29. Бояринцев Б. И., Рожкова Е. В. Инновационный механизм финансирования здравоохранения // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – № 5.
30. Ванде Вэн В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет: материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. – М., 20 декабря 2004 г.
31. Васнецова О.А. Маркетинговые исследования в здравоохранении/ Учебно-методическое пособие для студентов факультета ВСО дневного, вечернего и заочного отделений. Под ред. проф. О.А.

Васнецовой, М.: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК. 2008. – 209 с.

32. Васнецова О. А. Маркетинговое управление здравоохранением // Управление здравоохранением. №1, 2000. с. 81 – 86.

33. Гилязутдинова И.В., Киселев С.В., Краснов М.А., Поникарова А.С., Антикризисное управление предприятиями в системе устойчивого развития региона. /Монография. Казань: Издательство Фолиант. - 2011.-360с.

34. Глебова И.С., Разумовская Е.М., Ясницкая Я.С. [и др.] Государственно-частное партнерство в условиях инновационного развития региона / И.С. Глебова, Г.А. Сульдина, Е.М. Разумовская, Е.А. Карасик. – Казань: Издательство группа компаний «Знити.ру», 2008. – 168 с.

35. Голикова Т.А. Здоровье должно стать приоритетом в системе социальных ценностей // Мед. вестн. – 2008. - №1, 8 янв.

36. Голухов Г.Н., Акимов А.В., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление медико – производственным комплексом: организационно – экономический аспект. – М: Изд. Фонда «Клиники XXI века». – 2003. – С.62.

37. Даминов М.Р., Киселев С.В., Специфика функционирования регионального рынка частных медицинских услуг // Вестник Казанского технологического университета. – 2010. - № 2. - С. 384-389

38. Долинская Ю.В., Князюк Н.Ф. Концептуальные вопросы управления изменениями в области профессиональной безопасности и охраны здоровья // Безопасность жизнедеятельности. – 2015. - №1. – с. 3-9.

39. Егоров Е.В., Жильцов Е.Н., шейц Н.А. Экономика и управление социальной сферой. Глава 3. Экономические основы функционирования секторов социальной сферы // учебник «Экономика и управление социальной сферой» // Под ред. Е.В. Егоров, Е.Н. Жильцов. – Издательско – торговая корпорация Дашков и К», М., 2015. – с. 74 – 112.

40. Жильцов Е.Н. О повышении эффективности смешанной модели финансирования высшего профессионального образования // Аудит и финансовый анализ. – 2014. - №5. – с. 437 – 439.
41. Зиганшина З.Р. Эффективный образовательный процесс на примере создания университетской клиники в Казанском федеральном университете // Казанский экономический вестник - №1, 2016. (0,5 п. л.)
42. Зиганшина З.Р. Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения // Экономические науки - №137, 2016. (0,5 п. л.)
43. Зиганшина З.Р. Программа диспансеризации как конкурентное преимущество на рынке медицинских услуг // Экономические науки - №138, 2016. (0,5 п. л.)
44. Зиганшина З.Р., Попов М.Л., Геркина Е.А. Развитие отраслевого взаимодействия в глобализированной экономике // Экономические науки - № 7 (140), 2016. (0,5 п. л.)
45. Зиганшина З.Р., Мишакин Т.С. Общественные блага инновационного типа // Вопросы экономики и права - №8, 2016. (0,5 п. л.)
46. Зотова М.В. Отечественная история в терминах и понятиях: Учебное пособие / Авт. коллектив кафедры истории и культурологии МГУП: А.В. Демидова, И.Ю. Заорская, М.В. Зотова, И.А. Панова, А.А. Столярова, Г.И. Ускова; Под общей редакцией М.В. Зотовой. – М.: МГУП, 2002. – 228 с.
47. Казаков В.Н. Соотношение бюджетного и рыночного механизма в сфере услуг // «Credo new» теоретический журнал. – 2013. Т. 2, №3 (75). – с. 6 – 16.
48. Казаковцев В.П., Куликова О.М., Семенова Н.В., Денисова О.А. Процессный менеджмент в здравоохранении: разработка и принятие оптимальных управленческих решений // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №6-0. – с. 46.

49. Калыгин А.Б. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в Московском районе Санкт –Петербурга и его влияние на показатели здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения. – Спб.: «ВВМ», 2010. – 136 с.: ил.

50. Катутлов Д.Д., Малыгин В.Е., Смородинская Н.В. Институциональная среда глобализированной экономики: развитие сетевых взаимодействий // Научный доклад под ред. Н.В. Смородинской. – М.: Институт экономики РАН. – 2012. – 45 с.

