Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды

Socio-economic Efficiency of Public Health Management in a Digital Environment

LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY
Faculty of Economic

Kazan federal University
Institute of Management, Economics and Finance,
UNIVERSITY Hospital Lomonosov Moscow State University,
UNIVERSITY Hospital "Kazan"

Казанский федеральный университет | ИНСТИТУТ управления, экономики и финансов

Socio-economic Efficiency of Public Health Management in a Digital Environment

Monography

Edited by
E. M. Razumovskya, L. A. Tutov, Z. R. Ziganshina

Kazan — Moscow
2020

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М. В. Ломоносова
Экономический факультет

Институт управления, экономики и финансов
Казанского федерального университета,
МНОЦ университетской клиники МГУ имени М. В. Ломоносова,
МСЧ КФУ (университетская клиника «Казань»)

Казанский федеральный университет | ИНСТИТУТ управления, экономики и финансов

Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды

Монография

Под редакцией
Е. М. Разумовской, Л. А. Тутова, З. Р. Зиганшиной

Казань — Москва
2020

УДК 338.2:614
ББК 65.495
С69

С69 **Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды:** Третья ежегодная научно-практическая конференция; Казань—Москва, КФУ, Институт управления, экономики и финансов, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2019 г.: монография/ под ред. Е. М. Разумовской, Л. А. Тутова, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2020. — 216 с.

ISBN 978-5-7218-1468-6

Монография посвящена обсуждению приоритетов развития системы здравоохранения в контексте социально-экономической эффективности управления общественным здоровьем в условиях цифровизации.

Монография состоит из девяти разделов: управление проектами в сфере здравоохранения; медицинские организации — вчера, сегодня, завтра; экономика и организация здравоохранения; роль НКО в формировании здорового образа жизни; картирование потока создания ценности в цифровой медицине; инновационность как фактор развития отрасли; медицинский туризм; современные компетенции медицинских работников; медицинское право.

Работа представляет интерес как для научной, практикующей медицинской общественности, так и для потребителей медицинских услуг, являющихся объектами целевых программ и проектов в системе здравоохранения.

Ключевые слова: приоритеты развития системы здравоохранения, управление общественным здоровьем, цифровая экономика.

© Коллектив авторов,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова,
Институт управления,
экономики и финансов КФУ, 2020

ISBN 978-5-7218-1468-6

СОДЕРЖАНИЕ

Вступительное слово 9

Раздел I. Управление проектами в сфере здравоохранения 13

Сошкина К. В. Архитектура общественного здоровья 13

Хафизова Е. Д. Организация профилактической деятельности в Республике Татарстан 18

Тутов Л. А. Воздействие на иррациональное поведение человека в сфере здравоохранения 22

Зиганшина З. Р. Методология управления проектами в здравоохранении: федеральные проекты, региональные инновации, врачебные кейсы, общественные инициативы 27

Сафин Т. Ф. Всероссийский благотворительный проект «Мечтай со мной» 31

Макарова А. В. Роль волонтеров-медиков в управлении общественным здоровьем 34

Раздел II. Медицинские организации — вчера, сегодня, завтра 37

Камашева А. В., Фахрутдинова Е. В. Корпоративная культура крупного лечебно-профилактического учреждения 37

Морозов В. А. Экономика взаимодействия — совместимость работы власти и предпринимательства по индикаторам ценностей и инноваций общественного здоровья 41

Шерпутовский В. Г., Сабирова Л. И., Хабирова Л. М. Повышение эффективности работы медицинского персонала путем оптимизации нормирования труда на примере работы ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани 45

Шерпутовский Ю. В., Сабирова Л. И., Хабирова Л. М. Внедрение индикативных показателей работы персонала как элемент улучшения качества оказываемой медицинской помощи на примере работы ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани 48

Раздел III. Экономика и организация здравоохранения 51

Андреева Е. С, Халилова Т. В. Анализ и оценка уровня развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Татарстан 51

Валеева Г. Ф. Здравоохранение Республики Татарстан: организация и эффективность модели 55

Гараева Р. Р., Шугаепова А. А. Обзор международных рейтингов конкурентоспособности системы здравоохранения территории 64

Егоров Е. В. Роль национальных проектов в политике укрепления здоровья населения России 69

Ибрагимова Г. М. Влияние системы пенсионного обеспечения на качество и продолжительность жизни населения 73

Кадырова Л. Р., Разумовская Е. М. Социальные подходы к оценке качества жизни 77

Каленская Н. В. Влияние ситуационного фактора на поведение потребителя медицинской услуги 81

Камалова Ф. М., Хазеева К. К., Картамышева А. А. Отражение информированности и пищевого поведения школьников на формирование их здоровья 89

Муртазин А. А. Государственно-частное партнерство как инструмент развития здорового образа жизни общества 94

Мясников Д. А. Влияние социальной ответственности бизнеса на качество жизни в регионе. 97

Рогожникова В. Н. Философские основания управления психологическим здоровьем трудоспособного населения 102

Сафиуллин А. Р. Оценка экономических предпосылок формирования медицинского кластера в регионе 107

Сафиуллина Г. Г., Мезенцев Т. А., Уразлина Г. Р. Инструменты совершенствования контроля реализации конкурентной политики в регионе 111

Шакирова Ю. А. О динамике основных индикаторов здоровья населения РФ 118

Раздел IV. Роль НКО в формировании здорового образа жизни 122

Димитров М. Р. Роль «Зеленого фитнеса» в формировании здорового образа жизни на территории Республики Татарстан и за ее пределами 122

Максимова М. Н., Зиганшина З. Р. Инновационная роль СОНКО в формировании и оказании социальных услуг 125

Сафин Т. Ф., Шайхлисламова Э. Ф. «Карта инициатив» 128
Сафина З. Н. Институты гражданского общества как субъекты управления общественным здоровьем 131
Цаликова В. В., Чумаков Т. В. Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья (на примере Германии) 137

Раздел V. Картирование потока создания ценности в цифровой медицине 141
Демьянова О. В., Николаева А. А. Современные методы картирования в цифровой медицине 141

Раздел VI. Инновационность как фактор развития отрасли 147
Гаранин М. А. Цифровые технологии в системе здравоохранения 147
Кузнецова А. М. Управление общественным здоровьем в условиях цифровой среды 155
Мисбахова Ч. А. Технологические платформы как действенный инструмент управления инновационной деятельностью 160
Рожкова Е. В. Услуги по укреплению здоровья: трансформации в эпоху цифровых технологий и креативного консюмеризма 164
Тышкевич В. П. Показатели здоровья и смертности населения как индикаторы программ цифровой экономики России 167

Раздел VII. Медицинский туризм 172
Восколович Н. А. Тенденции и факторы развития рынка медицинского туризма в России 172
Геркина Е. А. Потенциал региона для формирования медицинского туризма 176
Коваленко Н. Г., Давыдова Л. А. Развитие медицинского туризма в национальном проекте «Здравоохранение» 181

Раздел VIII. Современные компетенции медицинских работников 184
Габдуллин Н. М. Влияние электронного здравоохранения на развитие человеческого капитала регионов России 184
Гатауллин И. Г., Забирова Л. М., Гатауллин И. И. Исследование гендерных особенностей мотивации труда врачей 188
Кукушкина О. Ю., Насырова А. Р. Специфика формирования кадрового потенциала работников в сфере здравоохранения 192

Молчанов И. Н. Кадровая политика в здравоохранении: подходы к решению накопившихся проблем 195
Молчанова Н. П., Чилилов А. М. Современные тенденции регулирования оплаты труда в здравоохранении 200
Шерпутовский Ю.В, Юрьева О. В. Исследование карьеры врачей в медицинских учреждениях 204

Раздел IX. Медицинское право 207
Давлетшин А. Р. Гражданско-правовой режим медицинской тайны 207
Селиверстова Н. С. Исследование неформального сектора в сфере здравоохранения 212

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Известно, что здоровье человека является главной составляющей качества его жизни и фактором экономической безопасности государства. Приоритеты развития системы здравоохранения определены в контексте социально-экономической эффективности управления общественным здоровьем и отражены в национальных проектах. Обсуждению тенденций и проблем достижения национальных целей была посвящена третья ежегодная международная научно-практическая конференция «Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды», проведенная Институтом управления, экономики и финансов Казанского федерального университета совместно с экономическим факультетом Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, МНОЦ университетской клиники МГУ, МСЧ КФУ (университетская клиника «Казань») 23–24 апреля 2019 г. в Казани.

В конференции принимали участие представители практической сферы здравоохранения, научного сообщества, организаторы и управленцы различных уровней и направлений деятельности.

Во время пленарного заседания были обозначены основные цели и задачи конференции, круг общественно значимых проблем, предлагаемых к обсуждению, прозвучали приветствия.

Заслуживает внимания и представляет научно-практический интерес секционный формат конференции. Структура содержания отражает актуальность этапа управления общественным здоровьем в условиях цифровизации, имеющего новые для России качественные характеристики. Отношение к ним является предметом дискуссии как в кругах научной, практикующей медицинской общественности, так и в среде пациентов и потребителей медицинских услуг, являющихся объектами целевых программ и проектов в системе здравоохранения.

Вышеизложенное определило важность проектного управления в организации вопросов, обсуждаемых в рамках сессий «Управление проектами в сфере здравоохранения» и «Медицинские организации — вчера, сегодня, завтра». Дискуссия была посвящена методологическим аспектам управления проектами в системе здравоохранения. Заведующим кафедрой философии и методологии экономики МГУ профессором Л. А. Тутовым было обращено внимание на негативную роль иррационального

поведения человека в формировании собственной экосистемы, влияющей на здоровье и качество жизни. Были затронуты психологические аспекты отношений субъектов системы здравоохранения, отмечена роль волонтерства в условиях ограниченности ресурсов. В выступлении профессора кафедры философии и методологии экономики МГУ В. А. Морозова были раскрыты особенности формирования предпринимательской культуры и роли взаимодействия власти и бизнеса по индикаторам ценности общественного здоровья.

Проблемам организации предоставления медицинских услуг и роли некоммерческого сектора в обеспечении доступности и качества медицинской помощи была посвящена работа секций «Экономика и организация здравоохранения», «Роль НКО в формировании здорового образа жизни». При обсуждении проблем, связанных с коммерциализацией медицинской помощи, профессор экономического факультета МГУ Е. В. Егоров подчеркнул значительную роль государственного регулирования и контроля в обеспечении эффективности реализации национальных проектов. Своим опытом оказания социальных услуг поделились представители некоммерческих организаций: Казанская общественная организация родственников наркозависимых «Вера», БФ «Сила в детях», АНО «Корпорация активной молодежи», БО «Золотое сердце».

Заведующий кафедрой антикризисного управления и оценочной деятельности ИУЭФ КФУ, профессор А. Р. Сафиуллин обосновал объективность кластерного подхода при формировании организационно-управленческой структуры системы здравоохранения в условиях дифференциации российских регионов. Декан факультета социальной работы Казанского государственного медицинского университета, профессор М. Н. Максимова обратила внимание участников круглого стола на проблемы отчуждения социально незащищенных категорий граждан: лиц с ограниченными возможностями здоровья, людей, попавших в трудную жизненную ситуацию, а также осужденных. Проблемы доступности и качества медицинской помощи для вышеуказанных категорий российских граждан являются особенно острыми, что не способствует повышению продолжительности активной жизни.

Тенденции развития системы здравоохранения в контексте ценностных институтов обсуждались в рамках секций «Картирование потока создания ценности в цифровой медицине», «Инновационность как фактор развития отрасли», «Медицинский туризм». Известно, что формирование ценностных и культурных установок происходит в процессе воспитания с раннего детского возраста. В условиях развития нового типа российского культуры, основанного преимущественно на индивидуализме, особенно своевременно прозвучали темы гуманистических ценностей

в выступлениях заведующего кафедрой экономики производства, профессора О. В. Демьяновой.

Развитию и социальной эффективности медицинского туризма было посвящено яркое выступление профессора кафедры экономики труда и персонала ЭФ МГУ Н. А. Восколович.

Вопросы обучения и воспитания будущих кадров отрасли здравоохранения были обсуждены в рамках сессии «Современные компетенции медицинских работников». Профессор кафедры политической экономии МГУ И. Н. Молчанов уделил особое внимание проблемам, накопившимся в системе здравоохранения, сделав акцент на необходимости изменений в подходах к формированию кадровой политики.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани В. Г. Шерпутовский поделился опытом повышения эффективности работы медицинского персонала путем оптимизации нормирования труда на примере работы ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани», обозначил существующие проблемы.

В последнее время общественные отношения, связанные с обеспечением охраны здоровья населения и отдельных категорий граждан, реализацией и защитой прав и свобод человека в сфере здравоохранения и медицинской деятельности, стали важнейшим объектом социального и политического регулирования. Развитие в России рынка потребительских услуг актуализировало вопросы защиты прав пациентов и врачей.

Одним из почетных гостей сессии «Медицинское право» стал Ханс Йоахим Нотхельфер, адвокат, душеприказчик бывшего Германского королевского двора. В докладе были озвучены проблемы взаимосвязи медицинского права с «всеобщим правом личности».

Необходимости законодательного регулирования ограничения потребления алкоголя было уделено особое внимание в выступлении заместителя директора Департамента общественного здоровья, коммуникаций и экспертной деятельности Минздрава России К. В. Сошкиной. В докладе приведены результаты исследования проблем установления минимального возраста для продажи алкогольной продукции молодым людям.

Культурная программа конференции включала посещение государственного историко-архитектурного и художественного музея-заповедника «Остров — град Свияжск» и была связана с изучением особенностей сохранения объектов культурного наследия в современных условиях — при глобальных изменениях жизни человека, общества, окружающей среды, кардинальных переменах в социально-экономической системе.

По итогам проведения конференции была принята резолюция.

В подготовке и проведении принимали участие все сотрудники кафедры менеджмента ИУЭФ КФУ и сотрудники кафедры философии и методоло-

гии экономики и других кафедр экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова.

Материалы конференции редакторы сборника распределили по девяти разделам в соответствии с основными направлениями работы конференции: управление проектами в сфере здравоохранения; медицинские организации — вчера, сегодня, завтра; экономика и организация здравоохранения; роль НКО в формировании здорового образа жизни; картирование потока создания ценности в цифровой медицине; инновационность как фактор развития отрасли; медицинский туризм; современные компетенции медицинских работников; медицинское право.

Будьте здоровы!
С глубоким уважением к авторам и читателям
заведующая кафедрой менеджмента в социальной сфере
Института управления экономического факультета
Казанского федерального университета,
профессор Разумовская Елена Михайловна

Заведующий кафедрой философии и методологии экономики
экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова
профессор Тутов Леонид Арнольдович

доцент кафедры менеджмента в социальной сфере
Института управления экономического факультета
Казанского федерального университета,
доцент кафедры экономической теории и социальной работы
Казанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения России,
президент благотворительного общества «Золотое сердце»
Зиганшина Зухра Рашидовна

РАЗДЕЛ I

УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТАМИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К. В. СОШКИНА,
заместитель директора Департамента общественного здоровья, коммуникаций и экспертной деятельности Министерства здравоохранения России, г. Москва

АРХИТЕКТУРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ключевые слова: общественное здоровье, федеральные проекты, здоровый образ жизни, мотивация, качество жизни, центры общественного здоровья, профилактика.

Для реализации целей по увеличению ожидаемой продолжительности здоровой жизни, увеличению доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличению доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, формированию системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, обозначенных в Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204, а также предусмотренных в национальном проекте «Демография», в Российской Федерации будет реализован федеральный проект «Формирование системы мотивации к ведению здорового образа жизни» («Укрепление общественного здоровья»).

Проектом запланирована реализация основополагающих мероприятий, направленных на ведение гражданами здорового образа жизни, к которым, в частности, относятся: усиление мер по борьбе с табакокурением, пагубным потреблением алкогольной продукции, мер, направленных на формирование культуры правильного питания и на занятие физической активностью.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, нельзя недооценивать, так как они являются основой предупреждения и предотвращения многих заболеваний, в частности заболеваний,

напрямую связанных с образом жизни человека: ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии.

Безусловно, важным в этой связи является совершенствование нормативной правовой базы. И в этом направлении уже сделано немало. Так, принятый в 2013 г. Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», направленный на борьбу с табакокурением в Российской Федерации, по праву может считаться успешным. Благодаря мерам, предусмотренным 15-ФЗ, табакокурение в Российской Федерации за последние годы значительно сократилось, курение стало немодным. Кроме того, ряд законодательных мер, направленных на снижение вредного потребления алкогольной продукции, также дал положительные результаты. Вместе с тем следует понимать, что только законодательных мер в этой сфере недостаточно.

Формирование здорового образа жизни должно быть повсеместным, всеобъемлющим и включать в себя все сферы жизни человека.

Важной задачей является создание такой среды вокруг человека, которая будет способствовать ведению здорового образа жизни. Такие мероприятия обязательно должны быть комплексными, и субъектами их реализации должны стать как органы власти, организации медицинской профилактики и центры общественного здоровья, так и сами граждане, коллективы и гражданское общество.

Важна также мотивация граждан вести здоровый образ жизни. Для этого, безусловно, необходимо проведение правильной пропаганды здорового образа жизни, в том числе ориентированной на определенные группы граждан.

Немаловажна роль гражданского общества. Для нас является приоритетным привлечение к этой деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций и бизнеса, в частности важно внедрение основ здорового образа жизни с помощью корпоративных программ для работников, учащихся, которые должны включать сохранение здоровья людей по месту их деятельности или месту их приоритетного нахождения.

Нельзя недооценивать роль каждого звена в создании среды, направленной на формирование здорового образа жизни: органов государственной власти, задающих федеральную политику, органов власти субъектов Российской Федерации, которые наделены значительным кругом полномочий, органов власти местного самоуправления, центров медицинской профилактики и центров общественного здоровья, организованных коллективов и каждого гражданина в отдельности.

Такая система должна стать своего рода «сетью», работающей на всех уровнях и охватывающей все сферы жизни человека. Это система общественного здоровья, которая в конечном итоге призвана сформировать

устойчивую потребность граждан к ответственному отношению к своему здоровью.

Система общественного здоровья предполагает междисциплинарность, неотделимость и взаимозависимость всех сфер жизни человека. Сюда должны входить как мероприятия профилактического характера, мероприятия по улучшению городской среды, способствующей ведению здорового образа жизни, мероприятия по созданию инфраструктуры, мероприятия, включающие изменение формата питания и переход на здоровое питание, развитие массовой физкультуры и спорта, программу мотивирования каждого человека, приобщение его к культуре здорового образа жизни, так и мероприятия, зачастую косвенно рассматриваемые значимыми для общественного здоровья, но при этом напрямую к нему не относящиеся, в частности мероприятия в сфере сохранения окружающей среды, планирования городского пространства.

Общественное здоровье направлено на улучшение качества жизни путем профилактики заболеваний, в том числе путем наблюдения за показателями состояния здоровья, а также путем поощрения здорового поведения.

Важную роль в этой системе призваны сыграть центры медицинской профилактики и центры общественного здоровья.

В этой связи наша задача — расширять профилактическое направление поддержки общественного здоровья, делать его более эффективным для выявления заболеваний и факторов их риска на самых ранних этапах и вовремя проводить превентивную терапию. Необходимо внедрение наилучших практик улучшения общественного здоровья.

Общественное здоровье складывается из индивидуального здоровья каждого члена общества. К показателям эффективности такой системы относятся демографические показатели, показатели заболеваемости, физического развития и социологические.

Безусловно, правильно работающая система общественного здоровья, помогающая улучшать качество жизни, а также предотвращающая заболевания, является основой прогрессивной экономики, где ключевую роль играет человеческий капитал.

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» сфера здравоохранения не относится к вопросам ведения местного самоуправления.

Однако согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья.

Кроме того, указанный закон закрепляет объем компетенций органов местного самоуправления в этой сфере.

Так, органы местного самоуправления создают условия для оказания медицинской помощи населению, обеспечивают ее организацию в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения (в случае передачи соответствующих полномочий), информируют население муниципального образования о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории муниципального образования, реализуют на территории муниципального образования мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни и др.

Таким образом, профилактика и оказание медицинской помощи в большинстве случаев осуществляются именно на муниципальном уровне.

Кроме того, особую роль в формировании здорового образа жизни населения муниципалитетов играют те работодатели, в организациях которых сосредоточен основной поток трудящихся — жителей данных административно-территориальных единиц. Подобная ситуация характерна, например, для регионов с развитым сельским хозяйством или заводов, специализирующихся на отдельных видах производства.

Учитывая значимость профилактических мероприятий в борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также факторами риска их развития (профилактика употребления табака, алкоголя, нездорового питания, малой физической активности, негативного воздействия окружающей среды), необходимо отметить, что многое зависит от политики местного самоуправления.

Так, в настоящее время статистика смертности трудоспособного населения в каждом конкретном субъекте Российской Федерации разнится от муниципалитета к муниципалитету. В связи с этим мероприятия по увеличению продолжительности жизни должны осуществляться на основе глубокого анализа причин смертности, повышения эффективности проводимых мероприятий, снижения распространенности факторов риска, улучшения состояния окружающей среды, а также с учетом социально-экономической обстановки. Исходя их значимости указанных выше аспектов, в паспорт федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» включено обязательное утверждение муниципальных проектов укрепления общественного здоровья, которые будут учитывать особенности каждого муниципалитета.

При этом общую координацию работы должны осуществлять региональные центры общественного здоровья, а также межмуниципальные центры общественного здоровья и медицинской профилактики, которые

в настоящее время совершенствуются и функционально преображаются. Кроме того, в рамках указанного проекта муниципалитетам будет оказана методическая поддержка.

Таким образом, в борьбе со снижением смертности очень важна аналитическая работа органов местного самоуправления во взаимодействии с региональными органами государственной власти.

Е. Д. ХАФИЗОВА,
начальник отдела профилактической помощи и здравостроительства
Министерства здравоохранения Республики Татарстан,
г. Казань

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ключевые слова: профилактика, национальные проекты, Министерство здравоохранения, Республика Татарстан.

Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» имеют такие составляющие, как «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с болезнями системы кровообращения», «Развитие первичной медико-санитарной помощи», «Развитие детского здравоохранения», а также «Старшее поколение» и «Укрепление общественного здоровья». Основные цели проектов — снижение смертности населения, увеличение продолжительности жизни, сохранение и укрепление здоровья. Каждый из них предусматривает мероприятия профилактической направленности.

Так, в проекте «Развитие первичной медико-санитарной помощи» одним из ожидаемых результатов является увеличение охвата профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, в том числе в Республике Татарстан, до 2,7 млн граждан (к 2024 г.).

В целях выполнения этой задачи во всех субъектах России к настоящему времени обновлена нормативная правовая база федерального уровня, утверждены новые порядки проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

Стоит отметить, что в республике внедряются новые формы работы, благодаря чему диспансеризация и профосмотры становятся более доступными и удобными для населения.

Приняты меры по предоставлению возможности прохождения диспансеризации в вечерние часы и в субботние дни.

В рамках проекта «Старшее поколение» совместно с Министерством труда, занятости и социальной защиты во всех районах республики организована доставка в медицинские организации и обратно домой сельских жителей старше 65 лет специальными автомобилями комплексных

центров социального обслуживания населения, приобретенными Министерством труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан за счет средств федерального бюджета. Основное предназначение указанного транспорта в рамках проекта «Старшее поколение» — организация проведения дополнительных скринингов на выявление отдельных социально значимых неинфекционных заболеваний, оказывающих вклад в структуру смертности населения. Порядок реализации этой программы Минздравом России пока не определен, поэтому по совместному решению мы начали использовать закупленный транспорт уже в сентябре этого года в целях обеспечения доступности амбулаторной помощи гражданам, проживающим в отдаленных сельских районах. Разработан и утвержден соответствующий регламент работы, приняты необходимые региональные нормативные правовые акты.

Очень важный шаг — реализация проекта «Мобильная поликлиника». Закуплено четыре мобильных комплекса, которые закреплены за ведущими клиниками. Сейчас мобильными комплексами располагают три города республики (Казань, Альметьевск, Набережные Челны). С августа специалистами клиник осмотрено более 9000 человек, почти 40% из них рекомендовано дообследование, 5% — плановая госпитализация. В ходе реализации этого проекта обеспечивается доступность второго этапа диспансеризации и диспансерного наблюдения также прежде всего для жителей отдаленных населенных пунктов с малой обеспеченностью общественным транспортом и отсутствием самостоятельных медицинских организаций.

В рамках проекта «Укрепление общественного здоровья» впервые в Российской Федерации поставлена задача формирования совершенно новой модели центров общественного здоровья (ЦОЗ). Татарстан в числе 20 регионов стал участником пилотного проекта по их созданию. На сегодняшний день нами определяется перспективная модель развития сети таких центров. Региональный ЦОЗ создается на базе Республиканского центра медицинской профилактики.

Предполагаемые основные задачи ЦОЗа — популяционная профилактика, мотивация граждан на здоровый образ жизни, организация и проведение широкомасштабных информационных кампаний, основанных на анализе демографической ситуации и статистических показателей распространенности заболеваний с учетом специфики различных муниципальных образований.

Мы должны вовлечь максимальное число участников в процесс формирования общественного здоровья. При этом, конечно, необходимо содействие на местах органов местного самоуправления, понимание и содействие различных министерств, ведомств, самих граждан, широкая информационная поддержка СМИ.

Для нашего региона это хорошо знакомое направление. Еще в 2003 г. Республика Татарстан акцентировала внимание на формировании социально эффективного здорового образа жизни. Была разработана соответствующая концепция, реализация который длилась несколько лет. Во многом благодаря этой работе с каждым годом меняется сознание людей, их отношение к здоровому образу жизни. Среди молодежи возникает устойчивой тренд — мода на здоровье, мотивированная приверженность вести ЗОЖ. При этом считать проблему окончательно решенной было бы преждевременно: процесс формирования мировоззрения — длительный, рассчитанный на несколько поколений, но уже сейчас есть значительные изменения. На различных массовых мероприятиях — акциях, флешмобах, конкурсах — мы с радостью отмечаем, насколько активнее и инициативнее стали участники из числа молодежи.

Для полноценной работы центров общественного здоровья предстоит решить вопрос подготовки и привлечения для них соответствующих кадров. Это не только медицинские работники, но и, возможно, пиар-менеджеры, специалисты по связям с общественностью — те люди, которые могут обеспечить профессиональный подход в определении формата информационных кампаний, в частности необходимых целевых групп, на которые они должны быть направлены.

Не менее важными аспектами проекта «Укрепление общественного здоровья» являются мероприятия по внедрению корпоративных программ укрепления здоровья работников и муниципальных программ общественного здоровья.

Уже разработана и утверждена республиканская программа, обсуждается структура выполнения типового проекта муниципальной программы, реализуются первые корпоративные программы.

По реализации национальных проектов установлены контрольные точки, наша работа направлена на их достижение. В частности, по организации профилактических медицинских осмотров девочек 15–17 лет акушерами-гинекологами и мальчиков в этом же возрасте урологами-андрологами мы идем с опережением сроков. Каждое из направлений нацпроектов мониторируется в постоянном режиме, и это позволяет принимать выверенные организационные решения.

Отметим, что продолжается работа по ранее начатым направлениям профилактической деятельности. Они, в свою очередь, в значительной мере способствуют успешной реализации нацпроектов. Это различные онкоскрининги, проект «Портавита», создание и функционирование Регионального ресурсного центра и др.

Уже традиционными стали массовые профилактические акции, направленные на выявление рака молочной железы, а также факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В этом году такие акции прошли

в Казани и Зеленодольске. В их проведении врачам активно помогают студенты. Развитие волонтерского движения — одно из важнейших направлений проекта «Укрепление общественного здоровья».

Татарстан всегда отличало особое вниманием к профилактике, формированию здорового образа жизни. Сам факт того, что отдел профилактической помощи и здравостроительства Минздрава республики работает почти два десятилетия, свидетельствует об этом, а накопленный опыт является основой для успешной реализации национальных проектов.

Л. А. ТУТОВ,
доктор философских наук, профессор,
зав. кафедрой философии и методологии экономики
экономического факультета,
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИРРАЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Каждый человек совершает в своей жизни как рациональные, так и иррациональные поступки. Это касается и области, связанной с его здоровьем. Соотношение иррационального и рационального в поведении следует рассматривать как результат влияния широкой совокупности факторов, среди которых важную роль играют социально-психологические. Знание социально-психологических факторов позволяет создать условия, снижающие вероятность ошибок и отклонений от оптимального поведения. Таким образом, воздействие на иррациональное поведение человека в сфере здравоохранения способно привести к положительным эффектам, как для отдельной личности, так и для общества в целом.

Ключевые слова: иррациональное поведение человека, сфера здравоохранения, теория подталкивания.

Каждый человек совершает в своей жизни как рациональные, так и иррациональные поступки. Такое поведение представляется очевидным на первый взгляд. Однако оно не всегда учитывалось в экономической науке. Возникла настоятельная необходимость в формировании теорий, дающих более реалистичный взгляд на поведение человека. Данный вызов приняла поведенческая экономика, бурное развитие и успехи которой мы наблюдаем в последние четыре десятилетия [2; 5; 6; 7]. Подтверждением является присуждение Нобелевской премии по экономике в 2017 г. Р. Талеру. Раскрывая противоречивую природу человека, поведенческая экономика показала, что существует разница между тем, что мы хотим и что выбираем. Возникает иллюзия, что наш выбор выявляет предпочтения. Р. Талер в своей работе «Новая поведенческая экономика: почему люди нарушают правила традиционной экономики и как на этом заработать» приводит хороший пример с орешками в форме диалога рационального и обычного человека:

«Рационал: Почему Вы убрали орешки?

Человек: Потому что я не хочу их больше есть.

Рационал: Если Вы не хотите больше орешков, зачем тогда утруждать себя и уносить их? Вы можете просто действовать со своими предпочтениями и прекратить их есть.

Человек: Я убрал миску, потому, что если ее оставлю, то еще съем.

Рационал: Тогда Вы хотите съесть еще орешков, а значит, глупо их убирать» [2, с. 58].

Данный диалог — яркая иллюстрация того, что человек постоянно совершает иррациональные действия, которые могут быть неоптимальными и наносить вред, в том числе и его здоровью. Поэтому цель данного исследования — обосновать необходимость воздействия на иррациональное поведение человека в сфере здравоохранения как условие увеличение внешних положительных эффектов.

Для достижения поставленной цели следует определить понятийный аппарат. Воспользуемся классическим пониманием рациональности М. Вебера, согласно которому «рациональность есть точный расчет адекватных средств для данной цели» [3, с. 15]. Напротив, иррациональное — это такое поведение, которое не предполагает наличия цели в явном и неявном виде. «Иррациональное часто имеет форму неявных, скрытых компонентов знания, которые выражаются либо в личностном неявном знании, либо в различных формах бессознательного, оказывающих существенное влияние на познавательную деятельность мыслителя» [3, с. 20]. Подчеркнем, что понятие «нерациональное» не тождественно «иррациональному». «Нерациональное» допускает перевод неосознанной информации в разряд переходного, частично рационализируемого знания, и соответственно поведения» [1, с. 11].

Вторая задача предполагает выявление причин иррационального поведения, которое, на наш взгляд, предопределено социально-психологическими факторами [5]. Это факторы, которые оказывают влияние на восприятие, представление, воображение, волю и разум, эмоции, память человека, т.е. все проявления социально-психологической реальности. К данным факторам относят «культурно-исторические архетипы, традиции и предрассудки, ценностную ориентацию и установки, особенности межличностных отношений, неустойчивость предпочтений, спонтанно возникающую решимость к действию, эгоизм и индивидуализм, утилитаризм, оппортунистическое поведение, чувство несправедливости, недоверие к авторитетам и правовой нигилизм, особенности психики, стрессоустойчивость» [1, с. 12]. Данные факторы можно разделить на внешние и внутренние. Однако такое деление носит условный характер, поскольку между ними существует тесная взаимосвязь. В то же время не всегда и не все перечисленные факторы приводят к иррациональному поведению, а лишь при определенных условиях и их сочетании.

Влияние социально-психологических факторов проявляется в том, как мы осуществляем выбор. Например, удовольствие, которое мы можем получить через 10 лет, интересует нас очень мало в сравнении с тем, чем мы можем уже насладиться уже сегодня [2, с. 99]. Беречь здоровье, чтобы получать удовольствие от жизни в будущем и отказываться от вредных привычек сегодня, представляется нам не лучшей альтернативой, подкрепленной мыслью о том, что мы можем просто не дожить до этого будущего.

Перечислим другие особенности поведенческой модели человека:

- Как правило, мы понимаем, что у нас есть проблемы с самоконтролем, однако недооцениваем их серьезность.
- Не все люди обманщики, но есть и такие, кто залезет в ваш карман, если вы не будете бдительны [2, с. 156].
- Убытки воспринимаются вдвое острей, чем равнозначная прибыль.
- Избегание убытков и отклонение в сторону статус-кво зачастую действуют сообща, блокируя перемены [2, с. 163].
- Рационалы играют в игры, если все другие играющие — тоже рационалы.
- Нет лучшего способа обосновать состоятельность теории, чем считать, что ее невозможно проверить. Человек склонен врать по умолчанию, а не ради вознаграждения.
- Некоторые запреты просто необходимы. Когда британец приезжает в Америку, ему не разрешается ездить по левой стороне дороги [2, с. 335].
- Когда вы имеете дело с людьми, важно подбирать правильные слова [2, с. 337].
- Если вы хотите, чтобы люди соблюдали некоторые нормы и правила, стратегически верным будет информировать их о том, что большинство людей этим правилам следует, если это правда.
- Один из способов «разморозить» человека — убрать барьеры, которые мешают изменить ему свое поведение [2, с. 347].

Перечисленные особенности поведенческой модели человека позволяют нам сделать вывод о том, что различные заинтересованные стороны (бизнес, правительство, политические движения и другие акторы) с дурными намерениями могут использовать разработки поведенческих наук в целях достижения определенной выгоды. Поэтому задача ученых, которые располагают достаточными знаниями и мудростью, помочь сделать этот мир лучше.

Сделать мир лучше можно благодаря тому, что поведенческая модель человека имеет в своем арсенале теорию подталкивания (nudging) [7]. Суть подхода заключается в том, что следует формировать архитектуру

выбора для потребителя, чтобы повысить рациональность в поведении и принятии решений.

В условиях конкурентного рынка, в том числе в сфере здоровья, давление социально-психологических факторов усиливается, поэтому, подталкивая индивидов к рациональному выбору, можно избежать потерь, связанных с ошибочным выбором, и достичь существенного общественно-экономического прогресса.

Третья задача исследования предполагает совершенствование поведенческой модели человека, которая бы учитывала роль институциональных факторов. Поэтому поведенческую модель человека необходимо дополнить положениями новой институциональной экономической теории [3; 4]. Речь идет об учете взаимодействия формальных и неформальных институтов, особенностей институциональной среды, оппортунистического поведения и ограниченной рациональности.

Например, если институциональная среда является развитой и способствует созданию определенных стимулов, влияющих на рациональность поведения и принятие решений в пользу объективно полезного выбора, то формируется синергетический эффект, который будет выражаться в сбалансированном взаимодействии формальных и неформальных институтов, что обеспечит устойчивое развитие экономики. Поэтому неразвитость институциональной среды в России повышает вероятность принятия иррациональных или ограниченно рациональных решений.

Кроме того, влияние когнитивных искажений и ошибок эвристики может быть снижено благодаря повышению уровня доверия к формальным и неформальным институтам. При высоком уровне доверия люди будут готовы рационализировать свой выбор вне зависимости от того, насколько социально-психологические факторы будут их мотивировать к иррациональному типу поведения по отношению к своему здоровью.

Заключение

Соотношение иррационального и рационального в поведении следует рассматривать как результат влияния широкой совокупности факторов, среди которых важную роль играют социально-психологические.

Знание социально-психологических факторов позволяет создать условия, снижающие вероятность ошибок и отклонений от оптимального поведения, а также способствует расширению представлений в области ограничений, связанных с процессом переработки информации, и ограничений, которые индивид накладывает на самого себя.

Воздействие на иррациональное поведение человека в сфере здравоохранения способно привести к положительным эффектам как для отдельной личности, так и для общества в целом.

Список использованной литературы

1. Разработка методологических оснований совершенствования экономической политики в сфере труда. Том I: Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; монография / под ред. Л. А. Тутова, Т. О. Разумовой. — М.: ТЕИС, 2018.
2. *Талер Р.* Новая поведенческая экономика: почему люди нарушают правила традиционной экономики и как на этом заработать. — М.: Эксмо, 2018.
3. *Тутов Л. А., Шаститко А. Е.* Модели человека в институциональной экономической теории. — М.: МАКС Пресс, 2012.
4. *Уильямсон О.* Поведенческие предпосылки современного экономического анализа // THESIS. — 1993. — Т. 1. — № 3. — С. 39–49.
5. *Akerlof G. A., Shiller R. J.* Animal Spirits. How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism. — Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2009.
6. *Kahneman D.* Thinking, Fast and Slow, Farrar, Straus and Giroux, 2011.
7. *Thaler Richard H., Sunstein Cass R.* Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. — Yale University Press, 2008.

З. Р. ЗИГАНШИНА,
доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
доцент кафедры экономической теории и социальной работы
КГМУ Минздрава России, президент БО «Золотое сердце»,
г. Казань

МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ, ВРАЧЕБНЫЕ КЕЙСЫ, ОБЩЕСТВЕННЫЕ ИНИЦИАТИВЫ

Ключевые слова: национальные проекты, федеральные проекты, управление проектами, общественное здоровье, корпоративные программы укрепления здоровья.

Здоровье — это динамическое состояние физического, психического и социального благополучия индивида (и общества), а не только отсутствие болезней и физических недостатков. Состояние здоровья современного человека определяется образом его жизни, экологией, наследственностью, доступностью и уровнем услуг здравоохранения. Считается, что наибольшее влияние на здоровье человека и продолжительность жизни оказывает образ жизни, где определяющими факторами риска становятся наличие вредных привычек, разнообразие и рациональность в питании, уровень стресса, физическая активность и т.д. Образ жизни определяется в значительной мере индивидуальностью человека, вследствие чего основная ответственность за собственное здоровье лежит на самом человеке, стимулировать которую возможно путем информационного обмена. Достижение полной реализации всеми гражданами их «потенциала здоровья» — увеличение продолжительности жизни и его укрепление на протяжении всей жизни — становятся приоритетными задачами государства в управлении общественным здоровьем, решение которых зависит от роли самого гражданина.

Как планировать, когда над укреплением общественного здоровья работает большая команда организаторов здравоохранения, врачей и пациентов, научных сотрудников и представителей некоммерческих организаций, волонтеров, работодателей и сотрудников; как представлять данные

о прогрессе, объединять опыт и приоритезировать истории, непрерывно получать представление об эффективности реализации проекта в целом, выстраивать правильную коммуникационную политику?!

В методологию управления проектами в сфере здравоохранения заложена четкая логика, связывающая между собой различные области знаний и процессы управления проектами. Понимание проекта как информационного, структурированного объекта, который подчиняется логическим суждениям и правилам, — основа в управлении проектами. Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек, подразумевает разработку и внедрение новой модели центров общественного здоровья, муниципальных программ укрепления общественного здоровья, корпоративных программ укрепления здоровья работающих. Сокращение смертности мужчин в возрасте 16–59 лет, розничных продаж алкогольной продукции на душу населения, розничных продаж сигарет и папирос на душу населения — основные показатели федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» (далее федеральный проект «Укрепление общественного здоровья»), реализующегося в рамках национального проекта «Демография». Дополнительными показателями выступают смертность женщин в возрасте 16–54 лет, количество обращений в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни, темпы прироста первичной заболеваемости ожирением, число случаев временной нетрудоспособности.

Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» должен выступать в качестве инвестиционного проекта, участниками которого являются государство — центры общественного здоровья — некоммерческие организации — работодатель — гражданин как элемент формирования культуры здоровья в достижении конкретных измеримых результатов. На первом плане должна стоять задача воспитания граждан с «инновационной культурой отношения к собственному здоровью», критерии успешности которой необходимо определять путем измерения уровня грамотности населения в вопросах здоровья и наличием механизмов формирования и стимулирования индивидуальной ответственности граждан за собственное здоровье в системе здравоохранения. Грамотность в вопросах здоровья — это не просто знания, получаемые в ходе информирования и просвещения населения, это навыки и способности людей находить, понимать, критически оценивать и предпринимать действия в отношении своего здоровья — принимать решения в повседневной жизни с целью поддержания и улучшения качества жизни на всех ее этапах. В 2019 г. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России получил госу-

дарственное задание Минздрава России провести пилотное исследование по измерению грамотности в вопросах здоровья в Российской Федерации. В исследование были включены три пилотных субъекта РФ, где прошел опрос населения с общей выборкой 6000 респондентов старше 18 лет. Республика Татарстан была выбрана для участия в качестве одного из лидирующих субъектов РФ с готовыми техническими и человеческими ресурсами для отработки методологии и исследования и последующего тиражирования в других субъектах РФ. Исполнителем от Республики Татарстан при поддержке Министерства здравоохранения РТ выступила благотворительная региональная просветительская общественная организация «Золотое сердце».

В исследовании использовалась единая стандартизованная методика и инструментарий — Европейский вопросник по грамотности в вопросах здоровья, который был переведен на русский язык и адаптирован. Данное исследование станет поворотным моментом в разработке подходов к повышению грамотности населения в вопросах здоровья. В результате полученных данных будет сформирована методика измерения грамотности в вопросах здоровья, а полученный опыт в дальнейшем будет распространен на всю территорию РФ и в ряде стран СНГ.

Междисциплинарный подход, межведомственное взаимодействие, усиление роли некоммерческого сектора, общедоступность и общеобязательность, местное самоуправление являются залогом успешной реализации проекта. Публичность власти — открытость и прозрачность в принятии решений с наличием реальной возможности участия граждан в управлении общественным здоровьем. Примером которой может служить опыт Республики Татарстан, где с целью повышения эффективности работы министерств социального блока создан пилотный проект «Публичное формирование целей и задач исполнительных органов государственной власти». Важность публичного и открытого формирования ключевых целей органов власти в своем Послании Государственному Совету Республики Татарстан отметил Президент Татарстана Р. Н. Минниханов в 2017 г. Рост активности населения, его инициативности и заинтересованности в том, что происходит в республике, ставит перед органами власти новые задачи по повышению открытости деятельности и вовлечению жителей в совместную работу. Именно на это направлен проект по публичному формированию целей и задач исполнительных органов государственной власти Республики Татарстан и общественному контролю за их исполнением, участником которого является Министерство здравоохранения Республики Татарстан. В рамках проекта стоит задача ежегодно определять наиболее важные направления и индикаторы работы министерства на следующий год, которые формируются с учетом отраслевой стратегии и показателей реализации национальных и федеральных проектов с при-

влечением широкой общественности и экспертного сообщества в лице представителей некоммерческих организаций.

Современному обществу очень не хватает базы кейсов — лучших практик, лидеров в сфере укрепления общественного здоровья, информационной платформы, объединяющей врачебные кейсы, региональные инновации, общественные инициативы, науку и практику, новинки товаров и услуг в сфере ЗОЖ. В условиях отсутствия лидеров, которые могли бы возглавить революцию формирования «инновационной культуры отношения к собственному здоровью», людям приходилось делать это самостоятельно. Первым и важным шагом Минздрава России стала разработка библиотеки корпоративных программ по укреплению здоровья работающих граждан совместно с Национальным медицинским исследовательским центром профилактической медицины, Российским союзом промышленников и предпринимателей, экспертным и бизнес-сообществом в рамках реализации федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» в составе национального проекта «Демография». Библиотека корпоративных программ включает в себя практики укрепления здоровья на рабочих местах, которые уже применяются российскими и зарубежными компаниями, и будет постоянно обновляться.

Т. Ф. САФИН,
заместитель председателя комиссии
Общественной палаты Республики Татарстан
по социальным вопросам и благотворительности,
председатель Регионального общественного движения
содействия гражданским инициативам
Республики Татарстан «Наше дело»,
г. Казань

ВСЕРОССИЙСКИЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «МЕЧТАЙ СО МНОЙ»

Аннотация. Всероссийский благотворительный проект «Мечтай со мной» воплощает в жизнь заветные желания детей (от 3 до 17 лет) и пожилых людей (от 60 лет) с состоянием здоровья, угрожающим их жизни. Цель проекта — убедить общество в том, что у людей с тяжелыми диагнозами есть и иные, более тонкие, но не менее важные потребности, чем лечение.

В России проводится большая работа по комплексной реабилитации тяжелобольных детей. Вместе с тем известно, что в такой сложной жизненной ситуации не последнее место занимает психологический настрой пациента: человеку, и в особенности ребенку, важно продолжать верить в чудо. Об этом говорят они сами, об этом знают их близкие. Подарить им минуты радости, положительные эмоции, исполнение заветного желания — в этом основное предназначение проекта «Мечтай со мной».

Ключевые слова: исполнение заветной мечты, состояние здоровья, угрожающее жизни, благотворительность, мечтай со мной.

Многие считают, что выздоровление — это единственная цель для тяжелобольного человека. При этом они забывают, что выздоровление зачастую невозможно без удовлетворения такой простой эмоциональной потребности, как веры в чудо. Команда проекта верит, что исполнение заветных желаний людей помогает им лучше справляться с болезнью и легче преодолевать трудности терапии, на которую иногда уходят годы.

Положительные эмоции и новые впечатления помогают не только мечтателям легче переносить медицинские процедуры, но и поддерживают семьи в этой непростой ситуации. Прогрессирующие заболевания порой приковывают их к инвалидным креслам и держат в четырех стенах боль-

ницы или дома. Поэтому важно вернуть людям радость жизни, усилить позитивный эмоциональный фон их жизни.

Свою работу благотворительный проект «Мечтай со мной» начал в октябре 2014 г. с реализации заветных желаний детей в Республике Татарстан. Среди них были такие, как встретиться с известными футболистами, автомобильными гонщиками, полетать на самолете, стать мэром города-миллионника, приготовить блюдо с участниками известных сериалов, и многие другие.

В октябре 2018 г. проект «Мечтай со мной» вошел в АНО «Россия — страна возможностей» и продолжил реализовывать мечты в рамках Года добровольца в России.

Каждая мечта ребенка или пожилого человека — это отдельный проект, требующий индивидуального подхода. Даже кажущиеся на первый взгляд одинаковыми заветные желания требуют разных решений, исходя из множества факторов, таких как состояние здоровья, возраст, место проживания участника. Наиболее важно то, что проект воплощает в жизнь только нематериальные желания, не дарит подарки и не собирает деньги на лечение. День мечты — это праздник, когда мечтатель не думает о лечении и проблемах, а живет жизнью, которой давно хотел.

Особую значимость в реализации проекта имеет работа с партнерами. За время реализации в проекте приняли участие заместитель председателя Правительства Российской Федерации по вопросам социальной политики Татьяна Голикова, главы нескольких субъектов России, Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, авиакомпания S7, компания «Мегафон», ОАО РЖД, Останкинская телебашня, модельное агентство Dolce vita, студия анимационного кино «Мельница», АО «АвтоВАЗ», ФК «Зенит», ФК «Спартак», ФК «ЦСКА», «КАМАЗ-мастер», автомобильный завод «Форд Соллерс», Большой театр, Мариинский театр, Российская федерация баскетбола, Большой Московский государственный цирк, Майл.ру, Лаборатория Касперского, телепередача «Чудо техники» на НТВ, Союзмультфильм, Детское радио, Ульяновский драматический театр им. И. А. Гончарова, Амурский областной театр драмы, Международный аэропорт Красноярск и конно-спортивный клуб «Белая дача».

