

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Габуева Л.А., Павлова Н.Ф.

**Зарубежные и отечественные тренды развития
конкуренции в здравоохранении: учет и оценка
профессиональной репутации**

Москва 2017

Габуева Л.А. заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере факультета академических программ обучения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Павлова Н.Ф. профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере факультета академических программ обучения ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2016 год.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1 Сравнительные особенности развития конкуренции в здравоохранении России, Германии и Израиля	5
2 Связь категорий «интеллектуальный капитал» и «профессиональная репутация» в теории и практике сферы здравоохранения	14
3 Факторы операционной конкурентоспособности учреждений здравоохранения: влияние всех значимых групп стейкхолдеров на профессиональную репутацию.....	22
4 Репутационные факторы и их влияние на конкурентоспособность: вызовы для отечественного здравоохранения	31
5 Функции профессиональных медицинских автономий в вопросах формирования профессиональных компетенций в здравоохранении	42
6 Совершенствование страховых принципов в российском здравоохранении и их связь с профессиональной репутацией в отрасли.....	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ	61

ВВЕДЕНИЕ

В бюджетном послании на 2013-2015 гг. Президент Российской Федерации определил, что эффективность осуществления бюджетных расходов в сферах образования и здравоохранения справедливо принимается в расчет и при оценке качества инвестиционного климата, поскольку эти расходы рассматриваются как инвестиции в человеческий капитал.

В последние годы на фоне отказа от жесткого государственного регулирования деятельности бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, широкого участия крупных частных иностранных компаний в обеспечительных функциях отрасли (оборудование, медикаменты и расходные материалы, продукты питания и пр.), а также выхода на рынок сетевых отечественных частных клиник, которые активно «забирают» у бюджетных учреждений объемы целевых государственных программ по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, актуализировался вопрос формирования новых конкурентных преимуществ для стабильных государственных и частных клиник, в основе которых знания и информация, генерируемые человеческим ресурсом.

На рынке услуг, особенно медицинских, *неосязаемые репутационные факторы, формирующие профессиональную репутацию (гудвилл) производителей товаров (работ, услуг)*, весьма существенно влияют на качество помощи населению, ее доступность.

При этом, имеется противоречие в связи с которым, данные факторы не учитываются при отборе участников для размещения целевых государственных заданий (заказов), участия частников в системе ОМС и субсидировании проектов ГЧП.

В конце октября 2016 года, выступая на заседании Правительства, Премьер-министр Дмитрий Медведев распорядился, чтобы ведомства, в том числе и Минздрав России, подготовили «дорожные карты» по повышению конкуренции в сферах, которые они курируют. Отчитаться министерства должны будут к 1 марта 2017 года. А глава Федеральной антимонопольной службы Игорь Артемьев, например, комментируя журналистам данную новость отметил, что необходимо *ликвидировать государственную монополию*, которая царит во многих социальных

отраслях, например в здравоохранении и образовании. Он пояснил, что необходимо развивать процессы приватизации, *стимулировать конкуренцию*, и это благополучно скажется на состоянии российской экономики.

В новой книге ректора РАНХиГС, проф. Мау В.А. отмечается: «с учетом значимости здравоохранения для постиндустриального человека, возможность получить качественную медицинскую услугу будет занимать все более важное место в системе ценностей среднего класса, то есть глобальный спрос будет только расти [1]».

Автор предлагает принимать во внимание: растущий интерес образованного человека к своему здоровью, имеющийся факт асимметрии информации в функционировании системы здравоохранения.

Среди важных шагов в формировании современной системы здравоохранения автор выделяет:

- *Создание условий для развития конкуренции между врачами и лечебными учреждениями.*
- Введение универсальной электронной медицинской карты, как путь к преодолению асимметрии информации.
- Усиление страховых принципов организации медицины. Речь идет о полноценном страховании, в котором страховые фирмы конкурируют за клиента.

В.А. Мау предлагает открыть полностью этот рынок для иностранных страховых фирм, а государство, по его мнению, должно сосредоточить внимание на создании медицинских учреждений и школ, *способных конкурировать на глобальном рынке* [1].

1 Сравнительные особенности развития конкуренции в здравоохранении России, Германии и Израиля

Правовая защита конкуренции в Российской Федерации основана на конституционном принципе запрета недобросовестной конкуренции. В нашей стране

«...не допускается экономическая деятельность, направленная на монополизацию и недобросовестную конкуренцию» [2].

Таким образом, по нашему мнению, конкуренция предполагает рыночную среду, монополия таких условий не создает, а защищает преференции одних групп участников экономической деятельности перед другими.

Недобросовестная конкуренция может существовать как в рыночной, так и монополистической среде ведения бизнеса. Это зависит от законодательных правил, наличия антимонопольного регулирования, а также от профессионально-этических норм в сферах экономической деятельности.

В здравоохранении, особенно важно определять границы легальности, правомерности осуществления медицинской деятельности, например, так как за этим стоят вопросы безопасности оказываемой медицинской помощи населению.

Скажем, что для сферы здравоохранения не относятся к незаконному ограничению конкуренции сложившиеся правила и обычаи, даже если они не отмечаются в федеральном законодательстве. Например, требования к наличию у частной медицинской организации свидетельств о сертификации специалистов, особенно врачей, может быть восприняты как ограничение конкуренции, при этом мнения потребителей услуг, вряд ли будут поддерживать такую позицию.

Отметим также наличие отраслевых требований ко всем участникам государственных программ работать на рекомендованном медицинском оборудовании и с применением определенных групп лекарственных средств при лечении диагнозов, включенных в страховку по ОМС, которые с позиций качественной и равнодоступной помощи ограничением конкуренции в отрасли вряд ли являются.

Справедливости ради отметим, что руководители многих государственных учреждений к таким ведомственным правилам относятся не всегда однозначно. Много критики раздается в адрес единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых Министерством здравоохранения России.

Не всегда устраивает всех участников здравоохранения правило

обязательного медицинского страхования (ОМС), устанавливающее единые для всех способы оплаты медицинской помощи на поликлиническом и больничном уровнях, а также единые размеры страховых тарифов при оплате законченных случаев обращения граждан за медицинской помощью и пр.

Отметим, что применительно к сфере здравоохранения, экономическая деятельность может вестись юридическими лицами разной формы собственности, как государственными: казенными, бюджетными, автономными медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения; так и частными (акционерными обществами, индивидуальными предпринимателями), которые имеют допуск к профессиональной деятельности – лицензию.

Наличие на рынке медицинских и социальных услуг преимущественно государственных учреждений, вовсе не является сигналом к признанию сферы здравоохранения монополизированной отраслью экономики с отсутствием экономической конкуренции.

По нашему мнению, говорить об отсутствии конкуренции при организации медицинской деятельности возможно, но скорее без учета наличия государственной собственности, ведь конкуренция - это работа в рыночной среде всех производителей услуг (государственных и частных).

Доказательством наличия рыночной среды в здравоохранении России, имеющей преимущественно государственные учреждения, могут служить следующие моменты.

1. Государство в лице своих органов является собственником и балансодержателем недвижимого и особо ценного движимого имущества¹ для государственных учреждений. При этом, субсидиарной ответственности по обязательствам таких учреждений оно не несет с мая 2010 года, что подтверждает факт ведения ими относительно самостоятельной экономической деятельности, включающей в себя в том числе предпринимательскую деятельность в соответствии с уставными задачами.

¹ Стоимостной диапазон отнесения имущества государственных учреждений здравоохранения к категории особо ценного утверждался в субъектах РФ

2. Государственные учреждения здравоохранения существуют в условиях конкурентного рынка производителей всех необходимых материально-технических ресурсов, где они на условиях антимонопольного конкурсного законодательства приобретают оборудование, лекарственные средства, медицинские изделия, мебель, горюче - смазочные материалы, транспортные услуги, услуги по текущему ремонту зданий, техники, имущества и пр. для обеспечения экономики лечебно-диагностического процесса. Даже консалтинговые и аудиторские услуги, юридическое консультирование дороже ста тысяч рублей, учреждения приобретают по конкурсным условиям, соответствующим антимонопольным критериям допуска.

3. Частные медицинские организации всех форм собственности с 2011 свободно подают заявление на участие в реализации программы государственных гарантий и по желанию допускаются до выполнения размещенных у них объемов помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования. Конечно же, они должны выполнить ряд процедурных допусков, что не снижает уровня конкуренции, а говорит о барьерах к некачественным и небезопасным способам медицинской деятельности. Процедурные допуски к государственному заданию, финансируемому из целевых финансов (средств бюджетов всех уровней и средств страховых фондов) являются одинаковыми для государственных и частных организаций, как правило, ориентированы на соблюдение единых отраслевых Порядков и Стандартов оказания медицинской помощи.

4. Пациенты здравоохранения имеют право свободного выбора учреждения и врача при обращении за медицинской (социальной) помощью. Они не выберут медицинскую организацию в которой помощь является некачественной, условия предоставления не отвечают их потребностям, а персонал не имеет адекватных навыков коммуникации и профессионализма. При этом, пациентам не важна форма собственности производителя услуг.