51. Киселев С.В., Нугуманова Г.Р., Оценка уровня структурной дифференциации регионального рынка медицинских услуг / Электронный журнал РАЕ «Современные проблемы науки и образования». – 2014. – №2; <http://www.science-education.ru/116-12916>

52. Киселев С.В., Сабитов Н.Х. Медицинское страхование. – Казань: татарское кн. изд-во, 1995. – 256 с.

53. Киселев С.В., Ткачев С.В., Экономико-математическая модель оценки влияния услуг социальной инфраструктуры на экономическое развитие региона / «Фундаментальные исследования». - 2015. - №8 (часть 2). - С. 385-391

54. Киселев С.В., Шагиева А.Х., Антикризисное управление: институциональный аспект, Монография. / Издательство LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co. KG. Germany. - 2012.-138с. Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 67 с.

55. Кича Д.И. Организация маркетинговых исследований деятельности больницы: Уч. пос. / Д.И. Кича и др. М.: ГЭШТФР-МЕД, 2004. 212 с.

56. Кротов М.В. Выступления полномочного представителя Президента РФ в Конституционном Суде РФ // Издательство "Перспект". – 2013. – 888 с.

57. Кузьмина Н., Шакиров Ж. Эффективный университет: перезагрузка / Н. Кузьмина, Ж. Шакиров. – М.: МГИМО (У) МИД России, 2014. – 173 с.
58. Кулубеков Р. Р., Самойлова Л. Б. Институциональный подход в исследовании кластера // Молодой ученый. — 2014. — №4. — С. 557-561.
59. Лапидус Л.В. Проблемы качества услуг социальной сферы // Аудит и финансовый анализ. – 2014. – с. 275 – 278.
60. Лебедев А.А. Введение в маркетинг / Экономика и управление здравоохранением / под ред. Ю.П. Лисицина. М.: 1993. с. 139 – 198.
61. Ленчук Е.Б., Власкин Г.А. Кластерный подход в стратегии инновационного развития зарубежных стран // Проблемы прогнозирования. 2010. №5.
62. Леонтьева Л.С., Филимендилов Ю.А. Общественное здоровье как мотиватор развития национальной экономики // Интеграл – М., изд-во «Энергоинвест», 2012. (0,2 п. л. / 0,1 п. л.)
63. Леонтьева Л.С., Филимендилов Ю.А. Общие и частные проблемы управления процессом предоставления медицинских услуг // Интеграл – М., изд-во «Энергоинвест», 2012. (0,2 п. л. / 0,1 п. л.)
64. Леонтьева Л.С., Орехов С.А., Филимендилов Ю.А. Системный подход к формированию организационно – управленческих инноваций в сфере здравоохранения Интеграл – М., изд-во «Энергоинвест», 2012. (0,2 п. л. / 0,1 п. л.)
65. Лепихина Т.Л., Карпович Ю.В. Стратегия и тактика Health management: сущность и перспективы применения на Российских предприятиях // Менеджмент в России и за рубежом. – 2014. №3. с. 127 – 132.
66. Лобанов А.А. Преимущества и риски государственно – частного партнерства в медицине: возможные пути развития // Управление здравоохранением. 2010. № 1 (26).



67. Максимова М.Н., Макарова Е.О. Социально – экономические факторы, влияющие на инвестиционную деятельность в сфере социального обслуживания // Казанская наука. №10. 2013. – Казань: Изд-во Казанский Издательский Дом, 2012. – 262 с. (с. 100 -105). ВАК.

68. Мариничев В.А. Регулирование рисков как метод управления здоровьем населения // Известия института систем управления СГЭУ. – 2013. №2(8). – с. 145 – 148.

69. Мерсиянова И.В. Реализация национального проекта «Здоровье», а муниципальном уровне: мнения глав местного самоуправления. // Глав. врач. – 2007. - №5. – с. 28 – 35.

70. Молчанов И.Н., Молчанова Н.П. Финансовый аспект в управлении формированием и развитием территориальных кластеров // Вопросы управления. – 2016. – №1. – с. 132 – 141.

71. Моргунов Е.В., Снегирев Г.В. Национальная (государственная) инновационная система: сущность и содержание // Собственность и рынок. 2004. №7.

72. Морозов В.А. Каким должно быть взаимодействие субъектов – организаций, которое приведет к высокой степени совместимости их работы // Креативная экономика. – 2015. – Т. 9, №5. – с. 601 – 616.

73. Наумов И. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч. 2 [Электронный ресурс] : В 2 ч.: учебник / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – 351 с.