Спортсмены, известные артисты и телеведущие: Николай Дроздов, Вера Брежнева, Артем Дзюба, Игорь Акинфеев, Гарик Мартиросян, Сергей Лазарев, Полина Гагарина, Евгений Петросян, Евгений Касперский, Михаил Боярский, «Уральские пельмени» — помогли воплотить в жизнь заветные желания мечтателей.

В конце 2018 г. в проекте принял участие Президент Российской Федерации Владимир Путин, исполнив мечты пяти детей с опасными для жизни заболеваниями.

Благодаря системной поддержке неравнодушных людей за время существования проекта:

- исполнено более 250 заветных желаний;
- участие в проекте приняли мечтатели из 49 регионов страны;
- открыто 23 региональных представительства;
- привлечено к работе проекта более 2000 волонтеров.

Однако благополучатели проекта — это не только 250 мечтателей, это и близкие им люди, члены семьи, друзья. Для них, бросивших все силы на лечение родного человека, видеть его улыбку хоть изредка — необычайно важно. Данный проект дарит улыбки всей семье, и это чудо, в которое нужно верить.

В настоящее время и медицинское сообщество поддерживает проект, наблюдая положительную динамику состояния здоровья человека после исполнения его мечты.

Кроме того, деятельность проекта направлена на развитие системной благотворительности, повышение в обществе гуманности, толерантности и внимания в отношении особо уязвимых категорий людей. Человек, который помог исполнить заветное желание мечтателя, уже не будет прежним. Это наполняет его сопереживанием, добротой, радостью бескорыстной помощи и вдохновляет совершать благие поступки и в будущем.

Проект «Мечтай со мной» активно развивает в стране волонтерство, вовлекая в свою деятельность добровольцев по всей стране. Привлекая к сотрудничеству общество, социальные институты и бизнес, мы помогаем развивать в этих отраслях корпоративную социальную ответственность, тем самым способствуя нравственному воспитанию общества.

Список использованной литературы

1. Владимир Путин в рамках проекта «Мечтай со мной» исполнил желание мальчика из Буденновска. URL: https://www.1tv.ru/news/2019-12-29/378229-vladimir_putin_v_ramkah_proekta_mechtay_so_mnoy_ispolnil_zhelanie_malchika_iz_budennovska
2. Президент принял участие в благотворительном проекте «Мечтай со мной». URL: http://www.kremlin.ru/events/president/news/59316
3. Путин пообещал исполнить мечты пяти тяжелобольных детей. URL: https://www.ntv.ru/novosti/2117451/
4. Сайт проекта «Мечтай со мной». URL: https://мечтайсомной.рф

А. В. МАКАРОВА,
региональный координатор Татарстанского регионального отделения всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики»

РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ-МЕДИКОВ В УПРАВЛЕНИИ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Аннотация. С 2015 г. Татарстанское региональное отделение всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» существует на базе Казанского государственного медицинского университета Минздрава России при поддержке ректора Алексея Станиславовича Созинова. Отделение одним из первых в России поддержало инициативу развития добровольчества в сфере здравоохранения страны. Республика Татарстан является основоположником становления медицинского волонтерства в Российской Федерации и одним из лидеров по реализации добровольческой деятельности среди 85 региональных отделений по всей стране.

Ключевые слова: добровольческая деятельность, волонтеры, сфера здравоохранения, помощь, здоровый образ жизни, санитарно-профилактическое просвещение, профориентация в медицину, медицина, общественное здоровье.

С 2015 г. Татарстанское региональное отделение всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» существует на базе Казанского государственного медицинского университета Минздрава России. Отделение одним из первых в России поддержало инициативу развития добровольчества в сфере здравоохранения страны.

Волонтеры-медики оказывают значительную поддержку сфере здравоохранения в решении социально значимых проблем по таким приоритетным направлениям, как:

1. Волонтерская помощь медицинским организациям.
2. Санитарно-профилактическое просвещение населения.
3. Обучение первой помощи и сопровождение мероприятий.
4. Профориентация школьников в медицину.
5. Популяризация кадрового донорства.
6. Популяризация здорового образа жизни.

Своей помощью волонтеры-медики охватывают все слои населения, начиная от детей дошкольного возраста, заканчивая людьми пенсионного возраста, что говорит о всесторонней поддержке со стороны сферы здравоохранения. Сейчас это волонтеры-студенты не только Казанского

ГМУ, но и студенты десяти медицинских колледжей и училищ в Республике Татарстан.

Татарстанское региональное отделение всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» сегодня это:

- **9** местных отделений (базами которых являются медицинские колледжи и училища в Республике Татарстан);
- **3** штаба (базами которых являются Казанский ГМУ, Казанский медицинский колледж и ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 4» г. Казани);
- **2360** волонтеров;
- **11** медицинских организаций;
- **13** образовательных организаций высшего и среднего медицинского профессионального образования;
- **41** отряд на базе школ Республики Татарстан.

Волонтеры в сфере здравоохранения — это добровольцы, которые на безвозмездной основе готовы помогать здесь и сейчас, это студенты и школьники, которые совмещают учебу с добрыми делами. Помогая пациентам в медицинских организациях, детям, находящимся на стационарном лечении, детям и взрослым в хосписах, они разгружают рабочие будни персонала и проживают все проблемы пациентов вместе с ними.

С каждым годом разрабатывается все больше проектов, направленных на обучение волонтеров-медиков оказанию первой медицинской помощи, работу с людьми с ограниченными возможностями здоровья, и это немаловажно как для собственного развития и получения опыта молодежью, так и для получателей этих благ.

Помимо помощи в медицинских организациях добровольцы рассказывают школьникам о профессиях в сфере медицины, помогают им сделать осознанный выбор этой профессии, а также освоить необходимые навыки.

Для школьников младшего возраста разработан профилактический проект «Здоровые улыбки», направленный на обучение правилам техники чистки зубов. Дети, находясь в своих учебных классах, в игровой форме обучаются правилам соблюдения личной гигиены, правильного питания.

Совместно с ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики» Республики Татарстан волонтерами проводятся акции в рамках программы укрепления здоровья. Жители всей республики активно принимают в них участие. Очень важно предостеречь людей от развития заболеваний с помощью профилактических лекций, мастер-классов, тренингов, квестов, квизов, и на данном этапе именно волонтеры вносят огромный вклад в эту деятельность.

В 2019 г. волонтеры-медики провели более 70 акций, направленных на профилактику заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, проверили зрение в школах, ССУЗаз, вузах и ФАПах

республики, провели профилактические беседы по правильному питанию, способам распознавания симптомов инсульта, механизмам передачи ВИЧ-инфекции и диагностике онкологических заболеваний. В рамках федерального проекта «Добро в село» осуществлено 30 выездов в фельдшерско-акушерские пункты, где была оказана помощь медицинского и немедицинского профиля.

Волонтеры-медики играют большую роль в управлении общественным здоровьем, ведь именно они являются связующим звеном между органами исполнительной власти и народом.

РАЗДЕЛ II

МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ — ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Е. В. ФАХРУТДИНОВА,
зав. кафедры управления человеческими ресурсами,
доктор экономических наук, профессор
ИУЭФ КФУ,

А. В. КАМАШЕВА
старший преподаватель,
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА КРУПНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Аннотация. В данной статье рассматриваются наиболее важные аспекты и ключевые вопросы организации корпоративной культуры на примере одного из крупных учреждений Республики Татарстан. Обосновывается и расшифровывается роль корпоративной культуры в развитии предприятия, ее влияние на развитие потенциала сотрудников. Данный вопрос особенно актуален для Российской Федерации, где большая часть руководителей не уделяет должного внимания внутренней коммуникации и культуре организации, тем самым не осознает степень влияния корпоративной культуры на формирование благоприятного имиджа компании и не используют ее как систему ценностей, инструмент эффективного управления персоналом.

Ключевые слова: корпоративная культура, управление персоналом, организационная культура.

Культура компании формируется из определенных составляющих, которые относятся к организационной и корпоративной культуре и являются их неотъемлемой частью: «философия», определяющая смысл организации и отражающая отношения с клиентами и с собственными сотрудниками; доминирующие ценности, на которых основывается организация при постановке целей или при выборе средств достижения целей; нормы

и правила, которых придерживаются все сотрудники и которые определяют принципы взаимодействия сотрудников в организации; атмосфера и климат организации, проявляющиеся во взаимодействии с внешним миром; традиции и ритуалы, которые приняты в организации, проявляются в использовании определенных знаков, выражений, проведении церемоний и т.д.

Культура организации определяется не просто набором определенных элементов, а их взаимосвязью, взаимодействием и формированием с помощью этих элементов образцов поведения. Важен набор базовых элементов, которые формируют культуру, их порядок расположения. В случае возникновения конфликтной ситуации между структурными подразделениями именно порядок базовых составляющих указывает на то, какие принципы должны превалировать в данный момент и какой политики стоит придерживаться в выборе направления поведения. На характер культуры организации и взаимосвязь ее элементов в основном влияют факторы внутренней и внешней среды.

К. Камерон и Р. Куинн создали типологию корпоративной культуры на основе ориентации на внутренние или внешние процессы в сочетании с индивидуальностью/контролем/гибкостью/стабильностью и выделили четыре типа культуры. Первый тип — «Клановая или семейная культура». Организация заботится о сотрудниках, действует принцип уважения к уникальности и индивидуальности человека. Такой тип культуры часто можно встретить в компаниях розничной торговли и предоставления услуг. Второй тип — «Адхократическая культура». Компания нацелена на достижение высоких позиций на рынке, привлечение и удержание клиентов, при этом сохраняется высокая скорость и гибкость в решении задач. Такой тип культуры присущ компаниям, занятым высокотехнологичным производством, для них важна скорость и качество выполняемых работ. Третий тип — «Рыночная культура». Компании с данным типом культуры также нацелены на внешние позиции, но в отличие от адхократической культуры здесь акцент делается на стабильность и контроль, компания поддерживает уровень своей рентабельности. Наиболее подходит данный тип компаниям, которые занимаются оптовой торговлей, они нацелены на завоевание и достижение лидерских позиций. Четвертый тип — «Иерархическая или бюрократическая культура»: компании с этим типом культуры делают акцент на внутренней поддержке работников, четкой структурированности и поддерживают высокий уровень контроля. Данный тип характерен для государственных учреждений, для компаний, где важно соблюдение правил и регламентов, которые ценят внутренний комфорт больше, чем клиентов.

В нашем исследовании корпоративной культуры мы будем основываться на типологии К. Камерона и Р. Куинна и применять опросный

метод OCAI с построением организационных профилей. А также на модели Д. Р. Денисона, которая базируется на четырех элементах культуры: вовлеченность, согласованность, адаптивность, миссия. С помощью модели Д. Р. Денисона можно провести количественное измерение и диагностику корпоративной культуры, а также подобрать меры по ее изменению. По каждому элементу проводится экспертная оценка и составляется профиль культуры. Четыре базовых элемента модели культуры измеряются с помощью опроса по 60 пунктам, после чего строится «профиль» компании. Профиль сравнивается с эталонной базой данных. Анализ результатов позволяет выявить сильные и слабые стороны корпоративной культуры и понять, какое влияние она может оказывать на результативность деятельности.

Необходимо также отметить, что в одной компании могут присутствовать два и более типов корпоративной культуры наряду с субкультурами. Доминирующая корпоративная культура отражает основные ценности и правила, которых придерживаются все сотрудники компании. Субкультуры часто можно встретить в крупных компаниях, где существует несколько офисов, отделов или подразделений. Субкультуры также отражают проблемы сотрудников, опыт их решения, принятые нормы и правила. Любая группа людей в компании может создать собственную субкультуру, но чаще они возникают по структурным подразделениям. Субкультура должна содержать в себе принципы доминирующей культуры, но при этом может иметь дополнительные ценности, которые присущи определенной группе. Сложившиеся в организации субкультуры будут влиять на общую корпоративную культуру и на другие субкультуры, формируя при этом особенность и индивидуальность компании и ее культуры.

На формирование корпоративной культуры и ее отдельных составляющих влияют внешнее и внутреннее окружение, но именно культура личности руководителя, его мировоззрение, установки, ценности, стиль управления и поведения во многом формируют основные моменты культуры организации. Конечно, максимально сильное влияние проявляется, когда организация находится в процессе становления.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (далее — РКОД) является крупнейшим специализированным онкологическим учреждением в Приволжском федеральном округе, коечный фонд составляет 1147 коек. Ежегодно в РКОД проводится более 15 тыс. операций, стационарное лечение получают более 25 тыс. пациентов. Поликлиника РКОД ежегодно принимает более 360 тыс. посещений. В онкологическом диспансере на начало 2018 г. работают 2194 человека, из них 409 врачей (в том числе 150 имеют высшую квалификационную категорию) и 873 — сред-

него медицинского персонала (в том числе 460 имеют высшую квалификационную категорию).

Исследование корпоративной культуры проводилось с помощью типологии Камэрона—Квина и методики Денисона. В исследовании приняло участие 1116 сотрудников, работающих в 59 отделах и отделениях головной организации, что составляет 49,5% от общей численности сотрудников. Из них 82,4% опрошенных женщины, 17,6 % — мужчины. В возрасте от 20 до 30 лет — 15,1%; от 31 до 40 — 24,2%; от 41 до 50 — 29,2%; от 51 до 60 — 23%; от 61 до 70 — 7,5%; старше 71 года — 0,86%.

Согласно исследованию, проведенному по методике Кэмирона—Квинна, персонал диспансера считает, что предпочтительным видом корпоративной культуры является клан, в то в время как сейчас доминирует бюрократическая корпоративная культура.

Практически все данные медицинских отделений являются идентичными, в то время как ряд опрошенных, представляющих административно-управленческий персонал, придерживаются мнения о необходимости перестройки корпоративной культуры с вектором на адхократично-рыночный вариант.

Результаты исследования по модели Денисона показывают серьезный разброс в ответах по средним показателям отделений, где данные изменяются от 9,33 до максимального значения в 25 баллов. Существенная разница выявлена в отношении к организации у медицинских и немедицинских отделов. Интересно, что максимально положительно корпоративную культуру оценивают сотрудники возрастной категории от 31 до 40 лет, наиболее критически настроенными оказались сотрудники в возрасте от 20 до 30 лет.

Корпоративная культура, несомненно, является инструментом, способным повысить эффективность деятельности компании, но ее формирование — процесс трудоемкий и затратный. Анализ, оценка, измерение культуры компании представляют значительную сложность и часто проводятся не очень качественно, что может существенно повлиять на деятельность компании.

Список использованной литературы

1. *Баландина Т. А.* Корпоративная культура // Лаборатория маркетинга и PR. — 2005. — № 3. — С. 77.
2. *Иванова Т. Б., Журавлева Е. А.* Корпоративная культура и эффективность предприятия. — М.: РУДН, 2011. — С. 55.
3. *Камерон К., Куинн Р.* Диагностика и изменение организационной культуры. — СПб.: Питер, 2001. — С. 85.
4. *Шейн Э. Х.* Организационная культура и лидерство / пер. с англ.; под ред. В. А. Спивака. — СПб.: Питер, 2002. — С.142.

В. А. МОРОЗОВ,
доктор экономических наук,
профессор кафедры философии и методологии и экономики
ЭФ МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

ЭКОНОМИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ — СОВМЕСТИМОСТЬ РАБОТЫ ВЛАСТИ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА ПО ИНДИКАТОРАМ ЦЕННОСТЕЙ И ИННОВАЦИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Ключевые слова: экономика взаимодействия, власть и предпринимательство, общественное здоровье.

В истории много примеров, когда происходят продолжительные кризисы между обществом и властью. Этим отличались многие века, включая XX в., когда в отечественной практике проявлялись многочисленные социальные катастрофы. Говоря об обновлениях и инновациях с появлением в России рыночных отношений, сложившийся менталитет государственных структур, да и большей части населения, относительно вертикали власти продолжает предвзято относиться к развитию среды предпринимательства в нашей стране.

Для этого требуются юридическо-правовые и финансово-экономические институты, формирующие разноплановые инфраструктурные элементы экономических свобод — гарантий, способные отвечать без искажений на современные рыночные отношения по поддержке и развитию нетеневого бизнеса и предпринимательской среды в России. Это касается многих отраслей. В здравоохранении эксперты Всемирной организации здоровья сосредоточились на индикаторах, которые включают уровень смертности и состояние питания детей, родившихся с весом менее 2,5 кг; среднюю продолжительность жизни и уровень грамотности взрослых, а также обеспечение безопасным водоснабжением, доступность первой медицинской помощи и иммунизацию (%) от инфекционных болезней. Конечно, учитывается доля ВВП (%) на душу населения и объем расходов на здравоохранение в стране. Говоря о 53-м месте (2018 г., в 2017 г. — 55-е место) России в мировом рейтинге здравоохране-

ния, следует отметить, что по доли ВВП (5,6%) в этой сфере наша страна плетется в хвосте за другими государствами. Исполнительной властью страны приняты меры, т.е. разработан ряд программ развития социальной сферы и здравоохранения до 2025 г. с финансированием этой отрасли в объеме до 35 трлн руб. В программах участвуют и частные инвесторы.

Перечислим ключевые направления во взаимодействии бизнеса и государства в сфере здравоохранения. Поскольку в этой сфере основной продукт — это *медицинские услуги*, а рыночная экономика предопределяет оказание услуг частными организациями, то возникает непосредственная связь между государством и предпринимательством посредством государственных заказов. В этом взаимодействии, как и в последующих, есть свои особенности. Государственные заказы возникают на основе тендеров и не отличаются выгодностью (по тарифам ОМС) с финансовой точки зрения, но поднимают общих престиж (рейтинг) частных медицинских компаний. Сегодня цифровая экономика, внедряемая в здравоохранение, еще не в силах отследить качество медуслуг, оказываемых частным бизнесом, по общим показателям общественного здоровья, а государственные заказы делаются только на год, что не позволяет судить об изменении в качестве услуг, представляемых частными клиниками, выигравшими заказ.

Поскольку государственные заказы с финансовой точки зрения не покрывают полностью расходов на медуслуги, важно *финансовое взаимодействие* между властью и бизнесом. Это направление, конечно, ориентируется и на частные благотворительные средства, которые можно привлечь для существенных социальных федерально-региональных задач. Существующие формы (контрактная и институциональная) государственно-частного партнерства связаны с отсроченно-частичным возвратом вложенного частного капитала и прямым государственным финансированием и приобретением государством уставной доли. Кроме этого, имеет место и *аренда* как *персонала*, так *и имущества*. Относительно имущества арендатором может быть и та и другая сторона, в зависимости от соответствующих резервов и имеющихся помещений и оборудования, как на короткую, так и на длительную перспективу. Что касается аренды специалистов, то она также может быть взаимной для сторон, где привлечение провайдером (аутстаффером) специалистов позволяет им находиться на прежнем месте и выполнять прежние функции, но взаиморасчеты проходят с новым временным работодателем на период выполнения оговоренного проекта. Другим направлением может быть *обмен управленческими и информационными технологиями*. Управленческие технологии, как правило, связаны с проведением практических семинаров, взаимных тренингов и курсов по повышению квалификации. Обмен информационными технологиями относится к *аутсорсингу*, который может включать и другой ряд услуг, свя-

занных с бухгалтерским сопровождением и поддержанием и восстановлением чистоты в промышленных, коммерческих и бытовых помещениях (клинингом). Для бюджетных и частных структур выгодно приглашать другие частные компании, чтобы сохранять направленность функционирования своей организации. Если контракты продолжительны, то выгода более существенна, поскольку в первое время требуются большие вложения и усилия приглашаемой стороны, чем в последующий период поддержания необходимых функций. Важно формировать как самостоятельное направление *базы идей и замыслов* по решению насущных вопросов здравоохранения за счет реализуемых на их основе проектов.

Сегодня особенно важно создавать клинико-диагностические центры, чтобы пациент мог выбрать более удобный для себя КДЦ, где цены и тарифы устанавливает государство, а оплата идет через ФОМС. Во-вторых, необходимо привлекать частных инвесторов для организации поставок новых технологий и оборудования, внедряемых в федеральных государственных больничных учреждениях и национальных медицинских центрах, в том числе новых препаратов отечественными фармацевтическими компаниями. Это связано и с тем, что отечественные препараты часто не выдерживают проверки на качество нужного состава, и это соответственно не позволяет достичь нужного результата. В-третьих, следует формировать правовую основу для обучения врачей-специалистов за счет частного финансирования (например, для хирургов немецкая программа «Эскулап», американская программа «Зиммер» и др.). Сегодня фармацевтика активно взяла на себя продажи лекарств, что заметно помогло как в снижении спроса на приемы врачей, так и в дороговизне обслуживания больных. В-четвертых, важным аспектом взаимодействия является проведение НИР за счет частных компаний, которые при этом освобождаются от налогов, направляя средства в российский фонд фундаментальных исследований, а также осваивая их за счет средств грантов или оплачивая помещение и оборудование, необходимое для проведения новых исследований. В-пятых, важно снижать правовую незащищенность пациентов. Сегодня их защищают два федеральных закона — Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 18.03.2019) «О защите прав потребителей» и Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Существенным шагом в рамках улучшения законодательной базы может стать принятие Федерального закона «О развитии частной медицинской помощи». Это связано с тем, что следует регламентировать как правовую базу частного бизнеса в медицине, так и виды медицинских услуг, предоставляемых частными медкомпаниями, учитывающими государственные интересы. Вместе с этим необходимо прописать порядок регулирования рынка медицинских услуг и участие граждан в регулировании частной медицины. Следует формировать националь-

ные рейтинги медицинских организаций по видам лечения, как это делается в ряде зарубежных стран, с учетом форматов федеральных округов и субъектов Федерации. В этом контексте важна стандартизация лечебных учреждений и рабочего места врача и медспециалистов (пока действует старый приказ Минздрава № 901Н об оснащении рабочих мест).

Кардинальной проблемой становится *«пациентоориентированность»*. Пока нет персонализации клиента, т.е. нет универсального «медицинского чипа», хранящего информацию о клиенте, необходимую для поддержания его здоровья. Возможно, назревает вопрос о надобности страховых компаний. Хорошо известна схема направления федеральных средств в территориальные ФОМСы, которые работают с ЛПУ через страховщиков. Вместе с тем практика подсказывает, что страховые компании для своей жизнедеятельности должны оставить минимум 6%, а лучше 10% или более. Это постоянно вызывает противоречие в работе ЛПУ, которые сторонятся связей со страховыми компаниями из-за постоянных разборок, от чего страдает в первую очередь пациент.

В заключение отметим, что выход из теневых форм сотрудничества между властью и предпринимателями идет очень медленно. Требуется обновление законодательной платформы и проведение организационно-экономического подхода в формировании для бюджетных медучреждений уровня цен на платные услуги. Следует шире поддерживать работу частных ЛПУ, содействуя развитию добровольного медицинского страхования и гибкой ценовой политики.

Список использованной литературы

1. Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты. URL: http://yandex.ru/clck/jsredir?bu=kdxb&from=yandex.ru
2. Национальный проект «Здравоохранение». URL: http://yandex.ru/clck/jsredir?bu=hr36&from=yandex.ru

В. Г. ШЕРПУТОВСКИЙ,
зам. главного врача по организационно-методической работе,

Л. И. САБИРОВА,
зав. отделом учета и медицинской статистики

Л. М. ХАБИРОВА,
врач-методист,
государственное автономное учреждение здравоохранения «ГКБ № 7»,
г. Казань

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГАУЗ «ГКБ № 7» Г. КАЗАНИ

Аннотация. Эффективное использование материальных и кадровых ресурсов здравоохранения является приоритетным направлением деятельности медицинского учреждения. Нормативная база здравоохранения не всегда успевает подстроиться к меняющимся стандартам и техническим возможностям аппаратуры. Статья подготовлена в рамках постоянной работы по внедрению бережливого производства и посвящена оптимизации работы диагностической службы на основе хронометражных исследований.

Ключевые слова: нормирование труда, фотохронометражные исследования, диагностические исследования.

Решение стратегических задач улучшения качества оказываемой медицинской помощи в системе здравоохранения зависит от организации управления трудовыми ресурсами отрасли. Новые условия функционирования здравоохранения предъявляют повышенные требования к потенциалу медицинского персонала, росту эффективности его работы путем экономического стимулирования и оптимального нормирования труда.

Важным вопросом в профессиональной деятельности врача является выполнение им своих функциональных обязанностей в рабочее время, т.е. учет его нагрузки. К сожалению, нормативные документы, определяющие нагрузку, устарели и не отвечают реалиям сегодняшнего дня. Особенно это касается диагностической службы. Министерством здравоохранения

Российской Федерации в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и в соответствии с планом мероприятий (дорожная карта) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» организовано проведение фотохронометражных наблюдений за работой врачей отдельных специальностей для последующей разработки и утверждения отраслевых норм труда в сфере здравоохранения.

В целях оптимизации работы инструментально-диагностических отделений: УЗД, функциональной диагностики, эндоскопических исследований, лучевой диагностики (далее отделений диагностики) — был проведен хронометраж рабочего времени в отделениях. На основании внутреннего приказа по ГАУЗ «ГКБ № 7» был разработан словарь основных видов деятельности и кодов трудовых операций и проведен совместно с медицинскими работниками отделений диагностики хронометраж затрат рабочего времени по всем видам исследований кабинетов и отделений.

Диагностические исследования выполнялись врачом и медицинской сестрой, которые имеют необходимую теоретическую и практическую подготовку. Медицинская сестра выполняла отведенные ей технологические операции. По результатам проведенного исследования оформлялось заключение, которое подписывалось врачом.

Время, расходуемое на одно исследование, рассчитывалось с учетом следующих положений:

— указанное расчетное время на одно исследование включает работу в подготовительный и заключительный периоды (подготовка пациента, дезинфекция оборудования), ведение документации, непосредственное проведение исследования и создание врачебного заключения;
— время перехода для выполнения исследований вне помещения диагностического кабинета (отделения) учитывалось по затратам рабочего времени;
— отдельно учитывалось расчетное время исследований, проводимых в условиях реанимационного отделения, палат интенсивной терапии, в палатах стационара у тяжелых больных;
— при выполнении исследований врачом без медицинской сестры трудозатраты врача возрастали.

Таким образом, по итогам хронометража были определены реальные затраты рабочего времени по различным видам диагностики. Результаты хронометража показали отставание законодательных нормативов по трудозатратам врача ультразвуковой, функциональной диагностики, эндоскопических исследований от применяемых в практике. По результатам хронометража диагностических отделений были внесены предложения

по временному нормированию трудозатрат в разрезе видов диагностических исследований на основании объективных данных о затратах рабочего времени. Это позволило оптимизировать нагрузку врача, увеличить пропускную способность диагностической службы, стимулировать врача к самоусовершенствованию. Следует отметить, что изменения нормативов были согласованы с профсоюзным комитетом больницы.

Ю. В. ШЕРПУТОВСКИЙ,
аспирант ИУЭФ КФУ,

Л. И. САБИРОВА,
зав. отделом учета и медицинской статистики,

Л. М. ХАБИРОВА,
врач-методист,
государственное автономное учреждение здравоохранения «ГКБ № 7»,
г. Казань

ВНЕДРЕНИЕ ИНДИКАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА КАК ЭЛЕМЕНТ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ГАУЗ «ГКБ № 7» Г. КАЗАНИ

Аннотация. Управление кадровыми ресурсами на основе экономических принципов стимулирования является наиболее действенным рычагом мотивации персонала к качественному оказанию медицинской помощи. Статья подготовлена в рамках постоянной работы по внедрению эффективного использования кадров с целью получения максимальной отдачи, формирования потребности к самоусовершенствованию, солидарной ответственности за результат.

Ключевые слова: мотивация персонала, индикативные показатели, критерии эффективности работы.

Мотивация медицинских кадров в государственных и муниципальных медицинских учреждениях — это совокупность внутренних и внешних движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, задают границы и формы деятельности, придают этой деятельности направленность, ориентированную на улучшение качества медицинской помощи и достижение определенных целей.

Самым главным элементом, влияющим на мотивацию к профессиональному совершенству медицинского персонала, является экономический стимул. Система индикативных показателей, применяющаяся в учреждениях системы здравоохранения Республики Татарстан, носит зачастую формальный характер. С целью приближения стимулирующих выплат к реальному «коэффициенту трудового участия» были разработаны и утверждены внутренним приказом по ГАУЗ «ГКБ № 7» критерии

оценки эффективности деятельности медицинских и фармацевтических работников и расчетное количество баллов по оценке критериев. При разработке критериев были выделены отдельные направления оказываемой медицинской помощи: стационарная, реанимационная, амбулаторно-поликлиническая, диагностическая, вспомогательные виды. По специфике деятельности были сформулированы критерии, определяющие объем и качество выполняемой работы. Например:

— хирургическая активность;
— случаи послеоперационных осложнений;
— охват диспансерным наблюдением лиц, состоящих на диспансерном учете;
— запущенность злокачественных новообразований визуальной локализации;
— экспертиза УКЛ и др.

Также выделены критерии, общие для всех видов деятельности, такие как:

— случаи нарушения правил внутреннего распорядка, этики и деонтологии;
— наличие обоснованных жалоб населения на качество оказания медицинской помощи, диагностических исследований и процедур;
— случаи нарушения своевременного и качественного ведения учетно-отчетной документации и внутреннего документооборота;
— случаи нарушения санитарно-дезинфекционного режима, невыполнение в полном объеме и своевременно противоэпидемических мероприятий и др.

Установлена солидарная ответственность руководителей подразделений за нарушения сотрудников. В случае выявления нарушения руководителем подразделения депремируется только виновное лицо, в случае выявления нарушения вышестоящим руководителем или сторонней организацией депремируются и сотрудник, и руководитель структурного подразделения. Данная схема позволила значительно улучшить качество оказываемой медицинской помощи и снизить количество дефектов.

В электронном формате для каждого подразделения были сформированы папки, имеющие в своем составе индивидуальные файлы (таблицы) на каждого сотрудника с учетом его должности и специфики специальности. Ответственные лица по подразделениям вносят показатели работы каждого сотрудника в таблицы. Затем в соответствии с установленной программой проводится автоматическая обработка и подсчет баллов по критериям эффективности работы по каждому медицинскому работнику. Количество баллов по критериям эффективности деятельности медицинских и фармацевтических работников оформляется протоколом и передается в планово-экономическую и бухгалтерскую службу для начисления сти-

мулирующих выплат. Учет показателей критериев эффективности деятельности проводится ежемесячно.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что внедрение реальных индикативных показателей при работе с персоналом способствует повышению эффективности работы медицинских учреждений (в частности, ГАУЗ «ГКБ № 7»), улучшению качества диагностики и лечения, увеличению объема лечебно-диагностических мероприятий, доступности высококвалифицированной медицинской помощи, увеличению выявляемости заболеваний на ранних стадиях и в конечном итоге повышению удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием и медицинского персонала своей работой.

РАЗДЕЛ III

ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е. С. АНДРЕЕВА,
магистрант ИУЭФ КФУ

Т. В. ХАЛИЛОВА,
доцент кафедры государственного и муниципального управления ИУЭФ КФУ, г. Казань

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Аннотация. Роль и значение научных исследований по тематике государственно-частного партнерства сегодня возрастают, так как инструменты ГЧП выступают перспективным инструментом развития региональной и муниципальной инфраструктуры, привлечения инвестиций, повышения качества оказываемых населению услуг. На основе системного подхода и методических рекомендаций Министерства экономического развития РФ в статье осуществлен анализ и оценка уровня развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Татарстан.

Ключевые слова: взаимодействие государства и бизнеса, государственно-частное партнерство, социальная сфера, ГЧП в сфере здравоохранения.

В настоящее время наблюдается тенденция сокращения бюджетного финансирования социальной сферы. В период с 2011 по 2018 г. объем совокупных государственных расходов на объекты социальной инфраструктуры сократился на 30% (460 млрд руб. в 2011 г., 235 млрд руб. в 2018 г.). В условиях роста спроса населения на качественные услуги использование механизмов государственно-частного партнерства выступает перспективным инструментом для создания и развития социальной инфраструктуры. С целью повышения качества социальных услуг в инфраструктурных и инновационных проектах остро нуждается система здравоохранения.

Для оценки уровня развития ГЧП в сфере здравоохранения в РТ проанализируем рейтинг регионов за 2014–2018 гг. Рейтинг рассчитывается в соответствии с методикой, утвержденной Минэкономразвития РФ в 2014 г. [1]. В основе рейтинга информация, которую регионы предоставляют в специализированной системе сбора данных, разработанной министерством, а также информация по концессиям, размещенная на портале torgi.gov.ru, и официальные данные Росстата. Показатель «Уровень развития сферы ГЧП в субъекте РФ» определяется на основе оценки значений составляющих его факторов по трем блокам: опыт реализации проектов ГЧП, нормативно-правовое обеспечение сферы ГЧП, а также развитие институциональной среды в сфере ГЧП субъекта РФ. Максимальное значение общего интегрального показателя, которое может набрать субъект, равно 100%. Однако за всю историю мониторинга, ни один из субъектов России не достигал максимума. Предельное значение ограничивается 90%.

По итогам 2014–2016 гг. РТ занимала вторую позицию рейтинга. Значение показателя тогда было равным 70,6 и 66,7% соответственно [2]. Согласно рейтингу 2016–2017 гг., Татарстан опустился на восьмое место с показателем 66,6% [3]. В 2017–2018 гг. ситуация значительно ухудшилась: республика опустилась в рейтинге на 7 пунктов и заняла 15-е место с показателем уровня 2014 г. (70,6%) [4]. Постепенное падение в рейтинге, безусловно, свидетельствует о наличии проблем в данной сфере. Большинство связаны с наличием провалов республики в части работы с потенциальными инвесторами, и сегодня им уделяется повышенное внимание на совещаниях с руководством республики.

Важными факторами успешного развития ГЧП в субъектах РФ является наличие институционального регулирования и поддержки ГЧП. Так, в республике институциональное регулирование осуществляется федеральным и региональным законодательством в сфере ГЧП. Отметим Закон РТ № 50-ЗРТ «О ГЧП в РТ», принятый в июле 2011 г., который регламентирует следующие вопросы: принятие решения о реализации проекта ГЧП и его правила; организация и проведение конкурса на право заключения соглашения о ГЧП; мониторинг реализации соглашений о ГЧП и др. В соответствии с госпрограммой «Развитие здравоохранения РТ до 2021 года» (Постановление Кабинета министров РТ от 01.07.2013 № 461) на развитие ГЧП до 2021 г. планируется направить порядка 3 млрд руб.

Институциональную поддержку ГЧП в РТ оказывает Агентство инвестиционного развития РТ. Также большое внимание ГЧП в сфере здравоохранения уделяется со стороны руководства РТ. Рустам Минниханов неоднократно отмечает, что «республика активно настроена в отношении развития ГЧП в сфере здравоохранения, причем особое внимание уделя-

ется привлечению медицинских организаций к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи» [6].

В настоящее время концессии являются одним из приоритетных способов модернизации объектов инфраструктуры системы здравоохранения. Отметим, что в период с 2012 по 2017 г. по России количество концессий увеличилось в 6,3 раза (66 в 2012 г., 413 в 2017 г.). Согласно реестру концессионных соглашений, в республике реализуются восемь концессий, и все это проекты в сфере здравоохранения. Общая стоимость создания объектов системы здравоохранения в республике составляет почти 700 млрд руб. [5].

Реализации потенциала ГЧП в сфере здравоохранения в республике препятствуют в том числе: низкая привлекательность объектов системы здравоохранения для инвестирования ввиду риска низкой нормы доходности вложенных инвестиций и отсутствие гарантий окупаемости проектов, отсутствие межведомственного взаимодействия на этапах подготовки и реализации проектов ГЧП (инициирование, контроль, надзор, мониторинг и ведение реестра проектов ГЧП и др.), отсутствие доверия участников ГЧП в связи с недостаточным опытом успешных практик реализации и открытости проектов ГЧП. Напомним, в РТ на принципах ГЧП в соответствии с ФЗ № 224-ФЗ на стадии реализации находится один-единственный проект — в сфере спортивной индустрии.

В сложившейся ситуации становится очевидным, что для дальнейшего развития механизмов ГЧП в сфере здравоохранения необходим комплексный и системный подход в решении проблем, препятствующих реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения и не только. Прежде всего необходима регламентация межведомственного взаимодействия и развитие инфраструктуры на принципах стратегического планирования.

Исходя из этого, следует, что в первоочередных мерах должна быть разработка и последующая реализация «инфраструктурного плана». АИР РТ в 2018 г. разработали проект мероприятий по развитию ГЧП в РТ на 2019–2021 гг., однако проект постановления Кабинета Министров РТ так и не прошел стадию межведомственного согласования и был направлен на доработку. Окончательный план развития ГЧП в РТ, к сожалению, еще не принят, что, безусловно, является одним из факторов, сдерживающих позиции республики в национальном рейтинге ГЧП.

Список использованной литературы

1. Приказ Минэкономразвития России от 15.05.2014 № 266 (ред. от 04.02.2016) «Об утверждении методики расчета значений показателей оценки эффективности деятельности руководителей федеральных органов исполнительной власти и высших должностных лиц... субъектов РФ по созданию благоприятных условий ведения предпринимательской деятельности...». URL: http://www.pppi.ru/sites/default/files/ob_utverzhdeni.. (дата обращения: 30.03.2019).

2. Исследование «Развитие ГЧП в России в 2015–2016 годах. Рейтинг регионов по уровню развития ГЧП» / Ассоциация «Центр развития ГЧП», Министерство экономического развития РФ. — М.: Ассоциация «Центр развития ГЧП», 2016. — 36 с.
3. Исследование «ГЧП в России 2016–2017: текущее состояние и тренды, рейтинг регионов» / Ассоциация «Центр развития ГЧП». — М.: Ассоциация «Центр развития ГЧП», 2016. — 32 с.
4. Проект национального доклада «О привлечении частных инвестиций в развитие инфраструктуры и применение механизмов ГЧП в РФ + рейтинг регионов по уровню развития ГЧП 2017–2018». URL: http://pppcenter.ru/assets/files/260418-rait.pdf (дата обращения: 28.03.2019).
5. Реестр концессионных соглашений РТ (в соответствии с ФЗ от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях») по состоянию на I полугодие 2018 года. URL: http://tida.tatarstan.ru/rus/file/pub/pub_1506598.pdf (дата обращения: 03.04.2019).
6. Сложение сил — умножение результата. URL: http://rt-online.ru/slozhenie-sil-umnozhenie-rezultata/ (дата обращения: 03.04.2019).

Г. Ф. ВАЛЕЕВА,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН: ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕЛИ

Аннотация. Функционирование эффективной модели организации здравоохранения является одной из ключевых стратегических задач развития Республики Татарстан. Политика, реализуемая органами региональной власти в данной отрасли, направлена на улучшение показателей общественного здоровья, на повышение доступности и качества медицинской помощи. В статье представлена общая характеристика организации здравоохранения Республики Татарстан, проанализированы некоторые характеризующие ее количественные показатели.

Ключевые слова: здравоохранение, общественное здоровье, региональная модель здравоохранения, Республика Татарстан, эффективность здравоохранения, экономика здравоохранения, организация здравоохранения.

В принятом в 1948 г. уставе Всемирной организации здоровья термин «здоровье» трактуется как «не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного физического, духовного и социального благополучия». Данное определение описывает индивидуальное здоровье человека, которое с экономической позиции представляет собой социальный и личный ресурс для повседневной жизни.

Общественное здоровье, по мнению советского и российского специалиста в области социальной гигиены, доктора медицинских наук, профессора, академика РАМН Юрия Павловича Лисицына, определяется как здоровье населения, которое обусловлено системным воздействием биологических и социальных факторов, оценивается социально-экономическими, демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности. В экономическом аспекте общественное здоровье представляет собой общественный, социальный ресурс [3].

Здравоохранение — деятельность по обеспечению, сохранению и укреплению здоровья всех категорий граждан, осуществляемая органами власти государственного, регионального и местного уровня, профильными организациями, их руководителями и гражданами [2].

Ключевой индикатор эффективной связи экономики и здравоохранения — улучшение показателей качества жизни, которое обусловлено состоянием здоровья. Главный объект и субъект экономических отношений в здравоохранении — пациент.

Здравоохранение и медицина являются элементами социальной сферы жизни общества и входят в систему национальной безопасности, тем самым выступая особой сферой государственных интересов. В связи с этим значимость роли государства как регулятора экономических отношений, складывающихся между людьми в процессе производства, распределения, обмена и потребления благ медицинского характера, не ставится под сомнение [4].

Рассмотрим функционирование региональной модели здравоохранения Республики Татарстан.

Республика Татарстан выступает высокодоходным субъектом РФ, регионом-донором, характеризующимся сильной централизацией власти. Декларирование активной социальной политики — важная составляющая стратегического развития республики. Руководством Татарстана обозначена амбициозная задача — создание в республике системы здравоохранения на уровне развитых стран. Сделать это, по их мнению, станет возможным за счет повышения уровня жизни и расширения инфраструктурного обеспечения.

Татарстан еще в 2007 г. стал участником пилотного проекта по одноканальному финансированию здравоохранения. Его суть заключается в том, что большая часть средств на финансирование учреждений здравоохранения аккумулируется в бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования, из бюджета которого через страховые медицинские организации средства перечисляются учреждениям здравоохранения, работающим в системе ОМС [6].

В республике внедрен механизм индикативного планирования: суть его состоит в том, что получение субсидий из регионального бюджета софинансирования социальных расходов зависит от уровня достижения заданных индикаторов.

Государственным органом, отвечающим за выработку и реализацию государственной политики в области охраны здоровья населения республики, является Министерство здравоохранения Республики Татарстан.

На сегодняшний день в Татарстане самая низкая смертность в Приволжском федеральном округе и лучшие показатели по естественному приросту и рождаемости. Лидирующие позиции в регионе по числу умерших по основным классам причин смерти занимают болезни системы кровообращения — 23 606, затем новообразования — 7639.

Таблица 1

Сведения о числе умерших по основным классам причин смерти, Республика Татарстан, 2018 г.

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Туберкулез	Ново-образования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения
440	113	7639	23606	1362	2093

В 2018 г. показатель продолжительности жизни в регионе составил 74,3 года — согласно статистике, это на полтора года выше, чем на федеральном уровне.

Диспансеризация населения является одним из ключевых направлений деятельности Министерства здравоохранения республики. По итогам 2018 г. в рамках данных обследований было выявлено 1442 случая злокачественных новообразований, 70% из них — на ранних стадиях.

Рассмотрим некоторые показатели функционирования отрасли здравоохранения региона в динамике.

Таблица 2

Показатели развития здравоохранения Республики Татарстан, 2011–2017 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Прирост
Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение (млн руб.)	24 806,3	27 560,6	26 090,8	28 544,4	31 711,2	34 766,1	20 111,2	–19%
Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения (млн руб.)	7231,9	8046,3	6610,2	4015,2	3952,5	5580,5	4329,3	–40%
Заболеваемость населения (заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые, на 1000 чел.)	849,8	845,2	831,6	841,1	804,2	792,3	794	–6,5%

Окончание табл. 2

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Прирост
Число больничных коек на 10 000 человек населения	76,7	74,8	71,6	65,9	65,8	65,2	63,4	–17%
Численность населения на одну больничную койку	130,3	133,7	139,7	151,8	152	153,3	157,6	20%
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	71,3	71,8	72,12	72,17	72,81	73,64	74,2	4%
Коэффициент естественного прироста населения на 1000 человек населения	1	2,3	2,6	2,5	2,7	2,7	1,1	10%
Смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 000 человек соответствующего возраста)	529,8	505,8	499,4	509,4	477,1	440,5	417,2	–21%
Численность врачей всех специальностей на 10 000 человек населения	44,2	41,9	41,4	42,1	40,6	40,2	41,5	–6%
Численность населения на одного врача	226,1	238,4	241,4	237,6	246,3	248,6	241,1	6%
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 000 человек населения, посещений в смену	241,6	248,3	243,5	264,7	238,3	240,5	242,6	0,04%

В период с 2011 по 2017 г. положительную динамику в Республике Татарстан в области здравоохранения имеют следующие показатели:

— снижение уровня заболеваемости населения на 6,5%;
— увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении на 4%;
— увеличение коэффициента естественного прироста населения на 10%;
— снижение смертности населения в трудоспособном возрасте на 21%.

Все остальные рассмотренные показатели имеют отрицательную динамику развития здравоохранения: число больничных коек на 10 000 человек населения, численность населения на одну больничную койку, численность врачей всех специальностей (на 10 000 человек населения) и численность населения на одного врача.

Стоит отметить значительное снижение финансовых показателей здравоохранения: расходов консолидированного бюджета на здравоохранение на 19% и инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения, на 40%. Данные показатели объясняют многие отрицательные динамики показателей развития отрасли. Прогнозные расходы регионального бюджета на здравоохранение и их процент от общих расходов на 2019–2020 гг. также иллюстрируют снижение как абсолютных, так и относительных показателей.

Таблица 3

Расходы бюджета Республики Татарстан

	2019 г. (прогноз)	**2020 г. (прогноз)**
Общие расходы	209 144 280,80	218 131 831,30
Здравоохранение	21 470 207,50	19 852 265,00
% от общих расходов	10,2%	9,1%

В табл. 4 представлена структура прогнозируемых расходов бюджета Республики Татарстан на здравоохранение.

Таблица 4

Структура расходов бюджета Республики Татарстан на здравоохранение

Структура расходов	**2019 г. (прогноз)**	**2020 г. (прогноз)**
Всего (тыс. руб.)	21 470 207,5	19 852 265,0
Стационарная медицинская помощь	4 230 616,5	2 703 345,9

Окончание табл. 4

Структура расходов	2019 г. (прогноз)	2020 г. (прогноз)
Амбулаторная помощь	2 058 974,3	1 532 297,0
Скорая медицинская помощь	38 800,0	38 800,0
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	521 646,2	541 154,4
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	124 442,9	129 604,6
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	35 304,6	36 567,4
Другие вопросы в области здравоохранения	14 460 423,0	14 870 495,7

Как видно из таблицы, по прогнозу на 2019 г. из бюджета республики на здравоохранение заложены 21 470 207,5 тыс. руб. Основными структурными элементами данных расходов являются: стационарная медицинская — 20%, амбулаторная помощь — 9,5% и «другие вопросы в области здравоохранения» — 67%.

Категория «другие вопросы» относятся расходы на уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, реализацию преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования, централизованных мероприятий в области здравоохранения, строительство и капитальный ремонт медицинских организаций, предоставление субсидий и финансовое обеспечение деятельности учреждений, обеспечивающих предоставление услуг в сфере здравоохранения, содержание аппарата управления министерства.

Базовый нормативно-правовой акт, регламентирующий развитие отрасли здравоохранения в республике, — это государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2021 года», утвержденная в 2013 г. (с изменениями на 20 декабря 2018 г.). Программа принята на основании и во исполнение стратегических целей развития региона.

Ее цель — обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Рассмотрим основные индикаторы программы [1].