5. Страховые медицинские организации, имеющие законодательные права по защите пациентов от многих неблагоприятных факторов получения услуг по страховке, являются, как правило, частными организациями. При этом, они активно работают в сфере здравоохранения, выполняя финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций субъектов РФ и получая государственные средства на оплату медицинской помощи застрахованным и ведение дел. Регулирование

отношений – договорное, а критерии, ужесточающие требования к страховщикам со стороны государства по размеру уставного капитала и процедурам проведения медико-экономических экспертиз в лечебно-профилактических учреждениях – это дополнительная защита добросовестных участников государственных программ, гарантирующая гражданам бесплатность и доступность медицинской помощи.

В условиях развития медицинской науки, совершенствования медицинских технологий, роста квалификации персонала и результативности труда должны происходить динамические изменения ведомственных правил и допусков, особенно актуальным является вовлеченность в эти процессы профессиональных союзов (ассоциаций) медицинских работников. Одновременно, конкуренция поставщиков ресурсов в сфере здравоохранения может способствовать также росту инвестиций в продукты, генерируемые знаниями и создающими интеллектуальную собственность.

В свете характеристик монополизации и конкуренции в сфере здравоохранения весьма важным аспектом является наличие правил допуска частных медицинских организаций к участию в программа, финансируемых государством либо страховой медициной.

Приведем сравнительный анализ конкурентных преимуществ (ограничений) в работе частнопрактикующих врачей России, Германии и Израиля, отмечая не случайность выбора этих стран, о чем будет сказано чуть ниже.

Система здравоохранения в России в период с 1994 года последовательно внедряла систему обязательного медицинского страхования, пришедшую на смену государственному финансированию отрасли. На начальных этапах становления новой системы ее методологи, изучив передовой опыт, остановились на внедрении элементов медицинского страхования Германии.

По прошествии более 24 лет с момента реализации в отечественном здравоохранении обязательного медицинского страхования, было принято два закона, последний – в 2010 году. Развитие системы страховой медицины с тех пор регулируется большим количеством подзаконных актов, определяющих правила финансирования учреждений, участвующих в реализации ежегодно утверждаемой программы государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью.

Страховые средства централизованы в бюджете федерального фонда ОМС, формируются за счет двух источников: страховых отчислений от заработной платы работающих граждан (в размере 5,1% от общего фонда оплаты труда работодателей) и страховых отчислений на неработающее население, осуществляемых органами исполнительной власти субъектов РФ в размерах подушевого финансирования (от 6000 до 8000 рублей ежегодно).

В этой связи, а также учитывая, что отечественная система ОМС постоянно совершенствуется, обратимся к практике современного организационно-финансового механизма страхового обеспечения Германии и проведем сравнительный анализ по материалам опубликованным на официальном сайте Министерства здравоохранения Германии[3].

Сравнительные характеристики медицинского страхования в Германии и в России:

1. Охват населения стран медицинским страхованием практически можно назвать «всеобщим» и «обязательным»: в России 99% процентов населения имеют страховку ОМС, в Германии – 90%. Отметим разницу в методиках привлечения граждан к системам добровольного (или частного) страхования. В отечественной практике, в отличие от немецкого опыта, доля данного вида страховок крайне низка, не существует «границы дохода», при которой вводится добровольно-принудительное право гражданина осуществлять ДМС (как в Германии).

2. Вовлеченность 9% населения Германии в частное страхование здоровья предопределяет и развитие конкуренции на данном регулируемом рынке страховых услуг.

3. Наличие опыта Германии по организации развитой во всех Федеральных Землях сети частнопрактикующих врачей, их объединений (Praxis) позволяет иметь конкурентоспособный рынок в медицине, регулируемый жесткими едиными требованиями допуска к профессии врачей государственной и частной систем, а также правилами работы частных организаций в ОМС.

4. Больничные кассы Германии (прообраз российских территориальных фондов ОМС) выполняют задачи, связанные с защитой прав застрахованных

граждан (и по ОМС и по ДМС), взаимодействуя напрямую с медицинскими организациями всех форм собственности. В России есть частные страховые медицинские организации (СМО), которые должны заниматься только медицинским страхованием граждан и получают средства на ОМС из территориальных фондов. В развитии ДМС они самостоятельны, данный вид не достаточно законодательно определен. Договорные отношения отечественные производители медицинских услуг имеют со СМО, что отличает принципиально финансовое взаимодействие, проверки качества помощи, экспертизы счетов и санкции и пр.

5. Отмечается иная система маршрутизации пациентов с полисом ОМС в немецкие «экспертные центры» - медицинские университетские клиники, иные городские и краевые многопрофильные учреждения. Так, для сравнения, - в отечественной российской практике доступ пациента в высокотехнологичные центры специализированной стационарной помощи требует обоснованности направления его из учреждений 1,2 уровня (муниципальных, межмуниципальных медицинских организаций).

6. Существенно отличается размер личной финансовой ответственности граждан за свое здоровье и финансовой ответственности государства: в Германии принцип паритета (равные размеры взносов на ОМС примерно по 7,5%); в России взимание личных средств с граждан завуалировано системой централизованных отчислений работодателями от средств на оплату труда работников.

Рассмотрим опыт привлечения частных организаций Израиля к государственным программам (по материалам официального сайта Национального института страхования Израиля [4]).

Одним из аргументов выбора этой страны для сравнения с практикой России является тот факт, что большая часть наших соотечественников при выезде на лечение за границу выбирает израильские клиники для решения своих проблем со здоровьем, пренебрегая возможностями отечественных государственных и частных медицинских организаций.

Отметим, что финансовая основа медицинского страхования Израиля строится следующим образом: 43% расходов по ОМС направляются напрямую из государственного бюджета; 32% частное финансирование медицинских услуг; 25%

от бюджета здравоохранения [4].

Некоторые выводы о сравнительных характеристиках и развитии конкуренции между государственными и частнопрактикующими клиниками Израиля и России позволяют обобщить следующее:

1. Принадлежность одной трети всех средств системы здравоохранения к частным инвестициям предопределяет и новые организационные механизмы взаимодействия участников страхования в Израиле. В России наблюдается иная картина доля государственного финансирования за последние 5 лет «окрашена» страховой системой их распределения: около 74% средств отрасли являются средствами федерального бюджета и средствами федерального фонда ОМС, 22% - средствами бюджетов субъектов, 4%-средства иных источников (частные инвестиции по ГЧП, доходы от реализации платных медицинских услуг населению, ДМС).

2. Больничные кассы Израиля: Клалит, Маккаби, Меухедет и Леумит [5] - прообразы отечественных фондов ОМС, но классифицируются не по территориальному признаку, как в России (85 ТФОМС по количеству субъектов РФ), а по качеству собственной сети поликлиник, некоторых больниц и аптек, в которых они гарантируют пациентам все аспекты доступного (бесплатного и платного) лечения и лекарственного обеспечения. В российской модели здравоохранения собственность остается государственной, менеджмент госучреждений не имеет достаточных компетенций к ведению экономически эффективной деятельности, а приватизация учреждений социальной сферы практически отсутствует.

3. Врачи государственных и частных центров Израиля, объединенные общей методологией больничных касс, не испытывают монопольных ограничений по допуску (не допуску) их к реализации страховых услуг, все зависит от компетенции и выбора пациента, последний ранжируется с точки зрения сервисного статуса медицинских услуг (очередности получения помощи), но не с точки зрения платежеспособности, полноты и качества оказываемых ему услуг [6]. В российской практике пока, сервисный и комфортный процесс получения медицинских услуг сильно зависят от систем их оплаты: в ДМС – шире, в ОМС - ограничен. При этом,

часто качественные условия получения влияют на оценки пациентов России и Израиля, но при тарификации в отечественной модели ОМС инвестиционные составляющие (вложения в сервис и комфорт) не всегда могут учитываться в полном объеме.

С учетом вышесказанного, обратимся к анализу опыта допуска частных медицинских организаций к государственным программам в отечественном здравоохранении.

По данным опросных листов, проводимых рядом авторов, частные медицинские организации в России не имеют достаточного равноправия в вопросах участия в государственных программах и ОМС. В опросе приняли участие 63 частные медицинские организации, которым было задано 26 вопросов [7].

Среди опрошенных были: 25% - поликлиник; 22% - больниц; 21% - стоматологических центров; 15% - диагностических центров; 11% - санаториев; 3% - лабораторий; 3% - офтальмологических центров.

Из числа опрошенных 85,7% руководителей и линейных управленцев частных медицинских организаций считают, что эффективно было бы размещение государственных заказов у частных медицинских организаций. Однако, отвечая на вопрос об основных проблемах для работы частных медицинских организаций в ОМС 85% медицинских организаций указали: несовершенство тарифов, нормативно-правовой базы работы частных медицинских организаций и административные барьеры (рисунок 1).

Таким образом, можно сказать, что развитие конкуренции и преодоление барьеров монополизации производства медицинских услуг в государственных учреждениях России находится в стадии становления, но не имеет некоторых положительных тенденций развития, которые показывают такие страны, как Германии, Израиль.

Отметим, что развитие конкурентной среды, прежде всего в интересах пациентов, которые могут и должны делать осознанный выбор в пользу высокопрофессиональных услуг, независимо от организационно-правовой формы самой организации лечебно-диагностического процесса.