74. Нугаев М.А. Моделирование и прогнозирование развития качества социального потенциала региона (на примере Республики Татарстан). – Казань: Издательство «Артифакт», 2010. – 210 с.

75. Нуртдинов Р.М. Формирование факторов экономического роста в условиях рыночной трансформации: дис. канд. эконом. наук. Казан. гос. университет, Казань, 1998.

76. Нуритдинов А.Р., Разумовская Е.М., Сульдина Г.А. Устойчивое развитие как основа экономической динамики региона. – Казань: Издательство «Казанский государственный университет», 2009.

77. Пивень Д.В., Дудин П.Е. О формировании регионального компонента организации оказания дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджмент здравоохранения. 2007. – №5. – с.17 – 31.

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

79. Подольская М.А., Альбицкий В.Ю. Медицинская Казань в 1908 – 1911 годы / М.А. Подольская, В.Ю. Альбицкий – Казанский медицинский журнал, 2008. – 99-105 с.

80. Полтерович В.М. Современное состояние теории экономических реформ // Пространственная экономика, 2008. №2. С.27.

81. Разумовская Е.М. О необходимости методологии государственного управления / Научные чтения имени профессора А.П. Мищенко: сборник материалов всероссийской научно – практической конференции / под ред. Н.Г. Багаутдиновой, Н.В. Каленской. – Казань: Отечество, 2013. – 213 с.

82. Садовничий В.А. От редакций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В.А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова – М: Экономика, 2012. – 286 с.

83. Скворцова В.И. доклад Министра «Об исполнении федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов за 2015 год и обсуждении эффективности выполнения государственных программ» URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/05/27/2967-doklad--ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-pravitelstva-rossiyskoy-posvyaschennom-ispolneniyu-federalnogo-byudzheta-i-byudzhetrov-gosudarstvennyh-vnebudzhethnyh-fondov-za->

2015federatsii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-izadachah-na-2015-god-i-obsubjudeniyu-effectivnosti-vypolneniya-gosudarstvennyh-programm

84. Сухов, А.Н. Историко – психологический анализ реформирования и модернизации России / А.Н. Сухов. – М.: Флинта, 2011. – 250 с.

85. Фридман, Л.М. Наглядность и моделирование в обучении / Л.М. Фридман. – М.: Знание, 1984. – 80 с.

86. Цаликова Е.М. Экономический механизм управления качеством оказываемой медицинской помощи и принципы его формирования // Медицинское страхование. – Казань: татарское кн. изд-во, 1995. – с. 36 – 62.

87. Шейман И.М., Шишкин С.В. Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Авторы: С.В.Шишкин, И.М.Шейман, А.А.Абдин, С.Г.Боярский, С.В.Сажина / Москва, 2016 г.

88. Шейман И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения // Здравоохранение, 2011. –№ 8. – С. 28 – 34.

89. Шейман И.М. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: насколько оправданны ожидания? // Экономическая политика. 2011. № 4. С. 107 – 127.

90. Шейман И.М. Конкурентная модель участия страховых медицинских организаций в системе ОМС // Здравоохранение. 2012. № 3. С. 34 – 40.

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

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

93. Шишкин С. В., [Потапчик Е. Г.](#), [Селезнева Е. В.](#) [Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения](#) // В кн.: XIII Международная научная конференция по проблемам развития

экономики и общества. В 4 кн. Кн. 3. / Отв. ред.: Е. Г. Ясин. Кн. 3. М. : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. С. 238-247.

94. Шумпетер Й. Теория экономического развития. М.: Прогресс, 1982.

95. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Медицина и общество. – М: Медицина, 1983. – С. 8.

96. Юнусов Ф., Эберхард Г., Зимина Э., Комаров С. Управление здравоохранением и организация медицинского страхования. СПб.: ООО «Артиком», 2007.

#### **Источники на иностранных языках**

97. Berwick D.M. Disseminating Innovations in Health Care // Jama. 2003. 289: 1969 – 1975.

98. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887> (Дата обращения 22.09.2014)

99. Bobrysheva E. Improving the efficiency of management of the regional health care system /Приднепровский научный вестник. 2015. Т. 10. 560 – 564 p.

100. Bose R. Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure and decision-support / Expert Systems with Applications. 2003. Т.24.№1. 59 -71 p.