Таблица 5

Основные индикаторы государственной программы «Развитие здравоохранения РТ до 2021 года»

Показатель (индикатор)	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Смертность от всех причин на 1000 населения	12	12,2	11,6	11,5	11,4	11,4	11,4	11,4
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	6,9	6,3	6,2	6,1	6,0	6,0	4,6	4,6
Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения	660,0	655,0	645,0	650,0	640,0	635,2	630,4	643,3
Смертность от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. населения	18,0	17,9	17,7	17,5	17,3	17,3	15,0	15,0
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) на 100 тыс. населения	182,7	182,6	182,5	182,4	182,3	182,2	182,1	199,6
Смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения	6,2	6,1	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Распространенность потребления табака среди взрослого населения, %	37	36,0	35,0	34,0	33,0	32,1	31,3	31,3
Потребление алкогольной продукции, литров на душу населения в год	9,6	9,5	9,4	9,3	9,2	9,1	9,0	9,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	73,0	73,2	73,5	74,0	74,7	74,9	75,0	75,0

На основе функционирования систем здравоохранения составляются рейтинги их эффективности. Одним из рейтингов эффективности региональных систем здравоохранения в России является рейтинг, рассчитываемый Высшей школой организации и управления здравоохранением. Он рассматривает эффективность как возможность добиться того же результата за меньшие деньги или лучших результатов за те же деньги и рассчитывается на основании четырех показателей, каждый из которых имеет удельный вес при подсчете баллов:

- ожидаемая продолжительность жизни — 50%;
- валовый региональный продукт — 10%;
- государственное финансирование здравоохранения на душу населения — 30%;
- продажа крепких алкогольных напитков на душу населения — 10% [5].

На первых местах по эффективности здравоохранения оказываются те регионы России, которые относительно других регионов смогли добиться самых высоких показателей ожидаемой продолжительности жизни при относительно низком уровне государственного финансирования здравоохранения и валового регионального продукта.

По итогам расчетов 2017 г. Республика Татарстан в рейтинге эффективности здравоохранения заняла лишь 23-е место (в 2016 г. занимала 29-ю позицию, в 2015 г. — 24-ю). Индекс эффективности — 60,94 балла, при этом ожидаемая продолжительность жизни при рождении в данном регионе равна 74,2 года, валовый региональный продукт на душу населения — 543 522 руб., подушевые государственные расходы на здравоохранение, поделенные на КД, — 13 911 руб., потребление крепких алкогольных напитков на душу населения — 10,7 литра [5]. Это говорит о том, что, несмотря на то что многие базовые количественные показатели здравоохранения Татарстана улучшаются, в аспекте эффективности необходимо проводить корректировку реализуемой политики, сопоставляя поставленные задачи с их финансированием.

Для повышения эффективности модели организации здравоохранения на сегодняшний день перед здравоохранением Республики Татарстан поставлены задачи по усовершенствованию и оптимизации многоуровневой системы оказания медицинской помощи, модернизации существующей амбулаторно-поликлинической сети, формированию повсеместно функционирующего единого информационного пространства, внедрению в практику производственной медицины и интеграции государственной и частной систем здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2021 года» [Электронный ресурс]. URL: http://docs.cntd.ru/document/463303996, свободный
2. *Валеева Г. Ф.* Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации // Russian Studies in Law and Politics. — Vol. 2. — No. 2. — 2018. – С. 4–8.
3. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 512 с.
4. *Решетников А. В., Шамшурина Н. Г., Шамшурин В. И.* Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / под общ. ред. А. В. Решетникова. — М.: Юрайт, 2016. — 303 с.
5. *Улумбекова Г. Э., Гиноян А.* Б. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2017 г.) [Электронный ресурс] // Вестник ВШОУЗ. — 2019. — № 1 // URL: https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/effektivnost-regionalnykh-sistem-zdravookhraneniya-rossii-reyting-2017-g-/, свободный
6. *Шавалеева Ч. М.* Преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения: опыт Республики Татарстан // Казанский медицинский журнал. — 2013. — Т. 94. — № 6. — С. 877–884.
7. Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан [Электронный ресурс]. URL: http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/1392302.htm, свободный

А. А. ШУГАЕПОВА,
старший преподаватель ИУЭФ КФУ,

Р. Р. ГАРАЕВА,
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕЙТИНГОВ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ

Аннотация. В статье рассматриваются основные системы оценки конкурентоспособности здравоохранения стран, выраженные в их рейтинговых позициях. Изучаются структура и основные индикаторы рейтингов, их целевые ориентиры.

Ключевые слова: конкурентоспособность, здравоохранение, международные рейтинги, рейтинг стран.

Международные рейтинги, оценивающие здравоохранение стран по степени конкурентоспособности, имеют различные аспекты и цели исследования здоровья и организуемой политики по его охране. Так, можно увидеть рейтинги, акцентирующие основной аспект ранжирования на следующих параметрах: расходы на здравоохранение, расходы стран на здравоохранение на душу населения, уровень предоставляемой медицины (Bloomberg, Numbeo), продолжительность жизни населения страны, средний возраст жителей страны, уровень рождаемости, уровень смертности, рейтинг стран по уровню младенческой смертности, рейтинг стран по уровню ожирения, распространенность туберкулеза и др.

Часть рейтингов ранжируют страны по отдельным параметрам, часть предполагают комплексную оценку страны путем взвешивания различных показателей эффективности деятельности территории в сфере здравоохранения.

Отдельные международные рейтинги охватывают не только оценку системы здравоохранения страны, но также включают его как существенную компоненту в глобальный индекс конкурентоспособности страны. В данной статье рассмотрим такие рейтинговые системы, как оценка процветания страны компанией Legatum, ВЭФ.

Рассмотрим рейтинг процветания Legatum. Представленный рейтинг выходит начиная с 2006 г. Он выпускается аналитическим центром

The Legatum Institute, являющимся отдельным подразделением международной британской инвестиционной группы Legatum.

Путем оценки Индекса процветания (The Legatum Prosperity Index), представляющего собой комбинированный показатель измерения достижений территории с точки зрения ее процветания, выделяются самые развивающиеся страны мира. Лучшая позиция в рейтинге говорит о более комфортных условиях жизни населения страны.

Данный индекс представляет объединение девяти параметров оценки, которые отражают различные аспекты жизни общества: экономика, предпринимательство, управление, образование, здравоохранение, безопасность, личные свободы, социальный капитал, экология. Информационной основой рейтинга являются статистические данные (ООН, Всемирный банк, Всемирная торговая организация и др.) и данные социологических исследований.

Одной из важнейших компонент оценки рейтинга является компонента здравоохранения. Данный показатель измеряет эффективность страны в трех областях: базовое физическое и психическое здоровье, инфраструктура здравоохранения и оказываемая профилактическая помощь — и позволяет провести ранжирование стран по уровню системы здравоохранения.

Таблица 1

Рейтинг топ стран по субиндексу «Здравоохранение» рейтинга процветания Legatum, 2018 г.[1]

Ранг	Страна
1	Сингапур
2	Люксембург
3	Япония
4	Швейцария
5	Катар
6	Австрия
7	Швеция
8	Норвегия
9	Гонконг
10	ОАЭ

Одной из популярных рейтинговых систем оценки является рейтинг глобальной конкурентоспособности ВЭФ, в котором также оценивается субиндекс «Здоровье». В целом показатель глобальной конкурентоспо-

[1] https://li.com/

собности 4.0 2018 (Global Competitiveness Index 4.0 2018) показывает готовность мировых экономик составлять конкуренцию другим странам в условиях Четвертой промышленной революции. Субиндекс «Здоровье» (Health) отражает средний уровень продолжительности жизни населения, косвенно оценивая развитие медицины и ее инфраструктуры в стране.

Таблица 2

Рейтинг топ стран по субиндексу «Здоровье» Рейтинга глобальной конкурентоспособности ВЭФ, 2018 г.[1]

Ранг	Страна
1	Испания
1	Гонконг
1	Япония
1	Сингапур
5	Швейцария
6	Италия
7	Франция
8	Австралия
9	Норвегия
10	Исландия

Далее рассмотрим частные рейтинги оценки системы здравоохранения. Так, компания Bloomberg составляет перечень экономик с наиболее (наименее) эффективным здравоохранением.

Представленный данной компанией Индекс эффективности здравоохранения включает три показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения страны: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, затраты страны на здравоохранение, оцениваемые как процент от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в расчете на душу населения.

Таблица 3

Рейтинг топ стран по Индексу эффективности здравоохранения Bloomberg, 2018 г.[2]

Ранг	Страна
1	Гонконг
2	Сингапур

[1] https://www.weforum.org

[2] https://www.bloomberg.com

Окончание табл. 3

Ранг	Страна
3	Испания
4	Италия
5	Южная Корея
6	Израиль
7	Япония
8	Австралия
9	Тайвань
10	ОАЭ

Также частный рейтинг, оценивающий систему здравоохранения, публикуется одной из крупнейших в мире баз данных о городах и странах **Numbeo**. Данной системой представлен рейтинг стран по уровню медицинского обслуживания (Health Care Index for Country).

Индекс здравоохранения Numbeo предполагает экспертную оценку общего качества систем здравоохранения, оснащенности больниц оборудованием, профессионального уровня врачей и прочего медицинского персонала, а также стоимости обслуживания в клиниках. Информация собирается на основе опроса резидентов соответствующих стран, а не на базе данных национальных служб статистики.

Таблица 4

Рейтинг топ стран по Индексу здравоохранения Numbeo, 2018 г.[1]

Ранг	Страна
1	Тайвань
2	Южная Корея
3	Япония
4	Бельгия
5	Дания
6	Таиланд
7	Австрия
8	Нидерланды
9	Франция
10	Испания

Таким образом, различные рейтинги имеют различный состав оцениваемых параметров, соответственно и различные результаты. Стоит отме-

[1] https://www.numbeo.com

тить, что, несмотря на эти различия, большинство лидирующих по уровню здравоохранения стран остается прежним.

Список использованной литературы

1. Официальный сайт Legatum. URL: https://li.com/
2. Официальный сайт ВЭФ. URL: https://www.weforum.org
3. Официальный сайт Bloomberg. URL: https://www.bloomberg.com
4. Официальный сайт Numbeo. URL: https://www.numbeo.com

Е. В. ЕГОРОВ,
доктор экономических наук,
профессор кафедры философии и методологии экономики
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В ПОЛИТИКЕ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Аннотация. В докладе рассматриваются актуальные проблемы политики укрепления здоровья населения страны на основе комплексной реализации ключевых национальных проектов в 2019–2024 гг., направленных на важнейшие медицинские и социальные факторы сохранения и улучшения показателей общественного здоровья в РФ на различных уровнях управления.

Ключевые слова: здоровье населения, международные рейтинги, межсекторальный подход, национальные проекты, здоровый образ жизни, здравоохранение, сокращение смертности, экология.

В 2012–2017 гг. в результате активной социальной политики достигнуты существенные результаты в укреплении здоровья населения страны. Ожидаемая продолжительность жизни в РФ возросла на 2,5 года и достигла 73 лет. Общая смертность в расчете на 100 тыс. населения сократилась на 6,8%, смертность населения в трудоспособном возрасте — на 15,8% [4].

Однако, согласно международным рейтингам, уровень здоровья российских граждан пока еще значительно отстает от лучших мировых показателей. Так, в международном рейтинге уровня здоровья населения агентства Bloomberg, опубликованном в 2019 г., Россия заняла 95-е место среди 169 стран. Рейтинг составлен с учетом множества данных, таких, как ожидаемая продолжительность жизни, доступ населения к чистой воде, доступность медицинской помощи, в том числе для детей, климатические условия, привычки питания, ключевые риски (курение, ожирение, потребление наркотиков) [5].

Это означает для России необходимость продолжения последовательной политики укрепления общественного здоровья на основе комплексного стратегического межсекторального похода. При этом необходимо отметить, что в госпрограмме РФ «Развитие здравоохранения» на 2018–

2025 гг. преобладает отраслевой подход к политике укрепления общественного здоровья и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) у населения РФ [3].

Однако с принятием нового пакета национальных проектов в декабре 2018 г. на период 2019–2024 гг. комплексный стратегический подход к укреплению здоровья населения РФ восстановлен и поднят на уровень общенациональных приоритетов.

В частности, в национальный проект «Демография» в составе целей и целевых показателей включены: повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, числа лиц, которым рекомендованы индивидуальные планы по ЗОЖ (паспорта здоровья), в центрах здоровья до 5,5 млн чел., повышение до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, снижение смертности населения старше трудоспособного возраста (на 1000 человек) до 36,1. В состав национального проекта включены три федеральных проекта «Укрепление общественного здоровья», «Спорт — норма жизни» и «Старшее поколение», реализующие политику укрепления здоровья нации [2].

Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» направлен на формирование среды, способствующей ведению ЗОЖ, включая здоровое питание, защиту от табачного дыма, снижение потребления алкоголя, развитие инфраструктуры и повышение обеспеченности кадрами в сфере общественного здоровья. В 2019–2024 гг. планируется реализовать региональные программы по формированию приверженности граждан ЗОЖ; разработать и внедрить корпоративные программы укрепления здоровья работников, содержащие наилучшие практики, во всех субъектах РФ с охватом 33,2 млн работников [2].

При этом важнейшие факторы укрепления общественного здоровья представлены в других национальных проектах, реализуемых также в 2019–2024 гг.

Крупнейшая база данных о странах мира Numbeo опубликовала в 2019 г. международный рейтинг качества медицинского обслуживания (Health Care Index for Country 2019). Информация собиралась на основе опроса резидентов соответствующих стран, а не на базе данных статистики. В итоге был рассчитан интегральный показатель — индекс качества национальных систем здравоохранения. Россия в данном рейтинге заняла 60-е место [6].

Таким образом, в международных рейтингах российское здравоохранение занимает более высокие позиции по сравнению со здоровьем населения страны. Это свидетельствует о том, что общественное здоровье зависит от целого ряда других факторов, на которые направлены новые нацпроекты РФ. При этом наше здравоохранение пока значительно отстает от стран-лидеров, что обусловливает высокую значимость повыше-

ния доступности и качества лечебно-профилактической помощи населению в новом нацпроекте «Здравоохранение».

В нем представлены такие важнейшие целевые показатели улучшения общественного здоровья в РФ (на 100 тыс. человек), как снижение смертности: населения трудоспособного возраста до 350 случаев, от болезней системы кровообращения до 450 случаев, от новообразований до 185 случаев, снижение младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей, обеспечение охвата всех граждан страны профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год [1]. При этом достижение его ключевых показателей зависит от успешной реализации других нацпроектов.

В нацпроект «Безопасные и качественные автомобильные дороги» заложены такие целевые показатели, как снижение доли автомобильных дорог федерального и регионального значения, работающих в режиме перегрузки, на 10% в 2024 г. по сравнению с 2017 г., снижение количества мест концентрации ДТП (аварийно-опасных участков) на дорожной сети в два раза по сравнению с 2017 г. и сокращение смертности в результате ДТП в 3,5 раза по сравнению с 2017 г. [1].

В нацпроект «Жилье и городская среда» включены следующие важные для укрепления общественного здоровья целевые показатели: повышение индекса качества городской среды на 30%, сокращение количества городов с неблагоприятной средой в 2 раза, обеспечение устойчивого сокращения непригодного для проживания жилищного фонда, увеличение числа граждан, расселенных из него, с 8,2 тыс.человек в 2019 г. до 530,9 тыс. человек в 2024 г. [1].

Важнейшее значение для укрепления здоровья населения страны имеет нацпроект «Экология», в составе целевых индикаторов которого представлены: ликвидация всех выявленных на 1 января 2018 г. несанкционированных свалок в границах городов, снижение уровня загрязнения атмосферного воздуха в крупных промышленных центрах, в том числе уменьшение не менее чем на 20% совокупного объема выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух в наиболее загрязненных городах, повышение качества питьевой воды для населения, экологическое оздоровление водных объектов, включая реку Волгу, сохранение уникальных водных систем, включая озера Байкал и Телецкое, создание не менее 24 новых особо охраняемых природных территорий [1].

Таким образом, реализуемые сегодня национальные проекты играют важную роль в укреплении здоровья населения России, и только их комплексное осуществление на всех уровнях, включая региональный и муниципальный, позволит достичь высоких целевых показателей в повышении продолжительности здоровой жизни, снижении смертности, заболеваемости и инвалидности граждан страны от важнейших заболеваний и внеш-

них причин, существенно повысить место страны в международных рейтингах общественного здоровья и здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Национальные проекты: целевые показатели и основные результаты. На основе паспортов национальных проектов, утвержденных президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24 .12.2018. — М., 2019.
2. Паспорт Национального проекта «Демография». Утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018, протокол № 16.
3. Постановление Правительства РФ «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» от 26.12.2017 № 1640. URL: http://ivo.garant.ru/#/document/71848440/paragraph/1:0
4. Стенограмма: Отчет Дмитрия Медведева в Госдуме РФ о работе Правительства // Российская газета. 11.04.2018. Официальный сайт. URL: https://rg.ru/2018/04/11/stenogramma-otchet-dmitriia-medvedeva-v-gosdume-o-rabote-pravitelstva.html
5. Bloomberg 2019 Healthies Country Index. URL: https://www.bloomberg.com /news/articles/2019-02-24
6. Numbeo. Health Care Index for Country 2019. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

Г. М. ИБРАГИМОВА,
старший преподаватель ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация. Пенсионное обеспечение понимается как форма материального обеспечения граждан со стороны государства. Основания его получения определяются законодательной базой страны. Отметим, что не для всех государств эти основания являются одинаковыми, поскольку имеют свои особенности. Пенсионная система формируется и функционирует также исходя из характерных черт экономической и социальной обстановки и жизни населения страны. И от регулирования системы пенсионного обеспечения во многом зависит деятельность и состояние общества, в котором живут пожилые люди.

Ключевые слова: система пенсионного обеспечения, качество жизни, продолжительность жизни, здравоохранение, здоровый образ жизни, пенсионный возраст.

Каждая пенсионная система уникальна, несмотря на то что они преследуют одну цель. Любое государство формирует или не формирует свою пенсионную систему в зависимости от множества факторов, поэтому сама структура и методы внедрения данной системы в реальную жизнь граждан в различных государствах в корне различаются. Пенсионная система — это важнейшая часть социальной поддержки населения. Идея пенсионной системы необходима как решение проблемы обеспечения средствами жизни людей в старости, когда они перестают получать доходы от трудовой деятельности. Таким образом, в центре пенсионной системы, как правило, находится трудовая пенсия, выполняющая функцию переноса дохода людей из трудоспособного этапа жизни на период, когда человек теряет способность к труду. Поэтому пенсия — это прежде всего социальная компенсация тому, кто не может получать зарплату в связи с достижением пенсионного возраста и уходом с рынка труда. Однако на этом социальная функция пенсии не исчерпывается — она должна обеспечивать не только необходимые, но и достойные условия жизни для тех, кто не получал высоких зарплат и не смог заработать большую пенсию [2].

Пенсионные системы разных стран имеют свои отличительные особенности, которые обуславливаются различными факторами, такими как: история страны, политическая ситуация, режим правления и др. Выявление преимуществ и недостатков той или иной пенсионной системы необходимо, так как это позволяет перенимать позитивный опыт других стран, тем самым улучшая свою систему. Для того чтобы уровень жизни населения вырос и иные немаловажные критерии благополучия граждан были на достойном уровне, нужно постоянно совершенствовать пенсионную систему страны, которая должна быть гибкой и в первую очередь социально ориентированной.

Для того чтобы подробнее рассмотреть и проанализировать сходства и различия, а также выявить особенности подходов к данному вопросу Российской Федерации и ряда других стран, воспользуемся данными Глобального пенсионного индекса (Global Retirement Index). На основе данных Всемирного банка и официальной статистики 43 государств рейтинг показывает определенные параметры жизни пенсионеров: от возможности трудоустроиться до доступности медицинских услуг.

В рейтинг индекса вошли 43 страны: все участники ОЭСР, государства с передовой экономикой с точки зрения МВФ и члены группы БРИКС (Бразилия, Россия, Индия, Китай, ЮАР).

В 2018 г. в рейтинге стран, основанном на Глобальном пенсионном индексе, произошли изменения. Лидирующей страной стала Швейцария (ранее данная позиция принадлежала Норвегии). Стоит отметить, что именно Швейцария вошла в десятку лучших по всем четырем группам показателей индекса. Норвегия упала в рейтинге из-за резкого сокращения своих финансовых показателей. В топ-5 также входят Швеция и Новая Зеландия [5].

Рейтинг учитывает 18 показателей, которые оцениваются от 0 до 100% и классифицируются на четыре группы:

- материальное благополучие (уровень экономического неравенства, медианная зарплата, уровень безработицы);
- здравоохранение (продолжительность жизни, государственные расходы по здравоохранению на душу населения, расходы по страхованию здравоохранения);
- качество жизни (удовлетворенность жизнью, уровень загрязнения атмосферы, качество воды и санитарная обстановка, биологическое разнообразие и среда обитания, окружающая среда);
- финансовое состояние (доля пенсионеров по отношению к работающему населению, невозвращаемые банковские кредиты, инфляция, процентная ставка, налоговое бремя, государственное управление, уровень госдолга) [5].

Составители рейтинга назвали пять ключевых угроз для пенсионного обеспечения в будущем:

— денежно-кредитная политика (постоянно пребывающая в состоянии кризиса),
— растущий государственный долг,
— увеличение числа пожилых людей,
— изменение климата,
— снижение качества жизни пенсионеров (а именно — высокий уровень безработицы и рост расходов на здравоохранение).

В сравнении с 2017-м в 2018 г. по ряду показателей Российская Федерация ухудшила позиции в рейтинге. К примеру, по качеству жизни пенсионеров позиция с 36-го места снизилась до 38-го. Следует отметить, что причиной являлось ухудшение экологии (позиция в рейтинге стран 3-е место с конца), биоразнообразия (рейтинг 6 с конца) и уровня счастья (рейтинг 9 с конца) [5].

В сфере здравоохранения: по этой группе показателей Российская Федерация находится на предпоследнем, 42-м месте. По расходам на страховую медицину Россия находится на четвертой позиции снизу и предпоследняя в рейтинге по ожидаемой продолжительности жизни [4].

За последние три года Россия демонстрирует поступательный прогресс по финансовым показателям. В частности, по мнению составителей индекса, в России значительно улучшилась ситуация с процентной ставкой и налоговым давлением (12-е место). Кроме того, страна заняла 2-е место в мире по низкому уровню государственного долга. Но стоит отметить финансовое состояние пенсионеров: в данной группе показателей занимает последнее 43-е место. А также Россия — мировой аутсайдер в сфере государственного управления и 6-я снизу по уровню проблемных банковских кредитов [1].

Тем не менее, наибольшего прогресса Россия добилась в сфере материального благополучия пенсионеров. По этой группе показателей страна занимает 30-е место в мире, улучшив ситуацию с занятостью и равенством доходов. При этом продолжает снижаться уровень доходов на душу населения — сейчас мы на 5-м месте снизу.

А наиболее благоприятная ситуация в России с коэффициентом демографической нагрузки — по этому показателю на 11-м месте в мире (однако доля пенсионеров по отношению к работающему населению продолжает расти).

Еще один показатель, по которому Россия не уступает самым развитым странам, — уровень валового национального дохода (ВНД) на душу населения. В России он выше среднемирового значения.

Нынешняя пенсионная система построена по принципу перераспределения средств между поколениями. Ее называют pay as you go, в переводе «плати, пока идешь». Но, наверное, ее также надо называть «получай, пока живешь». В мире происходит — все это знают и видят — процесс старения

населения. Люди не умирают от старости, а умирают от болезней, которые связаны с возрастными изменениями, и с этой точки зрения колоссальное количество ресурсов сейчас вкладывается в поиски лекарств от старения, в изучение механизмов старения и борьбы с ними. К чему это приведет? К увеличению продолжительности жизни. Так привело к росту продолжительности жизни изобретение пенициллина и целого ряда лекарств в XX в. Соответственно, нужно говорить не только об увеличении продолжительности жизни, но и об увеличении продолжительности здоровой жизни.

Пенсионную реформу необходимо обсуждать с оценкой возможных социальных последствий. Прежде всего с позиций влияния возможных преобразований на преодоление бедности в нашей стране, что является одним из основных приоритетов текущего президентского цикла [3].

По результатам сформированного рейтинга можно заметить очень большой разрыв между положением стран, который обоснован четырьмя критериями качества жизни пенсионеров. Также по вышеуказанным данным можно проследить положение стран как в общем рейтинге, так и по каждому из оцениваемых критериев. Такой существенный разрыв между странами обуславливается прежде всего состоянием здоровья пенсионеров и наличием благоприятной среды для них; как мы видим, данные критерии в наиболее неблагоприятном состоянии. Также Россия оказывается в неконкурирующем положении по отношению к европейским странам по материальной обеспеченности пенсионеров. Данный индекс наглядно демонстрирует, что многие основополагающие критерии, необходимые для благополучной жизни пенсионеров в России, не находятся на должном уровне и не могут конкурировать с передовыми странами Европы.

Список использованной литературы

1. Аналитические материалы. «Старики» за 45, или дискриминация по возрастному признаку. URL: https://careerist.ru/news/stariki-za-45-ili-diskriminaciya-po-vozrastnomu-priznaku.html
2. Право на труд вместо права на отдых // Газета.ru. URL: https://www.gazeta.ru/comments/2018/06/21_e_11809999.shtml?updated
3. *Коровкин А.* Последствия повышения пенсионного возраста для рынка труда. URL: https://www.vedomosti.ru/management/blogs/2015/05/27/593847-ugrozi-povisheniya
4. Руксперт. Естественный прирост населения России. URL: https://ruxpert.ru/Файл: Естественный_прирост_населения_России.jpg
5. Global AgeWatch Index 2018 [Электронный ресурс]: HelpAge International. URL: http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/global-rankings-table/

Л. Р. КАДЫРОВА,
аспирант ИУЭФ КФУ,

Е. М. РАЗУМОВСКАЯ,
зав. кафедрой менеджмента в социальной сфере,
доктор экономических наук, профессор ИУЭФ КФУ,
г. Казань

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Аннотация. Проблема оценки качества жизни населения является актуальной во всем мире независимо от уровня социально-экономического развития общества, однако в настоящее время в мировой практике отсутствует единый взгляд на оценку качества жизни. В статье приводится ретроспективный анализ социологических подходов к оценке качества жизни населения. Анализируются позиции и теории различных зарубежных и отечественных ученых по оценке качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни, социология, процветание, оценка качества жизни, социологические подходы.

Проблемы качества жизни в настоящее время находятся в центре внимания международной научной общественности. Об этом свидетельствует тот факт, что анализом состояния и разработкой способов повышения качества жизни в различных странах занимаются многие международные организации. Среди них такие организации, как Организация Объединенных Наций, Международная организация качества жизни, а также отечественные — Институт экономики и организации промышленного производства Российской академии наук, фонд «Институт экономики города», Институт демографии, миграции и регионального развития и другие организации.

В связи с этим существует многообразие подходов к определению категории «качество жизни». Представители разных наук выделяют в нем те характерные свойства, которые интересуют соответствующую отрасль знания.

Понятие «качество жизни» на протяжении XX в. развивалось в зависимости от экономических и социально-политических условий, господствовавших на определенном этапе, а также от преобладающих в обществе идей и научных представлений. Так, с середины XX в. на протяжении

примерно десяти лет в понятии качества жизни акцент делался на материальном благе, которое получал человек в условиях расцвета общества потребления в западном мире. Следуя этой логике, качество жизни людей оценивалось количественно, т.е. величиной материальных благ, удовлетворяющих первичные потребности людей. Эта величина характеризовала уровень жизни. При этом духовные потребности человека, потребности в самовыражении и самореализации не учитывались в достаточной степени.

С середины 60-х гг. понятию «качество жизни» стало уделяться большое внимание со стороны социологии. В 1966 г. была выпущена книга под редакцией Р. Бауэра «Социальные индикаторы» [4], которая лежит в основе направления, нацеленного на рассмотрение качества жизни как научного понятия. В рамках этого направления формировались системы количественных оценок качества жизни. Понятие качества жизни рассматривалось сквозь призму социологии и экономики.

На рубеже 60-х и 70-х гг. XX в. комиссией Американской академии точных и гуманитарных наук под руководством Д. Белла была построена система индикаторов, которая получила название «системы социальных счетов» [1]. Эта система была основана на оценке социальных мероприятий с точки зрения выгод и издержек. В рамках данного подхода было дано определение качества жизни как разницы между социальными выгодами и социальными издержками. Были определены сферы применения системы социальных счетов, к ним относились социальные издержки и выгоды от нововведений в различных сферах, выгоды и издержки от таких болезней общества, как преступность, разрушение семьи. Рассматривалась проблема формирования бюджета для социальных нужд с точки зрения экономических возможностей. В рамках данного подхода было дано определение качества жизни как разницы между социальными выгодами и социальными издержками. Разработанная система стала шагом на пути создания показателей, позволяющих измерять качественные характеристики жизнедеятельности человека. Одновременно на ее основе делались попытки выработки рекомендаций для формирования эффективной социальной политики.

В начале 70-х гг. одним из основных научных подходов в изучении различных явлений и процессов становится моделирование. Экономика и социология также начинают широко использовать этот подход. Наблюдается тенденция к моделированию глобальных процессов в обществе. В этот период выходит в свет работа Дж. Форрестера «Мировая динамика» [3], где были представлены глобальные экономические модели качества жизни. В структуре категории «качество жизни» все большее значение приобретают не материальные, а духовные ценности, такие как образование, здравоохранение и культура.

Дж. Форрестер предложил модель мира, в которой качество жизни рассматривалось в неразрывной связи с глобальными проблемами. Эта модель включала следующие уровни:

- «Население»,
- «Капиталовложения»,
- «Использование невозобновляемых природных ресурсов»,
- «Загрязнение окружающей среды»,
- «Производство продовольствия».

При этом все уровни связаны друг с другом. Дж. Форрестер считал, что на качество жизни оказывает влияние такой фактор, как высокая плотность населения, при этом он включал в рассматриваемое понятие все неблагоприятные для человека последствия, такие как войны, различные угрозы, нехватка территорий для проживания.

Он считал, что показатель плотности населения может возрасти до того, что станет главным фактором, влияющим на качество жизни. В связи с этим он предполагал необходимым для улучшения качества жизни проводить сбалансированную политику по ограничению численности населения и развития капитала. В противном случае загрязнение окружающей среды и хищническая эксплуатация природных богатств приведут к ухудшению качества жизни людей в будущем.

Таким образом, Дж. Форрестер относил к факторам, влияющим на качество жизни, материальное благосостояние, плотность населения, качество пищи, состояние окружающей среды, способность людей адаптироваться к меняющимся условиям жизни. Одним из первых в число этих факторов он также включал наличие и масштабы стрессовых ситуаций и здоровье человека.

В то же время он оценивал качество жизни как сложную и многофакторную категорию и поэтому не измерял одним обобщенным показателем, который мог бы охватить все составляющие существования человечества, а также установить пределы его развития. Форрестер доказывал, что измерять качество жизни необходимо на основании ряда индикаторов, и прежде всего таких, как: обеспеченность продуктами питания, состояние капиталовложений, определяющих уровень жизни, загрязненность окружающей среды, темпы роста населения и др.

Дж. Форрестер считал, что правильная оценка качества жизни может указать направление будущего развития общества. Для того чтобы оно улучшалось, необходимо сбалансированно развивать все пять уровней модели качества жизни, указанные выше. Для оценки качества жизни он использовал обобщенные показатели, такие как средние характеристики населения планеты и общие запасы невозобновляемых природных ресурсов.

Со второй половины 70-х гг. ученые стали акцентировать внимание на субъективных аспектах понятия качества жизни, на том, как сам человек оценивает качество своей жизни. Подобная точка зрения имела место в таких отраслях знания, как социология и психология.

И. Бестужев-Лада в своей работе «О «качестве жизни» в США», относящейся к 1978 г. [2], отмечал, что социологическая категория «качество жизни» должна трактоваться широко, в то время как экономическая категория качества жизни отражает лишь степень удовлетворения материальных и частично духовных потребностей, которые могут быть измерены количественно.

Таким образом, категория «качество жизни» является общей для комплекса общественных наук, таких как социология, экономика, статистика, экология, философия и др. Она не может быть монополией какого-то отдельного ученого, отдельного направления научных исследований или научной школы, даже отдельно взятой буржуазной или, напротив, марксистско-ленинской общественной науки.

Список использованной литературы

1. *Белл Д.* Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования: пер. с англ. — М.: Academia, 1999. — 640 с.
2. *Бестужев-Лада И. В.* О «качестве жизни» в США / И. В. Бестужев-Лада, Г. С. Батыгин // США — экономика, политика, идеология. — М., 1978. — № 1. — С. 23–35.
3. *Джей Форрестер.* Мировая динамика. — М.: АСТ, 2003. — 384 с.
4. *Щеткин А. В.* Качество жизни в контексте социально-философского знания // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. — 2008. — № 51. — 136–141.

Н. В. КАЛЕНСКАЯ,
зав. кафедрой маркетинга, доктор экономических наук,
профессор, ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ВЛИЯНИЕ СИТУАЦИОННОГО ФАКТОРА НА ПОВЕДЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

Аннотация. В статье представлены результаты исследования потребительских предпочтений потребителей медицинских услуг в мегаполисе, основанные на применении и описании методологии поведенческой экономики. В исследовании описан бихевиористский подход к поведению потребителей, их стимулам и реакциям, а также выявлена роль ситуационного фактора при формировании лояльности потребителя медицинской услуги.

Ключевые слова: ценность, потребительская ценность, сегментирование, предпочтения, поведение потребителей, медицинские услуги, нейромаркетинг.

Современная парадигма экономической науки основывается на постулатах поведенческой экономики. Это, в свою очередь, предопределило появление одного из базовых направлений исследований во всем мире, а именно исследования поведения потребителей (consumer behavior). Независимо от отраслевой принадлежности компании, сфера торговли или медицина и здравоохранение, все производители товаров или услуг заинтересованы в изучении потребительского спроса и исследовании природы его формирования.

Рассматривая становление научных направлений, формирующих определения поведения потребителей, можно увидеть большое количество авторских трактовок, мы, в свою очередь, придерживаемся такой трактовки: поведение потребителей — социально-экономическое явление, основанное на осуществлении выбора и формировании спроса на товар или услугу и их потреблении.

Безусловно, поведение потребителя включает мотивацию поведения потребителя на рынке товаров и услуг, модели поведения, потребительские предпочтения.

Конечно, здесь необходимо отметить, что поведение потребителей основано на теории рационального поведения и свободе выбора. Здесь выделяют два направления теории поведения потребителей:

— потребитель самостоятельно решает, какие товары и услуги приобретать;
— потребитель стремится максимизировать полезность при заданных ограничениях.

Современные постулаты теории потребительского поведения предполагают воздействие внешних и внутренних факторов:

— экономических;
— психологических;
— культурных;
— социальных;
— политических;
— географических;
— технологических.

Изучая работы российских и зарубежных экономистов, можно сделать вывод, что методологическими предпосылками поведения потребителя являются относительная свобода и рациональность выбора. Однако на природу формирования потребительского поведения существенное влияние оказывает внутреннее состояние потребителя в момент совершения покупки товара или услуги.

Для анализа поведения потребителей чаще всего используют теории мотивации: А. Маслоу, Д. МакКлеланда, В. Мак Гира, Л. Фистингера, Ф. Котлера, среди отечественных исследователей можно выделить труды В. Шадрикова, А. Н. Леонтьева.

Комплексное исследование поведения потребителей предполагает использование методологического аппарата не только экономических дисциплин, но и социологии, психологии, биологии. Таким образом, исследование природы выбора и поведения потребителей становится трансцендентальным.

Сознание потребителя решает ключевую задачу в теории потребительского поведения, поскольку отражает осознанность и рациональность выбора потребителем товаров и услуг. Более того, сознание потребителя можно рассматривать как совокупность личностных ценностей, потребностей, фобий, страхов, пороков, мотивов потребления и закономерностей принятия решений, основанных на его сугубо индивидуальных чертах характера, психики и морально-этических принципов.

Современный потребитель характеризуется очень сложной системой признаков и показателей отнесения его к тому или иному сегменту. Прежде всего это вызвано размытыми границами самих воспринимаемых характеристик субъекта. На сегодняшний день сложным является отнесение потребителя услуги к сегменту, формирование которого происходит на основе психографических принципов (черты характера, образ жизни).

На наш взгляд, именно психографические принципы позволяют в наибольшей степени предсказать поведение потребителя и его алгоритм принятия решения о покупке или отказа от нее. Более того, они оказывают влияние на изменение поведения потребителя в следующих ситуациях (три классических типа ситуации):

— коммуникационные ситуации (обмен информацией при личных или неличных коммуникациях);
— ситуации покупки (условия приобретения потребителями продукта);
— ситуации использования покупки.

При этом следует отметить, что современное общество, российское в том числе, находится в стадии антропологического кризиса, одним из условий его появления как раз являются метаморфозы сознания потребителя, а именно: клиповость мышления, визуализация и алгоритмизированность выбора.

Поэтому на сегодняшний день получают довольно широкое распространение техники манипуляции потребительским выбором и мотивами покупки. В области философии сформировалась отдельная категория — феномен потребительства, этими вопросами занимается профессор М. Д. Щелкунов с коллективом авторов. Феномен потребительства связан с возможными методиками влияния на сознание человека как потребителя и построения некоего алгоритма просчитанных реакций.

Процесс формирования и изменения сознания связан с жизнедеятельностью и бытием человека, посредством его изучения можно выявить механизмы влияния общественных правил и норм на человека. Поэтому проблема выбора и мотивации покупателя становится социально-экономическим явлением.

На наш взгляд, важно определить наиболее актуальные механизмы и методы, воздействующие на формирование сознания потребителей, а следовательно, и на личности в условиях современного общества.

Сознание потребителя постоянно находится под воздействием непрерывного информационного потока. Нейробиологи проводят множество исследований, которые доказали, что мозг человека сам выполняет функцию регулятора востребованности и невостребованности информации.

Особую популярность приобретает наука на стыке маркетинга и нейробиологии — это нейромаркетинг. В наших исследованиях мы отмечали, что концепция нейромаркетинга предполагает, что человек воспринимает и фиксирует внешние раздражители на уровне нейрофизиологических сигналов, которые переводятся органами чувств посредством биофизических и биохимических процессов на язык эмоций, а результатом является выбор того или иного продукта или услуги.

Концептуальная платформа нейромаркетинга основана на методологической платформе нейроэкономики, в частности на работах таких ученых, как Даниэл Канеман, Джеральд Залтман, Арндт Трайндл, Барт Ойеман, Мартин Линдстром, Дэвид Льюис, Роджер Дули и др.

По мере становления нейропсихологии и когнитивных наук возникло более глубокое понимание осуществления высших мозговых функций, что повлияло на формирование междисциплинарных исследований в области поведенческих реакций человека как потребителя блага.

Следует заметить, что в последнее время усиливается внимание к так называемому социальному потреблению. Социальное потребление — современный тренд потребительского поведения, выраженный в покупке и потреблении товаров и услуг под влиянием этических ценностей, общественной оценки потребительской стоимости.

Данная тенденция становится неким мейнстримом деятельности современного потребителя. Однако следует сделать допущение, что необходимо понимать, что социальное потребление свойственно определенному сегменту потребителей.

Следует обратить внимание, что особенность новых отношений «потребитель — производитель» заключается в перераспределении ролей от продукта к потребителю. Сегодня мы наблюдаем расцвет экономики потребления в любой отрасли, сфера здравоохранения не исключение. Таким образом, мы склонны считать, что модель поведения потребителя идентична модели поведения потребителя медицинских услуг. При этом отметим, что мы понимаем под потреблением медицинской услуги весь неотделимый процесс «потребность — атмосфера оказания медицинской услуги — потребление — послепокупочная реакция».

При этом мы сформировали портрет потребителя медицинской услуги по следующим критериям:

— возраст — 35–55 лет;
— уровень доходов — средняя и высшая граница среднего класса;
— житель мегаполиса;
— сфера занятости — бизнес, консалтинг;
— уровень должности — руководитель или собственник бизнеса.

Методология нашего исследования основана на бихевиористском подходе и предполагает рассмотрение факторов, мотивирующих потребителя приобрести медицинскую услугу под воздействием различных стимулов.

Модель потребительского поведения в рамках бихевиоризма предполагает последовательность:

— стимулы;
— сознание индивида;
— ответная реакция.

Рассматривая нашего потребителя как состоявшегося индивида с высоким доходом и социально устойчивым положением, представителям медицинских учреждений потребуется прикладывать большие усилия для удержания такого клиента, нежели в случае среднестатистического пенсионера — потребителя медицинских услуг поликлиники.

Здесь наблюдается модель поведения потребителя с элементами «подсознания» покупателя медицинской услуги, а именно характеристика покупателя переходит к критериям характеристики медицинской услуги, т.е. медицинская услуга должна быть прежде всего качественной и оказываться в соответствующих условиях, атмосфера оказания услуги тоже входит в атрибут медицинского обслуживания. Это, в свою очередь, предполагает отдельные качественные характеристики сервиса медицинской услуги.

Исследования, проведенные нами, показали на примере малой выборки 50 человек опрошенных в медицинских центрах мегаполисов (Москва, Казань), что маркетинговым стимулом для потребителя нашей целевой аудитории выступает не сама по себе медицинская услуга как таковая, а персонал, ее оказывающий. Выбранная нами фокус-группа подтвердила, что в рамках концепции 4 «Р» (товар, цена, место и продвижение) товар — это неотделимость самой медицинской услуги и персонала, ее оказывающего. Таким образом, наш потребитель выбирает не медицинский центр и его медицинские услуги, а врача-клинициста, который оказывает медицинскую услугу. Таким образом, маркетинговые стимулы и «черный ящик» покупателя формируют ответную реакцию. В случае с медицинской услугой это повторное обращение или рекомендация знакомым и т.п.

За основу потребительского поведения в данном случае берется сам процесс принятия решения и влияющие на него факторы. Процесс принятия решения состоит из нескольких этапов:

1) сама ситуация, т.е. осознание необходимости обращения за медицинской услугой;
2) осознание потребности в определенном качестве медицинской услуги;
3) оценка альтернатив персонала, оказывающего эту услуги и неотделимости медицинской услуги от атмосферы (условий);
4) непосредственное приобретение медицинской услуги, и дальнейшего потребления;
5) оценка принятого решения.

При осуществлении этих этапов необходимо учитывать влияние ситуационного фактора, который рассматривается крайне редко в случаях потребления медицинской услуги.

Ситуационный фактор начинается с личной коммуникации с персоналом, оказывающим медицинскую услугу (обмен информацией потреби-

теля услуги и врача-клинициста). Результат информационного воздействия приводит к выбору или отказу от медицинской услуги именно в данном медицинском учреждении.

Если в классическом понимании ситуация покупки — это обстоятельства приобретения потребителями продукта на основе его потребительской ценности, то это может быть ретранслировано на ситуацию покупки медицинской услуги. Ситуация покупки медицинской услуги характеризуется информационной средой: информация из отрытых источников, мнения знакомых, отзывы пациентов клиники. Здесь следует отметить, что информационная среда определяется обеспеченностью потребителя медицинской услуги информацией, относящейся к качеству самой услуги, оборудования, условий и персонала. При этом следует учитывать, что формирование информационной среды предполагает анализ информационной нагрузки на потребителя медицинской услуги. Таким образом, информационная среда не должна испугать потребителя и вызвать раздражение.

Исследование поведения потребителя медицинской услуги предполагает следующие допущения:

— в основу поведения потребителя медицинской услуги необходимо закладывать жизненный стиль индивида, его образ жизни, его психологическое состояние, поскольку медицинская услуга покупается для поддержания или улучшения жизненного стиля;
— желание поддерживать и улучшать жизненный стиль и образ жизни определяет потребность и отношение потребителя к медицинской услуге.

Представляется, что стимулы потребителя медицинской услуги основаны на статусе потребителя, его социальной роли, культуре потребления услуги. Данные стимулы формируются под воздействием сознания потребителя и общественной среды. Здесь опять мы делаем допущение, что поведение потребителей — это социально-экономическое явление. Таким образом, ситуационный фактор необходимо рассматривать как сопутствующий фактор, оказывающий влияние на принятие решения. В результате потребители медицинской услуги покупку рассматривают как подтверждение социального статуса. Здоровый образ жизни и модель социального потребления становятся критерием определенного социального класса (верхняя граница среднего класса).

В соответствии с «психологической» и «социальной» моделями покупательского поведения потребителя формируется отношение индивида к самому себе и окружающему миру. Факторами, воздействующими на принятие решения, являются тип личности, самооценка, жизненный опыт и восприятие окружающего мира. Эти факторы влияют на потребительскую ценность медицинской услуги, т.е. ту ценность (меновая стои-

мость), которую потребитель готов заплатить или переплатить за «бренд», который ему необходим, место, врача, персонал и атмосферу.

Постепенный переход на индивидуализацию медицинского обслуживания предполагает учитывать именно психографические критерии сегментирования потребителей медицинских услуг. Цель обновленной парадигмы оказания медицинских услуг — повышение лояльности потребителей медицинских услуг.

Особый интерес вызывает обращение к профилактике заболеваний как одному из критериев образа жизни. Таким образом, медицинская услуга рассматривается не как неизбежное вмешательство, а как модель поведения социально ответственного индивида.

Маркетинговая модель оказания медицинской услуги отражает гипотезу нашего исследования, что создание атмосферы потребления может влиять на решение потребителей, повышая уровень лояльности и количество клиентов медицинского учреждения.

Так, например, проведенные исследования показали, что создание атмосферы комфорта в больницах или поликлиниках формирует позитивный облик медицинского учреждения и влияет на отзывы больных.

В качестве метода маркетингового исследования применен личный опрос пациентов, находящихся либо в палатах стационара, либо в ожидании приема врача в поликлиниках.

В целях установления статистической зависимости лояльности пациентов от основных характеристик медицинских учреждений, оцененных пациентами, проведен множественный корреляционный анализ.

Эти исследования лояльности и удовлетворенности медицинскими услугами медико-санитарной части КФУ позволили выявить не только качество самих медицинских услуг, но и атмосферу медицинского учреждения.

Были разработаны анкеты, для пациентов позволяющие выявить точки контакта и оценить степень удовлетворенности медицинскими услугами. Было опрошено 393 пациента, что позволяет говорить о репрезентативности выборки и достоверности результатов опроса.

Помимо основных вопросов, касающихся степени удовлетворенности медицинскими услугами, были получены ответы, касающиеся атмосферы оказания и получения услуг.

Была исследована связь 15 основных характеристик стационаров с лояльностью пациентов, из них только две — условия ожидания в приемном покое и условия оказания медицинской помощи — коррелируют с лояльностью.

Условия ожидания в приемном покое и условия оказания медицинской помощи характеризуются значимой связью с лояльностью пациентов.

Подводя итоги, можно отметить, что нейромаркетинговые исследования являются достаточно важным научным направлением, цель кото-

рого — выявление и изучение скрытых реакций и ассоциаций потребителей. На основе полученной информации о лояльности формируется эмоциональный потребительский портрет, который помогает более полно понять потребности и в дальнейшем может быть использован для повышения качества атмосферы оказания медицинской услуги.

Список использованной литературы

1. *Драганчук Л. С.* Поведение потребителей: теория и практика. — М.: СФУ, 2017. — С. 34–39.
2. *Каленская Н. В., Мухатдисова Р. Ф.* Нейромаркетинг в системе формирвоания нового портрета потребителя в сфере оказания медицинских услуг / социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ им. Ломоносова. — М.: ТЕИС, 2018. — С. 121–125.
3. *Уотсон Дж.* Бихевиоризм: пер. с англ. // Хрестоматия по истории психологии; ред. П. Я. Гальперин, А. Н. Ждан. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 2017. — С. 34–44.
4. *Chirkova E. V.* Neuromarketing as a unique way of investigating consumer behavior // Marketing MBA. Marketing management of the enterprise. — 2016. — Vol. 7. — Is 3. — P. 73–86.
5. *Kabalin D. A.* Neuromarketing or manipulation of consumer behavior in multistore Letoile // Science Time. — 2016. — Vol. 27. — Is. 3. — P. 216–219.
6. *Kotler Ph., Kartajaya Kh, Setiawan A.* Marketing 3.0: From Products to Customers to the Human Spirit. — M.: Eksmo, 2011. — 240 p.
7. *Procenko A.Ju., Prjadko S. N.* Neuromarketing as a tool for increasing the effectiveness of the company's activities // Economy and society. — 2016. — Vol. 20. — Is. 1. — P. 781—784.
8. Research of the effectiveness of the use aromamarketing technologies in network business, based on the hypothesis of the influence on direct sales of indirect neuromarketing factors. URL: https://adindex.ru/case/2014/06/20/111686.phtml
9. *Shtejn O. I.* Neuromarketing as an effective tool for influencing the consumer // Economy and management: theory and practice. — 2016. — Vol. 2. — Is. 1. — P. 24–30.
10. *Voronova A. A., Torogaeva Ju. K.* Neuromarketing or a new word in retail // Economy and society. — 2015. — Vol. 14. — Is. 1–2. — P. 783–786.
11. *Zhuchkov A.* Marketing: Neuropsychological Aspect // Actual Issues of Innovation Economy. — 2014. — Is. 7. — P. 70–74.