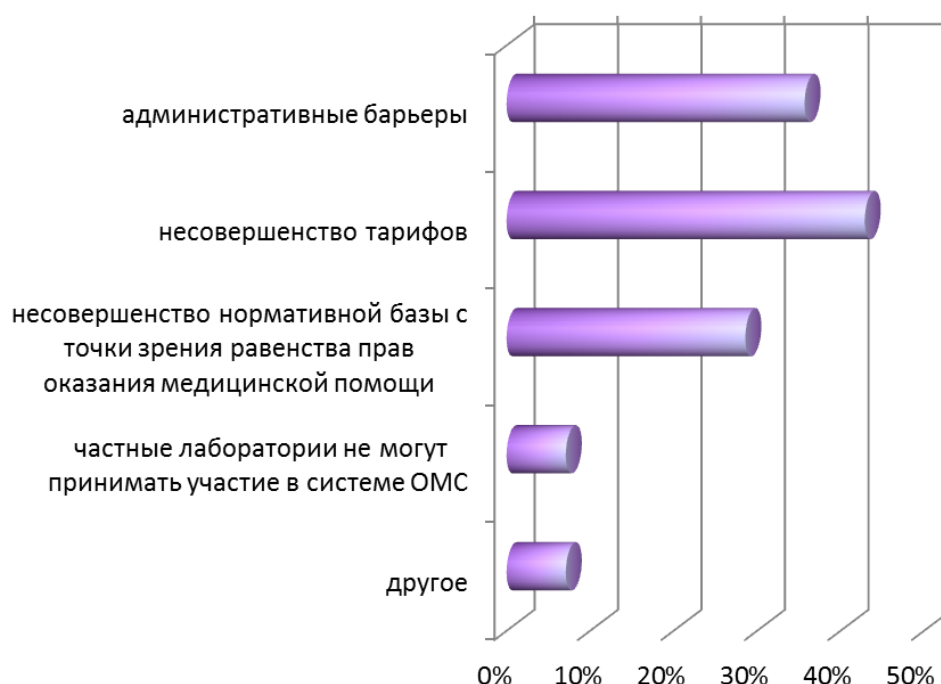


Рисунок 1 - Распределение основных проблем для работы частных организаций в системе ОМС (составлено по данным Кадырова Ф.Н., [7])

Отдельно остановимся на методологии формирования понятий «интеллектуальный капитал», «профессиональная репутация», попытаемся коротко выстроить взаимосвязь между ними.

2 Связь категорий «интеллектуальный капитал» и «профессиональная репутация» в теории и практике сферы здравоохранения

Говоря о развитии конкуренции на рынках услуг, можно сделать следующие выводы по научно-практическому анализу интеллектуального капитала - как среды формирования профессиональной репутации в сфере услуг. Отметим следующие моменты.

В методическом плане для современной сферы здравоохранения весьма важно определить профессиональные компетенции медиков и административно-управленческого персонала, сформировать свод правил и требований, так называемого, «стандарта качества и безопасности профессиональной конкурентной

медико-социальной деятельности».

Это невозможно сделать без опоры на общие методологические основы определения категорий:

- конкуренция участников производства медико-социальных услуг населению;
- формирование интеллектуального капитала в здравоохранении (медицинская наука и практика);
- оценка интеллектуальной стоимости экономических субъектов отрасли;
- оценка профессиональной репутации организаций – участников системы здравоохранения всех форм собственности, реализующих государственное задание и (или) задание системы социального (медицинского) страхования и выполняющих публичные услуги, бесплатные для населения.

Нами отмечается, что развитие конкуренции и антимонопольного законодательства в российской практике 2014-2016 гг. отвечает общемировым трендам межстрановых и внутристрановых торговых отношений, а наличие преимущественно государственного сектора производителей медико-социальных услуг не снижает конкуренции, если организовано в условиях:

- рыночной и антимонопольной среды приобретения ими материально-вещественных ресурсов;
- единых страховых принципов тарификации стоимости оказанной помощи при свободном выборе пациентом лечебно-профилактической организации (государственных и частных), реализующих государственные программы;
- единых лицензионных требований допуска к медицинской деятельности, правил сертификации медицинских работников всех форм собственности;
- единых федеральных порядков и стандартов оказания медицинской помощи, разработанных с участием медицинской автономии - саморегулируемой организации.

Интеллектуальный капитал формируется во всех отраслях экономики при

сочетании многих составляющих, что применительно к сфере здравоохранения может быть объединено в следующие элементы:

1. внутренние факторы среды развития потенциала любого экономического субъекта:

- материально-вещественные факторы любого производственного процесса (операционной деятельности, лечебный процесс и пр.), соответствующие передовым достижениям науки и техники;

- организационный потенциал организации, использующей методы кооперации и разделения труда с учетом компетенций, а также информационные технологии внутрифирменного взаимодействия и электронные процедуры коммуникаций;

- трудовой потенциал и способы его вовлеченности в общие тактические и стратегические задачи развития организации, позволяющие поддерживать на высоком уровне производительность труда и совершенствовать системы мотивации;

2. внешние факторы позиционирования экономического субъекта на рынке:

- эффективность коммуникаций с потребителями товаров (работ, услуг) и наличие постоянной обратной связи;

- профессиональные компетенции менеджмента при взаимодействиях со всеми внешними пользователями информационного и контрольно-надзорного поводов;

- соблюдение отраслевых правил и норм, внутриведомственных требований к качеству продукции (услуг), соблюдение требований профессиональных союзов (ассоциаций) по допуску к профессии, этике и квалификации и пр.

Термины «интеллектуальный капитал» и «нематериальные активы» стали все больше, по нашему мнению, продвигать в научном обиходе понятие «человеческого капитала», который создается:

- образованием сотрудников;

- профессиональным опытом и компетенциями;

- процессами документооборота;
- организационной структурой юридического лица [8].

Можно заключить, что большинство компаний использует наблюдения и измерения интеллектуального капитала для стратегического управления стоимостью своих активов, состоящих из материально-вещественных факторов труда, а также из оценок профессиональных компетенций менеджмента и качества применяемых технологий производства и труда персонала.

Изучая литературные источники, мы отметили, что существуют альтернативные точки зрения, рассматривающие интеллектуальный капитал не как объект оценок и постановки на баланс в качестве стоимости, а, скорее, как совокупность категорий: профессиональные знания; трудовые навыки и компетенции; технологические процессы; организация деятельности[9].

На рисунке 2 систематизируем понятие авторские и смежные права, как объект управления интеллектуальной собственностью для системы здравоохранения.

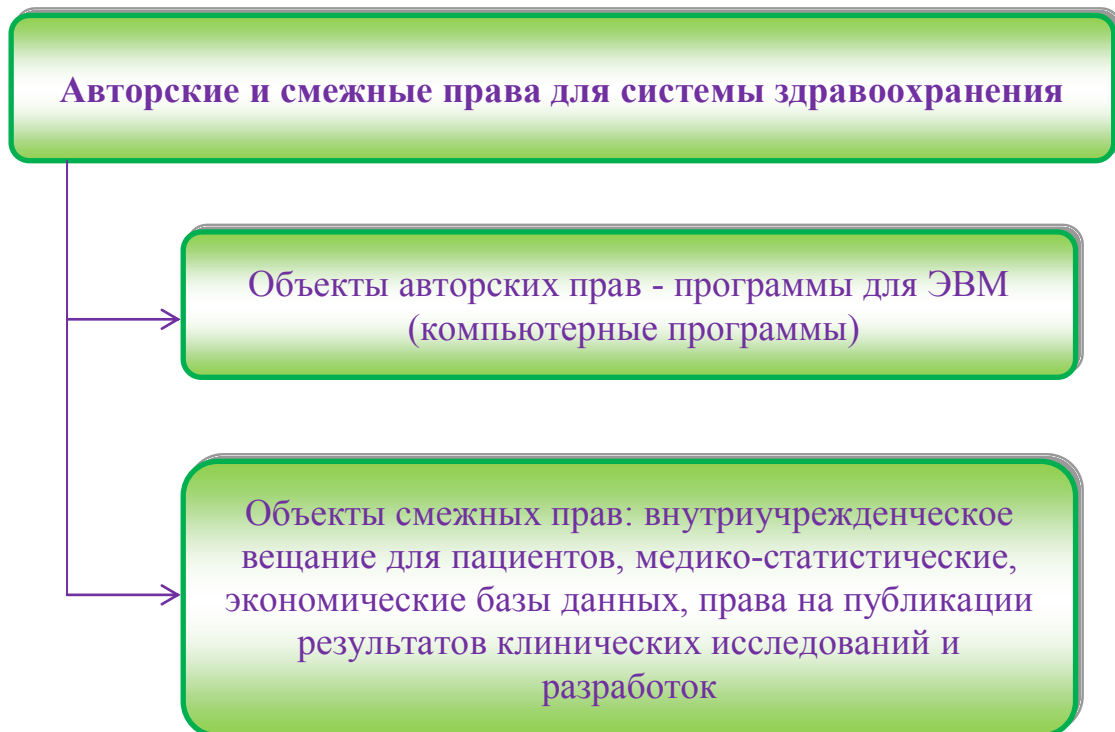


Рисунок 2 - Содержание авторских и смежных прав в здравоохранении (составлено авторами на основе [10,11])

Как видно на рисунке 2, программы ЭВМ – это составляющий элемент авторских прав который для системы здравоохранения, а также для тарифного регулирования в обязательном медицинском страховании весьма важен и связан с программным обеспечением деятельности участников процесса производства и оплаты услуг. Переход на электронные истории болезни, ведение электронных торгов для государственных нужд, а также электронные документов обороты требуют внимательного отношения к данным, их защите и способу программного сопровождения. При этом следует сказать, что бухгалтерский учет и внутренний контроль сопровождаются в медицинских учреждениях традиционным использованием различных компьютерных программ.