101. Charite 2015. URL:[https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

102. Essential health technologies: Strategy 2004 – 2007 Geneva, World Health Organization, 2004.

103. Health care marketing management / ed. by Montague Brown/ Maryland: Aspen Publishers, Inc. 1999. 213 p.

104. Health Technologies: The backbone of health services/ Geneva? World Health Organization, 2003.
105. Kissick W.L. Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources. New Haven. CT: Yale University Press, 1994.
106. Modell S. Integrating management control and human resource management in public health care: Swedish case study evidence / financial Accountability & Management. 2000. T. 16. №1. 33p.
107. Paris V., Devaux M., Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD Countries. Paris: Organisation for economic co-operation and development (OECD Health Working Papers № 50).
108. Polterovich V.M. Modern state of theory of economic reforms // Space Economics. 2088. No. 2. P. 42.
109. Seifan A., Shemer J. Economic evaluation of medical technologies // Isr. Med. Assoc. J. – 2005. Vol.7, №2. 67 – 70 p/
110. The Global Technology Revolution 2020: BIO/Nano/Materials/Information Trends, Drivers, Barriers and Social Implications. California: RAND Corporation, 2006.
111. Tony Proctor Strategic marketing management for health management: cross impact matrix and tows / Journal of management in Medicine. 2000. T. 14. №1. 47 – 56 p.
112. Wilson J. M. G. Principles and practice / J.M.G. Wilson, G. Jungner // WHO Chronicle. – 1968. – Vol. 22. - №11. – P. 473.
113. Woo D.M., Vicente K.J. Sociotechnical systems, risk management and public health: comparing the north Battleford and Walkerton outbreaks / Reliability Engineering & System Safety. 2003. T. 80. №3. 253 – 269 p.
114. World health organization. Medical device regulations: global overview and guiding principles. WHO, Geneva, 2003.

### Электронные ресурсы

115. Ассоциация медицинского страхования Германии URL: [https://www.gkvspitzenverband.de/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen\\_krankenhaus/gkv\\_ke\\_nnzahlen\\_krankenhaeuser.jsp](https://www.gkvspitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen_krankenhaus/gkv_ke_nnzahlen_krankenhaeuser.jsp) URL: <https://quinth.gkvspitzenverband.de/content/suche.php>(дата обращения: 12.01.2016)
116. Всемирная организация здравоохранения URL=<http://who-fic.ru/icf/> (дата обращения: 12.05.2016)
117. Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года» URL: [http://http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub\\_185598.pdf](http://http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_185598.pdf)
118. Запушенность злокачественных заболеваний и одногодичная летальность в районах и городах Республики Татарстан / Полугодовой отчет, 2016. URL: <https://open.tatarstan.ru/reports/categories/10172165/reports/28705>
119. Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. URL: [http://www.oncology.ru/service/national\\_program/program/2010/concept\\_2020.pdf](http://www.oncology.ru/service/national_program/program/2010/concept_2020.pdf) (дата обращения: 10.06.2015)
120. Коновалова В. Здоровье персонала - головная боль работодателя? URL: <http://http://http://www.hr-portal.ru/article/zdorove-personala-golovnaya-bol-rabotodatelya>
121. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.  
URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf)  
(Дата обращения: 19.01.15).
122. Министерство здравоохранения Российской Федерации URL: <http://www/rosminzdrav.ru> (дата обращения: 07.08.2016)
123. Министерство здравоохранения Республики Татарстан URL: <http://www/minzdrav.tatarstan.ru> (дата обращения: 17.03.2016)

124. Мониторинг движения врачебных кадров [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/monitoring\\_kadrov.htm](http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/monitoring_kadrov.htm) (дата обращения: 12.05.2016)

125. Об утверждении Положения о наставничестве на государственной службе в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.kstu.ru/emp\\_detail.jsp?id=6171001](http://www.kstu.ru/emp_detail.jsp?id=6171001) (дата обращения: 28.09.2016)

126. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях Республики Татарстан / Ежеквартальный отчет, 2016. URL: <https://open.tatarstan.ru/reports/categories/10172165/reports/31774> (дата обращения: 02.01.2016)

127. Открытый Татарстан [Информационный ресурс]. Режим доступа: <https://open.tatarstan.ru/reports/categories/10172165/reports/31774> (дата обращения: 19.03.2016)

128. Подготовка кадров для отрасли [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/monitoring\\_kadrov.htm](http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/monitoring_kadrov.htm) (дата обращения: 12.05.2016)

129. Потребность учреждений здравоохранения Республики Татарстан в медицинских кадрах [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://minzdrav.tatarstan.ru/file/потребность%20учреждений%20здравоохранения%20РТ%20в%20медицинских%20кадрах.doc> (дата обращения: 19.03.2016)

130. Приоритетный национальный проект «Здоровье» [Информационный ресурс]. Режим доступа: [http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/pnp\\_inf.htm](http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/pnp_inf.htm) (дата обращения: 19.03.2016)