Ф. М. КАМАЛОВА,
кандидат медицинских наук, доцент
кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения
КГМУ Минздрава России, г. Казань,

К. К. ХАЗЕЕВА,
студентка КГМУ Минздрава России,

А. А. КАРТАМЫШЕВА,
студентка КГМУ Минздрава России

ОТРАЖЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ НА ФОРМИРОВАНИИ ИХ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. На территории РФ отмечается значительное качественное ухудшение здоровья школьников: 10% выпускников школ могут считаться здоровыми, 40% имеют различную хроническую патологию. На региональном уровне показатель первичной заболеваемости за последние три года вырос на 30,2%. Анализ полученных данных выявил у школьников значительный дефицит массы тела (17,8%) по сравнению с 4,7% учащихся с избыточной массой тела. Лишь 13,5% респондентов оценили свое питание как нездоровое, тогда как экспертная оценка питания показала несоответствие информированности школьников о здоровом питании и их фактического пищевого поведения.

Ключевые слова: школьники, пищевое поведение, информированность в области здорового питания, дефицит массы тела.

За последние годы в России произошло значительное качественное ухудшение здоровья школьников. По данным исследований, лишь 10% выпускников школ могут считаться здоровыми, 40% имеют различную хроническую патологию. У каждого второго школьника выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. Здоровье школьников находится в прямой зависимости от условий обучения, питания, двигательной активности, правильного чередования нагрузки и отдыха, условий семейного воспитания [7]. Анализ первичной заболеваемости среди школьников Республики Татарстан показал, что за 2016–2018 гг. показатель вырос на 30,2% и составил 415,5‰ [4].

В последние десятилетия отмечают разнонаправленные изменения в популяционных характеристиках физического развития практически здоровых детей, проживающих в различных экологических условиях. На-

блюдают увеличение доли детей с избыточной массой тела или ее дефицитом в сочетании с высоким ростом либо низкорослостью [2].

По данным ВОЗ, во всем мире каждый шестой подросток в возрасте 10–19 лет имел нарушения пищевого поведения [5].

За последние три года наблюдается тенденция к увеличению количества детей с дефицитом массы тела. За период с 2016 по 2018 г. число школьников 1–11-х классов с дефицитом массы тела увеличилось на 12,9% [6].

С точки зрения авторов, наиболее вероятными и управляемыми факторами, способствующими возникновению отклонений в физическом развитии, являются нерациональное, несбалансированное питание и нарушение пищевого поведения у детей [1].

Формирование пищевого поведения представляет собой сложный динамический процесс, который начинается с рождения и продолжается всю жизнь. Здоровое пищевое поведение является фактором формирования здорового трудоспособного населения, профилактики хронических неинфекционных заболеваний, продления продолжительности жизни.

В нашем исследовании поставлена цель по изучению осведомленности школьников 10–15 лет города Казани о здоровом питании и их пищевого поведения.

Объектом изучения выбраны школьники, обучающиеся в общеобразовательных школах Казани.

Исследование включало использование следующих методов: анализ литературных источников, сравнительный, анкетирование, статистический с использованием пакета программ Statistica 10.0. Уровень значимости принимался $p < 0,05$.

За избыточную массу тела и ожирение детей принимали значения индекса Кетле II, соответствующие критериям от 14,34 до 15,72 кг/м^2 [3].

Пищевое поведение школьников анализировалось по результатам опроса по авторской специально составленной анкете, состоящей из 38 вопросов.

В исследовании приняли участие 298 школьников, в том числе 64,4% мальчиков и 35,6% девочек. Распределение по возрастным группам составило: 10–11 лет — 6,7%, 12 лет — 11,7%, 13 лет — 35,6%, 14 лет — 40,9%, 15 лет — 5%.

В результате определена осведомленность школьников по вопросу о значении питания в формировании здоровья по степени вклада. Исходя из полученных данных, вклад на 0–50% отметили 10,1%, 51,0–70,0% — 47,0%, 71,0–100,0% — 42,9% школьников. Причем важно отметить, что после прослушанных лекций у 79,20% респондентов появился интерес к формированию компетенций по правильному питанию и желание распространять полученную информацию.

Для оценки результативности пищевого поведения нами выбран индекс Кетле II на основании полученных данных о росте и массе тела школьников. Дефицит массы тела был выявлен у 17,79%, нормальная масса тела — у 77,51%, избыточная масса тела — у 4,71% учащихся.

Детальный анализ пищевого поведения показал, что 84,20% детей завтракают; в течение дня обучающиеся в основном питаются дома или приготовленной едой в домашних условиях (81,20%), также в школьной столовой (13,10%), в заведениях быстрого питания и прочих (5,71%).

В соответствии с принципами здорового питания рацион школьников должен включать все основные группы продуктов, в то же время исключение из рациона или избыточное потребление каких-либо из них приводит к нарушениям состояния здоровья. Состав продуктов питания детей в изучаемой совокупности включал как способствующие формированию здорового организма (фрукты, овощи, мясо, рыба), так и не способствующие (молочный шоколад, шоколадные батончики, фастфуд, сладкие газированные напитки, чипсы и подобное, колбасные изделия).

Важно, что 87,2% опрашиваемых употребляют молочный шоколад, в том числе 4–7 раз в неделю 14,1% опрашиваемых, однако 39,9% исследуемых более 50 граммов однократно. Шоколадные батончики употребляют 80,5% школьников, в том числе 3–7 раз в неделю 17,8%, причем 32,3% более 1 среднего батончика однократно.

Только четверть респондентов не употребляют чипсы, 12,4% — колбасные изделия и 11,07% — фастфуд. Оказалось, что 4–7 раз в неделю употребляют овощи 14,1%, фрукты — 70,8%. Из обучающихся 95,5% употребляют молочную продукцию, в том числе 4–7 раз в неделю 63,7%. В рационе питания мясо присутствует у 97,7% опрашиваемых, но 26,9% из них употребляют мясо 1–2 раза в неделю и реже. Интересно, что ежедневное количество выпиваемой жидкости 7 и более стаканов у 32,6% опрашиваемых и 2 стаканов — 2,3%.

Интегрированная оценка своего питания по 4-балльной шкале показала дифференцированное понимание школьниками данного вопроса, в частности 17,5% оценили свое питание как здоровое, 69,1% — как скорее здоровое, 11,1% — как скорее нездоровое и 2,4% — как нездоровое.

Особого рассмотрения требует выборка школьников с дефицитом массы тела, внутри которой изучены корреляционные связи между факторами питания и результативным признаком.

Так, чем больше школьники употребляют горький шоколад ($r = -0,403$, значимость $p < 0,05$), фрукты ($r = -0,380$, значимость $p < 0,05$), овощные салаты ($r = -0,359$, значимость $p < 0,05$), молочную продукцию ($r = -0,298$, значимость $p < 0,05$), мясо ($r = -0,428$, значимость $p < 0,05$), тем меньше индекс Кетле II. В то же время чем больше частота потребления фруктов, тем больше частота потребления мяса ($r = 0,367$, значимость $p < 0,05$)

и тем выше опрашиваемые оценивали свое питание по 5-балльной шкале ($r = 0{,}149$, значимость $p < 0{,}05$). К тому же школьники, употребляющие горький шоколад, чаще вносили в свой рацион блюда из мяса ($r = 0{,}346$, значимость $p < 0{,}05$), тогда как те, кто выбирал для себя в модель пищевого поведения частое употребление сухариков, чипсов и прочего, в меньшей степени отдавали предпочтение молочной продукции ($r = 0{,}416$, значимость $p < 0{,}05$).

Поскольку индекс Кетле II определяется соотношением массы тела и роста, то взаимосвязь между питанием и индексом Кетле II можно расшифровать как связь питания с ростом и массой тела. Поэтому при анализе корреляционной связи между употреблением продуктов питания и индексом Кетле II необходимо иметь в виду разнонаправленное действие. То есть возникает вопрос о двойственности индекса Кетле II, так как дефицит массы тела — это однозначно плохо, но в нашем исследовании чем больше употребление фруктов, овощей, мяса и молочной продукции, тем меньше индекс Кетле II, а это признаки здорового питания.

Тем не менее на основании проведенного комплексного анализа выявлены удовлетворительная осведомленность о здоровом питании и неудовлетворительное пищевое поведение. Резюмируя вышеизложенное, можно выделить позитивные и негативные тенденции в формировании здорового пищевого поведения школьников. С одной стороны, осознавая факт ценности питания для здоровья, школьники не реализуют принципы здорового питания в повседневной жизнедеятельности, с другой стороны, большинство из опрашиваемых проявили интерес к формированию компетенций в области знаний о здоровом питании. Более того, многие из опрашиваемых с дефицитом массы тела обладали данными компетенциями, но их антропометрические данные не укладывались в границы нормы, что требует дальнейших научных исследований поколения Z, возможно, развития новой концепции организации питания в общеобразовательных школах, пищевого поведения школьников.

Список использованной литературы

1. *Гладкая В. С., Грицинская В. Л.* Индексная оценка физического развития сельских школьников // Мать и Дитя в Кузбассе. — 2017. — № 3. — С. 36–39.
2. *Кирилова И. А.* Оценка физического развития как популяционной характеристики детского населения Иркутской области: дис. на соискание ученой степени кандидата биологических наук. — Иркутск, 2017. – С. 135.
3. *Максимова Е. Н., Борисенко Е. Ю., Кирилова И. А.* Из опыта организации биологической научно-исследовательской работы школьника // Вестник МГОУ. Серия: Педагогика. — 2018. — № 3. — С. 133.

4. *Мустафаева А. А., Самолина И. В., Цибульская Э. Ф.* Состояние здоровья современных школьников в Республике Татарстан. Здоровье человека в XXI веке. XI Российская научно-практическая конференция с международным участием: сборник научных статей. Казань, 29–30 марта 2019 г. / под общ. ред. проф. Ксембаева С. С. — Казань: ИД «МеДДоК», 2019. — С. 195–199.
5. Подростки: риски для здоровья и их пути решения [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions (дата обращения: 27.09.2019).
6. Состояние здоровья школьников Республики Татарстан за 2018–2019 учебный год (по данным отчетной формы «Отчет о лечебно-профилактической работе в общеобразовательных учреждениях РТ»).
7. *Щербакова В. И., Сулин В. Ю., Вашанов Г. А.* Сравнительная характеристика состояния здоровья учащихся традиционных и инновационных школ // Вестник ВГУ, серия: химия, биология, фармация. — 2014. — № 2. — С. 102–107.

А. А. МУРТАЗИН,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА

Аннотация. В современных реалиях экономической ситуации в стране, в условиях дефицита бюджета и острой необходимости строительства объектов инфраструктуры физической культуры и спорта, внедрения инновационных методов управления, новых технологий оказания услуг, встает вопрос поиска новых инструментов развития инфраструктуры физической культуры и спорта и здравохранения. В статье рассмотрен зарубежный опыт применения ГЧП в сфере ЗОЖ. Отмечены направления внедрения инструментов ГЧП в сфере физической культуры и спорта, образования, инфраструктуры парков и зон отдыха.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, социальная сфера, ГЧП в сфере физической культуры и спорта, ЗОЖ.

В целях сохранения и укрепления здоровья общества требуется разработка и внедрение программ, направленных не только на формирование среди общества мотивации к здоровому образу жизни, но и создание условий для активного отдыха и занятий физической культурой и спортом, что требует соответствующего развития инфраструктуры спорта [1].

В современных реалиях экономической ситуации в стране, в условиях дефицита бюджета и острой необходимости строительства объектов инфраструктуры физической культуры и спорта, потребности внедрения инновационных методов управления, новых технологий оказания услуг, встает вопрос поиске новых инструментов развития инфраструктуры спорта и здравоохранения. Государственно-частное партнерство (ГЧП) является одним из таких перспективных инструментов, способствует достижению совместных целей государства и частного сектора [2].

ГЧП — это не только способ финансирования и строительства объектов инфраструктуры, но и инновационная модель реализации государственных услуг. Преобразуя функции государства в социальной сфере, ослабляя доступ к рынкам индустрии спорта и здравоохранения, разрушая монополию и вводя конкуренцию, несомненно, можно повысить качество предложения общественных благ, эффективность управления социальной

сферой и расходования государственных средств. В этой связи ГЧП способно стать новой формой реализации государственного управления, локомотивом развития не только социальной политики, но и остальных отраслей экономики.

В связи с тем, что в России ГЧП — достаточно новое явление, необходимо изучение зарубежного опыта государственно-частного партнерства в развитии здорового образа жизни населения. Так, Министерство здравоохранения и социальных служб США инициировало партнерство с несколькими компаниями (Kellogg Company, Del Monte Foods и PepsiCo Foundation) для создания сообществ, которые пропагандируют ЗОЖ и предотвращение избыточного веса. ГЧП были осуществлены в рамках различных инициатив, таких как партнерства по разработке и распределению здоровых продуктов питания для населения, партнерства по укреплению и предоставлению услуг в сфере здравоохранения, партнерства для осуществления программ в сфере спорта и ЗОЖ [5].

В Великобритании заключено партнерство между правительством и частной компанией в сфере здравоохранения с целью мониторинга и оценки мероприятий, направленных на ЗОЖ и поддержания здоровья сотрудников компаний, участвующих в партнерстве. Мониторинг проводится на основе крупномасштабных исследований компаний, в которых изучаются показатели вовлеченности сотрудников в занятия физической культурой и спортом, объем выделяемого финансирования на мероприятия ЗОЖ, а также количество и тип имеющихся объектов спортивной инфраструктуры.

В России на данный момент для развития здорового образа жизни необходима модернизация и строительство объектов спортивной и рекреационной инфраструктуры, а также строительство и реконструкция парков и зон отдыха.

На недавнем заседании Совета по развитию физической культуры и спорта министр просвещения РФ Ольга Васильева заявила, что из 40,7 тыс. школ, 4441 школа не имеет спортивных залов, 12,5 тыс. нуждаются в ремонте спортивных залов [4].

С помощью инструментов ГЧП возможно привлечение частных инвесторов для строительства школ и спортивных залов при государственных и частных организациях, в школах и детских садах. Подобные успешные практики уже применяются в сфере образования, например ПАО «Сбербанк» заключило соглашения на строительство школ по механизму «коробочной» концессии. Инвестор вкладывает 30% стоимости проекта, на оставшиеся 70% банк выделяет кредит, а залогом будет право на концессию. Расходы же на строительство инвестора компенсирует государство, выплачивая ему фиксированную сумму из бюджета [3]. Крупные компании для развития ЗОЖ среди сотрудников также могут построить

спортивный комплекс на условиях ГЧП, что безусловно положительно скажется на производительности труда сотрудников, а предоставляя социально незащищенным слоям общества доступ в спортивный объект, компания будет нести социальную ответственность, что влечет за собой имиджевые дивиденды и льготы по налогам.

Мы считаем, что механизм ГЧП применим также для решения проблемы недостаточного количества оборудованных спортивных сооружений для сдачи нормативов ГТО. Другим направлением развития ЗОЖ на основе механизмов ГЧП может быть оснащение парков инфраструктурой для активного отдыха населения. Частный партнер, построив беговые, лыжные трассы, велодорожки, способствует вовлечению граждан в занятия спортом, получая в обмен возможность открытия на территории парка пунктов проката спортивного оборудования, общественного питания, развлекательных и торговых точек.

Таким образом, внедрение механизмов ГЧП в формирование ЗОЖ способствует сохранению общественного здоровья и достижению основных целевых индикаторов по вовлеченности граждан в занятия спортом.

Список использованной литературы

1. *Михайлова С. В.* Роль государства в формировании у молодежи здорового образа жизни // Международный научно-исследовательский журнал. — 2015. — № 7 (38). — Часть 4. — С. 92–94.
2. *Муртазин А. А., Карасик Е. А.* Государственно-частное партнерство как инструмент развития индустрии спорта // Казанский экономический вестник-2018. — № 5. — С. 28–34.
3. Сбербанк заключил первые соглашения на строительство школ по концессии // Ведомости. URL: https://www.vedomosti.ru/finance/news/2018/12/28/790664-sberbank-shkol/
4. Состоялось заседание Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта // Министерство спорта РФ. URL: https://www.minsport.gov.ru/press-centre/news/33485/
5. *Lee Y., Yun L., Kim M.-L., & Washington M.* (2018). A Qualitative Systematic Review of Public–Private Partnership in Promoting Physical Activity. Evaluation & the Health Professions.

Д. А. МЯСНИКОВ,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ БИЗНЕСА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В РЕГИОНЕ

Аннотация. Исследование посвящено ряду вопросов, направленных на повышение качества жизни населения. В ходе исследования выявлено, что экономически успешен тот регион, стратегические приоритеты которого направлены на повышение институциональных и организационных основ повышения качества жизни населения. Установлена взаимосвязь показателей качества жизни населения, направлений деятельности в области социальной ответственности бизнеса и целей устойчивого развития. С учетом всех взаимосвязанных факторов выдвинута гипотеза о том, что при использовании данной модели возникает предрасположенность у бизнеса к увеличению объема социальной ответственности, что повышает качество жизни населения региона.

Ключевые слова: социальная ответственность бизнеса, корпоративная социальная ответственность, качество жизни населения, уровень жизни, устойчивое развитие, повышение качества жизни населения.

Ключевой задачей в формировании и развитии экономики России является развитие человеческого капитала, рынка продукции и услуг, институтов управления, разработка и приобретение передовых технологий, обеспеченность и эффективное использование сырьевых, земельных, финансовых и фондовых ресурсов. Данные показатели являются ключевыми и определяющими конкурентоспособность на глобальном, постоянно изменяющемся рынке.

На сегодняшний день сложилась ситуация, при которой наиболее успешными регионами считаются те, стратегические приоритеты которых соответствуют таким направлениям, как:

- образование/инновации;
- продовольственная безопасность;
- транспортная доступность;
- безопасная городская среда;
- обеспечение высоких стандартов благосостояния человека, социального благополучия и согласия.

Как ключевые задачи, так и стратегические приоритеты регионов являются предопределяющими в интеграции экономической конъюнктуры

России в международное экономическое пространство. Что само по себе формирует социальную сферу общества, совокупные приоритеты которой и определяют главную цель развития общества в повышении качества жизни населения.

Е. В. Фахрутдинова верно считает, что оценку качества жизни населения невозможно использовать без системного подхода, включающего многоплановые аспекты: экологические, культурные, политические, экономические, социальные и др. Перечисленные аспекты мы связываем с одной частью стратегических приоритетов, установленных правительством региона.

К тому же нами исследованы ценности счастливой жизни в России, на основе которых формируется показатель качества жизни населения. Согласно данному исследованию, мы определили ряд ценностей, обеспечивающих счастливую жизнь для большинства россиян. Построен рейтинг по степени важности субъективных характеристик качества жизни населения, согласно которому показатели, соответствующие социальным аспектам качества жизни для россиян, находятся на первом месте, далее следуют экономические, экологические и др. Результаты данного исследования подчеркивают, что ключевую роль в успехе регионов определяют стратегические приоритеты, направленные на повышение качества жизни населения.

Однако мы убеждены, что государство не способно решать проблемы качества жизни населения в том необходимом темпе, которому соответствует развитие экономики региона, без какой-либо поддержки. И в роли такой поддержки выступает бизнес. Нами также было проведено исследование взаимодействия между бизнесом, государством и обществом, на основе которого нами были выявлено практическое воздействие бизнеса на решение проблем качества жизни населения в регионе, выраженное в социальной ответственности бизнеса.

Социальная ответственность бизнеса (СОБ) является современной формой взаимодействия, позволяющей эффективно решать социально-экономические задачи. Основными направлениями деятельности СОБ являются:

- развитие персонала;
- добросовестная деловая практика;
- благотворительность;
- безопасные условия труда и охрана здоровья;
- ресурсосбережение и природоохранная деятельность;
- развитие местного сообщества.

Данные мероприятия не являются и не должны являться основным видом деятельности организаций, т.е. руководство этих организаций помимо основного вида деятельности, производства благ и предоставления

услуг, стремится к совершенству в развитии компании для пользы обществу и государству.

Российский бизнес, являясь частью мировой экономики и глобального бизнеса, стремится поддерживать и соответствовать понятиям и приверженностям принятой практики корпоративной ответственности. К тому же из года в год увеличивается число организаций, присоединившихся к утвержденной Российским союзом промышленников и предпринимателей (РСПП) Социальной хартии российского бизнеса, основанной на ключевых пунктах Глобального договора ООН. Согласно данным РСПП, в России на начало 2018 г. было 265 организаций с общей численностью работников более 7 млн человек, присоединившихся и соответствующих стандартам хартии.

На наш взгляд, первоначальные цели и конечный результат социальной ответственности бизнеса тесно взаимосвязаны с семнадцатью целями устойчивого развития (ЦУР) ООН. ЦУР являются своего рода показателями трендов развития, на которые рекомендуется обратить первоочередное внимание развивающимся странам и регионам в рамках стратегии развития до 2030 г. Разумеется, что бизнес в рамках его социальной ответственности неспособен и не должен развивать все 17 ЦУР, поскольку данные цели имеют глобальный характер и универсальность применения для любого региона, любой страны. С таким учетом важно выделить российские реалии и приоритетные аспекты развития для руководства организаций. При этом стоит отметить, что бизнес является первоисточником занятости и богатства человека, соответственно бизнес расценивается как неотделимая часть общества, в связи с этим безусловная обязанность бизнеса — действовать в рамках законодательства и наравне с другими участниками общества.

Однако не все компании в России следуют подобным принципам и хоть как-то выделяют 17 целей устойчивого развития. По данным исследования PwC SDG Reporting Challenge 2017, 67% российских компаний вообще не упоминают ЦУР в рамках социальной ответственности, в то время как по всему миру эта цифра составляет 38%. При этом одними из самых острых для общества считаются проблемы в области физической культуры и здравоохранения, 63% опрошенных считают эту область неразвитой, рост цен — 61%, обнищание населения и бедность — 45%, и 33% опрошенных указали на рост безработицы. В то время как бизнес в своем большинстве упоминает в отчетах проблемы климата, достойной работы и экономического роста, ответственного производства и потребления. Наименее значимыми ЦУР для компаний выявились цели глобального значения — ликвидация нищеты и голода, морские экосистемы. Это показывает, что компании не проводят глубокий анализ целей устойчивого развития, не анализируют задачи, лежащие в их основе.

Мы видим нереализованный потенциал в использовании целей устойчивого развития, при достижении которых выгоду способны получать и общество, и бизнес, и государство. Установилась тенденция, когда компании выражают интерес при выборе направлений деятельности приоритетных им ЦУР. Например, сектор производства промышленных товаров чаще выбирает и больше инвестирует в «Негативное воздействие окружающей среды». Добывающая и энергетическая отрасли стараются больше инвестировать в те ЦУР, которые дают наибольший социальный и экономический эффект обществу. Такую приверженность компаний мы объясняем тем, что их предпочтения отдаются областям, в которых легче измерить вклад в общество при помощи характерных для них традиционных методов.

Таблица 1

Коллаборация показателей качества жизни населения, целей устойчивого развития и направления деятельности СОБ

Показатели качества жизни населения региона	Цели устойчивого развития ООН	Направления деятельности в области СОБ
Образование	Ликвидация голода и нищеты	Развитие местного сообщества
Здоровье		
Безопасность	Хорошее здоровье и благополучие	Охрана здоровья и безопасные условия труда
Уровень жизни	Качественное образование	Развитие персонала
Экология	Гендерное равенство	Благотворительность
Продукты питания	Чистая вода и санитария	Добросовестная деловая практика
Жилищные условия	Недорогостоящая энергия	Природоохранная деятельность и ресурсосбережение
Культура	Достойная работа и экономический рост	
Наличие работы/ Удовлетворенность жизнью	Индустриализация	
	Уменьшение неравенства	
	Устойчивые населенные пункты	
	Ответственное потребление и производство	
	Борьба с изменением климата	
	Сохранение экосистем моря и суши	
	Мир	
	Партнерство в интересах устойчивого развития	

Тем не менее осознание важности социальной ответственности становиться более очевидным. И менеджмент, инвесторы начинают развивать направление СОБ, способствующее стабильному и устойчивому будущему региона, страны, планеты, несмотря на то что приоритеты бизнеса и общества не совпадают. Повышение осознанности, на наш взгляд, выражается еще и в том, что цели устойчивого развития имеют коллаборацию с показателями качества жизни населения региона. Подобную коллаборацию мы считаем полезной не только для выполнения функций и задач, стоящих перед ООН, но также для Всемирной организации здравоохранения, Министерства здравоохранения России и Республики Татарстан, обеспечивая благополучием и хорошим здоровьем людей. Подробная коллаборация представлена в табл. 1.

Таким образом, нами продемонстрирована многофакторная модель взаимосвязи социальной ответственности бизнеса, качества жизни населения региона и целей устойчивого развития. Мы считаем, что такая модель реализует наиболее понятный, прозрачный и, следовательно, эффективный подход к развитию качества жизни населения в регионе благодаря усилению имиджевого воздействия ООН, является наиболее концентрированной и отвечающей уровню развития современного общества, целям устойчивого развития. Что в совокупности облегчает выбор направления инвестирования деятельности компаний, реализующих социальную ответственность бизнеса. При использовании подобного механизма государство способно привлекать наибольшее количество бизнес-структур, тем самым увеличивая объемы СОБ и повышая качество жизни населения.

Список использованной литературы

1. *Камашева А. В., Колесникова Ю. С.* Отчуждение прав на жизнь и здоровье: институциональный аспект // Современная экономика: проблемы и решения. — 2018. — № 3. — С. 28–36.
2. *Колесникова Ю. С.* Структура человеческого капитала // Вестник экономики, социологии и права. — 2014. — № 3. — С. 50–52.
3. *Мясников Д. А.* Индикаторы качества жизни населения и их роль в мире // Вопросы экономики и права. — № 12. — 2016. — С. 74–78.
4. *Мясников Д. А., Шошева М. А.* Взаимодействие государства, бизнеса и общества в общественном развитии // Вестник экономики, права и социологии. — 2018. — № 4. — С. 64–67.
5. Официальный сайт Российского союза промышленников и предпринимателей [Электронный ресурс]. URL: http://media.rspp.ru/document/1/0/2/0247fb0c780fa7ac0daf3a5269b27656.pdf (дата обращения: 22.03.2019).
6. Стратегия социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 года [Электронный ресурс]. URL: http://www.gossov.tatarstan.ru/fs/a_events/2283_fieldfullim/3-0206-2(1).pdf (Дата обращения: 22.03.2019)
7. *Фахрутдинова Е. В., Валитов Ш. М.* Качество жизни населения: институциональный подход. — Казань: Казан. ун-т. 2010. — С. 22.

В. Н. РОГОЖНИКОВА,
кандидат философских наук,
доцент кафедры философии и методологии экономики
экономического факультета
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

В современном мире здоровье понимается не только как отсутствие болезней, но и как состояние благополучия во всех сферах жизни индивида, в том числе душевной (психологической). Последняя наряду с физическим состоянием человека является основой способностей, составляющих человеческий капитал как важнейший экономический ресурс. В данной работе мы рассматриваем только проблему управления психологическим здоровьем, поскольку хорошее психологическое здоровье выступает основанием продуктивной деятельности как для физически здоровых людей, так и для тех, у кого есть физические недостатки.

Мы будем рассматривать проблему управления психологическим здоровьем только трудоспособного населения, поскольку к нему относится большинство населения мира. Трудоспособное население — это та часть населения, которая способна по состоянию своего здоровья и по своему возрасту заниматься разрешенной законом трудовой деятельностью, приносящей доход. Для того чтобы создать психологически здоровый рабочий климат и способствовать решению индивидуальных проблем, связанных с психологическим здоровьем трудящихся, необходимо уметь управлять психологическим здоровьем — как на уровне организации, так и на уровне индивида. Философские основания управления психологическим здоровьем помогают понять специфику такого управления.

Понятие психологического здоровья

Целесообразно различать понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». С нашей точки зрения, психическое здоровье относится больше к области медицины, чем психологии, но эта граница, конечно, не является жесткой. На сайте ВОЗ, например, есть только по-

нятие психического здоровья (mental health), которое определяется очень широко как «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество» [2]. Но если понимать благополучие как спокойствие, довольство, то возникает два вопроса: а) насколько в современном мире такое состояние достижимо; б) если оно достижимо, то насколько возможна в таком состоянии продуктивная трудовая деятельность?

Нам представляется более логичным понимать психологическое здоровье как личностное (духовное) здоровье [3], в частности — как «способ нашего мышления и то, как мы чувствуем, а также наша способность справляться со взлетами и падениями» [4, p. 5]. Важнейший объект внимания здесь — личность как развивающаяся система, ее духовная жизнь. Как отмечает А. В. Шувалов, «общим принципом психологического здоровья является стремление человека стать и оставаться самим собой, несмотря на перипетии и трудности индивидуальной жизни» [3, с. 90]. Таким образом, разговор о психологическом здоровье подразумевает обращение к таким философским категориям, как личность, развитие, ценности и смысл жизни.

Среди основных факторов психологического здоровья можно выделить следующие (и здесь мы согласны с ВОЗ): социальные, психологические, биологические. Мы считаем спорной необходимость ориентироваться в процессе определения границ психологического здоровья на понятие нормы, поскольку это понятие не имеет четкого определения ни в биологической, ни в социальной, ни в психологической сфере; скорее, это вопрос ценностей.

Еще одно ключевое понятие в рамках данной проблематики — это качество жизни. Оно также не имеет четкого определения, поскольку является междисциплинарным, а значит, многоаспектным. Как отмечает Г. В. Каменская, качество жизни включает «в себя определенный набор необходимых параметров и условий жизни индивида во 2-й половине XX в. и оценку или степень удовлетворенности их реальным состоянием у индивидов и общества» [1]. Среди основных показателей качества жизни по стране — ВВП, уровень загрязнения окружающей среды и средняя ожидаемая продолжительность жизни. Можно сказать, что эти показатели представляют собой общий контекст состояния психологического здоровья трудоспособного населения в отдельно взятой стране.

Философские основания управления психологическим здоровьем

В рамках философии управления факторы психологического здоровья можно рассмотреть с точки зрения их онтологических, гносеологических, аксиологических и методологических оснований.

Таблица 1

Философские основания управления психологическим здоровьем

Факторы психологического здоровья:
- социальные
- психологические
- биологические
- онтологические
- социальное окружение человека дома и на работе, сам человек как социальный субъект, институциональная среда жизни человека и общества
- человек как личность, его личная история
- природная окружающая среда: наличие парков, лесов, зеленых зон рядом с домом и работой
- генетические особенности личности
- гносеологические
- культура мышления и дискуссии, принятая в обществе в целом и в трудовом коллективе в частности
- культура мышления личности
- восприятие человеком природы и других живых существ
- аксиологические
- система ценностей, принятая в обществе, отношение к работе и отдыху, личности
- личная система ценностей человека, его отношение к работе, отдыху, другим людям
- оценка, которую человек дает себе как биологическому существу, другим существам и природе в целом
- методологические
- принятые в социуме способы общения и поддержания здоровья
- личные способы взаимодействия с другими людьми и с самими собой, способы поддержания здоровья
- основные способы взаимодействия с природной средой

Источник: составлено автором.

На пересечении философских оснований управления психологическим здоровьем и факторов психологического здоровья формируются основные цели, задачи и стратегии управления психологическим здоровьем трудоспособного населения. Необходимо понимать, что элементы психологического здоровья трудоспособного населения обусловлены спецификой жизни современного трудящегося человека, предъявляемыми к нему требованиями. Так, например, критическими становятся способность быстро обучаться и постоянно повышать квалификацию; справляться с многочисленными стрессами, вызванными количеством, новыми условиями и интенсивностью работы; уметь выстраивать продуктивный и позитивный процесс коммуникации на рабочем месте; уметь отдыхать в условиях постоянных дедлайнов, гонки показателей и т.д.

Все элементы психологического здоровья, данные в таблице, взаимосвязаны. При принятии управленческих решений, имеющих целью поддержание психологического здоровья трудоспособного населения, необходимо учитывать все аспекты факторов психологического здоровья,

поскольку трудящийся индивид и сам является личностью, социальным и биологическим существом, и живет в социальной и биологической среде, в окружении других личностей.

Учет индивидуальных психологических, социальных и биологических особенностей личности в ее трудовой деятельности может выражаться в создании индивидуальных паттернов трудового поведения. Кроме того, существуют способы, которыми могут воспользоваться сами трудящиеся на работе: разговаривать о своих чувствах; регулярно заниматься спортом; хорошо питаться; в меру употреблять спиртное; не избегать социальных контактов с родными и друзьями; не стесняться просить помощи; уметь отдыхать; делать то, что интересно; принимать себя таким, какой ты есть; заботиться об окружающих (см. [4, p. 13–23]). Конечно, следует принимать во внимание особенности культуры сообщества, в котором живет и работает индивид, но мы полагаем, что если в этом сообществе становится невозможно следовать одной или нескольким из этих рекомендаций, пора подумать о смене работы или переезде в другую страну, потому что такая ситуация, ухудшая психологическое здоровье работника, будет сказываться и на его продуктивности.

Заключение

- Психологическое здоровье — важнейший фактор повышения качества человеческого капитала. Во многих случаях психологическое здоровье дает возможность работать даже при наличии серьезных физических недостатков.
- Философские основания (онтологические, гносеологические, аксиологические, методологические) управления психологическим здоровьем трудоспособного населения позволяют создать более продуманные проекты управления здоровьем, ориентированные на отдельных индивидов и их группы. Это означает, что государственные программы управления здоровьем необходимо уточнять для конкретных сообществ и предприятий.
- Важной частью управления психологическим здоровьем трудоспособного населения является самоуправление здоровьем, и здесь нужно продумать мотивацию работников. Например, наличие на работе тренажерного зала со свободным доступом (и времени на его посещение), зеленой зоны, возможность изменить график работы могут способствовать более здоровому образу жизни, но для того, чтобы воспользоваться тренажерным залом, у работника уже должно сформироваться представление о ценности занятий спортом. Это представление может формироваться благодаря воспитанию в семье, школе, вузе, но в современном обществе в условиях край-

не интенсивного труда оно может отойти на второй план просто потому, что не хватает времени. Следовательно, поддержание психологического здоровья трудящихся — это системная задача по организации труда во всем мире.

Список использованной литературы

1. *Каменская Г. В.* Качество жизни // Новая философская энциклопедия. В 4 т. 2-е изд. — М.: Мысль, 2010.
2. Психическое здоровье. Основные факты. 30.03.2018. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
3. *Шувалов А. В.* Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ. — 2009. — Вып. 4. — С. 87–101.
4. How to support mental health at work. UK, 2019. URL: https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-support-mental-health-work

А. Р. САФИУЛЛИН,
доктор экономических наук, доцент,
заведующий кафедрой проектного менеджмента и оценки бизнеса
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА В РЕГИОНЕ

Аннотация. В данной статье раскрыты методологические предпосылки образования региональных кластеров. Выделены преимущества их формирования для региональных экономических систем. Особый акцент сделан на развитие центров компетенций при федеральных университетах как важнейших институциональных элементах региональных кластеров.

Ключевые слова: инновации, инновационные системы, кластеры, научно-образовательные центры, федеральные университеты, центры компетенций.

Способность предприятий того или иного ВЭД выдерживать конкуренцию и адаптироваться к изменениям технологий сегодня связана с их потенциалом для инноваций. Инновационность и гибкость являются ключевыми для успеха в условиях глобализации. При этом инновации предполагают не только высокие технологии, но и любые улучшения, которые могут быть введены предприятиями на местах на уровне их систем производства, маркетинга, менеджмента и организации, способствующие качественному повышению эффективности факторов производства. Повышение качества ресурсного обеспечения (наличие инфраструктуры, кадрового обеспечения, доступность информации и т.д.) способствует развитию инноваций, дополняющих конкурентные преимущества отраслей и территорий.

Западные представители теории инновационного роста выделяют два этапа в инновационном процессе — концептуализации и реализации. Этот процесс создает новые возможности для дальнейших инновационных проектов. Как показывает опыт развитых стран, в рамках местных производственных систем инновации чаще всего являются результатом работы многофункциональной инновационной сети. Инновационная сеть состоит из разнородных участников, таких как государственные лаборатории, технологические исследовательские центры, университеты, пред-

приятия, финансовые институты, органы власти и т.д. Элементы, характеризующие территорию, развивающую инновации, не являются данностью и должны стимулироваться властями через разработку надлежащей отраслевой политики. Таким образом, в рамках инновационной системы происходит интеграция промышленного, научного и финансового потенциала территории с фокусированием на поддержку приоритетных отраслей района (машиностроение, химическая и пищевая промышленность) и инновационных видов деятельности. Особое внимание важно уделить качеству подготовки и управлению человеческими ресурсами. Инновационной системе отводится активная роль в развитии инноваций, начиная от научных учреждений и заканчивая коммерческой реализацией проектов. Целевой группой при этом являются развивающиеся, ориентированные на инновационный рост ключевые отрасли промышленности и сопряженные с ними услуги.

Инновационные системы способны выступать эффективным фактором социально-экономического развития территории. Они могут выходить за рамки поддержки отдельных предприятий и принимать активное участие в национальных программах, среди которых кластерные и отраслевые районные проекты, технопарки, научные и сопутствующие проекты, использование капитала на ранних стадиях функционирования, сопряженное с особым риском (стартовое финансирование), международное сотрудничество и объединение усилий, направленных на его стимулирование.

Представляется целесообразным обозначить следующие преимущества процессов кластеризации для регионов:

1. Внутренняя экономия, которая заключается в возможности повышения эффективности производственных издержек, прежде всего за счет эффективного использования факторов производства. Важное преимущество кластера составляет «эффект масштаба». Несколько крупных хозяйствующих субъектов, составляющих «ядро кластера», создают территориально сконцентрированный спрос на однообразные факторы производства, сервисы и услуги определенной направленности, которые также стремятся территориально локализоваться вокруг «ядра кластера». В результате субподрядчики получают возможность удовлетворения большого спроса со стороны «ядра кластера», экономии на сбытовых и транспортных издержках. Базовые же предприятия и организации выигрывают за счет конкурентной среды, которая в результате складывается в обслуживающем секторе.

2. Экономия от локализации, которая заключается в том, что успешное развитие ВЭД территории во многом определяется уровнем специализации и эффективностью промышленной организации, что в рамках кластерных систем достигается за счет локальной специализации, улучшения качества и усиления специализации трудовых ресурсов.

3. Территориальные эффекты, которые проявляются в том, что кластерная система обеспечивает взаимодействие всех экономических агентов соответствующей территории, что ведет к сокращению трансакционных и пространственных издержек агентов. Другим преимуществом территорий с высоким инновационным потенциалом является также возможность обеспечения максимального соответствия инновационных продуктов по ВЭД потребностям рынка. В связи с территориальной концентрацией в кластере динамично развивается межфирменное сотрудничество, происходит ускорение финансовых, материальных, информационных потоков, позволяющих обеспечить оперативную мобилизацию производственных возможностей. Поэтому распространение наиболее успешного опыта применения новых технологий и методов управления в кластере происходит предельно быстро («эффект масштаба» при этом дополняется «эффектом обучения»). Тем не менее внутри кластера всегда существует конкуренция (входящие в кластер предприятия способны составить конкуренцию на национальном и международном рынках), что обеспечивает динамику его развития и рост конкурентоспособности территории.

В качестве ключевых предпосылок формирования кластеров на основе концентрации профильных компетенций по приоритетным видам экономической деятельности, локализованных в рамках цепочки создания ценностей и выступающих якорными структурными элементами экономики региона, могут выступать соответствующие подразделения при ведущих научно-образовательных центрах страны. В качестве примера рассмотрим создание на базе ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (далее — Университет) центров компетенций в Приволжском федеральном округе с целью подготовки высококвалифицированных кадров, повышения качества проектной деятельности и информационной культуры, формирование новых компетенций в области принятия управленческих решений на основе современных технологий в соответствии с приоритетными направлениями социально-экономического развития Республики Татарстан и Приволжского федерального округа.

Деятельность центров компетенций должна быть направлена, на наш взгляд, на решение следующих основных задач:

— развитие научно-образовательной среды Университета и компаний РТ и РФ на основе организации совместных образовательных программ и проведение совместных научных исследований и разработок;
— использование совместного научного и учебного потенциала Университета и компаний для подготовки и повышения квалификации кадров в области проектного менеджмента и современных информационных технологий управления предприятием;

— отбор абитуриентов для курсов повышения квалификации и программ дополнительного образования, специализированная подготовка студентов, магистрантов для предприятий Республики Татарстан и Приволжского федерального округа;
— эффективное использование методологического обеспечения и программных продуктов, предоставляемых ведущими компаниями в области проектного менеджмента;
— сертификация специалистов по международным стандартам в области проектного менеджмента (PMBOK, PRINCE2, ISO 10006:2003, NASA Project Management Standard);
— повышение уровня образования Университета в области деятельности центров компетенций;
— приобщение талантливых слушателей, студентов и магистрантов, обучающихся по программам центров компетенций, к научным исследованиям на ранних стадиях обучения.

Для формирования и развития региональных кластеров федеральные университеты имеют особое значение. Они играют важнейшую институциональную роль в рамках научно-образовательной инфраструктуры, способствуя передаче знаний и человеческого капитала через каналы связи между бизнесом и университетами. С другой стороны, наличие активной научно-образовательной инфраструктуры оказывает существенное влияние на выбор размещения производств крупными отечественными и многонациональными компаниями.

Список использованной литературы

1. *Гафуров И. Р., Сафиуллин М. Р., Сафиуллин А. Р.* Анализ структурных разрывов конкурентоспособности производств нефтехимического кластера Республики Татарстан. — Казань: Изд-во Казанский университет, 2012. — 286 с.
2. *Кудров В. М.* Инновационная экономика — веление времени // Современная Европа. — 2009. — № 2(38). — С. 85–98.
3. *Сафиуллин М. Р., Сафиуллин А. Р.* Региональные конкурентные преимущества (на примере Республики Татарстан). — Казань: Изд-во Казанский университет, 2011. — 716 с.
4. *Atkinson R., Wail H.* Boosting Productivity, Innovation and Growth Through a National Innovation Foundation/ Blueprint for American Prosperity. Unleashing the Potential of a Metropolitan Nation. April 2008. URL: www.brookings.edu/media/Files/rc/...atkinson_wial/NIF%20Brief.pdf.
5. *Safiullin A. R., Safiullina A. M.* Region competitive advantage management on the basis of a compromise search between system and selective components of industrial policy // Journal of Social Sciences Research. — 2018 (Special Issue 5). — P. 222–226.

Г. Г. САФИУЛЛИНА,
аспирант ИУЭФ КФУ,

Т. А. МЕЗЕНЦЕВ,
магистр ИУЭФ КФУ,

Г. Р. УРАЗЛИНА,
магистр ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ИНСТРУМЕНТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОНТРОЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ КОНКУРЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ В РЕГИОНЕ

Аннотация. В данной статье проведен анализ методологических особенностей выбора и обоснования инструментов контроля реализации конкурентной политики на региональном уровне. Несмотря на достаточно большой объем теоретических и прикладных исследований в области конкуренции и конкурентоспособности, недостаточно методологически проработаны вопросы научного обоснования влияния конкурентной политики на социально-экономическое развитие региона, выбора количественных и качественных измерителей эффективности конкурентной политики, применения отдельных инструментов и механизмов ее реализации по уровням управления.

Ключевые слова: конкуренция, конкурентная политика, инструменты контроля реализации конкурентной политики, региональная экономика.

Конкурентная политика должна соответствовать системе базовых принципов — некоторых устойчивых требований, обеспечивающих эффективность формирования и реализации ее инструментария и организационно-экономических механизмов осуществления. По нашему мнению, базовым принципом формирования и реализации конкурентной политики государства является ее объективность, представляющая собой как использование точных количественных методов обоснования приоритетов и оценки эффективности данного вида государственной экономической политики, так и независимость механизмов и процессов ее осуществления от субъективизма отдельных представителей государственной власти и местного самоуправления.

Принцип объективности конкурентной политики непосредственным образом взаимосвязан с принципом комплексного общественного кон-

троля за процессом ее формирования и реализации. Такого рода контроль на различных уровнях, в частности, в РФ осуществляют Государственная Дума, Общественная палата, саморегулируемые организации предпринимателей различного уровня. Принцип общественного контроля за реализацией государственной и муниципальной конкурентной политики, в свою очередь, тесным образом сопряжен и с таким принципом, как высокий уровень ее информационной «прозрачности» (транспарентности).

Одним из основных инструментов оперативной реализации конкурентной политики государства, региона, муниципалитета является текущий контроль соблюдения антимонопольного законодательства. Основаниями такого рода контроля могут являться собственная деятельность антимонопольных органов соответствующего уровня, результаты жалоб и обращений граждан и субъектов предпринимательства, прокурорские запросы, обращения правоохранительных организаций и саморегулируемых ассоциаций и союзов субъектов предпринимательской деятельности.

Основными результатами применения данного инструмента конкурентной политики являются штрафные санкции, накладываемые на субъектов предпринимательства по фактам монопольных и олигопольных ограничений развития отраслевого рынка. Характер конкретных санкций регулируется нормами специального национального законодательства о защите конкуренции.

Механизм реализации конкурентной политики представляет собой систему методов, стадий регулирования, организационных структур и конкретных мероприятий.

Сбалансированность и эффективность механизма конкурентной политики непосредственно зависят от согласованности таких основных его этапов, как анализ и планирование мероприятий в области конкурентной политики, организация, мотивация, контроль и комплексная оценка эффективности конкурентной политики.

При этом такого рода механизм должен быть сформирован с учетом институциональных возможностей и ограничений, в том числе накладываемых международными институтами (например, конкурентными возможностями и ограничениями, связанными с участием национальной экономики в системе ВТО, возможными последствиями для конкурентного развития отраслевых рынков товаров и услуг политики внешнеэкономических санкций и т.п.).

Кроме того, в рамках такого рода механизма должна быть осуществлена оценка эффективности влияния конкурентной политики на результативность развития соответствующего муниципального образования, региональной социально-экономической системы или государства в целом.

Актуальным инструментом реализации конкурентной политики государства является формирование специального отраслевого законодатель-

ства о государственных закупках и обеспечение эффективности его реализации. Сфера государственных закупок выступает одним из наименее информационно «прозрачных» сегментов общего рынка товаров, работ и услуг не только в современной экономике Российской Федерации, но и в большинстве развитых и развивающихся государств мира с рыночной экономикой.

Соответственно, для обеспечения повышения уровня транспарентности государственных закупок в рамках данного общего инструмента конкурентной политики могут быть использованы такие основные методы, как:

— нормирование предельных цен и требуемого качества государственных закупок;
— организация электронных торгов;
— регламентация процедур государственных закупок на различных стадиях их проведения.