Страховые медицинские организации, фонды ОМС (федеральный и территориальные) накопили за 1996-2016 годы огромные базы данных о застрахованных территориальных жителях, причинах их обращений за медицинской помощью, способах оплаты оказанных услуг и их стоимости. Передача медико-статистических баз данных о реализации программы государственных гарантий может служить основой для стратегического планирования видов и объемов медицинской помощи населению России.

Переход на «электронное здравоохранение», «электронные бюджеты», телемедицинские технологии и биллинговые технологии взаиморасчетов способствует актуализации вопросов учета интеллектуального капитала в ведомственных планах развития.

Отметим, такой важный аспект в медицинской науке и новых технологиях лечения пациентов как права собственности на изобретения. В процессе создания и клинических исследованиях медицинских изделий и медицинской техники важность данных аспектов трудно переоценить. Кроме того, публикация результатов клинических исследований и новых разработок медицинских изделий, лекарственных средств и пр. составляет потенциал интеллектуального капитала, требует развития и совершенствования его оценок и учета в деятельности учреждений отрасли.

В инновационных процессах, которые усиливаются в связи с развитием высокотехнологичной медицинской помощи, новые продукты интеллектуальной

деятельности создают интеллектуальный капитал сферы здравоохранения. Не далек тот день, когда менеджмент ЛПУ научится его оценивать и ставить на баланс, создавая конкурентные преимущества отечественной медицины и предоставляя предмет включения в тарифы ОМС новых направлений возмещения расходов за фактически оказанную населению страховую медицинскую услугу.

При этом, механизмами защиты изобретателей и исследователей можно считать составляющие патентного права, которое регулирует отношения, возникающие в связи с созданием и использованием изобретений, полезных моделей и промышленных образцов, то есть результатов технического (в широком смысле этого слова) творчества, признанных в установленном порядке соответствующими определенным законодательством критериям (рисунок 3).



Рисунок 3 - Содержание патентных прав в здравоохранении, как составной части интеллектуального капитала (составлено авторами по материалам [10,11])

Как видно на рисунке 3, новые образцы медицинской техники, роботы (для выполнения хирургических сложных операций), нано- и био-медицинские технологии и изобретения можно отнести к элементам патентных прав.

Следует также вспомнить, что брендирование услуг и организаций – элемент конкурентной борьбы и гарантия качества для потребителей. Известные в здравоохранении «торговые наименования», «фирменные названия»: Медси, Европейский медицинский центр, Он-Клиник, Доктор рядом, клиника им. Бакулева, центр им. Бурденко, клиники Управления Делами Президента, лаборатории Инвитра и Гемокод и ряд других, - создают репутационные преимущества медицинским работникам, имеющим с ними трудовые отношения. При этом возникают предпосылки учета средств индивидуализации медицинского процесса в таких организациях (как частной, так и государственной системы) в составе интеллектуального капитала. Стоимость таких брендов возрастает, что говорит о наличии интеллектуальной собственности.

Объекты патентного права и средства индивидуализации в ряде международных актов совместно условно именуются объектами промышленной собственности, чем подчеркивается их основная задача - способствовать развитию производства и торговли в современном мире [11] (рисунок 4).



Рисунок 4 - содержание понятия средства индивидуализации на примере товаров и услуг сферы здравоохранения (составлено авторами на основе [12])

К нетрадиционным объектам интеллектуальной собственности условно относятся все иные объекты, не вошедшие в указанные выше группы, но имеющие с ними определенные черты сходства, используемые при предоставлении охраны законодательных конструкций [11] (рисунок 5).



Рисунок 5 - Содержание нетрадиционных объектов интеллектуальной собственности в здравоохранении[12]

Использование всех указанных выше составляющих интеллектуальной собственности в сфере здравоохранения не всегда можно оценить в текущих экономических результатах деятельности субъектов управления. Порой их вклад в развитие медицины имеет отдаленные последствия, а результаты научных исследований и авторских методов лечения остается нефинансовым активом изобретателей. Не сложилась методика включения таких результатов в стоимость

медицинских учреждений. Зачастую, неосязаемая природа таких активов усложняет процессы их идентификации и учета при формировании финансовых показателей работы всех участников системы здравоохранения.

Таким образом, в последние годы на фоне отказа от жесткого государственного регулирования деятельности бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, широкого участия крупных частных иностранных компаний в обеспечительных функциях отрасли (оборудование, медикаменты и расходные материалы, продукты питания и пр.), а также выхода на рынок сетевых отечественных частных клиник, которые активно «забирают» у бюджетных учреждений объемы целевых государственных программ по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, актуализировался вопрос формирования новых конкурентных преимуществ для стабильных государственных и частных клиник, в основе которых знания и информация, генерируемые человеческим ресурсом.

Следовательно, в отрасли возникает необходимость идентифицировать интеллектуальную собственность, иметь тактические и стратегические задачи по ее созданию и преумножению, и как следствие развивать компетенции менеджмента медицинских организаций по ее оценке для целей роста конкурентоспособности.

При этом конкуренция может оцениваться во всех отраслях экономики, и в здравоохранении также, по характеристикам всех значимых групп, стейкхолдеров. Рассмотрим возможности использования данного механизма.

3 Факторы операционной конкурентоспособности учреждений здравоохранения: влияние всех значимых группы стейкхолдеров на профессиональную репутацию

Как известно, в конкурентоспособных отраслях экономики стал популярен репутационный аудит - это профессиональное исследование репутации компаний или личности (например, репутация руководителя бизнеса) Репутационный аудит проводится среди различных целевых групп, - как правило, это группы клиентов, партнеров, средств массовой информации, представителей власти, отраслевых ассоциаций, то есть групп, которые имеют те или иные интересы по отношению к исследуемому бизнесу или могут оказать на него влияние. Такие группы

называются стейкхолдерами [13].

Факторы конкурентоспособности, их (связь) влияние на профессиональную и социальную репутацию учреждений здравоохранения осуществляются через влияние на самые значимые группы влияния – стейкхолдеров.

К первым значимым группам влияния в здравоохранении относятся: посетители поликлиник, пациенты лечебных учреждений, прикрепленное для обслуживания население, которых можно определить термином - клиенты медицинского учреждения (МУ). Они приносят свои финансовые средства в МУ в виде полиса ОМС или наличных средств, чтобы решить возникшую проблему со здоровьем, либо предотвратить проблему путем ранней диагностики или применения профилактических мер.

Ко вторым значимым группам влияния в здравоохранении относятся медицинские страховые компании (МСК), осуществляющие финансирование МУ по ОМС, ОМС+, ДМС, и осуществляющие контроль за правильностью и эффективностью использования полученных средств.

К третьим значимым группам влияния в здравоохранении относятся органы управления отраслью, принимающие решения об условиях допуска к выполнению Программы государственных гарантий (ПГГ) и Территориальных Программ государственных гарантий (ТПГГ):

- Министерство здравоохранения Российской Федерации,
- Департамент здравоохранения Аппарата Правительства РФ,
- Региональные органы законодательной и исполнительной власти,
- Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

В этих структурах работают лица, принимающие решения (ЛПР).

К четвертой значимой группе влияния в здравоохранении относятся сотрудники медицинских учреждений: врачи общей практики и узкие специалисты, медицинские сестры, лаборанты, младший обслуживающий персонал, технические и хозяйственные службы.

К пятой значимой группе влияния в здравоохранении относятся медицинские ВУЗы и колледжи, призванные развивать научные знания, обеспечить отрасль компетентными специалистами, обладающими глубокими знаниями по своему профилю, умениями к работе в команде и индивидуально, владеющими профессиональными навыками. Это - Система высшего и среднего медицинского образования (СВиСМО)

К шестой значимой группе влияния в здравоохранении относятся медицинские учреждения – конкуренты на отраслевом рынке, претендующие на свою долю рынка.

После допуска учреждений частной медицины к выполнению заданий Территориальных Программ государственных гарантий (ТПГГ), сила конкуренции в отрасли возросла [14].

В приведенной ниже таблице 1 авторы делают попытку рассмотреть мнение различных групп стейкхолдеров, их влияние на операционную конкурентоспособность учреждений здравоохранения.