131. Публичная декларация целей и задач Министерства здравоохранения Республики Татарстан на 2015 год URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/Публичная%20декларация%20целей%20и%20задач%20МЗ%20РТ%20на%202016.pdf>

132. Публичная декларация целей и задач Министерства здравоохранения Республики Татарстан на 2016 год URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/publichnaya-deklaratsiya-tseley-i-zadach.htm>

133. Приказ об обеспечении целевых показателей, утвержденных «Дорожной картой» на 2015 год [Электронный ресурс]. URL: [http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/08.02.2016\\_под-201\\_Вафин\\_А.Ю.\\_Рябцова\\_Ж.В.pdf](http://minzdrav.tatarstan.ru/file/File/08.02.2016_под-201_Вафин_А.Ю._Рябцова_Ж.В.pdf) (дата обращения: 28.03.2016)

134. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [Электронный ресурс]. URL: [http://minzdrav.tatarstan.ru/prog\\_gosgarnt.htm](http://minzdrav.tatarstan.ru/prog_gosgarnt.htm) (дата обращения: 12.05.2016)

135. Рейтинг РИА НОВОСТИ сайтов региональных органов управления здравоохранением в рамках проекта «Социальный навигатор» [Электронный ресурс]. URL: [http://ria.ru/sn\\_health/20130219/923508136.html/](http://ria.ru/sn_health/20130219/923508136.html/) (дата обращения: 02.03.2014)

136. Ресурсы здравоохранения / Ежегодный отчет, 2016. URL: <https://open.tatarstan.ru/reports/categories/10172165/reports/32730>

137. Расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделам классификации расходов бюджетов. Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. Официальный сайт Минфина. URL: [http://minfin.ru/common/UPLOAD/library/2014/07/main/ONBP\\_2015-2017.pdf](http://minfin.ru/common/UPLOAD/library/2014/07/main/ONBP_2015-2017.pdf) (дата обращения: 17.05.2016)

138. Сравнительная информация по Постановлениям Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий за 2014, 2015 и проект 2016 года [Электронный ресурс]. URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/politika.htm> (дата обращения: 19.08.2015)

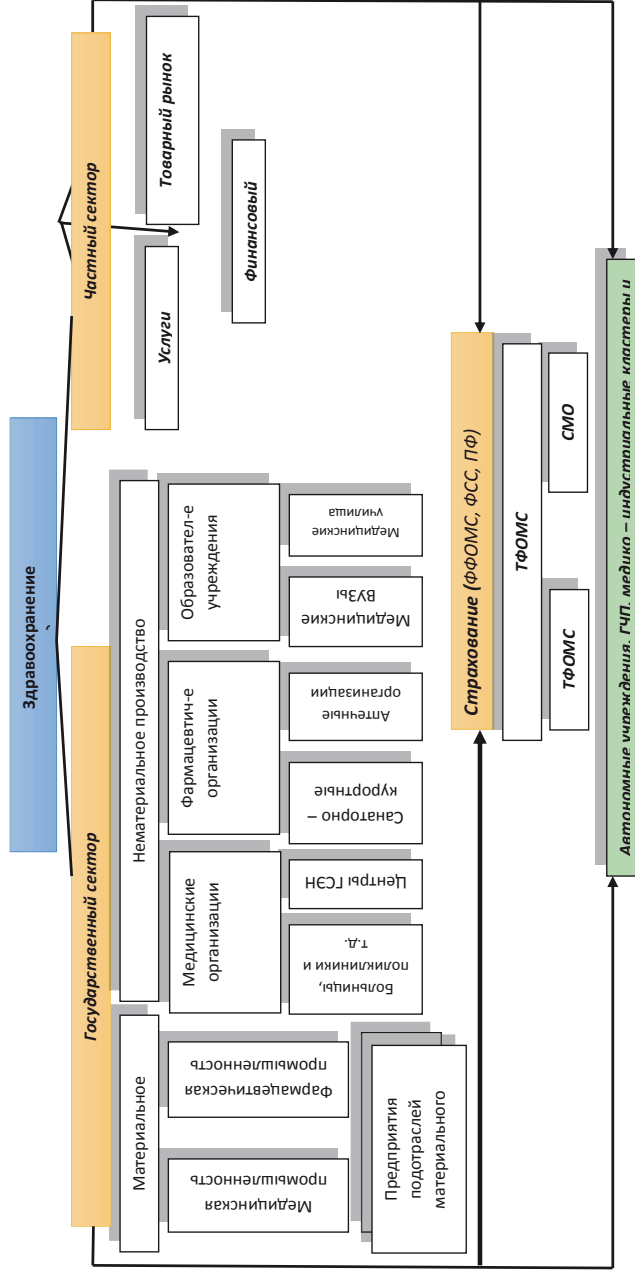
139. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан. URL: <http://tatstat.gks.ru> (дата обращения: 10.05.2016)



140. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан. URL: <http://fomsrt.ru> (дата обращения: 13.04.2016)
141. Толковый словарь иностранных слов Л.П. Крысина. URL: <http://megabook.ru/book> (дата обращения: 02.12.14)
142. Университетская клиника г. Архангельск URL: <http://uniklinika.ru/>
143. Университетская клиника Берлина «Charite» URL: [https://www.charite.de/ru/service/vykhodnye\\_dannye/](https://www.charite.de/ru/service/vykhodnye_dannye/) (дата обращения 15.07.2016)
144. Университетская клиника «Казань» (Медико – санитарная часть ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет») URL: <http://uniclinic.kpfu.ru> (дата обращения 20.07.2016)
145. Университетская клиника МГУ URL: <http://mc.msu.ru/> (дата обращения 25.05.2016)
146. Федеральная служба государственной статистики URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 12.05.2016)
147. Wir Überwindengrenzen URL: <https://www.uniklinik-freiburg.de/russisch.html> (дата обращения 19.04.2014)
148. 90 лет Республиканской клинической больницы №3 – клиникам Казанского ГИДУВа // Медицинская практика. URL: <http://mfvt.ru/90-let-respublikanskoj-klinicheskoy-bolnice-3-%E2%80%93-klinikam-kazanskogo-giduva/>

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1 – Структура здравоохранения



## Приложение 2 - История университетской медицины г. Казани

В 1810 г в Казанском Императорском университете Ф. Х. Эрдман возглавлял кафедру патологии, терапии и клиники и являлся основоположником клинического преподавания медицины в городе Казани, а в 1811 г. представил проект строительства университетской клиники, но, к сожалению, в связи с войной в 1812 г. и пожаром в 1815 г. оно было отложено на неопределенный срок.

В 1816г. Ф. Х. Эрдман добился выделения для клиники помещения в строящемся напротив главного корпуса здании. Изначально на 4, а через год уже на 8 больничных коек. К.Ф. Фукс, профессор возглавивший в 1817 г. клинику расширил ее до 10 коек и ввел должность клинического ординатора.

В 1828 г. весь типографический дом был передан медикам, там и разместили 16 терапевтических, 6 акушерских коек, 14 хирургических, а к 1844 г. клиника уже была сформированной на 60 коек.

Л.О. Даркшевич, выдающийся невролог профессор, с 1892 по 1916 г. стал возглавлять клинику и явился автором первого в России трехтомного руководства по нервным болезням.

С 1926 по 1934 г. А. В. Вишневский, профессор, классик российской хирургии и основоположник выдающейся хирургической школы руководил клиникой и кафедрой, выпускник Казанского университета и автор метода местной анестезии и новокаиновых блокад.<sup>77</sup>

Опыт КФУ по организации Университетской клиники является уникальным для современной России, так как медицинский центр КФУ, в отличии от медицинских центров других федеральных университетов, образован на базе действующих лечебно-профилактических организаций. Университетская клиника является глубоко интегрированной в систему здравоохранения региона организацией, с давними традициями и богатым

---

<sup>77</sup> Подольская М.А., Альбицкий В.Ю. Медицинская Казань в 1908 – 1911 годы в фотографиях врача А.А. Козлова / М.А. Подольская, В.Ю. Альбицкий – Казанский медицинский журнал, 2008. – 99-105 с.

опытом казанской медицинской школой. В составе Клиники функционируют подразделения, ранее входившие в состав Государственного института усовершенствования врачей им. В.И. Ленина.

«В молодой Советской республике в городе Казани в апреле 1920 года, в условиях почти полной экономической разрухи вследствие еще не закончившейся гражданской войны создается первый клинический институт для усовершенствования врачей (Казанский ГИДУВ). Институт был создан для решения двух социально значимых задач: 1) для здравоохранения Казанской губернии и смежных губерний Поволжья подготовки национальных кадров; 2) реорганизации существующей системы здравоохранения города Казани. По решению органов здравоохранения и Губисполкома за период с 1920 по 1922 года Клинический институт получает несколько хороших корпусов: здание бывшего Крестьянского банка (ул. Муштари, д. 11), бывший лазарет общины сестер милосердия Красного Креста (ул. Б. Красная, д. 51), особняк купца Оконишникова (ул. Муштари, д. 14), где размещаются терапевтическая, акушерско-гинекологическая, неврологическая, и детская клиники.