Ведение закупочной деятельности каждой организацией оказывает существенное влияние на многообразие форм ее проведения, так как каждая организация пытается обеспечить наиболее оптимальное со своей точки зрения ее проведение. Тем не менее, на наш взгляд, можно выделить ряд процедур, характерных для закупочной деятельности, вне зависимости от организации, ее осуществляющей. К ним можно отнести:

— планирование закупки;
— определение метода закупки;
— определение поставщика;
— исполнение контракта.

Правильное планирование и информационное обслуживание закупочной логистики позволяют уравновесить противоречия между необходимостью постоянного снабжения производства и минимизацией запасов на складе.

В процессе планирования закупок следует определить:

— какие ресурсы требуются;
— количество ресурсов, которое понадобится для производства продукта;
— время, когда они понадобятся;
— возможности поставщиков, у которых могут быть куплены товары;
— требуемые площади складских помещений;
— издержки на закупки;
— возможность организации производства некоторых деталей на своем предприятии.

Существует большое количество методов определения необходимого размера партии закупаемых ресурсов и ее периодичности, но все они требуют информацию о том, как использовались аналогичные ресурсы в прошлом.

Расчет расхода сырья, как правило, производится помесячно и поквартально. Расход проверяется в соответствии с контрольными данными о запасе материальных ресурсов. Эти расчеты соотносятся с тенденцией цены и прогнозами наличия сырья, которое планируется закупить, после чего разрабатывается план покупки. Если по прогнозам предполагается большая поставка сырья и возможное уменьшение цен, то скорее всего политика в области закупок будет заключаться в снижении запаса до самого низкого уровня. С другой стороны, если по прогнозам планируется небольшой объем поставок и имеется тенденция к росту цены, политика в области осуществления закупок будет обеспечивать адекватный объем имеющегося запаса в соответствии с контрактом.

Следующим этапом в ходе планирования закупок является определение цены закупки. В закупках, проводимых согласно 44-ФЗ и 223-ФЗ, это начальная максимальная цена закупки (НМЦ). Существует несколько основных способов ее определения: метод сопоставимых рыночных цен, нормативный метод, тарифный метод, проектно-сметный метод, затратный метод.

Метод сопоставимых рыночных цен (анализа рынка) заключается в установлении начальной (максимальной) цены контракта на основании информации о рыночных ценах идентичных товаров, работ, услуг, планируемых к закупкам, или при их отсутствии однородных товаров, работ, услуг. При применении метода сопоставимых рыночных цен (анализа рынка) информация о ценах товаров, работ, услуг должна быть получена с учетом сопоставимых с условиями планируемой закупки коммерческих и (или) финансовых условий поставок товаров, выполнения работ, оказания услуг. При применении метода сопоставимых рыночных цен (анализа рынка) заказчик может использовать обоснованные им коэффициенты или индексы для пересчета цен товаров, работ, услуг с учетом различий в характеристиках товаров, коммерческих и (или) финансовых условий поставок товаров, выполнения работ, оказания услуг.

Нормативный метод определения НМЦ основывается на данных, которые изданы в нормативных актах и специализированных справочниках. Данные документы отражают порядок, устанавливающий предельно допустимые цены при закупке. Как правило, нормативные акты регулируют расход бюджетных средств государственных предприятий и учреждений, в них устанавливаются ценовые величины на конкретный товар либо на конкретную услугу. Цена устанавливается в разрезе областей, городов, районов.

Тарифным методом можно воспользоваться, если на предмет закупки существуют тарифы, т.е. цены регулируются государством или другими правовыми актами. Например, в случае необходимости приобретения заказчиком электро- и теплоэнергии либо перевозки грузов, почтовых пере-

возок, перевозки пассажиров. Стартовая цена закупки тарифным методом рассчитывается довольно просто: умножая количество на его стоимость или тариф, без поправочных коэффициентов.

Проектно-сметный метод для вычисления и обоснования НМЦ можно использовать, если заказчиками запланирована закупка, в которой ее предметом являются реконструкция, капитальный ремонт строительных объектов, работы, направленные на поддержание в эксплуатационном состоянии архитектурных памятников. Заказчики в обоснование НМЦ могут приводить проектно-сметные документации, в которых применены индексы, позволяющие прогнозировать цены будущих периодов на основе прогноза экономической инфляции и ее динамики. В том случае, если в закупке присутствуют только работы без материалов, то зачастую используется затратный метод.

Затратный метод НМЦ применяют в дополнение к каким-либо иным методам либо в ситуации, когда никаким другим методом воспользоваться заказчикам не представляется возможным. НМЦ в этом случае равняется произведенным затратам и прибыли, которая соответствует данному предмету закупки или деятельности, учитывая транспортировку, страховку, налоги и косвенные затраты. Данную информацию можно взять, если проанализировать контракты, как и в нормативном методе, либо информацию из общедоступных источников.

После определения цены закупки заказчик определяет метод совершения закупки. Определение метода закупок зависит от сложности конечного продукта и от состава его комплектующих.

Существует три основных метода закупки:

— регулярной закупки мелкими партиями;
— оптовой закупки;
— закупки по мере необходимости и различные комбинации перечисленных методов.

На следующем этапе осуществляется выбор поставщика. Анализ поставщиков конкретного вида (ассортимента) материальных ресурсов и их последующий выбор должны осуществляться в соответствии с определенным набором критериев.

Существуют различные подходы к формированию и обоснованию списка критериев. Так, Е. В. Кожейкина отмечает, что «критерии оценки поставщика имеют первостепенное значение и должны учитывать важные для данного проекта факторы (среди них географическое положение поставщика, отзывы о работе поставщика, технические характеристики продукции)».

Согласно К. Мильману, для комплексной оценки квалификации поставщиков необходимо применять балльные оценки в соответствии со следующими критериями (показателями), которые характеризуют:

— профессиональные знания и квалификацию поставщика;
— наличие финансовых средств, оборудования и других материальных возможностей для выполнения контракта;
— опыт и репутацию поставщика;
— надежность поставщика;
— банковские гарантии, поручительства;
— цену заявки, сроки осуществления платежей;
— срок действия заявленной цены;
— условия корректировки цены;
— расходы на эксплуатацию, техническое обслуживание и ремонт, связанные с закупаемыми товарами.

После определения поставщика происходит подписание контракта и последующие исполнение его условий заказчиком в соответствии с техническим заданием. На данной стадии для сторон наиболее существенным является взаимное выполнение обязательств. Права заказчика, как правило, бывают защищены за счет механизма приемки поставленных товаров, выполненных работ и услуг, который позволяет в случае несоответствия продукции или услуги требованиям технического задания не производить оплату. Для принятия решения о согласовании актов приемки заказчик прежде осуществляет контроль поставленной продукции. По итогам приемки работ производится оплата поставщику. Спорные моменты, возникающие в ходе всех стадий проведения закупки, решаются в судебном порядке.

Список использованной литературы

1. *Бауэрсокс Дж. Д., Клосс Дж.* Логистика. — М.: Олимп-бизнес, 2013. — С. 112.
2. *Донской П. А.* Менеджмент предпринимательства. — М.: Армада, 2012. — С. 79.
3. *Карнаухов С. Б.* Логистика как управленческая теория и система управления материальным потоком // Рынок, информация, снабжение, конкуренция. — 2014. — № 2. — С. 38.
4. *Кожейкина Е. В.* Выбор поставщика материальных ресурсов // Рынок, информация, снабжение, конкуренция. — 2015. — № 1. — С. 18–22.
5. *Мильман К.* CMMI — шаг в будущее: Управление поставщиками // Открытые системы. СУБД. — 2010. — № 3. — С. 59–70.
6. О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц: Федеральный закон от 18.07.2011 № 223-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». Версия проф. — Последнее обновление 10.06.2017.
7. О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд: Федеральный закон от 5.04.2013 № 44-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». Версия проф. — Последнее обновление 10.06.2017.

8. *Сафиуллин А. Р., Сафиуллина Г. Г., Мухаметова Г. З.* Здравоохранение в системе отраслевых приоритетов развития территории: методологические особенности / Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ им. М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2018 г.: монография / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — 216 с.
9. *Сафиуллина Г. Г.* Повышение эффективности системы мониторинга государственных закупок на основе риск-индикаторов // Казанский экономический вестник. — 2019. — № 2(40). — С. 61–69.

Ю. А. ШАКИРОВА
доцент, ИУЭФ КФУ,
г. Казань

О ДИНАМИКЕ ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Аннотация. Статья посвящена оценке заболеваемости населения РФ. В исследовании анализируются основные тенденции, характерные для заболеваемости населения по отдельным нозологическим формам в разрезе федеральных округов РФ. Оценена динамика процессов за период 2010–2017 гг. Выявлен ключевой тренд в развитии исследуемых процессов.

Ключевые слова: заболеваемость, классы заболеваний, нозологические формы.

Здоровье населения всегда занимает одно из первых мест в системе жизненных ценностей любого государства. Важнейшее место в оценке состояния здоровья населения принадлежит показателям, которые наиболее часто используются в практическом здравоохранении и характеризуют заболеваемость населения.

Заболеваемость по сравнению со смертностью является более адекватным и, естественно, более ранним критерием, характеризующим наличие сдвигов в состоянии здоровья. Статистика заболеваемости во многом дополняет статистику смертности, но имеет по сравнению с ней неоспоримое преимущество, определяемое ее оперативной значимостью для здравоохранения. Данные о заболеваемости необходимы для разработки стратегии управления территориальным здравоохранением, так как именно показатели заболеваемости наиболее полно отражают реальную картину жизни населения, позволяют выявлять проблемные ситуации и решать их путем разработки конкретных мер по охране здоровья.

В официальной статистике под заболеваемостью понимают число заболеваний у пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, выявленных в течение года при обращении в лечебно-профилактическую организацию или при профилактическом осмотре. Расчет заболеваемости на 1000 человек населения осуществляется как отношение числа заболеваний у пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом к среднегодовой численности населения.

В статье проведен анализ заболеваемости населения Российской Федерации как в целом по стране, так и в разрезе федеральных округов. Вы-

явлены основные тенденции общей заболеваемости, а также заболеваемости отдельными классами болезней. В основу исследования положены материалы Федеральной службы государственной статистики за 2010–2017 гг. [1; 3] и Министерства здравоохранения РФ [2].

Анализ данных статистики общей заболеваемости населения демонстрирует наличие позитивной динамики (табл. 1). Так, в 2017 г. по сравнению с 2010 г. наблюдается хоть и незначительное, но сокращение уровня заболеваемости на 0,14% (778,9 случая в 2017 г. против 780,0 в 2010 г.).

Подобная тенденция характерна для Центрального (3,49%), Южного (0,74%), Приволжского (3,13%) и Дальневосточного (4,11%) федеральных округов. Однако в остальных федеральных округах наблюдается рост значений показателя. Так, в Северо-Западном федеральном округе общая заболеваемость выросла на 9,74%, Северо-Кавказском — 5%, Сибирском — 3,99%, Уральском — 1,56%.

Таблица 1

Динамика общей заболеваемости населения РФ на 1000 человек

Федеральный округ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Рост,%
РФ	780	796,9	793,9	799,4	787,1	778,2	785,3	778,9	–0,14
Центральный	720,2	734,7	732,2	720,9	715	698,9	704	695,1	–3,49
Северо-Западный	850,8	860,4	860,4	856,6	853,5	877,3	930,2	933,7	9,74
Южный	685,6	709,6	716,4	723,2	688,1	669	680,1	680,5	–0,74
Северо-Кавказский	609,4	652,5	662,8	687,1	669,6	655,3	645,9	639,9	5,00
Приволжский	867,2	877,9	865,8	873,6	872,3	870,7	857,5	840,1	–3,13
Уральский	813,3	823,2	814,6	834,4	816,8	806,2	829,5	826	1,56
Сибирский	818	845,3	846,1	869,1	860,9	848	850,5	850,6	3,99
Дальневосточный	830,2	838,1	828,5	832,8	805,4	779,1	794	796,1	–4,11

В разрезе основных нозологических форм лидирует группа заболеваний органов дыхания (353,5 случая на 1000 жителей в 2017 г.) (табл. 2). Значительное количество зафиксированных случаев приходится на травмы и отравления (88,2) и болезни мочеполовой системы (44,8). В меньшей степени регистрируются врожденные аномалии (2) и заболевания крови (4,5).

В целом стоит отметить, что с 2010 г. по 10 из 15 классов заболеваний, подлежащих статистическому учету, отмечается тенденция снижения уровня заболеваемости. Рост значений показателей зафиксирован по болезням эндокринной системы (37,4%), системы кровообращения

(22,99%), органов дыхания (9,1%), новообразованиям (5,56%) и болезням органов пищеварения (1,8%).

Анализируя статистику заболеваемости отдельными нозологическими формами в региональном аспекте, можно отметить, что самая неблагоприятная ситуация наблюдается в Северо-Западном, Сибирском и Северо-Кавказском федеральных округах.

Так, Северо-Западный федеральный округ лидирует по шести классам заболеваний (инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, болезни уха, болезни органов дыхания, болезни кожи, болезни мочеполовой системы).

Сибирский федеральный округ демонстрирует максимальные значения показателя заболеваемости по четырем нозологическим формам (болезни эндокринной системы, болезни глаза, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы).

Северо-Кавказский федеральный округ лидирует по числу случаев заболеваний крови и нервной системы. Причем по болезням крови наблюдается превышение среднероссийского показателя в 4 раза.

Таблица 2

Динамика заболеваемости населения РФ на 1000 человек по основным классам болезней

Класс болезни	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Рост,%
Инфекционные и паразитарные болезни	32,8	32,4	32,1	30,9	30,8	28,1	27,9	27,3	–16,77
Новообразования	10,8	11,1	11,6	11,4	11,6	11,4	11,4	11,4	5,56
Болезни крови	4,9	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,5	–8,16
Болезни эндокринной системы	10,2	10,3	10,6	10,6	11,2	13,3	13,9	14	37,25
Болезни нервной системы	16,4	16,5	16,3	16,5	16,2	15,4	15,2	15	–8,54
Болезни глаза	33	33,3	35,2	35	34,7	33,3	32,6	31,6	–4,24
Болезни уха	27,1	27,8	28,2	28	27,7	26,6	26,3	25,9	–4,43
Болезни системы кровообращения	26,1	26,6	26,6	29,9	28,8	31,2	31,7	32,1	22,99
Болезни органов дыхания	324	338,8	330,9	338,4	333,4	337,9	351,6	353,5	9,10
Болезни органов пищеварения	33,4	33,3	34,8	35,2	36,6	35,3	35,6	34	1,80
Болезни кожи	48,2	47,5	48	47	46,3	44	42,5	41	–14,94

Окончание табл. 2

Класс болезни	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Рост,%
Болезни костно-мышечной системы	33,5	33,6	33,2	32,3	31,8	30,1	29,5	29,5	–11,94
Болезни мочеполовой системы	47,9	49,3	49,6	49,8	49	46,4	45,6	44,8	–6,47
Врожденные аномалии	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2	2,1	2	–4,76
Травмы, отравления	91,7	92,8	93,8	92,6	90,2	90,4	89,1	88,2	–3,82

Таким образом, анализ статистической информации о заболеваемости населения РФ позволяет сделать вывод о наличии позитивной тенденции, характерной как для общей заболеваемости, так и для заболеваемости отдельными нозологическими формами. Однако в региональном аспекте для ряда федеральных округов зафиксировано превышение среднероссийских показателей. Данное обстоятельство свидетельствует о наличии возможной взаимосвязи с комплексом природно-климатических, экологических и социально-экономических факторов и требует более детального изучения и анализа.

Список использованной литературы

1. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС) [Электронный ресурс]. URL: https://www.fedstat.ru/ (дата обращения: 10.04.2019).
2. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/ (дата обращения: 10.04.2019).
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2018: стат. сб. / Росстат. — М., 2018. — 1162 с.

РАЗДЕЛ IV

РОЛЬ НКО В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

М. Р. ДИМИТРОВ,
руководитель проекта «Зеленый фитнес»,
г. Казань

РОЛЬ «ЗЕЛЕНОГО ФИТНЕСА» В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН И ЗА ЕЕ ПРЕДЕЛАМИ

Ключевые слова: здоровый образ жизни, фитнес.

«Зеленый фитнес» — это комплексная программа наполнения общественных пространств города (парки, скверы) систематическими спортивными мероприятиями. Мероприятия бесплатны и направлены на людей любого уровня физической подготовки и всех возрастов. «Зеленый фитнес» объединяет и поддерживает спортивные активности на свежем воздухе. Проще говоря, «Зеленый фитнес» — это бесплатные тренировки на свежем воздухе. Основные спортивные направления: йога, зумба, стретчинг, воркаут, бег, аэробика, скандинавская ходьба, единоборства, пилатес, кроссфит, цигун, калланетика, детский фитнес, фитнес 50+, фитнес в парах, велотренировки, функциональные тренировки, танцы и др.

«Зеленый фитнес» имеет собственный сервис мероприятий ZELFI.RU, на котором публикуются все тренировки проекта. География проекта: 63 городов РФ, три страны: Россия, Турция, Белоруссия. Период реализации проекта: ежегодно, с мая по сентябрь.

Форма финансирования: государственно-частное партнерство. Дата создания проекта: 19 апреля 2015 г. Автор и руководитель проекта: Димитров Мурат. Организация: Корпорация активной молодежи (КАМ). Миссия проекта: создать сообщество людей, систематически занимающихся физической культурой (фитнесом) на свежем воздухе и улучшающих свое здоровье.

Цель: разработать систему генерации спортивных тренировок, а также платформу, мотивирующую людей систематически заниматься спортом и поддерживать свое здоровье. Количественная цель — привлечь к систематическим тренировкам 55% населения до 2024 г.

Задачи:

- вовлечь население в систематические занятия физической культурой и спортом;
- наполнить общественные пространства спортивными мероприятиями;
- вовлечь людей с ограниченными возможностями здоровья в спортивные занятия;
- способствовать увеличению продолжительности жизни до 150 лет;
- уменьшить популяризацию потребления вредных веществ, включая сигареты, алкоголь и психоактивные вещества;
- формировать привычки здорового образа жизни;
- обеспечить здоровый образ жизни для людей любого возраста;
- повысить мотивацию граждан к регулярным занятиям физической культурой и спортом;
- увеличить долю учащихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Результаты.

Социально-спортивный проект «Зеленый фитнес» в 2019 г. запущен в 63 городах России, а также в Турции, город Эскишехир. Проект реализуется с использованием гранта Президента Российской Федерации при генеральной поддержке компании «Татнефть». С 2018 г. «Зеленый фитнес» сотрудничает с федеральным агентством «Росмолодежь» и Министерством спорта РФ, благодаря чему активно тиражируется по стране.

«Зеленый фитнес» получил следующие награды: лучший проект продвижения ЗОЖ (Международный конкурс Eventiada awards 2016), победитель номинации «Продвижение идей спортивного и здорового образа жизни» (Серебряный лучник — 2017), первый федеральный бренд тренировок на свежем воздухе, социальный проект года (Молодой предприниматель России — 2016), занял 1-е место на международном конкурсе Eventiada IPRA Golden World Awards 2018 в номинации Best Healthy Lifestyle и выиграл 1-е место на всероссийской премии уличного спорта и искусств «Кардо».

Общие результаты.

63 города, общее количество участников превысило 350 000 человек. 260 публикаций в региональных и федеральных СМИ, проведено 3500 мероприятий, охват аудитории — 10 млн человек. Создан портал ZELFI.RU.

Zelfi.ru — сервис мероприятий с балльно-рейтинговой системой и программой благодарности для организаторов. Содержит афишу мероприя-

тий и систему регистрации участников на мероприятия через QR-коды. Участники, приходя на любое мероприятие, получают баллы, за которые впоследствии они могут получить подарки, а тренеры и организаторы могут получать чаевые от участников. На данном портале любой участник может также бесплатно создать собственное мероприятие (например, беговую тренировку) и пригласить на нее единомышленников.

М. Н. МАКСИМОВА,
зав. кафедрой экономической теории и социальной работы,
доктор экономических наук, профессор КГМУ Минздрава России

З. Р. ЗИГАНШИНА,
доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,
доцент кафедры экономической теории и социальной работы
КГМУ Минздрава России,
президент БО «Золотое сердце»,
г. Казань

ИННОВАЦИОННАЯ РОЛЬ СОНКО В ФОРМИРОВАНИИ И ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Ключевые слова: НКО, социальное предпринимательство, волонтерство, общественное здоровье.

В наше время социальные проблемы в сфере общественного здоровья не просто не исчезают, а нередко усугубляются, и для их решения необходимы творческий подход и устойчивые модели монетизации. Успешная реализация социальных проектов требует системного и профессионального подхода.

Роль некоммерческого сектора в сфере общественного здоровья на территории Российской Федерации, в частности Республики Татарстан, наиболее выражена в сфере пропаганды здорового образа жизни, повышения физической активности граждан, помощи в отказе от вредных привычек, поддержания здоровьях лиц пенсионного возраста. Примерами лучших практик являются: всероссийский проект «Мечтай со мной», общественная организация родственников наркозависимых «Вера», БО «Золотое сердце», региональная общественная организация «Профилактика и инициатива», благотворительный фонд «Сила в детях», АНО «Корпорация активной молодежи» и т.д. Объединение усилий бизнеса, власти, научных институтов и СОНКО в продвижении здорового образа жизни позволит транслировать ценности здорового питания и других аспектов здорового образа жизни, создать молодежные бренды, формировать культуру отношения граждан к собственному здоровью.

Некоммерческие организации могут продвигать здоровый образ жизни, формируя правильные привычки, ритуалы в поведении граждан, способ-

ствующие сохранению здоровья, развивая молодежные движения, действуя через каналы массовых коммуникаций, формируя ответственность за свое здоровье.

Нельзя не упомянуть роль волонтерских отделений в сфере общественного здоровья, это и волонтеры-медики, и студенческие стройотряды, создатели социальных проектов в медицинских вузах страны, благодаря которым будущие работники сферы здравоохранения приобретают дополнительные коммуникационные навыки.

Векторы реализации национальных проектов, республиканских программ и стратегий во многом задают сильнейшие СОНКО Республики Татарстан. Социальная практика по социальной и культурной адаптации и интеграции мигрантов автономной благотворительной некоммерческой организации «Новый век» была апробирована и получила рекомендации Парламентских слушаний Госдумы Российской Федерации к тиражированию. Автономная некоммерческая организация «Центр социальной реабилитации и адаптации» известна в Республике Татарстан своими эффективными социальными технологиями по работе с представителями уязвимых групп населения, в том числе ранее осужденными, лицами, оставшимися без жилья. В топ-100 лучших проектов Фонда президентских грантов вошли проекты Благотворительного фонда им. А. В. Вавиловой, АНО «Ассоциация содействия больным синдромом Ретта».

Всероссийский благотворительный проект «Мечтай со мной» воплощает в жизнь заветные желания детей (от 2 до 17 лет) и пожилых людей (от 60 лет) с состоянием здоровья, угрожающим их жизни. Цель проекта — убедить общество в том, что у людей с тяжелыми диагнозами есть и иные, более тонкие, но не менее важные потребности, чем лечение.

В декабре 2019 г. в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан состоялось подписание трех соглашений о сотрудничестве в рамках создания и реализации корпоративных программ укрепления здоровья между министерством, организациями РТ и благотворительной просветительской общественной организацией Республики Татарстан «Золотое сердце». Предметом настоящего соглашения является сотрудничество сторон по следующим направлениям: разработка и реализация корпоративной программы укрепления здоровья работающих в рамках реализации федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» («Укрепление общественного здоровья») национального проекта «Демография», в соответствии с Планом мероприятий по реализации проекта (далее — корпоративная программа укрепления здоровья сотрудников и студентов); разработка и реализация мероприятий по профилактике и борьбе с факторами риска неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у сотрудников предприятий РТ.

Согласно информации по проведению республиканского конкурса на получение грантов Кабинета Министров Республики Татарстан для некоммерческих организаций, участвующих в реализации социально значимых проектов, в 2019 г. в номинации «Охрана здоровья, формирование и пропаганда здорового образа жизни» было подано всего 14 заявок, 13 из которых поддержаны. Согласно статистике, по итогам конкурсов Президентских грантов в 2019 г. в номинации «Охрана здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни» от Республики Татарстан в 1 конкурсе было подано 69 заявок, 7 из которых стали победителями, во втором конкурсе — 40, 8 из которых победители. Итого, 15 победителей всего. К сожалению, большинство социальных проектов существует за счет грантовых средств, что не дает возможности в силу отсутствия рабочей бизнес-модели увеличивать количество благополучателей и продлевать сроки реализации идеи проектов.

Сравнительно недавно на территории России начали активную деятельность организации социального предпринимательства в сфере здорового образа жизни. Первыми в эту сферу пришли владельцы кафе, направленных на популяризацию идеи правильного питания. Сегодня идеи проектов в сфере правильного питания разнообразны: вендинговые аппараты, кислородные и витаминные коктейли и т.д. Наиболее часто встречаются и доказывают свою эффективность ежедневно идеи проектов в сфере поддержки и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день, в условиях реализации национальных и федеральных проектов, оценка эффективности деятельности некоммерческих организаций, эффективности распределения грантовых средств на проекты в сфере общественного здоровья становится жизненно необходимой. Для этого в ряде регионов планируется создание ресурсных центров. Несомненно, центром компетенций в данной сфере должны быть региональные общественные палаты.

Т. Ф. САФИН,
заместитель председателя комиссии
Общественной палаты Республики Татарстан
по социальным вопросам и благотворительности,
председатель регионального общественного движения
содействия гражданским инициативам
Республики Татарстан «Наше дело»,

Э. Ф. ШАЙХЛИСЛАМОВА,
менеджер проекта «Карта инициатив»,
г. Казань

«КАРТА ИНИЦИАТИВ»

Аннотация. «Карта инициатив» — это онлайн-площадка для обсуждения и реализации общественных инициатив. Каждый человек может разместить инициативу из разных сфер жизнедеятельности (здравоохранение и образование, транспорт и социальная поддержка, строительство и технологии, культура и благоустройство, спорт и туризм, дома, дворы и парки, наука и экология, инновации и бизнес) и реализовать ее самостоятельно, при необходимости собрав команду и деньги или иные ресурсы.
Тенденции современного общества диктуют нам новые или хорошо забытые правила жизни. Люди готовы быть активными, инициативными, хотят приносить пользу. Порой им нужна поддержка, совет, обратная связь по идеям. Так на «Карте инициатив» рождаются инициативы, которые уже не первый год реализуются в Республике Татарстан.

Ключевые слова: карта инициатив, здравоохранение, экология, волонтерство, сопричастность.

Проект действует в течение нескольких лет, создавался как республиканская краудфандинговая площадка и неоднократно был поддержан как в региональных грантовых конкурсах, так и в федеральных, в том числе Фондом президентских грантов.

Платформа позволяет выстраивать отношения между представителями разных сфер общества, а также развивает культуру сопричастности к общественной жизни региона. Особенность проекта заключается в том, что платформа объединяет все ресурсы (от финансовых до информационных) в одном месте, тем самым становится единой и универсальной для всех пользователей вне зависимости от специфики их направления общественной деятельности.

За все время реализации проекта на площадке поддержку нашли более 100 инициатив, собрано почти 2 000 000 руб. на их реализацию, более 50 000 людей приняли участие в поддержке этих инициатив.

Каждая идея, которая способна качественно улучшить жизнь жителей Татарстана, ценна для проекта. И только привлекая к общему делу общество, есть шансы сдвинуться с мертвой точки.

Здоровьесбережение населения также невозможно без поддержки активных граждан. На площадке неоднократно были размещены проекты, направленные на поддержку детей с ограниченными возможностями здоровья, экологию, развитие здорового образа жизни, культуры рационального потребления, профилактики социально значимых заболеваний.

Отдельно нужно отметить инициативы, связанные с экологией, все большее количество людей в современных реалиях залогом собственного здоровья считают в первую очередь экологичный образ жизни и стремятся не только придерживаться его, но и масштабировать.

Среди ярких примеров таких инициатив, получивших поддержку на площадке:

- мобильный пункт приема вторсырья. На площадке «Карта инициатив» были собраны средства на организацию работы мобильного пункта вторсырья. Инициатива реализуется до сих пор;
- комната для детей с ОВЗ «Мир детства и мам» в г. Елабуга. На площадке им были собраны средства для оборудования комнаты, также благодаря информационной поддержке об инициативе узнали коммерческие предприятия и помогли с ее обстановкой и оборудованием;
- Семейный дом — комната для детей с ограниченными возможностями здоровья в Лениногорске. На «Карте инициатив» собрали средства на ремонт помещения;
- Ассоциация по содействию больным с синдромом Ретта собирает средства на создание специальной «Школы родителей». Была собрана часть средств для обучения, проведены занятия;
- тренировки по современному мечевому бою. Клуб адаптированного средневекового боя «Бойцовый кот» собрал средства на проведение еженедельных бесплатных тренировок для детей и взрослых;
- контейнеры для батареек в Васильево. Активисты установили контейнеры для сбора батареек и дальнейшей правильной утилизации;
- хореографический зал для детей с ограниченными возможностями здоровья. Были собраны средства на создания зала для детей с ОВЗ в целях укрепления и сохранения их здоровья, коррекции двигательных нарушений и недостатков физического развития;

- «Сдадим бумагу — сохраним дерево — спасем Луну! Поможем вернуть зрение слепому тигренку». Экодвижение «Будет чисто!» открыло семь точек сбора макулатуры по Республике Татарстан, и силами неравнодушных жителей республики было собрано более 10 тонн бумаги в помощь тигренку Луне, у которой были проблемы со зрением.

Все эти проекты и множество других были созданы на площадке активными гражданами республики и поддержаны их единомышленниками, неравнодушными людьми, которые не всегда готовы выступить инициаторами и реализовывать проекты самостоятельно, но хотят и готовы проявить свою гражданскую позицию.

Ни одна инициатива, как правило, не может быть реализована в своем первоначальном виде, так как она не учитывает множества факторов. Каждая инициатива требует обсуждения, а порой и экспертной оценки, и только после этого принимаются решения. Здесь очень важна обратная связь от граждан, которые будут конечными потребителями инициатив. Все эти требования воплощает в себе «Карта инициатив», являясь единым инструментом и помощником в реализации инициатив населения.

Список использованной литературы

1. Сайт проекта «Карта инициатив». URL: https://ikarta.tatar/
2. В Казани на платформе «Карта инициатив» собрали средства для детей с ДЦП. URL: https://www.asi.org.ru/report/2018/02/26/v-kazani-v-gruppe-vyhodnogo-dnya-dlya-detej-s-dtsp-teper-smogut-prinimat-v-mesyats-na-30-chelovek-bolshe/
3. В Москве открылась выставка социальных проектов. URL: https://newinform.com/145162-v-moskve-otkrylas-vystavka-socialnykh-proektov
4. «Карта инициатив» будет сотрудничать с порталом госуслуг РТ для повышения верификации пользователей. URL: https://www.tatar-inform.ru/news/society/13-06-2019/karta-initsiativ-budet-sotrudnichat-s-portalom-gosuslug-rt-dlya-povysheniya-verifikatsii-polzovateley-5098484
5. Экологичный Ягуар: 1500 казанцев собрали 4 тонны старых вещей. URL: https://kazanfirst.ru/articles/459025

З. Н. САФИНА,
руководитель ГКУ «Аппарат Общественной палаты Республики Татарстан», доктор педагогических наук, профессор

ИНСТИТУТЫ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА КАК СУБЪЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

Аннотация. Возрастающая роль институтов гражданского общества в решении социальных проблем актуализирует вопросы исследования результатов их деятельности, критериев реализации социальных проектов, в том числе в управлении общественным здоровьем. В этом процессе активно участвуют социально ориентированные некоммерческие организации (СОНКО) как поставщики социальных услуг и как субъекты реализации социальных проектов в сфере здравоохранения. Включенность в управление общественным здоровьем также осуществляется такими институтами гражданского общества, как общественные палаты, общественные советы, через функции общественного контроля, формирование публичных приоритетов в социальной сфере. По мнению автора, многогранная деятельность институтов гражданского общества в сфере здравоохранения убедительно характеризует их как субъектов управления общественным здоровьем.

Ключевые слова: институты гражданского общества, социально ориентированные некоммерческие организации, управление общественным здоровьем, социальные проекты, социальные эффекты.

Осмыслению фундаментальных и прикладных вопросов управления общественным здоровьем, роли некоммерческого сектора в решении социально-экономических проблем общества, в том числе в сфере здравоохранения, исследователями уделяется большое внимание [2; 3; 8]. В работах отмечается, что система здравоохранения в настоящее время сфокусирована на формировании здорового человека как базовой составляющей качества жизни, источника инноваций, позитивного развития демографической политики, роста продолжительности жизни и других важнейших аспектов многогранной сферы жизнедеятельности человека. Граждане являются пользователями медицинских услуг и как носители социальных прав вносят свой вклад в управление общественным здоровьем, в том числе через деятельность СОНКО, других институтов гражданского общества.

Общественные организации как более чутко реагирующие на потребности населения социальные институты активно и целенаправленно «закрывают» проблемные ниши общественного здоровья там, где государство

по разным причинам оказывается несостоятельным в решении тех или иных задач. При отсутствии или недостаточности собственных ресурсов СОНКО имеет возможность получить субсидии или грантовую поддержку своим инициативам, новым технологиям и социальным практикам. Таким образом, грантодатель на федеральном и региональном уровнях, определяя направления партнерской поддержки СОНКО в реализации социально значимых проектов, создает условия включенности субъектов гражданского общества в управленческие процессы социальной сферы, в нашем случае — управление общественным здоровьем.

Рассмотрим некоторые примеры участия СОНКО Республики Татарстан в республиканских конкурсах на право получения субсидий из государственного бюджета, а также президентских грантов за 2018 гг. Так, в конкурсе Кабинета министров Республики Татарстан в 2018 г. победителями стали 113 проектов, из которых 23 проекта ориентированы на решение проблем в сфере здравоохранения. Обратим внимание на тематику некоторых проектов и их авторов: казанская общественная организация родственников наркозависимых «Вера» — «Здоровые семейные отношения как средство профилактики наркопотребления и рецидива преступлений, связанных с употреблением и распространением наркотиков»; АНО «Учебно-производственный центр «Инновация» — «Здоровые мамы «особенных» детей»; местная Спасская районная общественная организация ветеранов боевых действий «Боевое братство» — «Спортивно-патриотические сборы «Спортивная молодежь — Сильная Россия»; АНО «Центр социальной помощи «Камские зори» (Камско-Устьинский район) — «Старшему поколению — активное долголетие»; некоммерческое партнерство «Женский кризисный центр «Фатима» — «Практика взаимодействия СОНКО для оказания помощи семье в кризисных ситуациях». Обратим внимание, что в центре внимания общественных организаций — вопросы здорового образа жизни, долголетия, профилактики социально значимых заболеваний, т.е. те, которые определены как приоритетные в процессах модернизации системы здравоохранения [4].

В развитии темы представим результаты конкурса президентских грантов РФ за 2018 г., по итогам которого 24 СОНКО из Республики Татарстан получили поддержку своим проектам на общую сумму более 28 млн руб. по конкурсному направлению «Охрана здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни». Среди них — АНО ДПО Центр лечебной педагогики «Чудо-дети» с проектом «Семейный клуб здорового образа жизнидля детей с ментальной инвалидностью», в задачах которого создание инклюзивной среды для эффективной социальной интеграции детей с инвалидностью в социум. Региональная общественная организация «Союз общественных деятелей Республики Татарстан» с проектом «Доступный двор», который ориентирован на содействие консолидации обществен-

ности по микрорайону посредством популяризации коллективных дворовых видов спорта. Проект «Праздник трезвости» АНО «Центр поддержки и развития детей и молодежи «Наше поколение» направлен на ориентацию молодых людей к выбору трезвого здорового образа жизни в процессе участия в привлекательном для них мероприятии. Для региональной общественной организации поддержки президентских инициатив в области здоровьесбережения нации «Общее дело» социальный проект «Здоровый Татарстан — общее дело» решает задачи профилактики курения, алкоголизма, наркомании в учебных организациях г. Казани, в муниципальных районах РТ, повышения информированности подростков о вреде потребления психоактивных веществ и ориентации на трезвый здоровый образ жизни, укрепления морально-нравственных ценностей [6].

Таким образом, СОНКО целенаправленно вводят в свою сферу ответственности весьма значимые вопросы из области здравоохранения, в том числе через достижение количественных и качественных результатов. Количественные показатели выводятся, как известно, на число проведенных мероприятий, охват участников. Качественные показатели, как правило, связаны с достижением социальных эффектов, порой трудно улавливаемых и диагностируемых. Однако существующие методики позволяют вполне объективно дать оценку результатам проектной деятельности СОНКО [6]. Показателями качественных изменений, к примеру, являются новые технологии, вариативные модели социального партнерства, уровень удовлетворенности качеством услуги и другие, связанные со спецификой деятельности общественной организации, возросший уровень информированности населения в вопросах качества жизни, показатели индивидуальной ответственности за собственное здоровье и др. В данном контексте эти критерии зачастую совпадают с критериями оценки вовлеченности граждан в управление общественным здоровьем. Таким образом, СОНКО как институты гражданского общества являются активными субъектами управления общественным здоровьем, инноваций, вариативных форм партнерства с органами власти, новых технологий и социальных практик в данной сфере.

С 2015 г. очевидной стала еще одна тенденция в развитии институтов гражданского общества: появились новые субъекты, предоставляющие социальные услуги, — социально ориентированные некоммерческие организации, осуществляющие социальное обслуживание. В соответствии с ФЗ от 28.12.2013 № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) для СОНКО созданы равные с государственными учреждениями возможности для предоставления социальных услуг в социальной сфере [9]. В реестре данной категории, который ведет Министерство труда, занятости и социальной защиты РТ, в настоящее время 137 организаций — центры социального

обслуживания населения, интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические диспансеры. Ряд СОНКО также вошли в данный список для предоставления социальных услуг, в том числе направленных на улучшение качества жизни населения. Например, АНО «Казанский центр развития реабилитации и абилитации» ведет деятельность в формате реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, АНО «Центр социальной помощи «Саулыу» («Здоровье») реализует услуги в сфере социального обслуживания населения, АНО «Рубаха» реализует услуги для людей с ограниченными возможностями [4]. Отметим пока еще недостаточно использованный потенциал СОНКО в этой сфере, связанный в том числе с вопросами качества предоставляемой услуги и кадровым сопровождением предоставления услуги. Однако передача функций государства СОНКО в этой сфере демонстрирует уровень партнерского доверия и включенность институтов гражданского общества в важнейшие социальные процессы.

Особое место в управлении общественным здоровьем занимают общественные палаты, общественные советы при органах исполнительной власти, общественные советы по независимой оценке качества (НОК). Для Общественной палаты Республики Татарстан, к примеру, вопросы здравоохранения постоянно остаются на повестке дня, создана рабочая группа с участием членов палаты, экспертов палаты из представителей академического, профессионального сообществ, реализуются проекты, мероприятия, направленные на содействие решению важнейших вопросов модернизации системы здравоохранения. Круглые столы, слушания, экспертные сессии с участием органов государственной власти и местного самоуправления, некоммерческими организациями позволяют получить обратную связь с населением, выявить острые вопросы, выработать консолидированное мнение по актуальным вопросам здравоохранения [1].

Знаковым явлением в последние пять лет выступает усиление функций общественного контроля за деятельностью органов исполнительной власти и местного самоуправления, переданные в соответствии с ФЗ РФ от 21.07.2014 № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» двум субъектам — общественным палатам и общественным советам как участникам развития демократических процессов в стране, в том числе в процессах модернизации социальной сферы [9]. При Министерстве здравоохранения РТ действует Общественный совет, в состав которого по согласованию с Общественной палатой РТ вошли представители палаты, СОНКО, что позволяет при разработке программ и стратегий отрасли, контроле за их реализацией учитывать мнение общественности [5]. Примером в данном контексте можно обозначить проблему «Повышение доступности и качества оказания медицинской полмощи больным с онкологическими заболеваниями в Республике Татарстан»,

которая рассматривалась на одном из заседаний общественного совета. Муниципальные общественные советы республики также обращаются к анализу различных аспектов общественного здоровья через опросы, приемы граждан, разработку рекомендаций в адрес органов муниципального образования, демонстрируя эффективные социальные практики в данной сфере [1].

Недавно созданные общественные советы по независимой оценке качества условий предоставляемых услуг, в том числе в сфере здравоохранения, также можно отнести к субъектам управления общественным здоровьем. В Министерстве здравоохранения РТ аналогичный совет действует с 2018 г., определен оператор организации процедуры оценки в лице ГАУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр». Весьма ценным является то, что результаты независимой оценки качества рассматриваются общественным советом по НОК, далее общественным советом при министерстве, и по его результатам министром издается приказ по организации работы по устранению недостатков, выявленных в ходе проведения независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [5]. Таким образом, каждый этап процесса оценки качества условий оказания услуг сопровождается участием институтов гражданского общества.

Наиболее убедительно вовлеченность граждан в управление общественным здоровьем прослеживается в работе экспертных групп по формированию публичных приоритетов в рамках пилотного проекта Кабинета Министров РТ, который был начат во второй половине 2018 г. [7]. Создание таких групп было инициировано Общественной палатой РТ, в их состав вошли представители академического, профессионального сообществ, некоммерческих организаций, имеющих большой опыт работы в сфере здравоохранения. Назовем некоторые из семи приоритетов на 2019 г., выработанные данной экспертной группой с участием населения. Например, «повысить удовлетворенность населения качеством предоставления медицинских услуг в поликлиниках на 1,7% (2017 г. — 57,46%, 2018 г. — 58,2%) по данным Татарстана»; или «обеспечить срок ожидания врача-специалиста при оказании плановой амбулаторной помощи — не более 14 календарных дней»; или «увеличить доступность использования УЗИ-аппаратов с 68 до 70%, сократив сроки ожидания планового обследования (до 14 дней) [5]. Все приоритеты в формате широкой информированности граждан были проанализированы, обозначены, и в настоящее время ведется общественный контроль за их исполнением.

Таким образом, анализ деятельности институтов гражданского общества в контексте обозначенной темы убедительно раскрывает их нарастающую активность как субъектов управления общественным здоро-

вьем, что прослеживается в реализованных социальных проектах с достижением количественных и качественных результатов, вовлеченностью представителей СОНКО в деятельность общественных советов, советов по НОК, оценке качества условий оказания медицинских услуг, предоставлении социальных услуг в лице поставщиков услуг, формировании публичных приоритетов в деятельности Министерства здравоохранения РТ, общественном контроле и оценке их реализации. Обозначенные позиции можно, на наш взгляд, отнести к критериям вовлеченности граждан в управление общественным здоровьем, что станет темой наших дальнейших исследований.

Список использованной литературы

1. Ежегодные доклады Общественной палаты Республики Татарстан [Электронный ресурс]. URL: http://www.oprt.tatar.ru
2. *Зиганшина З. Р.* Инновационная модель управления общественным здоровьем. Инновационная экономика и менеджмент: методы и технологии [Электронный ресурс] // Сборник материалов II Международной научно-практической конференции / под ред. О. А. Косорукова, В. В. Печковской, С. А. Красильникова. 2018. — С. 522–525. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=35658661
3. *Калачикова О. Н., Короленко А. В.* Об оценке эффективности управления общественным здоровьем [Электронный ресурс] // ЭКО. — 2015. — № 5. — С. 141–151. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_23384035_54042489.pdf
4. Официальный портал Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан [Электронный ресурс]. URL: http://mtsz.tatarstan.ru/rus/respublikanskie-2263597.htm
5. Официальный портал Министерства здравоохранения Республики Татарстан [Электронный ресурс]. URL: http://minzdrav.tatarstan.ru/
6. Официальный портал Фонда президентских грантов [Электронный ресурс]. URL: https://президентскиегранты.рф/
7. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 24.08.2010 № 709 «Пилотный проект по публичному формированию целей и задач исполнительных органов власти Республики Татарстан и общественному контролю за их реализацией» [Электронный ресурс]. URL: http://mon.tatarstan.ru/rus/tseli-i-zadachi-na-2019-god.htm?pub_id=1555385
8. Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: монография. Вторая ежегодная научно-практическая конференция [Электронный ресурс] / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М., 23–24 апреля 2018 г. — С. 216. URL: https://elibrary.ru/item.asp?id=36894074
9. Федеральный Закон от 28.12.2013 № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Справочно-информационный портал «Гарант». URL: https://base.garant.ru/70552648

В. В. ЦАЛИКОВА,
доцент кафедры менеджмента в социальной сфере ИУЭФ КФУ,

Т. В. ЧУМАКОВ,
магистрант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ ГЕРМАНИИ)

Аннотация. В статье рассматривается процесс полного или частичного восстановления способностей лиц с ограниченными возможностями здоровья к бытовой общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация направлена на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Ключевые слова: реабилитация, инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья, интеграция.

В рамках медицинских наук реабилитация трактуется как комплекс мер по интеграции инвалидов в общество. Термин приобрел международную популярность после Первой мировой войны, когда увеличилось число людей с ограниченными возможностями здоровья, что создало потребность в разработке специальных способов реабилитации. Для осуществления деятельности и жизни людей с ограниченными возможностями здоровья были разработаны услуги различных реабилитационных центров, государственных учреждений.

Исследовав зарубежный и российский опыт, мы пришли к выводу, что наиболее эффективно и широко социальная реабилитация инвалидов осуществляется в Германии. Данное утверждение можно объяснить тем, что после Второй мировой войны на территории Германии осталось много людей с ограниченными возможностями здоровья. В этой связи возникла необходимость преодоления последствий мировой войны путем создания системы социально-трудовой реабилитации. Участниками данной системы стали благотворительные общества, религиозные организации, государственные учреждения.

На сегодняшний день в Германии функционирует значительное число заведений, которые заняты лечением и реабилитацией людей с ограниченными возможностями здоровья. Вместимость данных учреждений составляет около 100 тыс. мест. Из них всего 4 тыс. учреждений находятся на содержании государства. Функции контроля и руководства деятельностью по реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья возложены на Федеральное управление по труду. Оно занимается организацией обследования инвалидов, организовывает курсы профессионального обучения, переобучения, занимается их трудоустройством. При этом главной задачей Федерального управления по труду считается сохранение рабочих мест для инвалидов на прежнем месте трудоустройства. Биржа труда осуществляет и оказывает профконсультационные и посреднические услуги в трудоустройстве инвалидов.

Материальные фонды по реабилитации и обеспечению людей с ограниченными возможностями здоровья формируются следующим образом: из заработной платы (7% заработной платы) и взносов предпринимателей (7% заработной платы). Ставки страховых взносов по случаю трудового увечья или профессионального заболевания составляют 15%. Профессиональная подготовка и переподготовка в рамках реализации договора страхования на случай трудового увечья ведется в течение одного года, а в случае необходимости — в течение двух лет. Система социального обеспечения включает специализированные учебные заведения для обучения людей с ограниченными возможностями здоровья, которые страдают заболеваниями органов зрения, слуха, церебральным параличом, туберкулезом и др. Обучение и переобучение людей с ограниченными возможностями здоровья проводятся в области культуры, торговли, здравоохранения, искусств. В органах социального обеспечения представляется возможным получить профессию маляра, сантехника, слесаря-сборщика, слесаря-инструментальщика, садовода, животновода, птицевода.