Таблица 1. - Факторы операционной конкурентоспособности, их влияние на профессиональную и социальную репутацию учреждений здравоохранения во мнении значимых групп

Факторы конкурентоспособности	Влияние на репутацию медучреждения	Механизм обеспечения в медучреждении
Ориентация на интересы пациента – пациент ориентированность, клиент ориентированность	Прямое, непосредственное на Клиентов и Персонал. Опосредованное – на МСК и ЛПР, Конкурентов.	Унифицированные правила, процедуры процесса обслуживания пациента для укрепления, восстановления его здоровья.
Наличие компетентных специалистов по профилю клиники	Прямое, непосредственное на Клиентов, Конкурентов, МСК, СВиСМО и ЛПР. Опосредованное – на Персонал	Привлечение в штат лучших профильных специалистов. Наличие кафедры ВУЗа.
Оснащенность современным, высокотехнологичным оборудованием (ВТОб) по профилю клиники	Прямое, непосредственное на Клиентов, Персонал, МСК, Конкурентов, СВиСМО и ЛПР.	Своевременное приобретение ВТОб на основе информированности менеджмента. Обучение специалистов работе на ВТОб. Загрузка ВТОб на основе паспортной производительности.
Система грамотного менеджмента учреждения здравоохранения	Прямое, непосредственное на Клиентов, Персонал, МСК, Конкурентов, СВиСМО и ЛПР.	Регулярное обучение, повышение квалификации, переобучение всех категорий персонала. Развитие управленческого мышления через освоение нового знания.
Наличие актуального информативного сайта клиники, раскрывающего все бесплатные и платные предоставляемые услуги	Прямое, непосредственное на Клиентов, Персонал, МСК, Конкурентов.	Информационные технологии встроены в процесс оказания медицинских услуг. Регулярное обучение персонала ИТ – технологиям.
Использование информационных технологий: - для получения обратной связи от пациентов; для записи на прием к врачу; для мониторинга хронических больных; - для дистанционного сопровождения выписанных из стационара пациентов.	Прямое, непосредственное на Клиентов, Персонал, МСК, Конкурентов, СВиСМО и ЛПР.	Информационные технологии встроены в процесс оказания медицинских услуг. Регулярное обучение персонала ИТ – технологиям. Перераспределение задач между разными группами персонала для более рациональной организации работы, использования времени специалистов.

Источник: составлено авторами

Таким образом, рассмотрев факторы операционной конкурентоспособности, их влияние на профессиональную и социальную репутацию учреждений здравоохранения во мнении значимых групп, мы отмечаем, что все перечисленное имеет влияние на все шесть значимых групп, выделенных нами. Мы отмечали прямое, непосредственное влияние, если данный фактор влияет на решение Субъекта. Либо мы отмечали опосредованное влияние фактора, если он не приводит к определенным решениям Субъекта.

Под индивидуальным Субъектом нами понимается потенциальный посетитель, пациент, клиент учреждений здравоохранения, который на основе доступной ему информации, принимает решение по обращению в медицинскую клинику. Под индивидуальным Субъектом нами понимается также каждый член трудового коллектива, выбравший данное место работы, обеспечивающий своим трудом профессиональную и социальную репутацию учреждения.

Под социальными Субъектами нами понимаются такие значимые группы – стейкхолдеры: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Департамент здравоохранения Аппарата Правительства РФ, Региональные органы законодательной и исполнительной власти, Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Под социальными Субъектами нами также понимаются такие значимые группы, как ВУЗы и ССУЗы в системе образования, Медицинские страховые компании, Конкуренты на отраслевом рынке медицинских услуг.

Социальные Субъекты имеют более значительную силу и ресурсы влияния, что проявляется в принятии того или иного управленческого решения на их уровне. Эти решения, как правило, напрямую затрагивают ресурсное обеспечение учреждений здравоохранения [15].

В рыночном секторе услуг России, который более двадцати лет работает в «рынке покупателя», т.е. в конкурентной среде, где предложение услуг превышает их спрос. Покупатель, клиент делает выбор в пользу того или иного товара, услуги, опираясь на свои критерии оценки, знание деловой репутации продавца товара, производителя услуг. Среди «старожилов рынка покупателя» уже выработаны и вошли в практику методы клиент ориентированности.

В отличие от производителей других видов услуг, медицинские учреждения еще только вступают в пространство «рынка покупателя», в котором потребитель услуг - «пациент – король», выбирающий по своим критериям производителя медицинских услуг. Поэтому для многих медицинских организаций стоит задача изменения методов управления, организации деятельности и обучения персонала в направлении ориентации на пациента.

В рыночном секторе услуг различных отраслей интеллектуальными усилиями консультантов, руководителей и специалистов, а также на основе опыта, выработаны определенные «заповеди клиент ориентированной организации», которые помогают правильно ставить акценты в работе с персоналом.

Отдав должное факторам операционной конкурентоспособности отметим, что имеются некоторые несовершенства отечественной практики проведения конкурсных процедур при закупках товаров, работ услуг для государственных нужд, которые влияют на формирование современной среды конкурентоспособности отечественных медицинских организаций. Основополагающими документами в сфере государственных и муниципальных закупок регулируются отношения участников конкурсного размещения запросов-предложений, направленные на обеспечение выполнения государственных и муниципальных заданий. Законодатель призван определять процедуры закупок ресурсов в целях повышения эффективности, результативности, гласности и предотвращения коррупции и других злоупотреблений при реализации уставной деятельности в государственной системе [17].

На наш взгляд, конкурсные процедуры и их эффективная организация в государственном секторе здравоохранения напрямую влияют на качество закупаемых ресурсов, и как следствие, - на качество конечного продукта, его конкурентоспособность

В процедурах конкурсов, аукционов участвуют организации всех форм собственности, при этом антимонопольное законодательство имеет к ним обоснованные претензии. Мы не ставим задачу раскрывать все причины несовершенства данных процессов, так как об этом много написано. Наша задача состоит в том, чтобы описать отдельные направления совершенствования процедур допуска к участию в государственных закупках для целей повышения

конкурентоспособности медицинских организаций-производителей услуг, а также организаций – поставщиков лекарственных средств, медицинских товаров, обеспечительных услуг, участвующих в конкурсном отборе.

Здесь отметим, что развитие таких торгов приводит ряд регионов России к практике их централизации под организационным управлением территориального органа здравоохранения. Так, отметим опыт г. Москвы по созданию в 2015 году Агентства по централизованным закупкам материально-вещественных факторов обеспечения лечебно-диагностического процесса, осуществляемого для московских поликлиник, стационаров, станций скорой медицинской помощи.

Данные о работе Агентства приводятся по результатам выполненной аттестационной работы слушателя программы МБА РАНХиГС при Президенте РФ Лежнева А. (научный руководитель - профессор Габуева Л., 2016 г)[17].

В настоящий момент Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы "Агентство по закупкам (контрактная служба) Департамента здравоохранения города Москвы" исполняет функции государственного заказчика по закупке товаров, работ и услуг, финансирование которых осуществляется с привлечением средств бюджета города Москвы, и выполняет функцию организатора совместных торгов для государственных казенных учреждений, государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы и государственных бюджетных образовательных учреждений Департамента по следующим направлениям [17]:

- закупка технологического оборудования, медицинской мебели и оказание услуг по ремонту, техническому и метрологическому обслуживанию медицинской техники и медицинского оборудования для обработки и утилизации медицинских отходов;

- оказание услуг поставками лечебного питания, по организации готового питания (для детей и взрослых), в том числе привозного;

- оказание услуг по обслуживанию санитарным автотранспортом, санитарным автотранспортом (с носилками и без), санитарными автомобилями "Скорая медицинская помощь", автомобилями с флюорографическим оборудованием, перевозки тел умерших, для перевозки инвалидов, передвижных наркологических

пунктов, специализированных автомобилей "Изотопы", "Радон";

- закупка неспецифических лекарственных препаратов для обеспечения лечебно-профилактических учреждений и оказание услуг по обеспечению лекарственными препаратами отдельных категорий граждан, имеющих право на государственную социальную помощь, а также закупка защищенных льготных рецептурных бланков для выписки льготных лекарственных средств, закупка комплектов для новорожденных;

- оказание услуг по стирке и комплексной обработке мягкого инвентаря (с предоставлением в аренду при необходимости);

- оказание услуг по охране объектов, услуг по пожарно-постовой охране объектов, а также услуг по гардеробному обслуживанию и обслуживанию соответствующих им работ;

- выполнение работ под приспособление учреждений здравоохранения под передвижение маломобильных групп населения;

- закупка путевок на долечивание пациентов из числа работающих жителей города Москвы в специализированных санаториях после стационарного лечения.

Заказчик во всех случаях должен осуществлять закупки путем проведения открытого конкурса, за исключением случаев: конкурс с ограниченным участием, двухэтапный конкурс, электронный аукцион, запрос котировок, запрос предложений, закрытые способы определения поставщиков и подрядчиков и закупки у единственного поставщика.

Отдельно выделяется двухэтапные конкурсы. В них в ЕИС размещаются извещения, а победитель такого конкурса определяется из числа участников закупки, прошедших пред квалификационный отбор (на первом этапе двухэтапным конкурсом) и (или) предложивший лучшие условия исполнения контракта по результатам второго этапа такого конкурса. При осуществлении двумя и более заказчиками закупок одних и тех же товаров, работ, услуг такие заказчики вправе проводить совместные конкурсы или аукционы.

Ниже представлены статистические показатели общего объема закупок проводимых Агентством с момента создания (Рисунок 6).