Талантливые врачи и блестящие организаторы, такие профессора как Р.А. Лурия, В.П. Первушин, Е.М. Лепский, А.И. Тимофеев становятся основателями Казанского ГИДУВа и его клиник.

С 1927 года одной из самых крупных становится терапевтическая клиника, с именем ее организатора — профессора Романа Альбертовича Лурия, который привлек к чтению лекций на то время известнейших профессоров медицинского факультета университета: А.Ф. Самойлова, С.С. Зимницкого, Н.К. Горяева. Активное участие в учебном процессе принимали сотрудники клиники, доктора читали курсы. В период с 1930 года по 1953 год клиникой руководит профессор Р.И. Лепская, которая была известна своими исследованиями по патологии печени и желчевыводящих путей.

В 1972 году в клинике была организована палата интенсивной терапии,

первая на то время в республике, для больных с острым инфарктом миокарда. Не случайно больные кардиологического профиля в терапевтической клинике составляли ежегодно более 60%. Такая специализация отделения объяснялась руководством клиникой в последнее десятилетие ведущими кардиологами г. Казани профессором И.П. Арлеевский (1987-1998 гг.) и Л.А. Лушниковой-Щербатенко (1974-1987 гг.), которая обладала прекрасным даром лектора и диагноста.

Также открывается кафедра нервных болезней еще в 1920 году, заведующим которой становится профессор В.П. Первушин, а после профессор А.Ф. Фаворский. С 1926 года кафедра нервных болезней являлась хорошей базой подготовки врачей-неврологов и за 5 лет на ней проходят учебу 47 врачей-курсантов. Клиника тогда располагала тремя палатами и являлась лечебной базой кафедры с общим количеством мест в 20 коек. Сотрудники клиники и кафедры значительное внимание уделяли проблеме инфекций нервной системы.»<sup>78</sup>

В 1920 году профессором Александром Игнатьевичем Тимофеевым была организована акушерско-гинекологическая клиника и соответствующая кафедра ГИДУВа. Под чутким руководством профессора А.И. Тимофеева изучались физиология и анатомия женских половых органов, вопросы местного обезболивания и изменения в женском организме в связи с беременностью и при доброкачественных и злокачественных опухолях женских половых органов. В период с 1997 года внедряются в практику эндоскопические методы исследования.<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> 90 лет Республиканской клинической больницы №3 – клиникам Казанского ГИДУВа // Медицинская практика. URL: <http://mfvt.ru/90-let-respublikanskoj-klinicheskoy-bolnice-3-%E2%80%933-klinikam-kazanskogo-giduva/>

<sup>79</sup> Подольская М.А., Альбицкий В.Ю. Медицинская Казань в 1908 – 1911 годы в фотографиях врача А.А. Козлова // Казанский медицинский журнал №1, том89, 2008. – с. 99 – 105.

### Приложение 3 - Charite 2015.

#### БАЛАНС

Активы	31 дек 2014, в тыс. евро	2015, в тыс. евро
А. Основные средства		
4 Нематериальные активы	4 867	4 057
5 Материальные активы	1 161 660	1 205 136
6 Финансовые активы	3 663	3 759
	<b>1 170 190</b>	<b>1 212 951</b>

В. Текущие активы		
I. Материально-производственные запасы	48 388	50 797
II. Дебиторская задолженность и другие активы	257 092	296 088
III. Наличные, сбережения на счету Центрального Государственного Банка и др. финансовых подразделений	90 436	100 156
	<b>395 916</b>	<b>447 042</b>

С. Расходы будущих периодов	3 860	4 731
	<b>1 569 966</b>	<b>1 664 724</b>

#### СОБСТВЕННЫЙ КАПИТАЛ И ПАССИВЫ

А. Собственный капитал		
1. Капитал	163 665	163 665
2. Резерв поступлений	36 510	36 485

3. Дефицит, перенесённый на будущий период	-174 424	-166 812
4. Чистый доход	7 587	3 708
	33 339	37 047
В. Резервы финансирования основных средств	959 539	1 003 161
С. Запасы	344 582	390 504
Д. Пассивы	228 767	230 276
Е. Доходы будущих периодов	3 739	3 736
	1 569 966	1 664 724

*Источник:* Charite 2015.