В Германии лицам с ограниченными возможностями здоровья при проведении профессиональной подготовки оказывают следующие услуги:

- повышение квалификации, профессиональная адаптация, обучение и переобучение, а также при необходимости обучение в общеобразовательной школе;
- оказание содействия в ходе поиска рабочего места и закрепления на нем, включая помощь при найме; при этом работодатель оказывает помощь в организации рабочего места, в получении надбавок за обучение на рабочем месте, организует помощь в приобретении автомобиля;

- определение соответствия уровня квалификации уровню здоровья и профессиональным требованиям, а также оказание помощи во время испытательного срока инвалида на рабочем месте;
- услуги профессиональной подготовки с учетом заболевания, которое стало причиной инвалидности, включая получение одновременно общего заболевания.

Межрегиональные реабилитационные центры строятся при финансовой поддержке правительства через Федеральное министерство труда и социальных вопросов с использованием средств компенсационного фонда, которые формируются из налоговых поступлений от предпринимателей. Реабилитационные услуги также могут оказывать специальные центры, которые ориентированы на осуществление медицинской или профессиональной реабилитации или совмещающие указанные виды реабилитации. Согласно официальным данным, в г. Фольмарштайне существует центр комплексной медицинской и социальной реабилитации, который имеет статус лечебно-санаторного учреждения и финансируется из средств государственного бюджета на здравоохранение. В данной клинике проходит реабилитация инвалидов, которым поставлен диагноз спастического вялого паралича, а также инвалидов, имеющих дефекты опорно-двигательного аппарата, страдающих потерей слуха и зрения.

Медицинский восстановительный центр во Франкфурте-на-Майне Германии создан на 1200 койко-мест. Он предназначен для медицинской реабилитации инвалидов. Данная ортопедическая клиника имеет операционный блок с рентгеновским отделением; физиотерапевтическое отделение, которое включает гидротерапию, массаж и гидромассаж, а также отделения лечебной физической культуры, трудотерапии.

В этой связи необходимо отметить, что идея интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в активную социальную жизнь в России пока не доминирует. Система реабилитации не является достаточно эффективной, и эта система не создает условий для активного участия инвалидов в процессах, происходящих в обществе. В России существуют ресурсы и возможности для воплощения идеи интеграции инвалидов в социум путем заимствования механизмов из зарубежного опыта.

Список использованной литературы

1. *Дуганов М. Д., Колинько А. А., Калашников К. Н.* Оценка эффективности здравоохранения на региональном уровне // Проблемы стратегии и тактики регионального развития. — 2011. — № 3. — 186 с.
2. *Жильцов Е. Н., Казаков В. Н.* Экономика социальных отраслей сферы услуг: учебное пособие. — М.: Экономический факультет МГУ; ТЕИС, 2007. — 161 с.

3. *Кадыров Ф. Н.* Платные медицинские услуги: (Экономико-правовые основы организации оказания платных услуг). — М.: Грантъ, 2000. — 496 с.
4. *Маркова О., Солошенко И., Лунин Ю.* Финансирование государственной программы бесплатной медицинской помощи // Экономист. — 2000. — № 4. — 144 с.
5. Материалы конференции «Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению» // Менеджер здравоохранения. — 2005. — № 7. — 119 с.

РАЗДЕЛ V

КАРТИРОВАНИЕ ПОТОКА СОЗДАНИЯ ЦЕННОСТИ В ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЕ

О. В. ДЕМЬЯНОВА,
зав. кафедрой экономики производства,
доктор экономических наук, профессор ИУЭФ КФУ,

А. А. НИКОЛАЕВА,
аспирант ИУЭФ КФУ,
г. Казань

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КАРТИРОВАНИЯ В ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЕ

Аннотация. В статье авторы рассматривают современные методы картирования в цифровой медицине. Переход медицинских организаций к цифровизации вынуждает организацию выстраивать свои процессы с минимальным количеством потерь. Потери, возникающие в процессах, скрыты внутри стандартных методов оценки показателей процесса, и их выявление возможно произвести эффективно с помощью цифровизованного процесса составления карты потока создания ценности.

Ключевые слова: цифровизация, цифровая медицина, карта потока создания ценностей, бережливое производство, методы картирования.

Эпоха искусственного интеллекта и цифровизации социальной жизни вовлекает каждого в тесное взаимодействие с глобальными процессами записи и анализа данных. Человек сталкивается с элементами цифровой экономики повсеместно: при взаимодействии с госорганами, при использовании транспорта, на работе, в частной жизни. Крупные промышленные гиганты приступили к частичной цифровизации своих процессов еще в прошлом веке с помощью CRM, ERP-систем и др. И если третья промышленная революция характеризуется возникновением сугубо цифровых платформ, то четвертая промышленная революция — появлением

глобальных платформ, тесно связанных с физическим миром. В большинстве случаев промышленность подвергается системной оцифровке данных при ведении систем учета и контроля за производственными характеристиками и возможностями поточного выпуска.

Согласно отчету PwC о цифровых чемпионах, цифровизация в целом поспособствует приросту мирового ВВП до 14% к 2030 г., что составит около 15 трлн долл. США в сегодняшнем выражении [1].

Что касается России, ожидаемый эффект от цифровизации к 2025 г. может составить от 19 до 34%, что эквивалентно 4,1–8,9 трлн руб. говорится в отчете McKinsey & Company [2].

Такой прогноз агентство связывает не только с эффектом от автоматизации существующих процессов, но и с внедрением принципиально новых бизнес-моделей и технологий. Среди них — цифровые платформы, цифровые экосистемы, углубленная аналитика больших массивов данных и т.п.

В настоящее время доля цифровой экономики ВВП России оценивается в 3,9%, что в 2–3 раза ниже, чем у стран-лидеров. В то же время цифровой сегмент ощутимо растет — так, ВВП России с 2011 по 2015 г. вырос на 7%, а объем цифровой экономики за тот же период увеличился на 59% — на 1,2 трлн руб. в ценах 2015 г. Таким образом, за эти пять лет на цифровую экономику пришлось 24% общего прироста ВВП [3].

Внедрение новых цифровых стандартов основывается и на новейших инновационных разработках, позволяющих организациям выйти на новый уровень. Глобальный инновационный индекс, составленный на основании инновационной деятельности 231 страны, отражает уровень инновационной активности России, уступая некоторым европейским странам, США, Канаде, Австралии, что заставляет задуматься об использовании и применении результатов НИОКР в деятельности российских организаций и выходе на новые уровни использования данных разработок в деятельности как отдельно взятых организаций, так и страны в целом.

Построение карты потока создания ценности осуществляется с отслеживанием продукта от начала изготовления (возможно, и с начала заказа) и до отгрузки со склада (доставки до потребителя). Технически сложные товары промышленного производства собираются из большого количества номенклатуры.

На сегодняшний день почти во всех отраслях экономики цифровые технологии привели к созданию новых способов сочетания товаров и услуг, которые нарушили сложившийся порядок и стерли границы между отраслями. Четвертая промышленная революция соединяет материальный мир с виртуальным, в результате чего рождаются новые комплексы, объединенные в одну цифровую экосистему.

Отрасль здравоохранения сталкивается с вызовом новых достижений физического, биологического и цифрового характера, поскольку разработка новых диагностических подходов и методов лечения идет параллельно с оцифровкой историй болезни пациентов и стремлением максимально использовать информацию из носимых устройств и имплантируемых технологий.

Состояние предприятия, а в частности производственного процесса, в данный момент времени зачастую производится системно с помощью СМК, внутренних регламентов, аналитических систем. Но если мы говорим о бережливом производстве как о концепции устранения всех видов потерь, одним из самых распространенных инструментов выступает карта потока создания ценности. При построении карты потока создания ценности наблюдающий видит «узкие места» процесса (ожидания, перемещения, процесс), которые лишают поток ритмичности и целостности.

Исходя из проведенных расчетов исследования по анализу предприятия с помощью инструмента бережливого производства — карты потока построения ценности, авторами разработано техническое задание для информационной системы, представленной в виде приложения и онлайн-ресурса, позволяющего отслеживать составляющие продукта на всех этапах обработки [4]. Предлагается решение данного этапа анализа деятельности организации, выполняемого вручную, перевести в режим онлайн-отслеживания затрачиваемого времени на всех этапах изготовления изделия. Информационная система представляет собой отслеживание анализируемых объектов, элементов изделия. Определяется вариант отслеживания продукта непосредственно на производстве или с включением доставки от поставщика / к поставщику. Выбор варианта отслеживания зависит от того, какой этап жизненного цикла продукции наиболее предпочтителен. Выбор группы продуктов определяется требованиями производственного анализа. Группа продуктов может быть представлена партией или элементом, в таре/контейнере или при помощи прикрепления датчика непосредственно к детали (если позволяет технический процесс), возможен вариант перемещения совместно с деталью, без прикрепления, если исследуемый объект подвергается механической или иной обработке. Траектория перемещения объекта отслеживается и наносится на карту области перемещения. Это может быть территория производственного помещения, площадки, цеха или всего производства в целом. Для удаленных перемещений используется физическая карта местности. Предоставленная карта в формате изображения загружается в приложение и масштабируется. На карту наносятся перемещения в зависимости от трекинга и количества отслеживаемых продуктов (применяется расцвечивание и название). С помощью данной ИС становится возможным отслеживание одновременно сразу нескольких составных

частей конечного продукта при помощи приложения или онлайн-платформы. В результате сбора данных система выдает результат трека перемещения, расчет данных по времени такта, времени цикла, производится анализ возникающих потерь. Рисуется карта потока создания ценности текущего и будущего состояний. Предлагаются инструменты расшития выявленных «узких мест».

Условно выполнение анализа текущего состояния предприятия можно разделить на этапы, зависящие от длительности наблюдения за объектом.

На первом этапе определяется процесс для проведения анализа. Происходит определение количества датчиков и их закрепление на объектах наблюдения в зависимости от количества наблюдаемых единиц производства. Используемые инструменты для проведения анализа имеют возможность прикрепления непосредственно к детали, если это не мешает производственному процессу, прикрепления к таре, если это партия или перемещение в непосредственной близости к объекту. Предпочтительнее выбор двух первых вариантов по причине того, что объект снабжается не только датчиком перемещения в горизонтальной плоскости, но и датчиком движения. С помощью отслеживания движения появляется возможность получения информации об ожиданиях объекта и учета времени, в которое объект был неподвижен. А в большинстве случаев это означает, что создание ценности над объектом в данный момент времени не велось.

Информационная система дает возможность переименовывать объекты при установке по названию исследуемого процесса/партии. За каждым объектом закрепляется определенный цвет и тип линии (сплошная, прерывистая и т.д.). Этим цветом отражается линия траектории движения объекта. Объекты можно отследить как все вместе на одном экране, так и по отдельности.

Основой для карты перемещения, на которую накладываются треки перемещений, является карта местности или конкретного производственного участка (предприятия, цеха, участка цеха, площади организации). Карта загружается в удобном для аналитика формате. Это может быть фотография карты цеха, карта расстановки оборудования, карта из интернета, если это довольно большое расстояние, главное, чтобы карта соответствовала реальному размещению объектов (кабинетов, цехов, станков и т.д.).

На втором этапе происходит запись и получение данных при помощи наблюдения за предметом исследования, и осуществляется в виде фиксации:

— траектории перемещения на карте;
— видео траектории перемещения;
— времени перемещения;
— дальности перемещения;
— скорости перемещения.

Разделение этапов обработки объекта возможно двумя способами — автоматическим и ручным. Автоматическое разделение осуществляется по ходу движения объекта, с момента начала — и записывается как новый этап с фиксацией его продолжительности. После окончания исследования ответственное лицо (оператор) относит этапы к уже существующим группам (брак, время ожидания, время перемещения, время переналадки, время обработки) или дает названия этапов самостоятельно.

Ручной способ — определение названия этапа в соответствии с технологическим процессом — до или после начала исследования, если необходимы будут корректировки по соотнесению операции и времени ее выполнения.

Полученные данные по отрезкам времени (например, в списке записей: запись 1, продолжительность 00:30) переименовываются в названия действий (например, сборка) или соотносятся с уже имеющимися подгруппами — время переналадки, время ожидания, время обработки, перемещение, подготовка рабочего места, брак.

На третьем этапе рассчитываются получаемые показатели.

- Скорость перемещения (если известно время и примерное расстояние).
- Потери на ожидание — время ожидания обработки партии товара × кол-во штук товара × себестоимость (в зависимости от факторов исследуемой среды).
- Потери на перемещение — расстояние перемещения и время перемещения.
- Выводится время создания ценности (сумма времени, «время обработки», необходимые операции «время переналадки и подготовки рабочего места», «время перемещения»), операции, не создающие ценность, — «время ожидания», «брак».

В результате исследования составляется карта текущего состояния процесса.

Программа рисует карту будущего состояния, убирая «узкие места», и рассчитывается идеальное время процесса.

Сопоставим основные потери в потоке создания ценности в процессе медицинского обслуживания.

Стандартное количество пациентов за день от одной организации, участвующих в медицинском осмотре, — 25 человек. Для составления КПСЦ стандартным методом к каждому исследуемому объекту необходим один аудитор процесса для постоянного непосредственного наблюдения за происходящим. Составление карты процесса возможно осуществлять при помощи одного специалиста, что, согласно эмпирически полученным данным, позволит повысить эффективность анализа на 70%, а скорость обработки полученных данных на 96%.

При проведении анализа КПСЦ с помощью приложения PSM возможно анализировать процессы медицинского учреждения:

— процесс плановой помощи;
— процесс неотложной помощи (при остром состоянии пациента);
— процессы работы медицинского и обеспечивающего персонала;

Дополнительно в ходе исследования по всем процессам рисуется диаграмма-спагетти — траектория движения исследуемого объекта. Карту диаграммы-спагетти возможно просмотреть в конечном варианте или в любой момент времени исследования онлайн и в записи.

Цифровизация государственных структур затрагивает отрасли промышленности и медицинского сектора, и вторые вынуждены подстраиваться под сложившиеся условия внутреннего рынка высоких технологий. Переход к цифровизации вынуждает организации выстраивать свои процессы с минимальным количеством потерь. Зачастую потери, возникающие в процессах, скрыты внутри стандартных методов оценки показателей процесса, и их выявление возможно произвести эффективно с помощью цифровизованного процесса составления карты потока создания ценности.

Список использованной литературы

1. Электронный ресурс: https://www.pwc.ru/ru/iot/digital-champions.pdf (дата обращения: 09.04.2019).
2. Электронный ресурс: https://adindex.ru/news/digital/2017/07/6/160816.phtml (дата обращения: 09.04.2019).
3. Электронный ресурс: https://www.mckinsey.com/ru/~/media/McKinsey/Locations/Europe%20and%20Middle%20East/Russia/Our%20Insights/Digital%20Russia/Digital-Russia-report.ashx (дата обращения: 09.04.2019).
4. *Nikolaeva A. A., Demyanova O. V., Aetdinova R. R., Mestnikova Y. I.* Application of lean manufacturing methods in improving the quality of educational services in conditions of digitalization // Multidisciplinary Social Science & Management. — 2018. — Vol. 9. — S. 2. — 157–163.

РАЗДЕЛ VI

ИННОВАЦИОННОСТЬ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОТРАСЛИ

М. А. ГАРАНИН,
проректор по научной работе и инновациям СамГУПС,
г. Самара

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Приведен анализ опыта цифровизации системы здравоохранения. Рассмотрен процесс вытеснения традиционных профессий в области здравоохранения цифровыми профессиями. Сделан анализ влияния цифровой экономики на рынок труда. Приведен обзор профессий в области здравоохранения, востребованных в цифровой экономике, и необходимых для них компетенций.

Ключевые слова: цифровая экономика, здравоохранение, новые профессии, компетенции, цифровизация, искусственный интеллект, цифровая медицина.

Введение

Правительство Российской Федерации с 2017 г. планомерно реализует программу развития цифровой экономики. Создание цифровой экономики — это стратегическая задача, призванная в ближайшей перспективе улучшить качество жизни граждан, способствовать повышению экономического роста, национального суверенитета, конкурентоспособности страны [9].

Цифровизация — это процесс внедрения продуктов цифровой экономики. Векторы движения цифровизации [9]: нормативное регулирование, кадры и образование, формирование исследовательских компетенций и технических заделов, информационная инфраструктура и информационная безопасность.

В ходе развития науки и техники неизбежно появляются новые профессии, при этом существующие профессии отмирают. В качестве примера можно привести некоторые профессии, которые уже не существуют:

оператор телефонной станции, фонарщик (работник, зажигающий газовые фонари), лектор (работник, читающий другим работникам вслух газеты и другие тексты, чтобы тем не было скучно). Очередная промышленная революция, которую мы наблюдаем сегодня, неизбежно приведет и уже приводит к вытеснению профессий и замене их новыми профессиями. Особенно это относится к работникам, труд которых значительно формализован, т.е. описан множеством инструкций, регламентов и т.д. В этой связи вызывают актуальность исследования, направленные на оценку социальных последствий цифровизации экономики. Не менее интересен вопрос оценки «глубины цифровизации» — т.е. максимально допустимых возможностей цифровизации, безопасных с социальной точки зрения. Статья посвящена вопросу развития цифровой экономики в системе здравоохранения.

Целью исследования является прогнозирование последствий цифровизации здравоохранения. Для достижения этой цели поставлены и решены следующие задачи: обзор публикаций по развитию цифровой экономики в здравоохранении; анализ влияния процесса цифровизации на рынок труда; обзор профессий, востребованных в «цифровой экономике», и необходимых для них компетенций.

Результаты исследования

Доля государственного сектора в экономике России растет начиная с 2000-х гг. Существуют различные подходы к оценке данного процесса. По оценке Центра стратегических разработок [13] и ряду других оценок [2; 5; 10] в настоящее время доля государственного сектора в ВВП России составляет 46%. Таким образом, государственный сектор играет значительную роль в национальной экономике. По сведениям Росстата [12], численность граждан РФ, задействованных в области здравоохранения и социальных услуг, составляет 4,5 млн человек (6,2%).

Цифровые технологии активно внедряются также в сфере здравоохранения. В работе [11] выполнен анализ текущей ситуации в области информатизации здравоохранения. Авторы статьи предприняли попытку показать проблемы и ключевые направления деятельности в области цифровизации медицины с целью повышения эффективности работы. При этом возможности цифровых технологий рассмотрены в части оптимизации ведения документации и практически не затрагивают непосредственное взаимодействие пациента с врачом. В качестве примера приводится внедрение дистанционной записи к врачу.

В статье «Цифровая медицина: перспективы совершенствования госпитального дела» [6] авторы рассматривают вопросы развития лечебно-диагностической работы, перспективы создания цифровой подсистемы

медицинского обеспечения пациентов, цифрового госпиталя и современной системы наблюдения за пациентами, организации сбора медицинских персональных и обобщенных диагностических и лечебных данных, возможность внедрения в практическую работу цифровых сервисов для оценки выполнения назначений, клинико-экономических стандартов и результатов обследования и лечения [6]. Авторы также рассматривают такие направления телемедицины, как электронное (eHealth) и мобильное здравоохранение (mHealth) [6]. В настоящее время эти направления здравоохранения активно развиваются.

Наибольший интерес в части внедрения цифровых технологий в медицине представляет публикация «Искусственный интеллект в здравоохранении: системные проблемы» [4]. Авторы показывают, что медицина в условиях цифровой экономики становится системой коммуникаций. А это, по их мнению, создает серьезные сложности в управлении здравоохранением. Основная черта технологий искусственного интеллекта — самоуправляемость, т.е. независимость от человека в принятии решений. На популяционном уровне самоуправляемость является вызовом, требующим построения правильной архитектоники цифрового здравоохранения. Это касается не только диагностики и лечения заболеваний, но и доступности медицинских услуг для населения. Необходимо шире смотреть на роль медицины в экономическом укладе интернета вещей, создавать антропоцентричную инфраструктуру, в которой все виды цифровых транзакций включались бы в процесс софинансирования здравоохранения, не позволяя тем самым сегментировать медицинские услуги отдельно от рынка интернета вещей, что могло бы критически сократить финансирование медицины [4].

Процесс разработки, внедрения и замещения физических работников отразится на рынке труда [7]. Неизбежно возникнет высвобождение работников, особенно это станет заметно на предприятиях и в организациях, имеющих высокую долю низкоквалифицированных работников.

Для оценки процесса замещения существующих профессий новыми целесообразно использовать реестр профессиональных стандартов, размещенный на официальном сайте Министерства труда и социальной защиты [8]. Профессиональный стандарт — это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности [1; 3]. Такие стандарты разработаны в отношении представителей практически всех профессий, например, программистов, специалистов по подбору персонала, официантов и др.

Зная профессии, в которых вероятность вытеснения велика, и количество работников данных профессий в отрасли, возможно оценить последствия. Вполне очевидно, что для таких работников потребуются социальные меры защиты. Ими могут быть профессиональная переподго-

товка для дальнейшего трудоустройства, компенсация, перевод на другие участки работы и т.д. Данный подход можно использовать для оценки социальных последствий цифровизации в любой отрасли.

Процесс вытеснения работников будет сопровождаться появлением новых профессий [7]. Это обусловлено развитием новых компетенций, востребованных в цифровой экономике. К числу таких компетенций можно отнести: компоненты робототехники и сенсорику, нейротехнологии, искусственный интеллект, большие данные (Big Data), системы распределенного реестра (блокчейн), технологии виртуальной и дополненной реальностей, интернет вещей, квантовые технологии.

Рассмотрим новые профессии, востребованные в цифровой экономике для системы здравоохранения (табл. 1). Развитие этой области общественного сектора будет сопровождаться активным внедрением современного программного обеспечения и информационных систем обработки информации. В результате потребуются специалисты-медики, владеющие компетенциями в области информационных технологий, такие как «IT-медик», «IT-генетик» и «Клинический биоинформатик».

Таблица 1

Профессии цифровой экономики и необходимые компетенции

Профессии	Системное мышление	Межотраслевая коммуникация	Управление проектами	Бережливое производство	Программирование	Компоненты робототехники и сенсорика	Нейротехнологии и искусственный интеллект	Клиентоориентированность	Мультикультурность	Навыки работы с людьми	Работа в условиях неопределенности	Большие данные (Big Data)	Системы распределенного реестра (блокчейн)	Технологии виртуальной и дополненной реальностей	Интернет вещей	Квантовые технологии
IT-медик	1		1		1				1							
Архитектор медицинского оборудования	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1		1	
Генетический консультант	1				1				1			1	1			
Клинический биоинформатик	1				1				1		1	1	1			
Медицинский маркетолог	1	1						1	1	1						

Окончание табл. 1

Профессии	Системное мышление	Межотраслевая коммуникация	Управление проектами	Бережливое производство	Программирование	Компоненты робототехники и сенсорика	Нейротехнологии и искусственный интеллект	Клиентоориентированность	Мультикультурность	Навыки работы с людьми	Работа в условиях неопределенности	Большие данные (Big Data)	Системы распределенного реестра (блокчейн)	Технологии виртуальной и дополненной реальностей	Интернет вещей	Квантовые технологии
R&D-менеджер здравоохранения	1	1	1					1	1							
Молекулярный диетолог	1							1								
Оператор медицинских роботов	1				1	1	1		1			1	1			1
IT-генетик	1				1				1							
Разработчик киберпротезов и имплантов	1	1	1	1	1	1	1		1			1	1			
Сетевой врач	1				1			1	1	1				1		

Для сферы здравоохранения, как и для любой другой сферы общественного сектора, свойственна асимметрия информации — существенное расхождение информации о качествах и особенностях общественных благ у потребителей и производителей. По мере развития цифровой экономики эта асимметрия будет только возрастать. С целью доведения до потребителей общественных благ информации об услугах в сфере здравоохранения потребуются новые профессии, такие как «Генетический консультант» и «Молекулярный диетолог». Не менее востребованной будет и профессия «Медицинский маркетолог».

Большие возможности таит в себе применение робототехнических средств в медицине. Активное развитие новых производственных возможностей обуславливает появление таких профессий, как «Архитектор медицинского оборудования», «Разработчик киберпротезов и имплантов» и «Оператор медицинских роботов».

Значительные изменения ожидаются в точке взаимодействия пациентов с врачами. Проникновение цифровой экономики в область здра-

воохранения изменит формат предоставления отдельных услуг. Появится профессия «Сетевой врач».

Для управления инновационными процессами в сфере здравоохранения потребуются качественные изменения в области медицинского менеджмента. Возникнет потребность в профессии «R&D-менеджер здравоохранения».

Новые профессии потребуют новых компетенций. В табл. 1 представлена матрица, показывающая, какими компетенциями должны владеть работники. Профессии разбиты на три рассматриваемые группы: транспорт, здравоохранение и образование. Закрепление компетенций осуществлялось на основе анализа задач, с которыми будут сталкиваться работники.

В качестве компетенций рассмотрены базовые компетенции, востребованные в любой отрасли: системное мышление, межотраслевая коммуникация, управление проектами, бережливое производство, программирование, клиентоориентированность, мультикультурность и навыки работы с людьми. Кроме того, рассмотрены компетенции, которые будут востребованы в цифровой экономике: компоненты робототехники и сенсорика, нейротехнологии и искусственный интеллект, работа в условиях неопределенности, большие данные (Big Data), системы распределенного реестра (блокчейн), технологии виртуальной и дополненной реальностей, интернет вещей и квантовые технологии.

Используя матрицу (табл. 1), можно сформировать основные образовательные программы высшего образования, а также программы профессиональной переподготовки. Данные программы будут востребованы в цифровой экономике, и подготовку специалистов по ним необходимо начинать уже сейчас.

Заключение

Анализируя предстоящий процесс цифровизации здравоохранения, можно выделить следующие положительные факторы:

1. Повышение качества общественных благ. Это обусловлено снижением человеческого фактора при их производстве и распределении.
2. Рост требований к квалификации новых профессий. Квалификация оператора медицинских роботов или сетевого врача, заменивших труд одного или нескольких работников, должна быть существенно выше.
3. Рост требований к квалификации работников, труд которых не вытесняется на первых этапах развития цифровой экономики. Действительно, например, оператору сложных систем помимо имеющихся компетенций потребуется приобретение новых компетенций,

как то: нейронные сети и искусственный интеллект или технологии блокчейн и т.д.

4. Повышение конкурентоспособности страны на международном рынке. Это обусловлено повышением привлекательности общества, расширением благоприятной среды для венчурных фондов и инвесторов.

Следует отметить и отрицательные факторы, которые будут сопровождать развитие цифровой экономики:

1. Неизбежность смены мировоззрения общества. Необходимо привыкать к постоянным изменениям.
2. Необходимость изменения законодательства. Цифровая экономика по мере своего развития потребует новых нормативно-правовых актов. В качестве примера можно привести развитие дистанционной медицины. Это целое направление сейчас практически не регламентировано.

В вопросе цифровизации здравоохранения залог успеха — это правильное целеполагание и программа. Процесс цифровизации должен сопровождаться программой на государственном уровне. Программой, которая купирует все минусы, неизбежно возникающие.

Список использованной литературы

1. Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 03.08.2018).
2. *Абрамов А. Е., Аксенов И. В., Радыгин А. Д., Чернова М. И.* Современные подходы к измерению государственного сектора: Методология и эмпирика // Экономическая политика. — 2018. — Т. 13. — № 1. — С. 36–69.
3. *Железнов Д. В., Волов В. Т., Гаранин М. А.* Бескафедральная модель работы университета // Инновации в образовании. — 2017. — № 9. — С. 45–53.
4. *Колесниченко О. Ю., Колесниченко Ю. Ю., Литвак Н. Д.* Искусственный интеллект в здравоохранении: системные проблемы // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. — 2018. — № 4. — С. 24–30.
5. Коммерсантъ. Слишком много государства. URL: https://www.kommersant.ru
6. *Крайнюков П. Е., Столяр В. П.* Цифровая медицина: перспективы совершенствования госпитального дела // Информационные и телекоммуникационные технологии. — 2017. — № 34. — С. 12–18.
7. *Лукша П. О., Песков Д. Н., Лукша Е., Варламова Д., Судаков Д. А., Рыбаков Д. В.* Атлас новых профессий — 2030. URL: http://atlas100.ru
8. Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты, раздел «Профессиональные стандарты». URL: http://profstandart.rosmintrud.ru
9. Официальный сайт Правительства России. Программа «Цифровая экономика Российской Федерации». URL: http://government.ru

10. РБК. Увеличение доли государства в экономике заметили 90% российских компаний. URL: https://www.rbc.ru/economics
11. *Тихомирова А. А., Котиков П. Е.* Цифровая медицина — новый уровень развития российского здравоохранения // Аллея науки. — 2018. — Т. 8. — № 5 (21). — С. 779–782.
12. Федеральная служба государственной статистики: раздел «Трудовые ресурсы». URL: http://www.gks.ru
13. Центр стратегических разработок. Госсектор экономики: инерция или эффективность? URL: https://www.csr.ru

А. М. КУЗНЕЦОВА,
кандидат социологических наук,
старший преподаватель кафедры управления человеческими ресурсами
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ

Аннотация. В статье рассматривается важность использования цифровых технологий в здравоохранении для управления общественным здоровьем.

Ключевые слова: здравоохранение, общественное здоровье, коэффициент смертности, продолжительность жизни, внутренний валовый продукт, дорожная карта.

С 2000 г. в России учеными применяется следующее определение термина «общественное здоровье»: общественное здоровье — это важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. В этом определении одним из принципов является признание права каждого человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья. Согласно определению ВОЗ, индивидуальное здоровье — отсутствие обнаруженных расстройств и заболеваний, а общественное здоровье — процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности, повышение показателей уровня здоровья. Состояние общественного здоровья является одним из важнейших факторов национальной безопасности, поэтому человеческий потенциал с высоким уровнем его физического и психического здоровья должен стать источником экономического развития страны и ее политической стабильности. Недаром в «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» существует специальный раздел, посвященный основным угрозам и путям укрепления национальной безопасности в сфере здравоохранения [5, с. 19–20].

Одним из важнейших показателей стратегии национальной безопасности является уровень состояния здоровья населения страны, эффектив-

ность деятельности системы здравоохранения, которая зависит от объема финансирования отрасли. Кроме того, эффективная система здравоохранения является определяющим фактором национальной безопасности, социальной и политической стабильности в стране. Эффективность функционирования системы здравоохранения реализуется, например, через улучшение демографических показателей, а также показатели, важные для экономики страны: снижение смертности трудоспособного населения, снижение числа дней нетрудоспособности и продление трудоспособного возраста населения. В период с 2005 по 2013 г. наблюдалась положительная динамика показателей здоровья населения в РФ. Однако в сравнении с другими странами они остаются неудовлетворительными:

- ожидаемая продолжительность жизни на 6,4 года ниже, чем в «новых» странах ЕС — Венгрии, Польше, Словакии, Словении, Чехии, Эстонии, имеющих сопоставимый с РФ внутренний валовый продукт на душу населения в год, — соответственно 70,8 и 77,2 года;
- стандартизованный коэффициент смертности от всех причин в 1,5 раза выше, чем в этих странах;
- деятельностью отечественной системы здравоохранения недовольны 65–70% населения против 30% в странах ЕС;
- в здравоохранении нарастают такие проблемы, как сокращение на 8% обеспеченности врачами участковой службы, неудовлетворительное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, уровень которого в 4,2 раза ниже, чем в «новых» странах;
- сокращение коечного фонда; показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи, хуже в 3–4 раза, чем в странах ЕС;
- требуется более совершенная система подготовки кадров, более эффективная система расходования бюджетных средств [6, с. 601–603].

Однако, несмотря на существующие проблемы в здравоохранении, отрасль стремительно трансформируется. Министерство здравоохранения приоритетным проектом считает внедрение в отрасль информационных технологий. Решаются задачи освоения нового рынка облачных технологий, 3D-печати и носимых устройств, используемых для мониторирования параметров состояния здоровья человека в экосистеме интернета вещей, а также формирование системы этического контроля новых технологий.

Будущее медицины за интернет-технологиями — это Internet of Health, IoH. Все области экономики, продукт, процесс и бизнес-модель переходят на цифровой формат. Экосистема IoH включает в себя носимые на теле, а также портативные устройства (гаджеты), мобильные телефоны и приборы, сенсоры, окружающие человека предметы, формируются в цифровом пространстве 3D и создаются с использованием 3D-печати и материалов на основе пластмасс в качестве «чернил» для 3D-принтеров.

В настоящее время человек имеет возможность окружить себя средой медицинского контроля, что позволяет сместить акценты с проблем, касающихся организации здравоохранения, на вопросы социальной самоорганизации. Наблюдается цифровая трансформация, использующая персонализированный подход (персонализированная медицина), прогнозную аналитику (включая предикативную медицину), большой объем разнообразных данных. Эти данные накапливаются в больших объемах на цифровых носителях (используется термин «большие данные» и обозначение BD). Для приведения неструктурированных данных в таблицу необходимо применять специальные ИТ-инструменты для аналитики. Такими являются язык программирования R или программное приложение Hadoop. Для проведения аналитики базы данных применяют специальные подходы и разнообразные программы, число которых постоянно увеличивается [4, с. 6].

Рассмотрим для примера такую область, как медицина. В этой области накапливаются с большой скоростью и в огромных объемах разнообразные данные в виде фото (томографические, рентгеновские снимки и др.), в виде цифр (данные анализов), сигналы с регистрирующих аппаратов и приборов (электрокардиограммы, электроэнцефалограммы) и др. Для хранения такого большого массива данных необходимы будут хранилища, собственные дата-центры в крупных больницах и диагностических центрах.

Вся накопленная информация позволит проводить исследования причин развития болезней, анализировать случаи и исходы, вести генетический анализ, изучать привычки, поведение, питание поколения в сравнении с будущим поколением. Появляются большие возможности. В настоящее время Министерством здравоохранения разрабатываются мероприятия по информационной трансформации здравоохранения. Выделяются средства по проектам поддержки федерального центра обработки данных Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и развития ключевых систем. Центр обработки данных вмещает сервисы «Интегрированная электронная медицинская карта» (данные со всей страны), «Электронная регистратура», а также систему управленческого учета нормативной базы, аналитические системы.

Пациенты в современных условиях имеют возможность получить информацию в интернете по тем или иным болезням, применению схем лечения, фармакологическим свойствам лекарственных средств, о портативных, носимых на теле устройствах, предназначенных для мониторирования физиологических параметров человека или дополняющих физиологические функции (слуховые аппараты и т.д.). Эти умные устройства уже широко проникли в жизнь человека: например, смарт-часы на руке, позволяющие читать тексты из интернета, замерять давление, пульс, са-

турацию кислородом крови и т.д. Устройства с использованием облачных технологий позволяют получать медицинские показатели пациента круглосуточно и дистанционно, вне лечебных учреждений. Мы можем говорить, что экосистема IoH осуществляет перенос всей диагностической базы в реальную жизнь пациента, за пределы медицинских учреждений. Сегодня уже используются смарт-устройства и мобильные приложения для больных бронхиальной астмой, ожирением, нарушениями ритма, стенокардией, артериальной гипертензией, сахарным диабетом и др. заболеваниями.

В настоящее время в России разработана дорожная карта для HealthNet (рынок персонализированных медицинских услуг и лекарственных средств), описывающая развитие всех инновационных направлений медицины: разработка и внедрение медицинских информационных систем (МИС) и интегрированных электронных медицинских карт, систем поддержки принятия решений с использованием алгоритмов обработки BD при оказании медицинских услуг (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность), внедрение дистанционного диспансерного мониторинга артериального давления, создание неинвазивных персональных телемедицинских приборов с сим-картами (тонометр, глюкометр), имплантируемых лечебно-диагностических искусственных регуляторных систем (наноустройства), выпуск которых планируется российскими и совместными производствами [3, с. 56].

Сегодня сайты медицинских и фармацевтических организаций являются разновидностями веб-порталов медицинской направленности: сайты организаций, оказывающих медицинские услуги, сайты фармацевтических компаний, сайты производителей или дилеров медицинского оборудования и изделий, ресурсы медицинских журналов, сайты профессиональных объединений, ассоциаций. Все эти сайты включают в себя два сегмента: business-to-consumer и busines-to-busines. Первый ориентирован на пациента как на конечного потребителя услуг, второй рассчитан на розничную или оптовую продажу оборудования и расходных материалов. Интернет-сайты могут служить платформой вовлечения граждан в процесс сохранения собственного здоровья, повышения уровня медицинской грамотности граждан [1, с. 110–112].

Быстрое развитие интернета, смартфонов и приложений к ним, появление технологий BD, используемых для хранения в том числе неограниченных объемов медицинских данных, — это реалия сегодняшнего дня. В современных условиях важным направлением является создание мобильного монитора здоровья, позволяющего получать индивидуально измеряемые и научно подтвержденные физиологические показатели психического и физического здоровья (физиологические биомаркеры, отражающие индивидуальный потенциал сопротивляемости организма для со-

хранения здоровья). Эти устройства будут способствовать профилактике заболеваний, укреплению здоровья, а не констатировать имеющийся факт заболевания, которое требует лечения и вложения бюджетных средств. На современном этапе актуальна тема сохранения здоровья и использование умных смартфонов для индивидуального мониторинга состояния здоровья владельцев в профилактических целях [2, с. 24].

В настоящее время в связи с вступлением в силу закона о телемедицине в практике появилось новое понятие — телемедицинский стационар на дому, позволяющий врачу удаленно следить за состоянием и здоровьем пациента и вовремя корректировать назначения. Это особенно важно для пожилых людей, а также пациентов, получивших лечение в соответствующих стационарах, когда по месту жительства отсутствуют врачи нужной квалификации.

Таким образом, использование цифровой среды в сфере здравоохранения положительно влияет на такие показатели, как эффективность деятельности медперсонала, качество диагностики и лечения в целом, стандартизация качества оказания медицинских услуг, эффективность принятия управленческих решений, доступность качественной медицинской помощи. Внедрение цифровых технологий способствует становлению системы здравоохранения на качественно новый уровень оказания услуг.

Список использованной литературы

1. *Варданян Н., Мартиросов В., Левицкая Н. и др*. Сайт медицинской организации — эффективный инструмент продвижения медицинских услуг //Менеджмент качества в медицине. — 2018. — № 1.— С. 110–112.
2. *Давыдов Д. М., Соколова М. Е.* Мобильные индикаторы здоровья: будущее за ними // Интеллектуальный капитал. — 2015. — № 21. — С. 24.
3. Дорожная карта «Хелснет». Национальная технологическая инициатива. Соруководители рабочей группы Репик А. Е., Каграманян И. Н. — 2017. — С. 56.
4. *Колесниченко О. Ю., Смородин Г. Н., Присяжная Н. В.* Internet of Health: новая парадигма здравоохранения // Ремедиум. — 2017. — № 6. — С. 6.
5. Общественное здоровье и здравоохранение. Экономика здравоохранения: учебник. В 2-х т. Т. 1 / под ред. проф. В. З. Кучеренко. — М.: Гэотар-Медиа, 2013. — С. 19–20.
6. *Улумбекова Г. Э.* Здравоохранение России. Что надо делать? 2-е изд. — М.: Гэотар-Медиа, 2015. — С. 601–603.

Ч. А. МИСХАБОВА,
доцент кафедры инноватики в химической технологии, КНИТУ,
г. Казань

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ПЛАТФОРМЫ КАК ДЕЙСТВЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Аннотация. Показаны роль и значение технологической платформы в сфере здравоохранения. Сделан вывод о том, что успешное функционирование технологической платформы развивает экономику государства, позволяет улучшить инвестиционный климат региона, повысить его деловую активность, расширить возможности инноваций.

Ключевые слова: инновация, технологическая платформа, инновационное развитие.

Технологическая платформа является одним из инструментов государственной инновационной политики России, которая обеспечивает интеграцию государства, науки и бизнеса, а также структурирует их взгляды на конкретных направлениях отрасли.

Техплатформы формируются на базе механизма частно-государственного партнерства для совместного объединения усилий в области научно-технологического и инновационного развития экономики. Они призваны обеспечить потребности экономики в научных исследованиях и в соответствующей промышленной продукции. Технологические платформы направлены на активирование мероприятий в области разработки перспективных технологий, новых продуктов, новых услуг, на привлечение дополнительных ресурсов для проведения научных исследований и разработок. Технологические платформы ведут деятельность в различных направлениях: тематические исследования и разработки, конференциальная, экспертная деятельность, работы по коммерциализации и др. [1–3].

Технологические платформы способствуют развитию различных проектов на всех стадиях инновационных процессов. Они, интегрируя деятельность бизнеса, науки и производства на всех стадиях разработки и производства инновационной продукции, выступают эффективным средством управления инновационной деятельностью.

Посредством технологических платформ планируются и определяются новые научно-технологические возможности модернизации существующих секторов и формируются новые сектора экономики, стимулируются инновации, поддерживается научно-техническая деятельность и процессы совершенствования работы организаций, формируются новые партнерства в инновационной сфере.

Развитие технологических платформ улучшает условия для распространения в экономике передовых технологий, привлекает дополнительные негосударственные ресурсы в инновационную сферу, в результате чего происходит объединение ресурсов на приоритетных направлениях инновационного развития, расширяется потенциал оценки приоритетов социально-экономического развития различных научно-технологических направлений. При этом технологические платформы позволяют спланировать и определить новые научно-производственные связи.

В России в 2011–2018 гг. созданы и успешно функционируют 34 российские технологические платформы с участием широкого круга заинтересованных сторон (ведущих научных и образовательных организаций, крупных и средних производственных предприятий, субъектов малого предпринимательства, общественных объединений).

Технологические платформы сформированы по наиболее перспективным направлениям научно-технологического развития российского бизнеса, в том числе и в сфере здравоохранения — технологическая платформа «Медицина будущего», стратегическая цель которой состоит в создании сегмента медицины будущего, базирующегося на совокупности «прорывных» технологий, определяющих возможность появления новых рынков высокотехнологичной продукции и услуг, а также быстрого распространения передовых технологий в медицинской и фармацевтической отраслях.

Основными задачами технологической платформы «Медицина будущего» являются:

— формирование площадки с целью взаимодействия участников медицинского и фармацевтического секторов экономики;
— формирование единого видения развития медицины для создания различных стратегических программ;
— концентрирование интеллектуальных, финансовых и административных усилий на создании конкурентоспособных медицинских продуктов и услуг;
— оптимизация государственного регулирования научных и инновационных процессов, стандартизация технологических регламентов и процедур;
— модернизация врачебной среды и образовательного пространства, создание условий для внедрения новых продуктов и услуг;

— выведение научных знаний в области новых прорывных технологий для медицины, которые обеспечат снижение смертности, заболеваемости, увеличение продолжительности и качества жизни, рост численности населения России.

Благодаря функционированию технологической платформы «Медицина будущего» в медицинской отрасли усиливается влияние стратегических потребностей бизнеса и общества на определение и реализацию важнейших направлений научно-технологического развития в области разработки новых лекарственных средств; объединяются усилия представителей бизнеса, науки, государства и гражданского общества по созданию перспективных лекарственных препаратов; стимулируются инновации, расширяется научно-производственная кооперация; формируются стратегические планы проведения доклинических исследований лекарственных средств с целью их дальнейшего внедрения с учетом интереса рынка.

Технологическая платформа «Медицина будущего» призвана интенсифицировать взаимодействие различных субъектов инновационной системы. Создание площадки, на которой все ключевые игроки встречаются, обсуждают основные направления развития конкретного сектора экономики, способствует выработке общей стратегии развития. Хотя и испытываются некоторые проблемы (вызовы, связанные с утратой конкурентных позиций в области науки, технологий и техники; высокий уровень износа основных фондов; невысокая инновационная активность и др.), технологическая платформа «Медицина будущего» выполняет такие функции, как стратегическая, мобилизационная, распространение информации.

Таким образом, технологические платформы, в том числе и в сфере здравоохранения «Медицина будущего», как действенный инструмент управления инновационной деятельностью нацелены на активное участие на всех стадиях создания перспективных технологий, новых продуктов и услуг, на мобилизацию ресурсов с целью проведения научных разработок, в том числе на процесс стратегического планирования поставок инновационной продукции.

Список использованной литературы

1. *Мисбахова Ч. А.* Тенденции развития технологических платформ в сфере химической макротехнологии // Дизайн, технологии и инновации в текстильной и легкой промышленности (ИННОВАЦИИ-2018): сборник материалов Международной научно-технической конференции, 2018. — С. 215–217.
2. *Мисбахова Ч. А.* Состояние и перспективы инновационного развития химической макротехнологии в рамках технологических платформ // Иннова-

ционное развитие легкой и текстильной промышленности: сборник материалов Всероссийской научной студенческой конференции. Часть 2. — М.: ФГБОУ ВО «РГУ им. А. Н. Косыгина», 2017. — С. 36–39.

3. *Мисбахова Ч. А.* Роль сетевых технологических платформ в диффузии инноваций // Экономический вестник Республики Татарстан. — 2016. — № 2. — С. 75.

Е. В. РОЖКОВА,
доцент кафедры управления УлГУ,
г. Ульяновск

УСЛУГИ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ: ТРАНСФОРМАЦИИ В ЭПОХУ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И КРЕАТИВНОГО КОНСЮМЕРИЗМА

Аннотация. В статье характеризуется новый тренд развития общества потребления — креативный консюмеризм и особая форма его проявления — социальное конструирование здоровья. Анализируются возможности и угрозы цифровых технологий в сфере услуг по укреплению здоровья в современном обществе потребления.

Ключевые слова: укрепление здоровья, медицинские и оздоровительные услуги, цифровая экономика.

Во второй половине прошлого века обозначился значительный рост внимания исследователей к концепции общества потребления, в котором потребление является основной производительной силой (основателем концепции считается Ж. Бодрийяр [2]). Экономика данного общества формируется культурой, стимулирующей перепотребление (потребление, превышающее рациональные потребности субъекта). Условием превращения социума в общество потребления во всем мире явилось массовое индустриальное производство. В постсоветской России потребление также становится мощнейшим социальным, политическим и культурным фактором.

Нельзя не отметить, что избыточное потребление, «потребление напоказ», было присуще обществу на всех этапах его развития, однако менялись маркеры положения индивида в социальной структуре. И в настоящее время для многих именно потребление является ведущим (если не основным) способом обеспечения социальных различий, способом демонстрации своей социальной мобильности и значимости. При этом статус подчеркивается высокой ценой демонстративно потребляемых товаров и услуг.

Весьма интересную позицию высказывает профессор Санкт-Петербургского государственного университета В. И. Ильин, говоря о том, что в настоящее время трендом развития общества потребления является переход от классического (пассивного) консюмеризма к консюмеризму креативному, когда удовольствие доставляет не само благо, а участие в про-

цессе его создания, а на смену желанию быть «как другие» приходит стремление быть особенным [3, с. 41–54]. Формы творческого потребительства, как отмечает исследователь, весьма разнообразны:

— креативный (театрализованный) шопинг, когда покупка товаров принимает форму интеллектуальной игры;
— обустройство жилища по собственным проектам, когда потребитель берет на себя функции эксперта (архитектора, дизайнера и пр.);
— индивидуальный пошив вещей и домашняя кулинария, и отнюдь не по причине экономии средств, а от желания подчеркнуть нестандартность и индивидуальность.

Особо обратим внимание на такую форму проявления креативного консюмеризма, как «социальное конструирование тела» (по обозначению В. Ильина). Само тело человека становится предметом социального конструирования (проблематика в данном случае заключается в несоответствии тела высоким стандартам, заданным модой и рекламой). Но креативный консюмеризм предполагает не слепое следование рекламным призывам к покупке лекарств, косметики, спортивного инвентаря и пр. Речь идет о попытке выработать собственный рецепт решения проблем, индивидуального способа достичь идеального результата.

Несколько расширяя термин, назовем данное направление «социальным конструированием здоровья», ибо в современном обществе, по меткому замечанию Ж. Бодрийяра, здоровье является не только и не столько биологическим императивом, диктуемым потребностью выживания, но императивом социальным, диктуемым в рамках борьбы за социальный статус [2, с. 444–450]. Иначе говоря, сегодня быть здоровым — модно и престижно.