В соответствии с действующим законодательством, конкурентными способами определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей) работ и услуг для государственной системы здравоохранения являются:

- конкурсы (открытый конкурс, конкурс с ограниченным участием, двухэтапный конкурс, закрытый конкурс, закрытый конкурс с ограниченным участием, закрытый двухэтапный конкурс) – выбор победителя, который предложил лучшие условия;

-аукционы (аукцион в электронной форме (далее также - электронный аукцион), закрытый аукцион) - выбор победителя только по критерию цены;

-запрос котировок, запрос предложений (таблица 2)

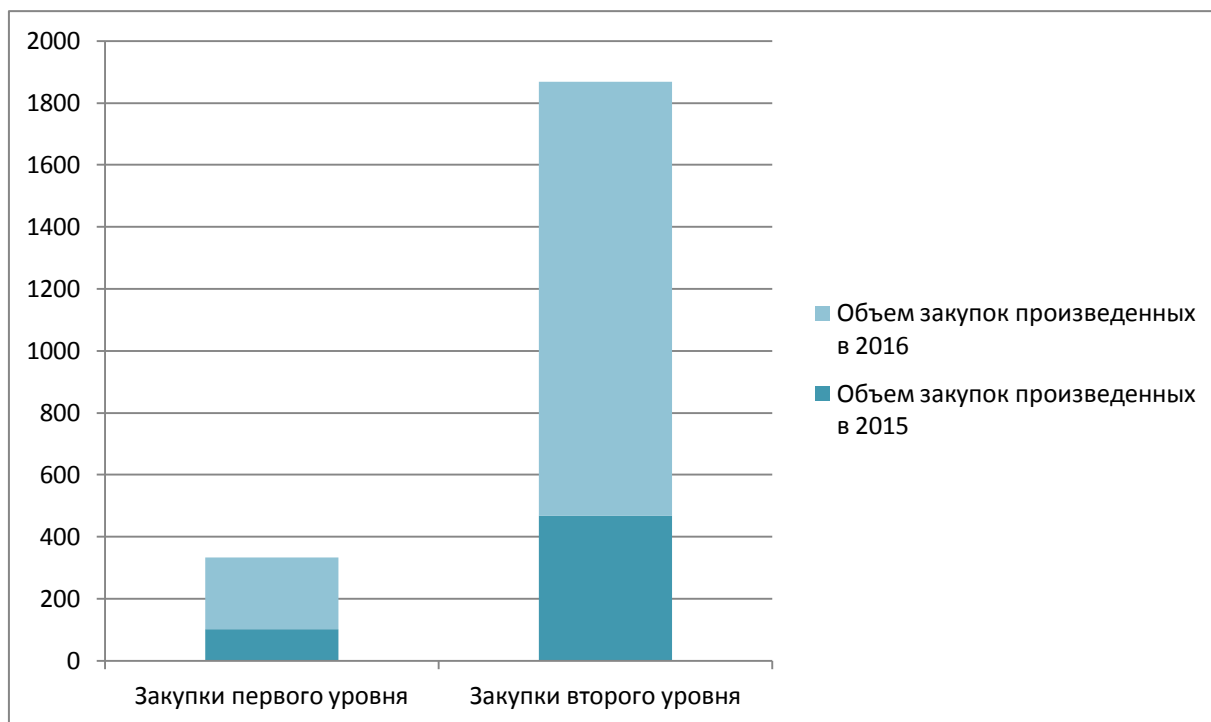


Рисунок 6 - Динамика объемов централизованных закупок, осуществляемых Агентством г. Москва в 2015-2016 гг. для нужд государственных учреждений здравоохранения [17].

Таблица 2 - Количество произведенных конкурсных закупок (по видам) для государственных учреждений здравоохранения г. Москвы в период с 30.04.2016 по

10.09.2016[17]

Тип процедуры	Всего проведено закупок	Совместных закупок (закупок для нескольких ЛПУ однородных товаров), в руб.	Контрактов заключено на сумму, в руб.	Процент снижения цены контракта, %	Экономия в результате снижения цены контракта, в руб.
Электронный аукцион	2033	27 680 165 993,25	21 970 174 341,52	18,56	5 709 991 651,92
Конкурс с ограниченным участием	40	12 226 381 195,90	5 528 631 450,03	38,05	6 697 749 745,87
Открытый конкурс	127	14 384 247 874,29	13 183 892 282,48	11,27	1 200 355 591,81
Запрос предложений	1	47 327 490,00	45 907 671,60	3,00	1 419 818,40

Совершенствование систем размещения государственных заданий, по нашему мнению, должно идти по пути более широкого внедрения электронных процедур планирования, контроля ресурсов, что в свою очередь будет способствовать повышению эффективности расходования целевых средств здравоохранения (средств бюджетов всех уровней и средств ОМС). Рост компетентностей, совершенствование трудовых функций АУП государственных ЛПУ в рамках поэтапного перехода на работу по профессиональным стандартам статистического и финансово-экономического менеджмента позволит достигать эффективной политики конкурсных торгов. Не исключается централизация служб управления закупками и проектами ГЧП в органах управления здравоохранения.

4 Репутационные факторы и их влияние на конкурентоспособность: вызовы для отечественного здравоохранения

По высказыванию Валитова Ш.М., Мальгина В.А: «...деловая репутация выступает существенной, зачастую основной, частью бизнеса, определяющей возможность привлечения инвестиций, формирования деловых связей и взаимоотношений с властными и деловыми элитами» [18].

Рейтинг деловой или профессиональной репутации выступает мерилем качественной оценки менеджмента компании, выступает базовым показателем, определяющим стоимость бизнеса зарубежных компаний.

Рейтинги профессиональной репутации в мировой практике составляют уважаемые независимые организации, например, Reputation Institute, Interbrand, Hill&Knowlton, журнал Fortune, газета Financial Times [19].

В рамках ежегодного исследования Reputation Institute - The Global RepTrak® 100 , например, оцениваются 100 лучших компаний из 15 стран. В волне оценок 2015 года приняли участие 61 000 респондентов. Оценивается способность компаний соответствовать ожиданиям заинтересованных лиц по 7 областям:

- продукты (сервисы);
- инновации;
- условия труда;
- управление;
- лидерство;
- финансовые результаты;
- социальная ответственность.

В тройке лидирующих критериев, имеющих наибольший вес и определяющих итоговый рейтинг находятся такие как: - продукты (сервисы), управление, инновации. Исследование показывает, что в среднем улучшение репутации на 5% повышает и общественную поддержку. В тройке лидеров – BMW, Google и Daimler[19].

Профессиональная репутация (гудвилл), охватывающая в числе прочего оценку деловых качеств участника делового оборота, может принимать не только

положительное, но и отрицательное (нулевое) значение. Так компания Interbrand рекомендует оценивать деловую репутацию с использованием отраслевых коэффициентов (мультипликаторов), принимающих значения от 0 до 20, на которые умножается чистая прибыль, приходящаяся на гудвилл [20].

Известно своими результатами такое сравнительное международное социологическое исследование уровня доверия, как - «Edelman Trust Barometer». Оно проводится ежегодно коммуникационной компанией Edelman, так в 2015 году ей было проведено исследование методом онлайн опроса через сеть Интернет более 33 000 респондентов в 28 странах. Данные последней волны опроса говорят о том, что 59% респондентов рекомендовали своему окружению какую-либо компанию за последний год [21].

По данным этого опроса, например в России уровень доверия к правительству остается выше, чем к бизнесу: 53% против 38%. Сотрудники компаний являются основным источником информации об организации, степень доверия к которому крайне высок [21].

Не только бизнес структуры проводят репутационный аудит. Так, В США выделим репутационные социальные индексы или «индексы системы здравоохранения», называемые еще «индексы S&P Healthcare Claims Indices», которые позволяет отслеживать тенденции здравоохранения США по географическому признаку – на уровне страны и отдельных субъектов [22].

Индексы S&P Healthcare Claims Indices являются первыми индексами для отражения фактических данных по претензиям и жалобам пациентов в сфере здравоохранения. Статистика обобщает обращения около 60 миллионов человек (приблизительно 40% коммерчески застрахованных в США) [22].

Есть три типа индексов «S & P Healthcare»:

1.Стоимости, ориентированные на отслеживание стоимости набора услуг на одного застрахованного;

2.Утилизации, отслеживающие использование набора услуг в заданный период времени на одного застрахованного.

3.Себестоимости единицы продукции, позволяющие устанавливать

динамику средней стоимости единицы услуг здравоохранения (например, стоимость дня в стационаре) в рамках определенного вида медицинской помощи [22]

Репутационные индексы рассчитываются в Америке для четырех направлений страхового бизнеса:

- крупные планы страхования объединяют коллективным страхованием более 100 сотрудников;

- некрупные виды страхования для менее 100 человек;

- индивидуальные программы страховки, когда физическое лицо «само страхует» здоровье с целью получения медицинских услуг при наступлении страхового случая в обмен на премию, выплачиваемую страховщиком;

- планы только на административные услуги, в которых страховая компания управляет составлением страховой программы, а работодатель несет ответственность за выплату понесенных расходов, возникших при наступлении страхового случая [22].

В рамках рейтинга лучших больниц США в 2015-2016 гг., который готовится издательством U.S. News & World Report, были обработаны данные почти 5000 больниц и результаты опросов более 140000 врачей. Это позволило ранжировать лучшие центры в 16 категориях медицинских услуг для взрослых, например, лечение онкологии в урологии. В рейтингах участвуют показатели смертности, безопасность пациентов и репутация больницы - некоторые из многих рассматриваемых показателей [23]. Приведем полный список показателей данного рейтинга:

1. Репутация среди специалистов: доля докторов по специальностям, которые назвали больницу в 2013-2015 гг. как лучшую для лечения сложных случаев.