URL: [https://charite.de/fileadmin/user\\_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite\\_Jahrebericht\\_2015.pdf](https://charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/jahresberichte/Cgarite_Jahrebericht_2015.pdf)

## Приложение 4 – Анкета пациента поликлиники<sup>80</sup>

### УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

*Просим Вас ответить на вопросы анонимной анкеты.*

*Мы хотели бы стать для Вас еще лучше! Ваше мнение поможет нам в этом.*

№ п/п	Вопрос анкеты	отметьте галочкой	
		ДА	НЕТ
1	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной в помещениях поликлиники, о работе поликлиники РКБ 2 и порядке предоставления медицинских услуг? (k <sub>1</sub> )		
2	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной на официальном сайте РКБ 2, о работе поликлиники РКБ 2 и порядке предоставления медицинских услуг? (k <sub>2</sub> )		
3	Вы записались на прием к врачу (получили талон с указанием времени приема и ФИО врача) при первом обращении в поликлинику? (s)		
4	Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в поликлинике РКБ 2? (u)		
5	Врач Вас принял во время, установленное по записи? (v)		
6	Диагностическое исследование Вам выполнено во время, установленное по записи? (d)		
7	Вы положительно оцениваете доброжелательность и вежливость работников поликлиники РКБ 2? (m)		
8	Вы положительно оцениваете компетентность медицинских работников поликлиники РКБ 2? (g)		
9	Вы удовлетворены оказанными Вам услугами? (f)		
10	Вы готовы рекомендовать поликлинику РКБ 2 для получения медицинской помощи? (r)		
Здесь Вы можете написать нам Ваши предложения и замечания			

Укажите, у какого специалиста поликлиники Вы были на приеме

<sup>80</sup> Приказ Минздрава России от 14.05.2015 № 240 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества услуг медицинскими организациями. URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=23963768>



\_\_\_\_\_ участковый терапевт, \_\_\_\_\_ врач-стоматолог, \_\_\_\_\_ врач-специалист

***Мы благодарим за Ваш искренний отзыв и Ваши предложения!***

*Источник:* Отчет по результатам анкетирования проведенного на основании приказа ГАУЗ «РКБ 2» от 22.09.2015

## Приложение 5 – Анкета пациента стационара

### УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

*Просим Вас ответить на вопросы анонимной анкеты.*

*Мы хотели бы стать для Вас еще лучше! Ваше мнение поможет нам в этом.*

№ п/п	Вопрос анкеты	отметьте галочкой	
		ДА	НЕ Т
1	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной в помещениях стационара РКБ 2, о работе стационара и порядке предоставления медицинских услуг? (k <sub>1</sub> )		
2	Удовлетворяют ли Вас качество и полнота информации, размещенной на официальном сайте РКБ 2, о работе стационара и порядке предоставления медицинских услуг? (k <sub>2</sub> )		
3	Вас госпитализировали в назначенный день? (v)		
4	Сколько времени Вы ожидали в приемном отделении до госпитализации в стационар (n):		
	- больше 2-х часов		
	- от 1 часа 15 минут до 2-х часов		
	- от 1 часа до 1 часа 15 минут		
	- от 45 минут до 1 часа		
	- от 30 минут до 45 минут		
	- меньше 30 минут		
5	Удовлетворяют ли Вас условия пребывания в отделении РКБ 2? (u)		
6	Удовлетворяет ли Вас питание, предлагаемое в отделении? (p)		
7	Удовлетворяют ли Вас действия персонала отделения РКБ 2 по уходу за пациентом? (h)		
8	Возникала ли во время Вашего пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет? (i)		
9	Возникала ли во время Вашего пребывания в стационаре необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет? (d)		

10	Вы положительно оцениваете доброжелательность и вежливость работников стационара РКБ 2? (m)		
11	Вы положительно оцениваете компетентность медицинских работников РКБ 2? (g)		
12	Вы удовлетворены оказанными Вам услугами? (f)		
13	Вы готовы рекомендовать стационар РКБ 2 для получения медицинской помощи? (r)		
<i>Здесь Вы можете написать нам Ваши предложения и замечания</i>			

Укажите, в каком отделении стационара Вы лечитесь

\_\_\_\_\_

***Мы благодарим за Ваш искренний отзыв и Ваши предложения!***

*Источник:* Отчет по результатам анкетирования проведенного на основании приказа ГАУЗ «РКБ 2» от 22.09.2015





**More  
Books!** 



**yes**  
**I want morebooks!**

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов!  
Мы используем экологически безопасную технологию "Печать-на-Заказ".

Покупайте Ваши книги на  
**[www.morebooks.de](http://www.morebooks.de)**

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at  
**[www.morebooks.de](http://www.morebooks.de)**

OmniScriptum Marketing DEU GmbH  
Bahnhofstr. 28  
D - 66111 Saarbrücken  
Telefax: +49 681 93 81 567-9

[info@omniscrptum.com](mailto:info@omniscrptum.com)  
[www.omniscrptum.com](http://www.omniscrptum.com)

OMNIScriptum 