И несомненно, колоссальные перспективы для социального конструирования здоровья дают цифровые технологии. В своем выступлении на международной конференции «Умное будущее Евразии» (Франция, апрель 2018 г.) декан экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова, проф. А. А. Аузан [1] обращал внимание: в сфере здравоохранения искусственный интеллект лучше и быстрее диагностирует пациента, чем врачи и консилиумы. Экономика кастомизированных эффектов, формирующая возможность настройки товара или услуги под индивидуальные особенности потребителя при неизменных издержках, делает реальной массовизацию индивидуализированных медицинских или оздоровительных услуг, продуктов и технологий. А это в полной мере соответствует запросам представителей креативного консюмеризма.

Однако нельзя не обратить внимания на специфику медицинских и оздоровительных услуг как социальных благ. Ученые, характеризуя эти услуги, обращают внимание на наличие проблемы рыночных изъянов, в числе которых — наличие определенной информационной асимметрии. Как правило, потребитель не имеет того объема знаний и компетенций,

который позволил бы рационально определить требуемый набор технологий, исследований и процедур в рамках укрепления здоровья. В этой сфере спрос во многом формируется предложением. Соответственно, экономические интересы продавцов медицинских и оздоровительных услуг могут провоцировать мотивы к их оказанию в чрезмерном объеме.

Кроме того, услуги по укреплению здоровья — тот редкий вид услуг, когда при потреблении необходимы усилия не только со стороны продавца, но и со стороны потребителя. Соответственно, пациент как объект медицинского воздействия может обладать значительной активностью в потреблении данных услуг, причем подобная активность может идти ему во вред.

И здесь провокационный характер может иметь еще одно проявление цифровизации экономики — ее уберизация [1]. Уберизация — исчезновение посредничества путем формирования цифровых сервисов — ведет к тому, что малейший намек на потребность (заинтересованность) в товарах и услугах по укреплению здоровья приведет к мгновенному появлению хорошо выстроенных, информационно безупречно оформленных бизнес-предложений по приобретению соответствующих благ.

Кроме того, интерактивный интернет — популярность блогерства, возможности для каждого стать автором статей, фильмов и программ, минуя фильтры редакторов и издателей, — формирует у креативных консюмеров соблазн выступить в качестве экспертов в дискуссиях на тему лечения и предотвращения заболеваний, советов по питанию, приему витаминов, физических нагрузок и пр., не обладая соответствующими профессиональными знаниями и опытом.

На наш взгляд, преградой на пути чрезмерного потребления услуг по укреплению здоровья, а тем более — приобретения их у непрофессиональных субъектов данного рынка, может и должна являться деятельность по повышению уровня профилактической грамотности населения, причем не в фрагментарном виде, а в формате комплексных программ и проектов, реализуемых на системной основе.

Список использованной литературы

1. *Аузан А. А.* Доклад на международной конференции «Умное будущее Евразии» 06.04.2018 [Электронный ресурс]. URL: http://economytimes.ru/kurs-rulya/aleksandr-auzan-chtoby-voyny-ne-bylo-nado-ee-izbegat
2. *Бодрийяр Ж.* Общество потребления. Его мифы и структуры. — М.: Культурная революция, Республика, 2006.
3. *Ильин В. И.* Креативный консюмеризм как тренд современного общества потребления // Журнал социологии и социальной антропологии. — 2011. — Том XIV. — № 5 (58).

В. П. ТЫШКЕВИЧ,
доцент кафедры философии и методологии экономики,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ИНДИКАТОРЫ ПРОГРАММ ЦИФРОВОЙ ЭКОНОМИКИ РОССИИ

Аннотация. Доклад посвящен анализу актуальных тенденций в области здоровья и смертности российского населения, интерпретации экономических последствий сложившейся ситуации, а также анализу подходов к количественным и качественным изменениям, предлагаемым в национальных программах и проектах цифровой экономики и цифрового здравоохранения.

Ключевые слова: здоровье населения, смертность населения, цифровая экономика, цифровое здравоохранение, социально-экономические последствия современной демографической ситуации, управление общественным здоровьем.

Здоровье населения уже традиционно рассматривается как важнейшая национальная цель развития Российской Федерации, связанная с социально-экономическим и научно-технологическим прорывом государства и благополучием населения.

Внимание является обоснованным.

По предварительным оценкам Росстата, по итогам 2018 г. зафиксирована убыль населения, составившая 86,7 тыс. человек, что означает смену тренда динамики численности российского населения. Такая ситуация была впервые зафиксирована по итогам 1993 г., и период отрицательной динамики, составивший 14 лет — с 1993 по 2008 г., был сменен приростом показателей в 2009–2017 гг.

При этом на протяжении всех периодов в субъектах Федерации ситуация была неоднородна. В ряде регионов отрицательная динамика наблюдалась и в периоды общего прироста численности населения по России в целом, и число таких регионов постоянно увеличивалось.

Основными факторами динамики общей численности населения являются демографические процессы: рождаемость, смертность, миграция. Их взаимодействие реализуется в направленности тренда численно-

сти населения. Так, даже при высокой стабильной рождаемости высокая смертность населения, не компенсируемая достаточным миграционным приростом, ведет к убыли населения. В России начиная с 2016 г. вновь фиксируется естественная убыль населения как результат снижающейся более быстрыми темпами рождаемости по отношению к уменьшающимся показателям смертности. При этом положительное миграционное сальдо, имеющее устойчивый тренд к снижению, перестает компенсировать естественную убыль населения, что привело к убыли российского населения в целом.

Наиболее адекватная характеристика состояния здоровья и смертности населения — показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. При этом показатель может использоваться и как индикатор социально-экономического благополучия. Его величина составила, по данным на 2017 г., 72,7 года, что является историческим максимумом для российского населения. При этом, отмечая сложившуюся с 2004 г. устойчивую тенденцию роста этого показателя, нельзя не заметить сохраняющееся значительное отставание от стран, сопоставимых с Россией по уровню социально-экономического развития.

Особенностями российской ситуации является значительная региональная и гендерная дифференциация показателя.

Разница в показателях ожидаемой продолжительности жизни для мужского и женского населения, составивших на 2017 г. 77,7 года для женщин и 67,5 года для мужчин, значительно превышающая естественно-биологический уровень, свидетельствует о существенных различиях в состоянии здоровья и смертности. Особенно остры различия в когортах экономически активных возрастов.

Об особенностях ситуации здоровья и смертности населения российского населения свидетельствует и структура смертей по причинам.

Доминантная доля традиционно приходится на причины, связанные с болезнями органов кровообращения, и составила в 2018 г. около 46%. Отмечающееся устойчивое снижение на протяжении ряда лет тем не менее не достигло уровня, наблюдаемого в странах, сопоставимых по уровню социально-экономического развития. На втором по значению месте — причины, связанные с новообразованиями (около 16% соответственно, что ощутимо ниже по сравнению с западными странами). Далее по значению — смерти от причин внешнего характера, доля которых также снижается (2018 г. — около 7%, что существенно выше западных показателей). При этом отмечается быстрый рост показателей причин смерти, связанных с болезнями нервной системы, эндокринной системы, нарушением обмена веществ.

При нерешенности проблемы отставания в направлениях, уже ставших традиционными, формируются новые угрозы и вызовы как для эко-

номического развития, так и для социально-политической стабильности: экономические потери, воспроизводство трудовых ресурсов, потери человеческого капитала, социальное неблагополучие.

Важно отметить, что помимо проектов и программ демографического развития вопросы, связанные с решением демографических проблем, управлением демографическими факторами развития, стали подниматься в различных государственных документах, не рассматривающих демографическую проблематику в качестве непосредственных целей и задач.

Это в полной мере относится к программам цифровой экономики в Российской Федерации.

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [5] «в целях осуществления прорывного научно-технологического и социально-экономического развития Российской Федерации, ***увеличения численности населения страны***, повышения уровня жизни граждан, создания комфортных условий для их проживания, а также условий и возможностей для самореализации и раскрытия таланта каждого человека» Правительству РФ предписано «обеспечить достижение следующих национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г.: а) ***обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации***; б) ***повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет)***...» и «в соответствии с национальными целями... разработать... национальные проекты (программы) по... направлениям: **демография; здравоохранение;** образование; жилье и городская среда; экология; безопасные и качественные автомобильные дороги; производительность труда и поддержка занятости; наука; **цифровая экономика;** культура; малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы; международная кооперация и экспорт».

В части *национальной программы в сфере демографического развития* в 2024 г. предполагается увеличение ***ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет***; увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличение до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, для чего предполагается разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения; *формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек*; создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, массовым спортом, в том числе повышение уровня обеспеченности населения объектами спорта, а также подготовка спортивного резерва.

В части *национального проекта в сфере здравоохранения* предполагается к 2024 г. ***снижение показателей смертности населения трудоспособ-***

ного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей); обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год; обеспечение оптимальной доступности и комфортности для населения первичной медико-санитарной помощи; завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров; создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения; внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям и др.

Безусловно значимыми для улучшения ситуации со здоровьем и смертностью населения являются национальные проекты в сферах экологии, жилья и городской среды, а также национальный проект по созданию безопасных и качественных автомобильных дорог, мероприятия которого направлены на снижение предотвратимой смертности от дорожного травматизма.

Задачей национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации» является **преобразование приоритетных отраслей экономики и социальной сферы, включая здравоохранение**, посредством внедрения цифровых технологий и платформенных решений.

Вероятно, усиление перспективных технологических и управленческих механизмов, реализуемых как на макроуровне (модернизация системы здравоохранения, модели финансирования, перенос акцентов в сфере профилактики и предотвращения смертности, сквозные технологии воздействия, комплексный подход и др.), так и на микроуровне через воздействие на самосохранительное поведение (формирование основ системы здорового образа жизни, повышение ценности жизни, здоровья, экологии и др.), будет способствовать качественному изменению ситуации не только в области здоровья и смертности населения, но и социально-экономическим прорывам.

Список использованной литературы

1. Паспорт национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации. URL: http://static.government.ru/media/files/urKHm0gTPPnzJlaKw3M5cNLo6gczMkPF.pdf

2. Постановление Правительства РФ от 02.03.2019 № 234 «О системе управления реализацией национальной программы «Цифровая экономика Российской Федерации». URL: http://static.government.ru/media/files/AaAVznPIXlM9VBt9B4UWuE9EnRLxK1AW.pdf
3. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.07.2017 № 1632-р «Об утверждении Программа «Цифровая экономика Российской Федерации». URL: http://static.government.ru/media/files/9gFM4FHj4PsB79I5v7yLVuPgu4bvR7M0.pdf
4. Распоряжение Правительства РФ от 12.02.2019 № 195-р. URL: http://static.government.ru/media/files/5M0QPBALKA4UWT5FXs2BGi2qZ4vARqNy.pdf
5. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204. URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/ http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/

РАЗДЕЛ VII
МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

Н. А. ВОСКОЛОВИЧ,
профессор кафедры экономики труда и персонала
ЭФ МГУ имени М. В. Ломоносова,
г. Москва

ТЕНДЕНЦИИ И ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РОССИИ

Аннотация. В статье рассмотрены основные тенденции роста на российском рынке внутреннего и въездного медицинского туризма. Показано, что мотивация выбора услуг медицинского туризма на российском рынке формируется на основе соотношения «цена — качество», из чего следует рассматривать улучшение качества медицинских услуг как основного драйвера роста. Факторами роста рынка медицинского туризма должны стать дальнейшая специализация ведущих клиник и создание медицинских кластеров, совершенствование методов взаимодействия с потенциальными туристами (пациентами), смягчение визового режима. Целесообразна разработка программы согласованных мер по активизации медицинского туризма.

Ключевые слова: внутренний и въездной медицинский туризм, международный медицинский кластер, интернет-агрегатор, качество услуг, визовый режим.

Постарение населения и стремление современных людей вести активный образ жизни, с одной стороны, развитие здравоохранения на основе новейших технологий, с другой стороны, побуждают к поиску и использованию всех достижений медицины. Одно из важнейших направлений в этом процессе — рост медицинского туризма, как лечебного, так и оздоровительного.

Отсутствие официальной статистики заставляет прибегать к экспертным оценкам, согласно которым рынок медицинского туризма в 2017 г. составил 4% мирового ВВП [2; 4]. По данным экспертов Euromonitor International, доходы от медицинского (лечебного) туризма достигли 15 млрд долл., оздоровительного — 40 млрд. долл. Максимальный объем спроса в 2017 г. на услуги медицинского туризма был предъявлен гражданами Китая, и в предстоящем пятилетии эти тенденции, как ожидается, сохранятся.

На российском рынке, как и во всем мире, медицинский туризм показывает неплохие темпы роста. Так, въездной медицинский туризм, по экспертным оценкам, только за 2016–2017 гг. увеличился в 1,65 раза. Ожидается, согласно Указу Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 года», четырехкратное увеличение потока иностранных туристов с лечебными и оздоровительными целями поездки, что ставит задачу подготовки к их приему медико-курортного комплекса страны.

Оценить динамику внутреннего медицинского туризма сложнее, поскольку специальных наблюдений не ведется и имеются лишь отдельные экспертные оценки. Так, Ассоциация оздоровительного туризма оценивает объем внутреннего медицинского туризма в 8–9 млн человек, при этом сложно разделить лечебный и оздоровительный туризм [3]. Тем не менее официальная статистика дает общее представление об оздоровительном (санаторно-курортном) туризме, динамика которого имеет неустойчивый рост.

Многочисленные оценки и исследования показывают, что выбор услуг на российском рынке медицинского туризма как у отечественных, так и у иностранных потребителей базируется на соотношении «цена — качество». Представляется, что именно качество услуг медицинского туризма должно стать главным драйвером роста на российском рынке [1; 8].

Особого внимания требуют факторы, имеющие определенную специфику для России в условиях обостряющейся конкуренции, когда качество услуг наряду с ценой, проблемой специализации медицинских центров, клиник становятся весьма значимым фактором. В России уже сформировались ведущие многопрофильные медицинские центры, имеющие мировую репутацию и тем самым привлекающие пациентов (туристов). Часть таких лечебно-реабилитационных центров, обладающих мощной диагностической службой, опирающихся на передовые международные стандарты лечения и последующего сопровождения, находятся в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске и других крупных городах. Постепенно набирают силу региональные медицинские центры. Москва притягивает пациентов с онкологическими, кардиологическими заболеваниями. Известны кардиологические клиники Казани, Санкт-Петербурга, Краснодара и др. Самара привлекает туристов с проблемами планирования семьи.Так, столицей стоматологического туризма названа Рязань, располагающая сетью «Прайм-Стоматологий» — крупнейшим частным медицинским учреждением, входящим, по версии журнала «Коммерсант», в ТОП-25 сетевых стоматологий России [9]. Новое направление в развитии российского здравоохранения, способное активизировать медицинский туризм, — формирование медицинских кластеров.

На основе Федерального закона «О международном медицинском кластере» № 160 от 2015 г. создаются такие кластеры в Сколково, Екатеринбурге, Алтайском крае, Минеральных Водах. Цель международного медицинского кластера — содействие развитию медицинской деятельности, улучшение ее качества в сфере лечения и диагностики различных патологий, разработка высокоэффективных технологий.

Концентрация медицинской деятельности, создание успешных практик должны сопровождаться учреждением специализированных международных служб по взаимодействию с иностранными пациентами. Отсутствие таких служб, способных общаться с иностранцами на их языках, правильно ориентировать их выбор клиники, методов лечения, врача, сдерживает развитие выездного медицинского туризма.

Развитие медицинского туризма вносит изменения и в схемы взаимодействия пациентов и клиник, а также посредников между ними. В качестве посредников могут выступать туроператорские и турагентские компании, специализирующиеся на медицинском туризме. Как правило, это специалисты в сфере организации туристской деятельности. В настоящее время на российском рынке насчитывается несколько десятков компаний, и, работая в сфере международного туризма, согласно российскому законодательству они должны быть представлены в Едином федеральном реестре туроператоров. Кроме государственного регулирования, их деятельность направляется саморегулируемыми организациями.

Взаимодействие пациента и медицинской организации может быть организовано также посредством интернет-агрегатора медицинских услуг [5]. Подобные схемы работы с иностранными пациентами уже нашли применение в США и Европе. Если туроператор содействует в выборе тех клиник и врачей, с которыми у него установлены договорные отношения, то сайты-агрегаторы дают более широкую информацию о стране, клиниках, врачах, методах лечения, ценах, а также организуют бесплатно первичную консультацию с врачом.

Еще один сдерживающий фактор развития въездного медицинского туризма — визовый режим. В мировой практике достаточно широко используются специальные медицинские визы различной длительности, выдаваемые по упрощенному регламенту. России в перспективе предстоит переход на электронные визы, и оформление медицинских виз в ускоренном порядке может сыграть положительную роль в увеличении въездного потока пациентов.

Таким образом, рынок медицинского туризма в России, как на внутреннем, так и на въездном направлении, весьма перспективен в своем развитии, обеспечивая вклад в укрепление здоровья как россиян, так и иностранных граждан.

Список использованной литературы

1. *Восколович Н. А.* Управление доступностью и качеством медицинской помощи // Муниципалитет: экономика и управление. — 2018. — № 1. — С. 18–24.
2. *Горшко Н. В., Пацала С. В.* Россия на мировом рынке медицинского туризма // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. — 2018. — № 1 (12).
3. Доля внутреннего медицинского туризма в России за 2018 г. выросла на 11%. URL: https://ria.ru/20181221/1548394404/html. (дата доступа: 03.04.2019).
4. Обзор мирового медицинского туризма за 2017 г. URL: https://medtravelsovet.ru/review-of-world-medical-touris.html (дата доступа: 02.04.2019).
5. *Степанов А.* Агрегаторы медицинского туризма: связующее звено // Медицинский туризм. — 2018. — № 2. — С. 38–40.
6. *Чернышев Е.* Международные отделы в клиниках: инструкция по использованию // Медицинский туризм. — 2018. — № 1. — С. 70–71.
7. *Югай М.* Мировая медицина // Медицинский туризм. — 2018. — № 1. — С. 6–9.
8. *Ziganshina Z. R., Voskolovich N. A.* Specificity of development of medical tourism in Russia // Rivista San Gregorio. — 2018. — № 25. — P. 137–143.
9. www.prime-med.ru/news/299-intur-market_2019 (дата доступа: 03.04.2019).

Е. А. ГЕРКИНА,
ст. преподаватель кафедры менеджмента в социальной сфере,
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

Медицинский туризм сегодня становится не только востребованным явлением в социальной жизни многих стран мира, но и конкурентоспособным видом экономической деятельности, приносящим стабильный и растущий доход.

Развитие экспорта медицинских услуг является одной из ключевых задач для российского здравоохранения. На сегодня рост глобального медицинского туризма составляет более 4% в год и превышает среднегодовые темпы мирового ВВП, которые за год составил 3,5%. Совокупные доходы от медицинского туризма превысили 15 млрд долл., оздоровительного — 40 млрд. Мировые лидеры: Китай, Таиланд, Южная Корея, Индия. По экспертным оценкам Всемирной ассоциации медицинского туризма, рост рынка экспорта медицинских услуг в мире составит к 2022 г. более 20%.

Среди наиболее востребованных в рамках медицинского туризма специализаций на сегодня лечение сердечно-сосудистых заболеваний, различные хирургические вмешательства (около 20% от общего объема медицинских услуг); косметология и пластическая хирургия (18%); ортопедия (15%) и стоматология (12%). В 2018 г. Россию посетило более 77 тыс. иностранцев с целью медицинского туризма. Медицинская помощь преимущественно была оказана в Москве и Сибирском федеральном округе. Около 60% медицинских туристов — граждане стран Центральной Азии и стран СНГ, еще треть пациентов приезжают в Россию из Европы.

В Республике Татарстан в 2015 г. впервые некоторые крупные республиканские клиники, в том числе и ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, стали развивать это направление. А в 2018 г. дан старт развитию нового направления в медицинской отрасли — медицинского туризма. Данное направление в Республике Татарстан развивается в рамках федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», который должен обеспечить к 2024 г. увеличение объема экспорта медицинских услуг до 1 млрд долл. США (в 4 раза).

Главная цель национального проекта «Здравоохранение», по достижению которой и будет определяться его успешность, — это укрепление здоровья нации и вхождение России к 2030 г. в клуб стран со средней продолжительностью жизни, превышающей 80 лет.

В специальной справочной литературе и при запросах в интернете по поиску стран — дестинаций медицинского туризма среди европейских стран лидируют Германия, Австрия, Швейцария, Венгрия; среди стран Американского континента: США, Аргентина, Бразилия, Колумбия, Коста-Рика, Куба, Мексика, и Ямайка; в Азиатско-Тихоокеанском регионе (АТР) страны-лидеры — это Индия, Израиль, Малайзия, Филиппины, Таиланд, Иордания; в Африке — это Южная Африка, Тунис.

Кроме того, в мире с каждым годом увеличивается список стран, которые для привлечения международных медицинских туристов адаптировали свои системы здравоохранения под их запросы, и сегодня можно выделить страны-дестинации, имеющие растущие рынки медицинского туризма, такие как Китай, Латвия, Литва, ОАЭ, Польша, Сингапур, Саудовская Аравия, Турция, Эстония, Южная Корея и многие другие.

Диверсификация услуг в сфере международного медицинского туризма заставляет специалистов более четко таргетировать сегменты медицинского туризма в зависимости от специальных целей туристов. Например, сегодня можно уверенно выделить такие рыночные сегменты или ниши, как Check-up-туризм, т.е. проверочный туризм с целью диагностики состояния пациента, Dental-туризм (стоматологический туризм), Cosmetic surgical-туризм или Cosmetic plastic surgery-туризм, т.е. туризм с целью пластической хирургии и даже Transplant-туризм, т.е. туризм с целью трансплантации органов и тканей. Это связано с тем, что в большинстве стран мира многие комплексные диагностические исследования, стоматологическая помощь, а также процедуры косметической пластической хирургии не покрываются страховыми программами, поэтому именно эти направления составляют значительную часть растущего рынка медицинского туризма.

В 2016 г. примерно 14 млн человек потратили на медицинский туризм 68 млрд долл., свидетельствуют данные PwC. Сегодня все больше жителей благополучного Запада отправляются в развивающиеся страны, чтобы лечь под нож косметического хирурга или вылечить зубы: эти процедуры дешевле и проще серьезных инвазивных операций, и они часто не покрываются страховкой. По прогнозу PwC (Bloomberg), к 2021 г. рынок медицинского туризма вырастет до 125 млрд долл. Этот рост обеспечат не операции по исправлению носовой перегородки и не зубные импланты, а более дорогие и рискованные процедуры с длительными сроками восстановления. Например, протезирование коленного сустава и операции на сердце.

При наличии более 4750 врачей, говорящих на 40 языках, Дубай, например, имеет самую лучшую туристическую инфраструктуру в мире.

В 2010–2011 гг. инвестиции частного сектора в сектор здравоохранения выросли на 12%. В 2011 г. Дубай посетили более 9,3 млн туристов, и ожидается, что въездной турпоток будет только расти.

Страны — лидеры по числу предлагаемых оздоровительных туров — Франция, Чехия, Словения, Турция (Анкара может стать мировой столицей медицины — в 2010 г. показатели медицинского туризма в Турции выросли более чем в 10 раз) и Израиль.

Самые доступные медицинские услуги — в Израиле, самые дорогие — в Америке. Так, за курс лечения, который в Европе будет стоить 25 тыс. долл., в Израиле возьмут 19 тыс., а в США — как минимум 35 тыс.

В рейтинге Лиги защиты прав пациентов Россия занимает 130-е место по уровню оказания медицинской помощи. По прогнозам Всемирной ассоциации здравоохранения, ежегодный оборот этого вида туризма составляет 600 млрд долл.

Таблица 1

Выезд российских граждан за границу в 2010 г. с целью туризма (тыс. поездок)

Турция	2367,6	Тунис	180,1	Венгрия	31,7
Египет	2198,3	Черногория	143,3	Мальдивы	27,0
Китай	1440,4	Австрия	135,5	Япония	26,1
Финляндия	709,0	Швейцария	123,3	Швеция	25,3
Германия	470,7	Великобритания	119,8	Дания	22,3
Таиланд	464,8	Хорватия	99,2	Португалия	20,9
Италия	451,5	США	85,8	Сингапур	19,6
Испания	411,4	Индия	77,2	Сербия	19,2
Греция	386,7	Южная Корея	74,2	Мальта	17,9
ОАЭ	286,9	Нидерланды	72,8	Марокко	26,0
Чехия	267,5	Латвия	72,6	Норвегия	12,8
Болгария	263,2	Доминикана	66,8	Словения	12,1
Кипр	234,3	Литва	58,1	Эстония	11,5
Франция	222,7	Вьетнам	51,5	Мексика	10,4
Украина	205,4	Польша	43,0	Иордания	10,2
Израиль	184,8	Куба	37,8	Индонезия	32,1
Всего 12,605 млн		Медицинский и оздоровительный туризм		1% – 126 тыс. чел.	

Большинство медицинских туристов из России традиционно отправляются в Израиль и Германию, доля которых составляет 45 и 20% соответственно, что обусловлено отсутствием языкового барьера из-за наличия

большого количества мигрантов из стран СНГ. Наиболее востребованными являются процедуры в таких областях, как кардиохирургия, трансплантология, глазная хирургия, онкология, а также лечение хронических заболеваний, которое требует наличия современного оборудования.

Оздоровительный туризм мог бы конкурировать с иностранным, поскольку в России тоже много термальных источников, грязей и тому подобных уникальных природных ресурсов. Однако инфраструктура часто не поддается критике, цены зашкаливают, и информацию об этих курортах иностранцам практически негде взять. По данным Ростуризма, лечебно-оздоровительный туризм составляет примерно 1% от общего количества турпоездок. По оценкам экспертов, среди зарубежных поездок россиян на поездки с оздоровительными целями приходится 0,2–0,3%, т.е. порядка 20–30 тыс. поездок в год.

Таблица 2

Выездной медицинский туризм России (тыс. чел.)

В первом полугодии 2009 г. (тыс. чел.)	**В первом полугодии 2010 г. (тыс. чел.)**
Египет — 689,7	Египет — 1 140,5
Чехия — 102,9	Чехия — 121,5
Германия — 160,8	Германия — 213,1
Турция — 642,8	Турция — 923,5
Израиль — 98,7	Израиль — 126,3

Лидером по числу иностранных туристов, прибывающих на курортно-санаторное лечение, является Чехия.

Однако есть и отрицательные стороны медицинского туризма. К примеру, не каждый решит пролететь полпланеты со значительными издержками, а по прилете освоить незнакомую культуру и столкнуться с нередко шокирующими масштабами нищеты (в таких странах, как Индия, Египет, Таиланд), как только пациент покидает пределы роскошных больниц.

К слабым сторонам медицинского туризма можно отнести еще и низкий уровень юридической защиты от разных видов медицинской халатности, в том случае если что-то пойдет не так, а также местные эпидемии болезней, подобных малярии, от которой пациенты нуждаются в дополнительной защите.

Дестинации медицинского туризма активно конкурируют между собой за каждого медицинского туриста, предлагая привлекательные цены, условия размещения, контролируя качество медицинских услуг, создавая эффективные каналы и технологии фасилитации с медицинскими путешественниками. Развитие медицинского туризма во всем мире способ-

ствует появлению большого числа разнообразных по составу медицинских посредников и координаторов между международными пациентами и медицинскими центрами.

Согласно обзору GB за 2016–2017 гг., почти 38% медицинских туристов обращаются в компании-фасилитаторы, 16,4% медтуристов в поисках медицинского учреждения обращаются в страховые компании, 13,1% — в туристические агентства, 13% к страховым агентам или страховым брокерам и консультантам, 3,3% — к лечащему врачу.

Список использованной литературы

1. *Вараксина Я.* Медицинский туризм должен принести Дубаю 6,1 млрд дирхам [Электронный ресурс] / Турпром. URL: http://www.tourprom.ru/news/17207
2. Как работают стартапы в сфере медицинского туризма [Электронный ресурс] / РБК Pro. URL: https://pro.rbc.ru/demo/5c6d457c9a7947d237bef330
3. *Печерица Е. В.* Медицинский туризм — новое направление туристской деятельности // Сборник научных трудов Sworld. — 2013. — Т. 52 — № 3. — С. 22–25.
4. *Broumand B. and Saidi R. F.* New Definition of Transplant Tourism [Электронный ресурс] / Int J Organ Transplant Med. 2017; 8(1): 49-51. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347406/
5. *Canales M. T., Kasiske B. L., & Rosenberg M. E.* (2006). Transplant tourism: Outcomes of United States residents who undergo kidney transplantation overseas. Transplantation, 82(12), 1658–1661.
6. Global Buyers Survey 2016–2017. Brief. Global Healthcare Resources. Published in 2017 in partnership with the IHRC [Электронный ресурс]. URL: http://medicaltourismassociation.com/userfiles/files/GLOBAL_BUYERS_REPORT_BRIEF.pdf.
7. *Lauren E. Franzblau, Kevin C. Chung.* Impact of Medical Tourism on Cosmetic Surgery in the United States. Plastic & Reconstructive Surgery Global Open, 2013 [Электронный ресурс]. URL: https://www.sciencedaily.com/releases/2013/10/131030125546.htm.
8. *Ruhet Genç.* Physical, Psychological, and Social Aspects of QOL Medical Tourism / Handbook of Tourism and Quality-of-Life Research, pp. 193–207.
9. *Turner L.* Cross-border dental care: ‘dental tourism’ and patient mobility British Dental Journal. 5/24/2008, Vol. 204 Issue 10, p. 553–554.

В. В. КОВАЛЕНКО,
ведущий научный сотрудник ЭФ МГУ имени Ломоносова,
г. Москва,

Л. А. ДАВЫДОВА,
научный сотрудник ЭФ МГУ имени Ломоносова,
г. Москва.

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В НАЦИОНАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Аннотация. В работе рассматривается федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», входящий в состав национального проекта «Здравоохранение». В частности, анализируются причины роста въездного медицинского туризма. В результате исследования сделан вывод о том, что реализация данного федерального проекта стимулирует рост экспорта медицинских услуг в Российской Федерации.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинский туризм, национальный проект, экспорт медицинских услуг.

Экономические кризисы и санкции против нашей страны создают трудности в развитии экономики России. Президент и Правительство России предлагают разные пути выхода из этого положения. Так, 7 мая 2018 г. Президент России издал Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее Указ Президента). Для достижения цели этого Указа Президента были разработаны и утверждены национальные проекты по 12 направлениям социально-экономического развития народного хозяйства, реализация которых послужит основой экономического роста в стране. Одним из этих направлений является национальный проект «Здравоохранение» (далее НПЗ). В реализации национальных проектов принимают участие федеральные, региональные органы власти, для эффективности их взаимодействия необходима четкая координация работы и заинтересованность. НПЗ является межведомственным проектом, в котором принимают участие 10 федеральных органов исполнительной власти, Российский экспортный центр, 85 регионов России. Для реализации этого НПЗ созданы 85 региональных проектов, которые соответствуют специфике и потребностям конкретного региона, а их показатели выстроены с 2019 по 2024 г.

В НПЗ входят восемь федеральных проектов (далее ФП), одним из которых является «Развитие экспорта медицинских услуг» (далее ФПЭ). Цель ФПЭ — создание благоприятных условий обеспечения роста экспорта медицинских услуг на территории Российской Федерации, которые будут являться дополнительными источниками финансирования здравоохранения. Для решения ФПЭ надо реализовать следующие задачи: во-первых, за рубежом на рынке медицинских услуг создавать позитивный имидж российского здравоохранения, для этого необходимо проводить коммуникационные мероприятия по повышению информированности иностранных граждан; во-вторых, создать систему мониторинга статистических данных медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги иностранным гражданам, привлекая дополнительные инвестиции в здравоохранение. В 2017 г. медицинские услуги иностранным гражданам были предоставлены на сумму 250 млн долл., в 2018 г. — на 360 млн долл., т.е. этот показатель ФПЭ вырос на 44%, в 2021 г. планируется предоставить медицинских услуг иностранцам на сумму 690 млн долл., т.е. увеличение этого показателя на 180%, а в 2024 г. планируется предоставить им этих услуг на 1 млрд долл. — рост этого показателя увеличится на 300% [1]. Для развития ФПЭ и обеспечения иностранных пациентов высококачественными медицинскими услугами на уровне мировых стандартов, используя возможности и потенциал как государственных, так и частных клиник, в России с 2015 г. начала работать Ассоциация организаторов международного медицинского туризма (АОММТ). В настоящее время АОММТ налаживает деловые контакты с ведущими клиниками таких стран, как Австрия, Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Греция, Израиль, Италия, Испания, Корея, Китай, США и др. На сегодняшний день иностранными туристами востребованы следующие сегменты медицинской отрасли: стоматология (44%), гинекология и урология (25%), пластическая хирургия (10%),офтальмология (10%), кардиология (5%) и др. [2]. За медицинскими услугами иностранные туристы едут из стран СНГ, Китая, Европы, Израиля, Японии, Вьетнама, и их число возрастает. Так, если в 2016 г. на лечение в Россию прибыло около 20 000 иностранных граждан, то в 2017 г. — 110 000 человек [3]. В нашей стране рост въездного медицинского туризма происходит за счет предоставления иностранным пациентам высококачественных медицинских услуг по более низкой цене, т.е. работает соотношение цены и качества. Другой причиной роста является то, что большая часть туристов — граждане стран СНГ, где невысокий уровень развития медицины и низкий уровень доходов населения. Следующей причиной является то, что в России разнообразие предоставляемых медицинских услуг оказывают медицинские учреждения, клиники, которые оснащены современным диагностическим и терапевтическим оборудованием, а научно-исследовательские учреждения применяют новые

методики лечения и диагностики заболеваний. Такие медицинские и научно-исследовательские учреждения есть в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Кургане, Оренбурге, Омске, Новосибирске, Саратове и др. Чтобы увеличить количество предоставляемых медицинских услуг к 2024 г. в 4 раза (с 250 млн долл. до 1 млрд долл.), необходимо не только повышать уровень информированности о положительном имидже нашей медицины за границей, но значительно улучшить работу в самом здравоохранении и туризме. Для этого необходимо повысить качество подготовки медперсонала со знанием иностранных языков, улучшить работу медицинского персонала среднего звена, особенно в послеоперационный период, модернизировать туристическую и транспортную инфраструктуру, обратить особое внимание на проблему слабой транспортной доступности многих медицинских центров, повысить уровень организации работы с пациентом и его сопровождающими, усовершенствовать уровень материально-технической базы медицинских сооружений в соответствии с современными требованиями. Туроператоры или другие организаторы, которые формируют турпродукт медицинского туризма, должны предлагать не только саму медицинскую услугу, но также жилье, трансфер и т.п., т.е. тур в «пакете». Упростить процесс оформления медицинской визы, используя опыт других стран, что сделает отечественную медицинскую услугу более доступной для иностранных граждан. Разрешая перечисленные проблемы, можно достигнуть цель, поставленную национальным проектом «Здравоохранение» к 2024 г. — увеличить в 4 раза дополнительное финансирование здравоохранения за счет экспорта медицинских услуг.

Список использованной литературы

1. Электронный ресурс: roszdravnadzor.ru/i/uplud/
2. Электронный ресурс: https://www.forbes.ru/biznes/365591medicinskiy-turizm-pochemu
3. Электронный ресурс: https://amtrf.ru/reviw-of-world-medical-touris.html

РАЗДЕЛ VIII

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н. М. ГАБДУЛЛИН,
доцент кафедры управления корпоративными финансами ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕСКОГО КАПИТАЛА РЕГИОНОВ РОССИИ

Аннотация. В тезисах проведен анализ структуры многомерных данных по факторам развития человеческого капитала и электронного здравоохранения субъектов РФ с помощью метода главных компонент (Principal Component Analysis, PCA). Произведена редукция числа факторов и выявление структуры взаимосвязей между наблюдаемыми объектами. Положения настоящего исследования могут служить методическими инструкциями для формирования региональных кластерных сетей, нацеленных на повышение конкурентоспособности субъектов РФ.

Ключевые слова: человеческий капитал, электронное здравоохранение, метод главных компонент, структурирование данных.

Качество жизни населения определяется состоянием его здоровья, обеспечение которого в современных условиях происходит посредством применения цифровых технологий. Цифровизация постепенно проникает во все сферы жизни человека, формируя новые стандарты информационного пространства. Современное здравоохранение также переходит на электронные технологии. Внедрение в медицинскую сферу информационно-коммуникационных систем, предоставляющих возможность эффективного получения информации о пациенте и создающих условия для телемедицины, можно рассматривать как инвестиции в человеческий капитал.

Для определения влияния электронного здравоохранения (E-Health) на развитие человеческого капитала проведем факторный анализ многомерных данных по человеческому капиталу и электронному здравоохра-

нению регионов России. В качестве исходной матрицы данных по факторам развития человеческого капитала и электронного здравоохранения возьмем статистические данные Госкомстата РФ «Мониторинг развития информационного общества в Российской Федерации» за период с 2010 по 2017 г.[1] Объектами наблюдений будут субъекты РФ, оценку факторов каждого объекта наблюдений произведем на основе среднегодовых величин соответствующих факторов за рассмотренный в мониторинге Госкомстата РФ период. Выбранные факторы непосредственно характеризуют составляющие взаимодействия человеческого капитала и электронного здравоохранения субъектов РФ.

Для проведения статистического структурирования и выявления характера взаимосвязей, существующих между анализируемыми факторами, данные многомерных наблюдений, как правило, подвергаются статистической обработке с целью редукции размерности исследуемого факторного пространства для лаконичного объяснения природы анализируемых многомерных данных. Задачу структурирования взаимосвязей факторов решим посредством снижения размерности выборки факторов, характеризующих уровень цифровизации здравоохранения регионов России во взаимосвязи с уровнем развития человеческого капитала. Для этого воспользуемся методом главных компонент (Principal Component Analysis, PCA)[2], производящим редукцию числа факторов и выявление структуры взаимосвязей между наблюдаемыми объектами. PCA выявляет предварительную кластерную структуру субъектов РФ по исследуемым факторам. Произведем редукцию факторов группы «Человеческий капитал». По результатам анализа долей дисперсии, объясняемых главными компонентами, выделим первые четыре главные компоненты, в совокупности объясняющие 82,29% общей дисперсии. Вычисление собственных векторов (нагрузки на компоненты, Rotation) позволяет сделать следующие выводы. PC1 (первая главная компонента) относительно сильно коррелирует с факторами «Численность студентов, обучающихся по образовательным программам высшего образования — программам бакалавриата, специалитета, магистратуры, на 10 000 человек населения» и «Доля организаций, проводивших дополнительное обучение сотрудников в области ИКТ, в общем числе обследованных организаций». Можно идентифицировать PC1 как компоненту, интегрально определяющую характеристики обра-

[1] «Мониторинг развития информационного общества в Российской Федерации» (по состоянию на 03.10.2018). URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/figure/anketa1-4.html, свободный

[2] Practical Guide to Principal Component Analysis (PCA) in R & Python. URL: https://www.analyticsvidhya.com/blog/2016/03/practical-guide-principal-component-analysis-python/, свободный

зовательных программ высшего образования и дополнительного обучения в области ИКТ. PC2 сильно положительно коррелирует с переменной «Удельный вес студентов, обучающихся по программам подготовки специалистов среднего звена, в общей численности населения». PC3 относительно сильно положительно коррелирует с долей занятого населения в возрасте 25–64 лет, имеющего высшее образование, в общей численности занятого населения соответствующей возрастной группы и удельным весом обучающихся общеобразовательных учреждений в общей численности населения. PC4 отрицательно коррелирует с уровнем грамотности взрослого населения.

Предварительная кластеризация субъектов РФ производилась на основе диаграммы рассеяния, построенной в пространстве выделенных двух первых главных компонент. Большинство наблюдаемых объектов объединяются в один кластер с центроидом в объекте 30. Несколько объектов составляют малочисленный второй относительно компактный кластер: 31, 36, 37, 39, 40, 61. Объектам (регионам), расположенным в области низких значений второй главной компоненты, присущ низкий уровень удельного веса студентов, обучающихся по программам подготовки специалистов среднего звена. Ряд объектов с номерами: 10, 24, 18, 28, 42, 47, 64, 66, 69, 74, 75, 84 — располагаются обособленно. Это означает, что они отличаются от прочих субъектов РФ особыми характеристиками человеческого капитала.

Высоким значениям PC1 соответствуют регионы с большими значениями F111 и F112 — 10 (Московская область), 18 (г. Москва), 24 (Ленинградская область), 28 (г. Санкт-Петербург), 47 (Республика Татарстан). Субъекты РФ 38 (Республика Ингушетия), 61 (Ямало-Ненецкий авт. округ), 84 (Чукотский авт. округ) отличаются низкими оценками вклада в PC2. Напротив, регионы с порядковыми номерами 69, 74, 75 характеризуются высокими оценками вклада в PC2. В то время как объекты 42, 66, 64, 84 отличаются низкими оценками вклада данных объектов в PC1.

Далее было произведено редуцирование факторов группы «Электронное здравоохранение». И по критерию Кайзера, и по критерию Кэттеля обоснованно выделяются первые две главные компоненты, собственные значения которых больше единицы. В совокупности они объясняют 81,09% общей дисперсии. В результате анализа собственных векторов первых двух главных компонент были сделаны следующие наблюдения. PC1 относительно сильно отрицательно коррелирует с факторными переменными: доля учреждений здравоохранения, имеющих локальные вычислительные сети, в общем числе обследованных учреждений здравоохранения, число персональных компьютеров, имевших доступ к глобальным информационным сетям, на 100 работников в учреждениях здравоохранения, число персональных компьютеров, подключенных к интернету, на 100

работников учреждений здравоохранения, доля учреждений здравоохранения, имевших веб-сайт, в общем числе обследованных учреждений здравоохранения, — и поэтому ее можно охарактеризовать как компоненту, интегрально определяющую использование ИКТ в учреждениях здравоохранения. PC2 отрицательно коррелирует с долей учреждений здравоохранения, использовавших персональные компьютеры, в общем числе обследованных учреждений здравоохранения и долей учреждений здравоохранения, использовавших интернет, в общем числе учреждений здравоохранения. Следовательно, она интегрально определяет в основном готовность учреждений здравоохранения к развитию на основе ИКТ. Визуализация вклада факторов в главные компоненты, полученная на диаграмме рассеяния наблюдаемых объектов в пространстве выделенных двух первых главных компонент, представила предварительную кластеризацию субъектов РФ. В качестве обособленных объектов выделены следующие субъекты РФ: 15. 18, 19, 25, 26, 30, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 49, 52, 55, 70, 73, 76, 77, 80. Субъекты РФ с порядковыми номерами 1–14, 16, 17, 20–24, 27–29, 31–36, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 56–69, 71, 72, 74, 75, 78–79, 81–84 формируют компактный кластер.

В результате применения метода PCA произведено снижение размерности множества факторов, описывающих человеческий капитал, с 7 до 4 и множества факторов набора «Электронное здравоохранение» с 7 до 2. По построенным кластерам трудно оценить степень влияния электронного здравоохранения на развитие человеческого капитала. Это, по нашему мнению, определяется начальным этапом развития электронного здравоохранения в большинстве субъектов Российской Федерации.

И. И. ГАТАУЛЛИН,
ассистент кафедры экономики и производства
ИУЭФ КФУ,

Л. М. ЗАБИРОВА,
доцент кафедры экономики и производства
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИИ ТРУДА ВРАЧЕЙ

Аннотация. В статье представлены результаты социологического исследования мотивации врачей-онкологов в разрезе гендерных групп.

Ключевые слова: мотивация, мотивы, удовлетворенность трудом, демотивация, врачи, гендерный аспект.

В последнее десятилетие активно внедряются процессные инновации в управление медицинскими учреждениями, в связи с чем проблемы мотивации труда медицинского персонала, его отношения к нововведениям являются приоритетными в управлении персоналом. Это определяет актуальность конкретных эмпирических исследований в сфере мотивации медработников.

Труд врача в одном из наиболее сложных направлений медицины — онкологии — специфичный, стрессогеный и требует обширных профессиональных знаний, многочисленных компетенций, особых личностных качеств от медицинских работников. Если в профессиональном отношении отмечается тенденция к гендерному равенству, то что касается личностных качеств, то у врачей — мужчин и женщин имеются различия в социальных ролях, ведущих трудовых мотивах, структуре мотивации, удовлетворенности трудом и организационном поведении. Врачи обоих полов могут и должны позитивно сотрудничать в процессе труда, мотивируя друг друга на выполнение рабочих задач и функций, обеспечивая взаимодополнение маскулинных и феминистских качеств в процессе труда, что продуктивно сказывается на его результатах.

В процессе профессиональной деятельности в течение длительных периодов времени изменяется и трудовая мотивация, ее структура и механизм влияния на поведение человека в организации. Процесс мотивации труда

работника в конкретных условиях работы складывается под воздействием мотивирующих и демотивирующих факторов, которые «накладываются» на мотивационное ядро личности и могут находиться как в сбалансированном, так и несбалансированном состоянии.

Социологическое исследование проводилось авторами в процессе прохождения врачами курсов повышения квалификации в Казанской государственной медицинской академии — филиале ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ [1]. В анкетном опросе участвовало 102 врача-онколога из Республики Татарстан, прошедших в курсы повышения квалификации по онкологии. В выборочной совокупности было 47% мужчин и 53% женщин.

Целью социологического исследования было изучение внутриорганизационных факторов, влияющих на процесс мотивации труда врачей-онкологов, сравнительный анализ мотивации и удовлетворенности трудом в гендерных группах, разработка рекомендаций по управлению мотивацией труда врачей-онкологов в медицинских клиниках.

Методы, использованные в социологическом исследовании, — наблюдение, анкетный опрос, интервью, анализ документов.

Удовлетворенность трудом рассматривается в исследовании как результирующая влияния на мотивацию различных внешних факторов, которые, преломляясь в сознании респондентов через мотивационное ядро, цели и ценности, формируют отношение к труду и его отдельным сторонам.

Оценка респондентами 16 факторов удовлетворенности трудом проводилась по 10-балльной шкале, оценки обобщались в виде средневзвешенного среднего балла. Ответы на вопрос о факторах удовлетворенности трудом врачей по половым группам представлены в табл. 1. Они позволили сделать выводы о ведущих мотиваторах и демотиваторах в повседневной работе врачей.

Таблица 1

Средневзвешенная балльная оценка удовлетворенности врачей-онкологов отдельными сторонами труда (по 10-балльной шкале)

Факторы удовлетворенности трудом	Мужчины, баллы	Женщины, баллы
1. Условия труда, режим труда и отдыха	6,55	7,16
2. Размер заработной платы	4,16	5,53
3. Моральное поощрение	3,65	4,88
4. Реализация миссии и целей медицинского учреждения	6,75	7,79
5. Содержание труда (выполняемые функции, сложность, разнообразие, ответственность)	8,26	8,6
6. Социально-психологический климат в коллективе	6,74	7,41
7. Стиль и методы руководства в подразделении	7,24	8,03

Окончание табл. 1

Факторы удовлетворенности трудом	Мужчины, баллы	Женщины, баллы
8. Стандарты, правила, инструкции и их выполнение	6,46	8,11
9. Обеспечение информацией, необходимой для работы	6,24	6,92
10. Организация и оснащение рабочих мест	5,43	7,09
11. Повышение квалификации	6,14	8,32
12. Организационная культура (этические нормы, ценности, традиции, нормы поведения)	6,84	8,73
13. Возможности карьерного роста	4,72	6,31
14. Командный дух в коллективе	6,18	7,96
15. Степень оценки вашего труда руководством	5,66	6,96
16. Степень оценки вашего труда коллегами	5,70	8,04

Сравнительно низкие оценки удовлетворенности у врачей-онкологов (мужчин и женщин) получили: размер заработной платы; моральное поощрение; возможности карьерного роста. Именно эти факторы прежде всего являются демотиваторами в труде врачей-онкологов, учитывая напряженность, интенсивность и стрессовый характер их труда.