2. Выживаемость пациентов спустя 30 дней после поступления в медицинскую организацию с поправкой на тяжесть случая и другие факторы риска.

3. Безопасность пациента.

4. Предотвращение 7 видов наиболее рискованных происшествий и

врачебных ошибок.

5. Количество пациентов, обратившихся в медицинскую организацию и завершивших полное лечение (диагностику) по причинам заболеваний.

6. Количество высоко рискованных пациентов, вновь принятых в течение года (определение таких пациентов стандартизовано по выбранному набору процедур в рамках специальности).

7. Интенсивность сестринской помощи в разрезе относительного соотношения медицинских сестер, приходящихся на одного пациента (чем больше сестер, тем выше показатель) и признание в рамках программы Magnet, предусматривающей сертификацию сестринского персонала в соответствии с высокими стандартами американского центра аккредитации сестер (ANCC).

8. Новые, инновационные технологии, а именно: специальные технологии визуализации и услуги трансплантологии.

9. Услуги для пациентов расширенного списка, такие как программы кардиологической реабилитации и хоспис.

10. Травмпункт, в разрезе аккредитованного государством поставщика расширенных услуг по травматологии.

11. Наличие специалистов по интенсивной терапии, наличие хотя бы одного блока интенсивной терапии с врачом, у которого есть сертификат или пройденный тренинг по уходу за пациентами отделения интенсивной терапии [23].

Данные индексы могут служить ценным инструментом для широкого круга заинтересованных сторон, в том числе страховщиков, медицинских работников, работодателей и отраслевых аналитиков.

Отметим в этой связи, что в 2014 году Национальная система здравоохранения Великобритании (NHS) была признана лучшей системой здравоохранения международной группой экспертов, которые оценили NHS выше аналогичных систем охраны здоровья населения в странах, которые тратят на здравоохранение большие средства. Например, США, где показатель

соответствующих расходов на душу населения является самым высоким, демонстрирует скромные результаты с точки зрения эффективности услуг [24].

В исследовании Commonwealth Fund Великобритании вышла на первое место среди 11 стран по восьми показателям из 11 рейтинговых критериев. Среди оцениваемых критериев отметим такие как: показатели эффективности оказанной помощи; показатели эффективного ухода за кожей; показатели безопасного лечения; показатели скоординированной помощи, ориентированной на пациента с конкретным диагнозом и на медицинскую помощь по видам; оценки помощи по сравнению расходов на оказание услуг [24].

На втором месте в исследовании Commonwealth Fund оказалась Швейцария, на третьем – Швеция. Исследование базируется на опросах пациентов и врачей, данных ОЭСР, ВОЗ, рейтингов оказания медицинской помощи [24].

Кроме того, в здравоохранении за рубежом (США, Великобритания, Швейцария) детализация рейтинговых оценок уровня обслуживания пациентов дошла до микроэкономического уровня отдельных идентичных организаций, имеет конкретизацию для каждого практикующего медицинского работника.

Таким образом, рейтинги деловой репутации и иные социальные индексы весьма распространены в мировой практике деятельности объектов здравоохранения. Они находят применение в социальной сфере России в виде начатого в 2013 году Министерством труда мониторинга независимой оценки качества социальных (медицинских) услуг. Однако, опыт распространения практики нескольких рейтингов, в том числе включающих оценки профессиональной репутации организаций, оказывающих услуги, финансируемые государством в российских субъектах РФ пока несколько отстает от западных аналогов.

Отдельно отметим, что в отечественной практике имеется опыт проведения оценок работы главных врачей и медицинских организаций с позиций эффективности выполнения государственных заданий, роста медицинской результативности труда врачей и их систем мотивации. Отслеживается доступность и внеочередность получения обязательных страховых услуг в ОМС.

При этом, на рынке медицинских услуг России неосозаемые репутационные факторы, формирующие профессиональную репутацию производителей товаров

(работ, услуг), весьма существенно влияют на качество помощи населению, ее доступность и востребованность. Однако, к сожалению, они не так распространены как в мировой практике.

Имеется противоречие в связи с которым, данные факторы не учитываются при отборе участников для размещения целевых государственных заданий (заказов), участия частных клиник в системе ОМС России и субсидировании проектов ГЧП в регионах страны. Отчасти, это связано с тем, что сложная структура оценки профессиональной репутации, которую еще называют гудвиллом, в тех случаях когда возможно данный актив организации учитывать на балансе. В дальнейшем введение в научный оборот российской сферы социальных услуг понятия «профессиональная репутация» должно произойти методологическое обоснование внедрения и проработаны методические подходы, применительно к условиям страховой медицины.

Рассматривая профессиональную репутацию в сфере медико-социальных услуг с научной точки зрения мы исходим из того, что гудвилл - это вид интеллектуального капитала, прежде всего включающий:

- качество технологий медико-социальной помощи населению, включая оценки соответствия отраслевым порядкам и стандартам оказания медицинской и социальной помощи, а также эффективность внедрения передовых достижений медицинской науки и клинической практики испытаний лекарственных средств и предметов медицинского назначения,

- способы взаимодействия с персоналом организаций социального обслуживания и медицинских организаций, включая вопросы мотивации сотрудников на обеспечение результатов труда и внутриучрежденческие отношения между всеми структурными подразделениями;

- внешние коммуникации с партнерами по обеспечительным и инфраструктурным договорам, а также с вышестоящими и контролирующими органами и организациями, обеспечивающими целевое финансирование деятельности объектов здравоохранения (включая институты обязательного социального и медицинского страхования),

- участие медицинских и социальных работников сферы здравоохранения в

профессиональных ассоциациях (союзах), при котором формируются и вырабатываются этические нормы и правила профессиональной деятельности, влияющие на ее качество и безопасность;

- экономическую безопасность ведения деятельности, качество внутреннего статистического и финансово-экономического контроля, которые зависят от соответствия административно-управленческих функций и компетенций современным требованиям профессиональных стандартов и т.д.

С практической точки зрения, отмеченные выше содержательные характеристики профессиональной репутации в деятельности субъектов управления в здравоохранении, не всегда системно изучаются в регионах России, применительно к государственным организациям и частным производителям ресурсов и услуг.

Идентифицировать профессиональную репутацию в структуре активов государственных и частных производителей товаров, работ и услуг здравоохранения, а также начинать ее учитывать при размещении государственных заданий и заказов страховщиков, по нашему мнению, предстоит в среднесрочной перспективе, что говорит о необходимости разработки методологии учета и управления гудвиллом.

Отметим, что необходимость постановки актива - «деловая репутация» на баланс отечественных организаций в среднесрочной перспективе возникает в связи с требованиями международных стандартов финансовой отчетности и положениями об обмене конкурентоспособными услугами в рамках ВТО и протокола «ГАТС».

Указанные тенденции, обуславливающие инновационное развитие экономики России и влияние коммуникаций, связей с общественностью на все стороны жизни общества требуют тщательного социально-экономического анализа репутационных составляющих и интеллектуального капитала медицинского бизнеса и государственных институтов, мониторинга их влияния на управление корпоративными системами и государственными заданиями в современных условиях.

При этом, на микроэкономическом уровне, по нашему мнению, должны появиться в здравоохранении показатели качества управления, также влияющие на

профессиональную репутацию:

- характеризующие звенья управления в организациях и стимулирующие к сокращению расходов по управлению (например, показатель количества уровней управления);

- расширяющие полномочия сотрудников в вопросах бюджетирования своих подразделений и формирования отчетности (например, показатель – наличие финансовой структуры в организации и построенной модели внутрихозяйственных отношений по «центрам финансовой ответственности»);

- стимулирующие введение электронного документооборота между службами внутри организации и между внешними пользователями: партнерами, клиентами, СМИ, органами госстатистики, фискальными органами и органами власти (например, показатель - количество внутренних документов учета, обрабатываемых в режиме электронного документооборота и в локальной сети);

- расширяющие возможности информационных управляющих систем с элементами постоянного контроля за результатами деятельности на основе систем сбалансированных показателей (например, количество бизнес процессов, переведенных на систему сбалансированных показателей);

- стандартизирующие смысловые продукты и описательные образы печатных, электронных СМИ о компании и ее менеджменте (например, узнаваемость бренда);

- создающие доброжелательное отношение к компании на основе формирования корпоративной рекламы, осуществляемой группой рекламодателей (например, индекс цитируемости и/или встречаемости упоминаний о мероприятиях компании и ее ТОПах в СМИ);

- формирующие положительные социально-трудовые отношения и связи работодателя, представителей органов государственной власти, работников (например, количество корпоративных мероприятий и соотношение количества участвующих в них сотрудников и сторонних представителей).

По нашему мнению, факторы, влияющие на профессиональную репутацию на микроэкономическом уровне управления отдельных организаций здравоохранения, подлежат классификации и могут быть разделены на несколько групп:

1. Структурные факторные показатели деятельности, влияющие на профессиональную репутацию, которые характеризуют:

- условия организации труда персонала;
- качество деловых связей со значимыми группами стейкхолдеров;
- развитие баз электронных сведений о потребителях услуг;
- обеспеченность врачебными кадрами и средним медицинским персоналом;
- структура управления;
- сеть производственных возможностей (площади, оборудование, логистика и маршрутизация потребителей) и т.п.