Показатели удовлетворенности трудом у врачей-мужчин в целом оказались ниже, чем у женщин, по всем 16 характеристикам труда. Мужчины по сравнению с женщинами более критично относятся к оценке исследуемых параметров и в большей степени не удовлетворены: степенью оценки их труда руководством и коллегами; условиями труда, организацией и оснащением рабочих мест; возможностями повышения квалификации; организационной культурой и командным духом в коллективе; реализацией миссии и целей медицинского учреждения; стандартами, правилами, инструкциями и их выполнением. Очевидно, это связано с тем, что притязания в трудовой сфере, потребность в успехе, уважении и признании у мужчин выше, чем у женщин. Это подтверждается и другим аналогичным исследованием авторов, проведенным ранее [2].

Наивысшие оценки у врачей были получены по факторам: содержание труда; реализация миссии и целей медицинского учреждения; стиль и методы руководства в подразделении.

Таким образом, содержание труда, позитивное отношение к своей профессии, миссии и целям клиники являются ведущими мотиваторами для врачей. Они противостоят демотиваторам, отмеченным выше, и обеспечивают приемлемый уровень трудовой мотивации врачей.

Существуют значительные различия в наивысших оценках мужчин и женщин. Мужчины выше всех факторов оценили содержание труда — 8,26 балла, стиль и методы руководства в подразделении — 7,24 балла.

В интервале от 6 до 7 баллов были у врачей-мужчин оценки управленческих факторов удовлетворенности трудом и условий труда: организационная культура; реализация миссии и целей медицинского учреждения; социально-психологический климат в коллективе; стандарты, правила, инструкции и их выполнение; обеспечение информацией, необходимой для работы; условия труда, режим труда и отдыха.

Наивысшие оценки (выше 8 баллов) у врачей-женщин получили: организационная культура, повышение квалификации, степень оценки труда коллегами, стиль и методы руководства в подразделении, а также стандарты, правила, инструкции и их выполнение. Вероятно, такие высокие оценки связаны, с одной стороны, с различиями в содержании и тяжести труда врачей-мужчин (чаще всего хирургов) и женщин (диагностов, химиотерапевтов, радиологов), а с другой стороны — гендерными особенностями психологии и поведения.

Следует отметить, что у мужчин (5,7 балла) и женщин (8,04 балла) резко различаются удовлетворенность степенью оценки труда коллегами, а также командным духом в коллективе. Можно предположить, что гендерная потребность мужчин — конкурентность, стремление доминировать — не вполне удовлетворяется в работе по объективным причинам: различия в профпригодности и профессионализме, который нарабатывается годами и десятилетиями работы, ограниченность возможностей для вертикальной карьеры в организационной структуре медицинских учреждений. Кроме того, врачи используют далеко не все возможности обучения через деятельность и с отрывом от работы.

Таким образом, не все расхождения в оценках мужчин и женщин связаны с гендерными различиями. Частично они обусловлены специализацией и содержанием труда, уровнем квалификации, условиями труда и другими объективными факторами. Однако невозможно отрицать и наличие психологических и психофизиологических особенностей в разных половых группах, которые определяют степень удовлетворенности трудом. Они формируют ту личностную призму, через которую преломляются внешние факторы организационной среды, и определяют уровень и специфику механизма мотивации мужчин и женщин.

Список использованной литературы

1. *Гатауллин И. Г., Забирова Л. М., Гатауллин И. И.* Гендерные аспекты мотивации труда врачей-онкологов // Казанский медицинский журнал. — 2017. — Т. 98. — № 5. — С. 832–837.
2. *Гатауллин И. Г., Забирова Л. М., Гатауллин И. И.* Социологическое исследование особенностей мотивации труда врачей-онкологов // Поволжский онкологический вестник. — № 1(23). — 2016. — С. 23—28.

О. Ю. КУКУШКИНА,
доцент кафедры управления человеческими ресурсами ИУЭФ КФУ,

А. Р. НАСЫРОВА,
руководитель клиники, г. Казань

СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Статья посвящена анализу проблем состояния кадров в сфере здравоохранения. Приводятся материалы вторичного исследования, подтверждающие специфику формирования и развития кадров в здравоохранении. Наряду с выделенной проблематикой в статье указаны перспективы развития кадрового потенциала медицинских работников.

Ключевые слова: кадровый потенциал, кадры, здравоохранение, оценка кадрового потенциала, сфера здравоохранения, медицинские работники.

Важнейшим условием благополучия любой страны является такой показатель, как состояние здоровья населения. Для того чтобы обеспечить этому показателю стабильный положительный рост, необходимо подготовить качественный кадровый потенциал медицинских работников [4]. Учитывая этот факт, в настоящее время можно отметить, что началось смещение приоритетов политики с технической сферы в сферу образования и здравоохранения.

Сегодня в Российской Федерации издаются новые современные законы и акты, направленные на решение вопросов медицинского кадрового потенциала. Например, одним из важных документов по повышению эффективности медицинских услуг является Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства РФ № 294 от 15.04.2014 [2].

Обратимся к данным вторичного исследования, проведенного экспертно-аналитическим центром РАНХиГС в рамках дискуссии о возможностях развития системы здравоохранения в Российской Федерации [3]. Цель исследования заключалась в получении экспертных оценок системы здравоохранения, в выделении проблем и перспектив его развития в Рос-

сийской Федерации. По результатам исследования эксперты выделили следующие главные проблемы:

1. Нехватка квалифицированных кадров (13,0%), наличие проблем в кадровой политике в сфере здравоохранения (уровень з/п, условия работы) (11,0%) и некачественная система подготовки современных кадров (10,4%).
2. Сниженные влияние и контроль современной политики (17,5%).
3. Недостаточное финансирование системы здравоохранение (11,7%) [3].

По полученным данным видно, что нехватка квалифицированных кадров — одна из важных проблем, выявленных экспертами.

Проблемы кадрового обеспечения системы здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и средних медицинских работников по ряду специальностей, сколько с существующими диспропорциями в отрасли:

— низкая обеспеченность медицинскими кадрами, оказывающими стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь;
— меньшее число сельских медицинских организаций;
— дисбаланс в соотношении между количеством врачей и средних медицинских работников [6].

Проводя анализ профессиональной характеристики медицинских кадров, можно сделать вывод, что в сфере здравоохранения существуют серьезные кадровые проблемы, к основным из которых можно отнести нехватку квалифицированных кадров, невысокий уровень заработной платы, некачественную подготовку и развитие кадров.

Профессия врача в последние годы, к сожалению, не покидает ТОП-10 самых низкооплачиваемых профессий в России. Чтобы получать больше, врачам приходится работать по повышенной ставке, по совместительству. Из-за высоких нагрузок у российских врачей не остается времени ни для повышения квалификации, ни для самообразования [5, с. 77].

С 2016 г. Минздрав РФ начал внедрять новую систему медицинской профессиональной деятельности — аккредитацию, которая основана на реализации профессиональных стандартов [1, с. 12].

Также частью системы непрерывного медицинского образования является внедряемый с 2015 г. «образовательный сертификат». В соответствии с Посланием Президента система непрерывного медицинского образования должна полностью охватить всех медицинских работников к 2021 г. [7].

Повышение уровня подготовки медицинских работников происходит через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Специально созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает доступ всех медицинских работников к большому числу дополнительных образовательных программ [8]. На портале имеется возможность сформировать индивидуальный план развития,

выбрать тренинги, обучение, лекционный курс, программу повышения квалификации, стажировку и т.д.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, следует отметить, что существуют как проблемы, так и ряд перспективных точек повышения эффективности системы здравоохранения. При этом вышеописанное вторичное исследование открывает направления приоритетов для развития политики в сфере здравоохранения. Каждое из указанных направлений должно быть неразрывно связано друг с другом и сопровождаться различными инструментами и ресурсами, например финансовыми, управленческими, которые позволят сформировать системный подход к развитию и совершенствованию системы здравоохранения Российской Федерации.

Важно помнить, что персонал — самый важный вид ресурсов в любой организации. Следовательно, затраты на его формирование и развитие являются инвестициями в стабильное и успешное «завтра».

Список использованной литературы

1. *Бутов Г. Н., Юрьева О. В.* О системе показателей социально-экономического развития региона Российской Федерации // Казанский экономический вестник. — 2016. — № 6. — С. 11–17.
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: http/rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info, свободный (дата обращения: 03.03.2019).
3. Исследование «Здравоохранение: ситуация, проблемы и возможности (в т.ч. госпрограмма)» (проведено сотрудниками РАНХиГС, руководитель, к.с.н. Калмыков Н. Н., опрос проводился в марте 2015 года среди 143 экспертов. URL: http: publicserv.ru, свободный (дата обращения: 26.03.2019).
4. *Котова Ю. Н.* Оценка эффективности функционирования региональной системы здравоохранения // Автореф. дисс. ... канд. экон. наук. — Рязань, 2004. 21 с.
5. *Кукушкина О. Ю., Гирфанова А. М.* Специфика мотивации в сфере здравоохранения // Казанский экономический вестник. — 2017. — № 3 (29). — С. 70–76.
6. Официальный сайт Программы. URL: https://edu.rosminzdrav.ru/, свободный (дата обращения: 03.04.2019).
7. Решение коллегии Министерства здравоохранения «Кадровое обеспечение здравоохранения РТ. Проблемы. Пути решения» от 30 сентября 2015 г. // Официальный сайт Министерства здравоохранения РТ. URL: http://minzdrav.tatarstan.ru/ans_nosot.htm, свободный (дата обращения: 03.04.2019).
8. Современные достижения и проблемы российского здравоохранения. URL: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Z_17/Z17-2017-Skvorcova.pdf, свободный (дата обращения: 05.04.2019).

И. Н. МОЛЧАНОВ,
профессор кафедры политической экономии
ЭФ МГУ имени М. В. Ломоносова,
профессор,
Финансовый университет при Правительстве РФ,
г. Москва

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ НАКОПИВШИХСЯ ПРОБЛЕМ

Аннотация. Актуальность исследования обусловлена проблемами, накопившимися в здравоохранении, которые инициируют дискуссии в обществе. Необходимы изменения в подходах к кадровой политике и применению новшеств в управлении развитием отрасли, которые позволили бы внедрить новые методы и инструменты регулирования деятельности в целях повышения качества оказываемых медицинских услуг.

Ключевые слова: управление, здравоохранение, кадры, политика, национальный проект.

Введение

Современный период развития здравоохранения характеризуется правовыми, организационными и экономическими преобразованиями. Реформирование здравоохранения сопряжено с совершенствованием системы подготовки кадров медицинских работников. Кадровые отношения являются объектом государственной политики, а кадровые процессы отражают совокупность отношений в отрасли и характеризуют изменения в системе управления персоналом медицинских организаций. Экспертным путем выявлены проблемы, связанные с качественными характеристиками кадрового обеспечения медицинских организаций, эффективностью деятельности научно-исследовательских институтов, медицинских центров, лечебно-профилактических учреждений.

Приоритеты национального проекта «Здравоохранение»

Национальный проект «Здравоохранение» (2019–2024 гг.) является логическим продолжением одноименного приоритетного национального

проекта, принятого в 2016 г. и реализуется в соответствии с Указом Президента Российской Федерации В. В. Путина от 07.05.2018. О значимости обновленного национального проекта «Здравоохранение» можно судить по утвержденному перечню целевых индикаторов (всего их девять), основные из них (четыре) отражают нацеленность работы медицинских учреждений по принятию мер, направленных на повышение продолжительности жизни населения. Это следующие показатели снижения смертности населения: трудоспособного возраста (с 455 случаев на 100 тыс. населения в 2018 г. до 350 в 2024 г.); от болезней системы кровообращения (с 565 случаев на 100 тыс. населения в 2018 г. до 450 в 2024 г.); от новообразований, в том числе от злокачественных (с 199,9 случая на 100 тыс. населения до 185 в 2024 г.); младенческой смертности (с 5,5 случая на 1 тыс. родившихся детей до 4,5 в 2024 г.). Для практического достижения заявленного уровня индикаторов предстоит обеспечить рост качественных характеристик медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Анализ положения дел в отрасли

Как показывает статистика, в России врачей (в расчете на 10 тыс. населения — 41) больше, чем в среднем по ряду стран — членов ОЭСР. Однако наблюдается отставание по показателям предоставления медицинской помощи, продолжительности жизни и состояния здоровья населения. В качестве негативного обстоятельства, влияющего на положение дел в отрасли, следует отметить наблюдающуюся избыточную концентрацию врачей в стационарных медицинских учреждениях и сохраняющийся их дефицит в первичном звене [4]. В определенной мере это подтверждает сравнительно низкую результативность деятельности медицинских организаций, которая складывается под влиянием различных факторов. В их числе — уровень квалификации персонала, сложившейся практики финансирования и оплаты труда работников медицинских организаций, мотивации врачей к профессиональному обучению и повышению квалификации.

В составе национального проекта «Здравоохранение» один из федеральных проектов — «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» — содержит перечень мер по улучшению кадрового состояния отрасли. Для его реализации ключевой задачей руководителей медицинских организаций является полноценное обеспечение первичного медико-санитарного звена качественным врачебным персоналом. Сложившийся в России показатель соотношения врачей и среднего медицинского персонала (1:2,1) находится на более низком уровне, чем во многих зарубежных странах (усредненное соотношение 1:3). Такое положение отражается на состоянии и перспективах

развития служб долечивания пациентов, их реабилитации, патронажа. Характерной тенденцией является следующая: при высоком ежегодном выпуске медицинских сестер около 80% из них не трудоустраиваются на работу по специальности. В этой связи актуализируются вопросы повышения статуса этой высоковостребованной профессии, разработки системы мотивации, применения общественно значимых социальных и финансовых стимулов [2].

Результаты периодически проводимых социологических обследований медицинских работников свидетельствуют об их неудовлетворенности работой по следующим причинам: низкий уровень материального вознаграждения; отсутствие перспектив должностного роста; неудовлетворенность содержанием выполняемой работы. Как представляется, названные обстоятельства во многом обусловлены субъективной позицией руководства медицинских учреждений в отношении расстановки кадров и стратегических вопросов управления персоналом. В качестве причин увольнения по инициативе администрации опрашиваемые, как правило, выделяют: безответственность в исполнении профессиональных обязанностей, халатность в работе; нарушение трудовой дисциплины и внутреннего распорядка; низкий уровень профессиональной подготовки [1].

Современные тенденции формирования медицинских специализаций

Возникновение новых врачебных специальностей сопровождается ростом количества узких специалистов, обладающих глубокими знаниями в какой-то определенной области медицины. Однако по результатам различных специальных исследований делаются выводы о том, что «с позиций пациента с несколькими взаимосвязанными заболеваниями лучше иметь дело с одним врачом, обладающим широким клиническим мышлением. Результатом разнонаправленных факторов специализации стало появление в структуре врачебных кадров новых категорий врачей: хирургов, терапевтов, педиатров широкого профиля: врачей-дженералистов [5].

Характерной общемировой тенденцией в сфере первичной медицинской помощи является изменение структуры заболеваний, что закономерно отражается на требованиях к ее комплексности и непрерывности. В результате этого возрастает потребность во врачах широкого профиля — это так называемые врачи общей практики, или семейные врачи. Они занимаются профилактической работой, что способствует своевременному выявлению заболеваний, ведут наблюдение за пациентами с хроническими недугами; их роль велика в координации работы узких специалистов и организации контроля за оказанием медицинской помощи [3]. Восстановить баланс и восполнить пробелы в обучении можно различными путями: фор-

мированием планов приема исходя из региональных потребностей в специалистах в разрезе направлений и профилей подготовки; укреплением института интернатуры как прогрессивной формы подготовки квалифицированных специалистов; развитием практики соглашений между заинтересованными сторонами (обучающимся — учебным заведением — муниципальным образованием — лечебно-профилактическим учреждением).

Необходимо выстроить систему перспективного кадрового планирования в здравоохранении, основанную на достоверной информации о медицинском персонале. Реализации данной задачи способствует создание кадрового профиля отрасли. В России формируется Федеральный регистр медицинских работников (ФРМР) с постоянной актуализацией и верификацией данных, составляющих соответствующую информационную базу. В субъектах Российской Федерации создаются региональные сегменты ФРМР. Данная работа осуществляется менеджерами медицинских организаций и территориальными органами управления здравоохранением. Ведение регистра представляет собой управленческую функцию, поскольку на его основе определяются кадровые профили субъектов Российской Федерации. Создаются возможности для прогнозирования состава и структуры территориальных потребностей в кадровых ресурсах, изучения пропорциональности их размещения, эффективности использования. Эти данные обладают высокой востребованностью для решения оперативных вопросов (например, при возникновении непредвиденных событий, чрезвычайных ситуаций), являются основой для планирования подготовки и переподготовки медицинского персонала на долгосрочный период.

Заключение

На современном этапе экономического развития актуальными становятся вопросы концептуального представления основных положений кадровой политики в сфере медицинского обслуживания населения. В этой связи требуют научной проработки и углубленного обоснования механизм разработки и принятия стратегических управленческих решений, основанных на научных достижениях, лучших отечественных и зарубежных практиках. Необходимо проведение комплексного анализа условий и факторов, влияющих на кадровые процессы и отношения, способствующие выработке адекватных инструментов их реализации. Не отрицая важности мобилизации достаточных для современного технологического оснащения учреждений отрасли финансовых ресурсов, необходимо акцентировать внимание на обеспечении их квалифицированными медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом), обладающими знаниями и компетенциями для качественного выполнения соответству-

ющих функций. К основным вопросам кадрового обеспечения, которые находятся в сфере постоянного внимания организаторов здравоохранения, относятся: планирование и использование кадрового потенциала; профессиональная подготовка и последипломное образование медицинского персонала; применение системного подхода в управлении человеческими ресурсами в отрасли.

Список использованной литературы

1. *Костин А. А., Пономаренко Б. Т.* Стратегия кадровой политики как основа модернизации российского здравоохранения // Государственная служба. — 2015. — № 4. — С. 34–37.
2. *Молчанова Н. П.* Трансформация приоритетов современного здравоохранения и ее влияние на практику оказания медицинских услуг // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: монография. Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2018 г. / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — С. 48–54.
3. *Молчанова Н. П.* Управление здравоохранением в России: научные основы и практика финансовой работы // Управленческие науки в современном мире. — 2018. — Т. 1. — № 1. — С. 433–439.
4. *Чилилов А. М.* Развитие трудовых отношений в сфере здравоохранения // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: монография. Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2018 г. / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — С. 207–212.
5. *Berman B. W.* (2014). The Generalist-Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game. Clin Pediatr (Phila). Julj. No. 53. P. 719–720. Available: DOI: 10.1177/0009922813500341 (accessed: 20 Februari, 2015).

Н. П. МОЛЧАНОВА
Финансовый университет при Правительстве РФ,
г. Москва,

А. М. ЧИЛИЛОВ
Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
имени А. В. Вишневского Минздрава России,
г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннотация. Рассматриваются актуальные в условиях проводимых в России реформ вопросы оплаты труда врачей. Современное состояние исследуемого вопроса анализируется в сопоставлении с лучшими зарубежными практиками. Сформулированы рекомендации, которые помогут сориентироваться в имеющих место в здравоохранении проблемах, выработать позицию в отношении возможных вариантов их решения применительно к особенностям современной экономической ситуации и необходимости решения задач по сохранению человеческого потенциала и улучшению показателей состояния здоровья населения. Необходимы изменения в подходах к оплате труда медицинского персонала, направленные на его адекватную оценку и более полный учет индивидуального вклада в полученные результаты.

Ключевые слова: здравоохранение, оплата труда, национальный проект, регулирование, семейный врач.

Введение

В условиях экономической неопределенности необходимо более активно сочетать применение методологии государственного регулирования развития здравоохранения (имея в виду применяемые на практике методы и инструменты) с расширением коммерческой составляющей в деятельности лечебно-профилактических учреждений [1]. Вопросы оплаты труда медицинского персонала, и прежде всего врачей первичного звена, являются ключевыми на современном этапе реформирования сферы здравоохранения. В развитых и развивающихся странах накоплен значительный опыт по применению различных форм и систем оплаты труда, стимулированию врачей и других категорий медицинских работников к достижению высоких конечных результатов работы. В России данные проблемы находятся в стадии активного обсуждения и принятия согласованных решений всеми заинтересованными участниками.

Основная часть

В национальный проект «Здравоохранение» включены восемь федеральных проектов (в качестве самостоятельных подразделов). Представленные в составе национального проекта «Здравоохранение» мероприятия и инвестиционные проекты федеральных программ требуют значительных объемов финансовых ресурсов. На реализацию всего запланированного на период с 2019 по 2024 г. предусматривается вложить 1 трлн 725,8 млрд руб., из них 969 млрд руб. (56%) приходится на федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями. Общий объем средств федерального бюджета составляет 1 трлн 366,7 млрд руб. (79,2% от всего объема финансирования), бюджетов субъектов Российской Федерации — 265 млрд руб. (15,4%), государственных внебюджетных фондов — 94 млрд руб. (5,4%), внебюджетных источников — 100 млн руб. Предусматривается развитие экспорта медицинских услуг: в рамках национального проекта их объем вырастет в четыре раза: с 250 млн до 1 млрд долл.

В состав целей федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» входит «Обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». Существует несколько путей для решения данной проблемы. Например, в ряде постсоветских стран (например, Эстонии, Словакии, Чехии) традиционно выстроенные поликлинические учреждения (исходя из отраслевой структуры и ведомственной принадлежности) были преобразованы в офисы частнопрактикующих врачей. В последующем был принят курс на повышение уровня кооперации при сохранении статуса самостоятельности хозяйствующих субъектов. Преимущества такого подхода очевидны: более широкие возможности для оперативного решения организационно-экономических проблем; единоличная ответственность за результаты медицинской деятельности; стимулирование конкуренции (не только между медицинскими организациями, но и отдельными врачами); достижение соответствия между стоимостью труда врача и структурой его оплаты [3].

В ряде зарубежных стран распространена система регулирования за результаты деятельности: pay-for-performance, что в переводе с английского означает «платить за производительность». В отрасли здравоохранения оплата за эффективность, также известная как «покупка на основе стоимости», представляет собой модель оплаты, которая предлагает финансовые стимулы врачам, больницам, медицинским группам и другим поставщикам медицинских услуг для соблюдения определенных показателей эффективности. Например, в Великобритании врачи общей практики получают бонусы на основе оценки их деятельности по 168 показателям.

Однако доля стимулирующих надбавок в общем размере заработной платы составляет, как правило, от 5 до 10%. Оплата труда основывается на базовой части, критериями определения величины которой являются компетенции, опыт, сложность работ. Все названные и другие компоненты устанавливаются на основе соответствующих аттестаций [5].

Отношение к труду врача в России изменилось после выхода Указа Президента Российской Федерации В. В. Путина № 597 от 07.05.2012, в котором предусматривалось повысить уровень заработной платы врачей до 200% по сравнению со средней в регионе. При этом было подчеркнуто, что повышение средней заработной платы должно сопровождаться мерами по повышению эффективности труда. В основе данной концепции лежит переход на эффективный контракт, в котором закреплена стимулирующая роль оплаты труда. Как полагают эксперты, «следует взять курс на повышение доли базовой части зарплаты как минимум до 70–80% фонда оплаты труда. Это позволит повысить привлекательность труда врача, стимулировать квалификационный рост и усилить конкуренцию врачей за рабочее место». Стимулирующая часть «должна выполнять функцию более тонкой настройки размера оплаты труда — поощрять инициативы работников и их текущие достижения в лечебно-профилактической работе. ...Смена парадигмы использования врачебного труда является стратегической задачей кадровой политики» [4, с. 149].

Реализации задач по повышению продолжительности жизни населения будет способствовать завершение работы по организации к 2021 г. во всех городах России с населением более 100 тыс. человек медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Показатель охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами возрастет с 39,7% в 2018 г. до 70% в 2024 г. В рамках данного направления планируется закончить формирование сети национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ), и к 2024 г. в ее составе будет насчитываться не менее 27 НМИЦ. Для лечения онкологических заболеваний будут функционировать федеральные центры протонной терапии. Ввиду высокой значимости вопроса предполагается образование межрегиональной сети центров амбулаторной онкологической помощи, обеспечивающих своевременность и комфортность прохождения диагностических процедур. Особое внимание уделяется развитию профилактического направления в педиатрии.

Заключение

Для улучшения кадрового обеспечения медицинской отрасли за годы реализации национального проекта «Здравоохранение» (2019–2024 гг.) предстоит обучить не менее 10 тыс. врачей-специалистов по профилям

«акушерство и гинекология», «неонатология» и «анестезиология и реаниматология». В комплексе необходимых мер по повышению качества услуг предусматривается к 2024 г. повсеместно внедрить процедуру аккредитации медицинских специалистов. Для обеспечения доступности к концу 2024 г. всем гражданам в личном кабинете «Мое здоровье» на Едином портале государственных услуг и функций (ЕПГУ) будут предоставлены возможности для записи на прием к врачу, получения сведений об оказанных медицинских услугах и ознакомления с электронными медицинскими документами. Обобщая изложенное выше, можно констатировать, что при разработке мер по финансовому обеспечению проводимой политики в первую очередь следует продумывать вопросы государственно-частного партнерства [2]. Решить накопившиеся в отрасли экономические проблемы, связанные с повышением заработной платы персоналу медицинских организаций, возможно только на основе широкого привлечения внебюджетных источников.

Список использованной литературы

1. *Молчанов И. Н.* Парадигма здравоохранения через призму обязательного медицинского страхования // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: монография. Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23–24 апреля 2018 г. / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — С. 44–48.
2. *Молчанов И. Н., Молчанова Н.* П. Трансформация здравоохранения как социально-экономического института в новых экономических условиях: финансовый аспект // Проблемы конфигурации глобальной экономики XXI века: идея социально-экономического прогресса и возможные интерпретации: сборник научных статей. Т. 1 / под ред. М. Л. Альпидовской, С. А. Толкачева. — Краснодар, 2018. — С. 323–331.
3. *Степанова Ю. А., Чилилов А. М.* Врач общего профиля — новый этап развития медицинской помощи первичного звена? // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: монография. Вторая ежегодная научно-практическая конференция. Москва, МГУ имени М. В. Ломоносова, экономический факультет; 23-24 апреля 2018 г. / под ред. Л. А. Тутова, Е. М. Разумовской, З. Р. Зиганшиной. — М.: ТЕИС, 2018. — С. 194–201.
4. *Шейман И. М., Шевский В.* И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2015. — № 1. — С. 143–167.
5. *Appleby J., Harrison T., Hawkins L., Dixon A.* (2012). Payment by results. How can payment systems help to deliver better care? Lst ed. [eBook] London: The King's Fund.

Ю. В. ШЕРПУТОВСКИЙ,
магистр ИУЭФ КФУ,

О. В. ЮРЬЕВА,
кандидат социологических наук,
доцент кафедры управления человеческими ресурсами
ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРЬЕРЫ ВРАЧЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аннотация. В статье поднимается проблема управления карьерой врачей в медицинском учреждении. На основе вторичных исследований отдельных авторов определяются особенности ценностно-мотивационной сферы врачей, влияющие на успешность карьеры. В качестве оптимизации управления карьерой в медицинских учреждениях предлагается применение концепции компетентностного подхода.

Ключевые слова: карьера, карьера врачей, карьера медицинского работника, управление карьерой, компетентностный подход.

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» среди основных факторов, определяющих эффективное функционирование системы здравоохранения, указывается «наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации» [2]. В таких условиях все более важное место занимает карьера медицинского работника, которая позволяет на уровне организации более полно раскрывать и использовать потенциал персонала.

Здравоохранение как сфера деятельности имеет свою специфику, которую необходимо учитывать при работе в медицинском учреждении. Осуществляя управление медицинским персоналом и карьерой медработников, важно учитывать проблемы управления карьерой врачей, особенности ценностно-мотивационной сферы, влияющие на успешность построения карьеры в медицинском учреждении.

Рассмотрим исследование, проведенное в Сибирском федеральном округе в 2014 г. Опросу об отношении к собственной карьере были подвергнуты 56 главных врачей и их заместителей [4]. Авторами было установлено, что большинство врачей считают свою карьеру успешной, а себя — хорошими руководителями (60%). Для респондентов успешная карьера

определяется как возможность самореализации, немаловажно, по их мнению, также иметь высокий доход.

Профессионализм и высокие показатели в работе являются, по мнению врачей, основными факторами, способствующими продвижению в карьере. Однако заместители главных врачей отметили, что связи с нужными людьми тоже оказывают влияние на карьеру [1].

Рассматривая ценностные ориентиры построения карьеры [8], авторами были получены следующие результаты: у главных врачей выявлены такие приоритеты, как «приносить пользу людям», «свобода и безопасность», а также «высокое материальное положение». В отличие от главных врачей, у заместителей основные ценности больше ориентированы на себя, они считают важными здоровье, семью, дружеские связи и отношения.

Интересные данные были получены нами в проведенном исследовании карьеры врачей медицинских организаций Саратова и Саратовской области А. В. Доровской в 2014–2015 гг. путем анонимного опроса 407 респондентов. Респонденты на основании своего профессионального опыта распределили своих коллег в зависимости от реализуемой ими карьеры [6].

По полученным данным, максимальные результаты получены по таким видам карьеры, как «ситуационная» — почти 21%, «собственноручная» — около 20%, «зависимая от начальника» — 17%, что свидетельствует о недостатках в системе управления карьерой в сфере здравоохранения. Полученные результаты подтверждают проблематику рассматриваемого вопроса и требуют оптимизации карьерного планирования.

Общеизвестно, что оптимизация любого процесса возможна на базе оценки его успешности. Таким образом, для эффективного управления человеческими ресурсами считаем необходимым использовать концепцию компетентностного подхода [7]. Предметные области, которые рассматривает компетентностный подход, затрагивают оценку, обучение, продвижение и мотивацию персонала [3], что напрямую влияет на его профессиональную карьеру.

В мировой практике подготовки руководителей для сферы здравоохранения разработан перечень компетенций международной организацией Healthcare Leadership Alliance — HLA [9]. Этот перечень был адаптирован на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО МГСМУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России. Модель включает в себя 19 компетенций, объединенных в пять блоков: профессионализм, знание среды, навыки делового администрирования, взаимодействие с вышестоящими и партнерскими организациями, лидерство [5].

Для отдельных профессиональных групп в сфере здравоохранения возрастает значение определения и группировки компетенций с учетом специфики оказания медицинской помощи населению конкретным учреждением, формирование модели компетенций для соответствующих специ-

алистов в типовых учреждениях здравоохранения (для детских больниц, родильных домов, диагностических центров и т.п.).

По нашему мнению, грамотно построенная, научно обоснованная и эффективно реализованная модель компетенций может стать основой для оптимизации системы управления человеческими ресурсами в сфере здравоохранения и способствовать становлению успешной карьеры врачей в медицинских учреждениях.

Список использованной литературы

1. *Барагамян Л. А., Доровская А. В.* Типология оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2016. — Т. 12. — № 2. — С. 228–229.
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. URL: http**:** www/ zdravo2020ru
3. *Кукушкина О. Ю., Гирфанова А. М.* Специфика мотивации в сфере здравоохранения // Казанский экономический вестник. — 2017. — № 3 (29). — С. 70–75.
4. *Кулагин А. В., Богдан Н. Н.* Отношение к карьере руководителей сферы здравоохранения как фактор профессионального развития // Медицина и образование в Сибири. — 2014. — № 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-kariere-rukovoditeley-sfery-zdravoohraneniya-kak-faktor-professionalnogo-razvitiya
5. *Найговзина Н. Б., Конаныхина А. К., Кочубей А. В.* Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования // Здравоохранение Российской Федерации. — 2016. — № 1.— С. 35–40.
6. *Решетников В. А., Коршевер Н. Г., Доровская А. И.* Оптимизация управления карьерой врачей в медицинских организациях // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 2 (48). — С. 78–82.
7. *Чуланова О. Л.* Компетентностный подход в работе с персоналом: теория, практика: монография. — М.: ИНФРА-М, 2016. — 290 с.
8. *Юрьева О. Ю., Мухамедшина Р. Р., Соловьев Н. В.* Исследование карьерных ориентаций в организации // Экономические науки. — 2016. — № 138. — С. 7–9.
9. Healthcare Leadership Alliance — HLA. — Overview of the HLA Competency Directory. URL: http://www.healthcareleadershipalliance.org/directory.htm

РАЗДЕЛ IX
МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

А. Р. ДАВЛЕТШИН,
ассистент кафедры гражданского права
юридического факультета КФУ,
г. Казань

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ РЕЖИМ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ

Аннотация. Статья посвящена гражданско-правовому режиму медицинской тайны, общему анализу соотношения категорий «гражданско-правовой режим» и «объект гражданского права». Использована инструментальная теория права при рассмотрении проблем, связанных с защитой тайны в целом и медицинской тайны в частности. Тезисы раскрывают механизмы процедуры защиты и восстановления нарушенных прав в сфере медицинских правоотношений.

Ключевые слова: гражданско-правовой режим, медицинская тайна, личные неимущественные отношения.

Законодательство РФ развивается по пути приоритетной защиты личных прав и свобод человека, что нацелено на формирование демократического общества.

Связано это в том числе с тем, что обеспечение национальной безопасности на территории Российской Федерации напрямую зависит от личной безопасности гражданина РФ, гарантированных Конституцией РФ прав и свобод, сформированной национальной правовой базы, следования международным обязательствам в области защиты прав человека.

Особенностью неимущественных прав является их нематериальный характер, а также отсутствие установленных законодателем пределов их реализации. Вместе с тем установлены границы вторжения в личную сферу других лиц. Хотим заранее отметить, что исследовать нужно не тайну как информацию, а различные правовые режимы тайн, потому что одна и та же информация в различных ситуациях может относиться к разным видам тайн.

Современный уровень обмена информацией, в частности, медицинской, с помощью компьютерных технологий, внедрение корпоративных систем, баз данных и больничных картотек на электронных носителях требуют дополнительной разработки правовых гарантий защиты медицинской тайны, не говоря уже о технологической защите от киберугроз, так как информация о личности может моментально распространиться по всему миру.

Важно отметить, разработанность юридического механизма защиты объективно отражает развитие российского права, доктрины взглядов ученых с учетом тенденций правоприменения, уровня правовой культуры в обществе.

Значение понятия «тайны» в медицине невероятно высоко, так как информация о текущем состоянии здоровья пациента содержит в том числе и сведения о будущем больного (перспективы выздоровления, возможности сохранения или восстановления трудоспособности, инвалидность). В связи с этим пациент обязан передать максимум информации лечащему врачу. То есть мы видим, что к сведениям, составляющим медицинскую тайну, следует относить не только факт обращения за медицинской помощью, информацию о диагнозе, наследственных болезнях, вредных привычках, другими словами, информацию медицинского характера, но и сведения немедицинского характера: относительно завещания, имущественных ценностей, хобби, личных взаимоотношений с близкими и т.п.

Следует обратить внимание на позицию, согласно которой тайна — это не информация, а особый правовой режим информации с ограниченным доступом, и соответственно информация не может составлять тайны; она может находиться в тайне, т.е. особом правовом режиме, и характеризуется рядом признаков:

- ценностью скрываемых сведений, которая определена специфичностью их содержания и фактором их неизвестности третьим лицам;
- отсутствием открытого доступа к сведениям на законных к тому основаниях;
- наличием превентивных мер, принимаемых обладателем сведений по защите их от доступа третьих лиц.

Соответственно, под выражением «правовой режим медицинской тайны» можно понимать совокупность определенных требований законодателя, которыми на работника лечебного учреждения возлагается обязанность по обеспечению сохранности медицинской тайны, а также порядок предоставления сведений уполномоченным на то органам без согласия самого пациента. Следовательно, разглашение медицинской тайны будет являться нарушением законодательства и/или договора об оказании медицинских услуг, за что медицинское учреждение будет отвечать перед пациентом на общих основаниях (ст. 393 ГК РФ — убытки).

В научной литературе неоднократно высказывались мнения о том, что объектом гражданских прав следует признавать правовой режим различных благ, а не сами эти блага, поскольку именно правовым режимом они отличаются друг от друга, что и имеет значение для гражданского права.

Неопределенность вопроса о месте личных неимущественных отношений в предмете гражданского права стала благоприятной основой для развития различных, зачастую противоречивых теорий. Одни исследователи считают, что гражданское законодательство не регулирует личные неимущественные отношения, но дает защиту определенным объектам указанных отношений. Другие же высказывают мнение, что личные неимущественные отношения, не связанные с имущественными, должны быть включены в предмет гражданского права.

Безусловно, личные неимущественные отношения обладают своей особой спецификой, отличающей их от иных общественных отношений.

Гражданско-правовой режим медицинской тайны как категория личных неимущественных отношений обусловлен правовым регулированием, которое обеспечивается использованием следующего набора юридических инструментов:

- формирование права на защиту медицинской тайны;
- определение пределов права на медицинскую тайну;
- возложение обязанностей не препятствовать осуществлению права на медицинскую тайну;
- обозначение мер и способов защиты права на медицинскую тайну;
- установление гражданско-правовой ответственности за нарушение медицинской тайны.

Бесспорно, что в основе любой тайны лежит определенная информация, потому архиважное значение имеет установление объекта правоотношений, складывающихся вокруг тайны, подлежащей правовой охране с использованием соответствующего правового инструментария.

Недостаточная правовая регламентация создает сложности для защиты прав управомоченного лица в юрисдикционном порядке. В связи с чем лицо вынуждено обращаться к аналогии права и закона, судебной практике, доктрине права.

Восстановлению личных неимущественных прав, нарушенных незаконным вмешательством, а в случае невозможности восстановления — компенсированию страданий и лишений личности призван служить такой институт гражданского права, как гражданско-правовая охрана частной жизни.

Следует согласиться с тем, что общие способы защиты гражданских прав, предусмотренные ст. 12 ГК РФ, применимы для защиты медицинской тайны. Однако имеются и другие способы, прямо не поименованные в ст. 12 ГК РФ, к применению которых будет стремиться лицо, чье право

на медицинскую тайну может быть нарушено. Связано это в первую очередь с тем, что в основном все они сводятся к компенсационным мерам, что недостаточно для потерпевшего лица. Единожды разглашенная медицинская тайна, распространение которой выходит из-под контроля, не может быть возмещена никакими компенсациями.

В науке гражданского права принято разделять меры превенции и меры ответственности. К слову, Малеиным Николаем Сергеевичем меры защиты подразделены на два вида: «Одни из них направлены на предотвращение правонарушений и соответственно применимы до их совершения (меры защиты в узком смысле), другие — меры ответственности за совершенное правонарушение».

Исходя из изложенного, нами предлагается сделать упор на развитие превентивных мер, более того, создать и законодательно развивать правовые режимы (режимы ограниченного доступа), исключающие возможность незаконного раскрытия медицинской тайны.

У правовых режимов имеется неоспоримое преимущество по отношению к способам защиты: они способны осуществить широкий охват регулируемых отношений, имея в своем инструментарии как позитивные, так и охранительные нормы. Подобный подход заметно усилит становление гражданского общества в России.

В целях обеспечения баланса частных и публичных интересов необходимо закрыть перечень лиц, уполномоченных получать медицинскую тайну пациентов без согласия последнего. В настоящий момент перечень не является исчерпывающим и периодически расширяется. Подобные поправки в законодательство укрепят доверие пациентов к медицинским учреждениям, что позволит лечащим врачам получать более полную информацию в целях оказания надлежащей и своевременной медицинской помощи.

Для пациента социальный интерес заключается в закрытом характере сведений о его здоровье. Поэтому мы считаем, что медицинская тайна может быть квалифицирована в качестве нематериального блага. То есть состояние закрытости информации как ее правового режима рассматривается пациентом как его личное неимущественное (нематериальное) благо, удовлетворяющее его потребности.

Потому состояние конфиденциальной информации и есть объект гражданских правоотношений, который обозначен термином «медицинская тайна».

Список использованной литературы

1. *Арсланов К. М.* Врачебная обязанность по своевременному информированию пациента о медицинском вмешательстве (опыт германского права) // Медицинское право. — 2016. — № 4. — С. 50–55.

2. Биомедицинское право в России и за рубежом: монография / Г. Б. Романовский, Н. Н. Тарусина, А. А. Мохов [и др.]. — М.: Проспект, 2015. — 368 с.
3. *Давлетшин А. Р.* Право на врачебную (медицинскую) тайну и квалифицированную юридическую помощь // Ученые записки Казанского университета. Серия: Гуманитарные науки. — 2017. — Т. 159. — Кн. 2. — С. 401–410.
4. *Куранов В. Г.* Способы охраны врачебной тайны в гражданском процессе // Арбитражный и гражданский процесс. — 2014. — № 9. — С. 37–42.
5. *Павлов А. В.* Этимология врачебной (медицинской) тайны // Медицинское право. — 2015. — № 3. — С. 48–51.

Н. С. СЕЛИВЕРСТОВА,
доцент кафедры экономической теории и эконометрики ИУЭФ КФУ,
г. Казань

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕФОРМАЛЬНОГО СЕКТОРА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Медицинские услуги рассмотрены как квазиобщественные блага. Рассмотрены вопросы анализа и оценки неформального сегмента социально-экономических отношений, возникающих в сфере здравоохранения. Сделан вывод о необходимости повышения институционального доверия между участниками рынка медицинских услуг и регулирующими институтами для снижения издержек кооперации. Сделан вывод о значимости изучения неформального сегмента социально-экономических отношений в сфере здравоохранения для выявления проблемных зон на ранних этапах с целью повышения эффективности проводимых реформ и преобразований.

Ключевые слова: неформальная экономика, здравоохранение, рынок медицинских услуг.

Наличие в экономике неформального сектора является нормальным явлением, полностью искоренить которое невозможно в силу объективных причин: ограниченной рациональности людей, несовершенства институциональной среды, асимметричности информации. Изучение неформальной экономики начиналось в середине XX в. с исследований неформального сектора в развивающихся странах как относительно изолированного сегмента хозяйства, противопоставленного фирменному устройству, привносимому в эти страны транснациональными компаниями [1]. Под неформальным сектором в настоящее время понимаются все виды деятельности, которые полностью или частично не подкреплены формальными контрактами и не подчиняются государственному регулированию. В России, по мнению некоторых ученых, сложилась так называемая виртуальная экономика (C. Gaddy, B. Ickes, Б. Е. Бродский), под которой понимают синдром взаимообусловленного существования открытой и теневой экономик, порождающий фиктивные оценки экономического роста и кризисы в финансовой сфере.

Наличие неформального сектора не только мешает (например, повышая издержки для формального сектора экономики за счет роста налоговой нагрузки на хозяйствующих субъектов), но и способствует процессам

общественного развития (за счет большей гибкости неформальных механизмов координации). Поэтому в качестве исследовательской модели точнее говорить о континууме формально-неформального, а не о дуализме.

Часть населения готова платить за медицинские услуги официально или неформально. И пациент некоммерческого сектора, использующий неформальные платежи для оплаты медицинских услуг, является потенциальным клиентом для частного сектора, и, наоборот, клиенты коммерческого сектора так же легко могут перейти в систему неформальных платежей [3].

При этом определить нормальную, полезную долю неформального сектора во всем объеме хозяйственных операций представляется нетривиальной задачей. В некоторых сферах деятельности в экономике России доля неформального сектора может превышать ее полезные размеры и вести к социально значимым отрицательным внешним эффектам. К таким сферам деятельности можно отнести и сферу здравоохранения.

Примерами неформальной деятельности в сфере здравоохранения могут считаться: 1) оказание медицинских услуг без лицензии, услуги целительства; 2) неофициальная заработная плата медицинского персонала; 3) производство и реализация поддельных лекарственных препаратов; 4) проведение клинических исследований в обход стандартных процедур; 5) лечение «мертвых душ»; 6) серые манипуляции с медицинским оборудованием, аттестацией лабораторий; 7) манипуляции с полисами медицинского страхования.

Выделяют следующие характерные черты рынка медицинских услуг в России [2]: во-первых, это наличие тенденции к росту, обусловленной ограниченностью возможностей общественных источников финансирования; во-вторых, стихийность развития; в-третьих, наличие гипертрофированного теневого сегмента; в-четвертых, относительная неразвитость субрынка добровольного медицинского страхования.

Большинство медицинских услуг обладают свойствами исключаемости и соперничества и могут предоставляться как частные блага. Однако особое социально значимое значение здравоохранения в современной экономике позволяет трактовать медицинские услуги как квазиобщественные блага, которые обладают свойствами частного блага благодаря положительному эффекту, синтезированному в понятии «общественное здоровье». Противоречивая природа здравоохранения как квазиобщественного блага создает объективную основу для расширения неформального сектора предоставления медицинских услуг.

Поэтому для реализации программ развития системы социально-экономических отношений в сфере здравоохранения важен анализ и неформальной составляющей данного вида деятельности. Это позволит на ранних этапах выявлять проблемные зоны, поскольку неформальные

механизмы координации являются более гибкими и легче адаптируются к несовершенствам формальных норм и требований.

Для этого необходимо развивать доверительные отношения между участниками рынка медицинских услуг и регулирующими институтами, так как высокий уровень институционального доверия снижает издержки оппортунистического поведения, трактуемого широко как полное или частичное неисполнение взятых на себя формальных и неформальных обязательств с целью перераспределения части выгод в свою пользу за счет уменьшения выгод других участников отношений.

Список использованной литературы

1. *Барсукова С. Ю.* Неформальная экономика: понятие, история изучения, исследовательские подходы. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/2012/06/13/1273319782/Barsukova.pdf, свободный
2. *Борисов С. Е.* Предпринимательская деятельность федеральных и муниципальных учреждений здравоохранения в сфере платных медицинских услуг // Российское предпринимательство. — 2003. — Том 4. — № 5. — С. 27–32.
3. *Краевой С. А., Медалье С. В., Фесенко В. В.* Анализ некоторых аспектов конкуренции на рынке медицинских услуг в современных условиях акционирования системы здравоохранения. URL: http://www.science-education.ru/pdf/2012/5/6861.pdf, свободный

Socio-economic efficiency of public health management in a digital environment: The Third annual scientific-practical conference; Kazan Federal University, Institute of Management, Economics and Finance, Lomonosov Moscow State University, Faculty of Economic; 23–24 April 2019: Monography / Edited by E. M. Razumovskya, L. A. Tutov, Z. R. Ziganshina — Moscow, TEIS, 2020 — 216 p.

The monography is devoted to the discussion of priorities for the development of the health system in the context of socio-economic efficiency of public health management in conditions of digitalization.

The monograph consists of 9 sections: project management in the field of healthcare; medical organizations-yesterday, today, tomorrow; Economics and health organization; the role of NGOs in the formation of a healthy lifestyle; mapping the flow of value creation in digital medicine; innovation as a factor in the development of the industry; medical tourism; modern competencies of medical professionals; medical law.

The work is of interest to both the scientific and practicing medical community and to consumers of medical services that are the objects of targeted programs and projects in the healthcare system.

Keywords: priorities for the development of the health system, public health management, digital economy.

Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания

Подписано в печать 10.09.2020.
Формат 60×90/16. Печ. л. 13,5.
Тираж 500 экз.
Заказ №

Издательство «ТЕИС»
115407, Москва, Судостроительная ул., 59

Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»
115201, Москва, Котляковская ул., 3, стр. 13