2. Экономические факторные показатели – характеризуют:

- степень эффективности бюджетирования;
- наличие оценок результативности факторов лечебно-диагностического процесса;
- степень соответствия электронного документооборота между службами задачам контроля качества финансового контроля в свете НМА;
- доля аттестованных работников административно - управленческого персонала (отдела кадров, экономистов, бухгалтеров, статистиков, программистов) на соответствие требованиям профессиональных стандартов, утвержденных Минтрудом России для соответствующих квалификационных групп;
- оценка динамики дебиторской и кредиторской задолженности;
- правильность оценки нематериальных активов (НМА) в учете, возможность выделения в анализе и учете всех составляющих НМА;
- эффективность внутренних учетно-расчетных компьютерных программ;
- уровень использования современных финансовых показателей при оценках прибыльности (безубыточности, рентабельности) деятельности и денежных потоков.

3. Коммуникационные факторные показатели (внешние и внутренние)

характеризуют:

- степень удовлетворенности потребителей качеством предоставляемой продукции (работ, услуг);

- оценки электронных систем «обратной связи» с потребителями, возможностей записи на прием через системы сайтов организаций в системе Интернет, участия в телеконференциях;

- оценка возможностей дистанционных коммуникаций, включая дистанционные врачебные консультации;

- оценка возможностей доступа потребителей к «личным кабинетам», услугам страховщиков;

- оценка надежности мнений об организации у партнеров по договорам (включая объективные оценки динамики дебиторской и кредиторской задолженности);

- использование в деловом обиходе рейтинговых оценок компаний - конкурентов на рынках идентичных товаров (работ, услуг) и т.д.

- рост положительных оценок профессионального климата в трудовом коллективе по данным анкетирования сотрудников;

- наличие PR тактики взаимодействия со СМИ и значимыми группами стейкхолдеров;

- наличие «дорожной карты» стратегических мер по укреплению положительного имиджа организации, врачей и т.д.

Каждая группа факторов разделяется на отдельные компоненты, влияющие в конечном итоге на процесс построения профессиональной репутации и управление ею в организации.

Рассмотрим более подробно коммуникационные факторные показатели. Одним из основных факторов формирования репутации компании является *работа со средствами массовой информации*. Известность - неотъемлемая часть репутации компании - формируется в основном через СМИ. В огромной массе изданий и

предложений о сотрудничестве необходимо определить круг средств массовой информации, авторитетных в целевой группе аудитории. В зависимости от информационного повода и цели публикации происходит выбор форм контактов с прессой и назначение ньюсмейкеров группы. Сбалансированное сочетание количества и качества публикаций позволяет формировать общественное мнение в группе, поддерживать внимание аудитории к ней.

Действенным средством достижения известности компании и построением репутации являются отраслевые рейтинги, периодически публикуемые в СМИ. Эффективным способом повышения лояльности СМИ к компании является организация интервью с первыми лицами. Зачастую это позволяет установить личный контакт между журналистом и ТОП-менеджером, что в дальнейшем упрощает схему взаимодействия издания с компанией и положительно сказывается на имидже компании.

Общественная деятельность является важным индикатором репутационной зрелости организации и ее способности осуществлять в обществе пропаганду здорового образа жизни, укреплять социальную функцию объектов здравоохранения и врачебных ассоциаций.

Отметим, что профессиональные медицинские автономии в последнее время занимают значимое место в укреплении престижа профессии.

5 Функции профессиональных медицинских автономий в вопросах формирования профессиональных компетенций в здравоохранении

Нам представляется, что глобальную профессиональную компетенцию для каждого врача и всей отечественной системы здравоохранения в целом можно определить, как обеспечение и поддержание здоровья населения, в том числе воспроизводства нового поколения граждан с помощью эффективно управляемой, устойчиво функционирующей и развивающейся институциональной среды здравоохранения на территории России и за ее пределами.

Однако достижение цели, на наш взгляд, должно быть основано не только на правильном анализе текущей ситуации в отрасли, определении коридоров

возможностей и приоритетов развития системы общественного здоровья и здравоохранения, на поддержании здорового образа жизни граждан, но и, прежде всего, на развитии современных репутационно-компетентностных навыков медицинских работников в процессе профилактики, лечения заболеваний, медико-социальной реабилитации в системе здравоохранения.

Стратегия обеспечения здоровья населения России к 2030 году должна быть обеспечена институциональной средой саморегулирования в отрасли, которая, опираясь на новейшие технологии в медицине, сможет обеспечить допуск к ним высокопрофессиональных врачебных кадров. В процессах саморегулирования медицинской деятельности унифицируются подходы по следующим направлениям:

- информационные технологии обмена данными медицинских карт (историй болезни) и статистическими сведениями;
- дистанционные методы диагностики заболеваний;
- применение новых лекарств с учетом нового природопользования;
- использование возможностей нано- и биотехнологий при производстве медицинских препаратов и изделий;
- разработка социальных технологий «карьерных лифтов» для врачей и технологий, поддерживающих качество здоровой жизни человека и др.

В соответствие с требованиями гражданского общества, органы исполнительной власти должны создать необходимые условия для организации, становления и развития медицинской общественности, и с ними должно быть организовано эффективное взаимодействие. Такая постановка вопроса справедлива и она характерна для многих развитых стран.

Об этом, например, свидетельствуют материалы проекта «Видение-2050» Мирового делового совета по устойчивому развитию (WBCSD) [25]. В частности отмечается, что «...путь, приводящий к этому устойчивому миру в 2050 году, требует коренных изменений в структурах управления, экономики, деловом и социальном поведении», а «...эти изменения необходимы, выполнимы и предлагают огромные возможности, которые превращают устойчивость в стратегию» [25]

Системы и структуры, которые поддерживают благосостояние человека, включая: систему здравоохранения, экологию, жилищные условия, энергопользование, водоснабжение и обработку промышленных отходов и продуктов жизнедеятельности, пр. - не работают отдельно друг от друга. Взаимосвязанная и взаимозависимая природа всех элементов среды обитания человека и систем поддержания его здоровья будут становиться все более важными, обеспечивая понимание проблем развития и выработки решений.

Со временем межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны здоровья граждан приведет к потребности в большом количестве источников влияния, информации, активов и способностей, которые возникнут благодаря крупным объединениям, созданным при участии компетентных групп - общественных, профессиональных, частных, гражданских и научных секторов и организаций. Со временем, возможно, новые институциональные профессиональные структуры управления смогут компилировать лучшее из каждого сектора, что позволит заняться решением многих проблем, с которыми мы сталкиваемся в области благополучия населения всех стран.

Место таких профессиональных структур, созданных компетентными профессионалами в смежных областях медицинских знаний, уже предусмотрено законодательством в сфере охраны здоровья населения России.

Профессиональные объединения медицинских работников, врачей, страховщиков и (или) ассоциации организаторов здравоохранения и т.п. сформированы на местных, региональных, национальных, и международных уровнях. По нашим оценкам данные процессы будут нарастать и не только в размере, но также наращивать знания, силу и воздействие. Профессиональные объединения для решения задач управления в здравоохранении и социальной сфере, построенные на принципах саморегулирования, могут быть как более стратегическими и всеобъемлющими, так и узконаправленными на конкретную приоритетную программу для населения (группы населения), на вид медико-социальной или высокотехнологичной помощи (реабилитации), на развитие врачебной специальности, на развитие сети государственных (частных) клиник и пр.

Во многих странах Европы институциональной формой саморегулирования в здравоохранении, наряду с врачебными палатами являются также медицинские

ассоциации (Хорватия, Чехия, Германия, Польша, Словакия, Словения). В некоторых странах Восточной Европы дополнительно создаются и другие профессиональные врачебные сообщества[26]:

- в Германии дополнительно существуют: ассоциация частнопрактикующих врачей; ассоциация врачей, выполняющих гражданские функции (Marburger Bund); объединение врачей страховых касс; объединение молодых врачей и студентов и т.д.,

- в Польше имеются: федерация польских медицинских обществ;

- в Швеции, наряду с медицинской ассоциацией имеется Шведское медицинское общество.

Как правило, членство в ассоциациях и других обществах является добровольным, а во врачебных палатах такое членство, обычно, является обязательным. Некоторые функции различных профессиональных медицинских организаций могут пересекаться и даже частично дублироваться, тем не менее, врачебные палаты представляют собой более формализованные и структурированные объединения, призванные защищать интересы и права врачей [27].

Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА), осознавая необходимость установления врачебной профессиональной автономии во всем мире создала свод правил и требований к саморегулированию деятельности медицинских работников.

Центральным элементом профессиональной автономии, является уверенность в том, что деятельность врачей способствует свободному принятию решений по назначениям лечебно-диагностических услуг пациентам, нуждающимся в медицинской помощи и уходе [27].

При этом, особые акценты сделаны не только на унификацию профессиональных прав медиков во всем мире, а также и на ответственность их за выбор терапевтических (хирургических) методик в лечении, за применение лекарственных средств и медицинских изделий и медицинскую этику и деонтологию (таблица 3).

Кроме того, стремление врачей в каждой стране к своей профессиональной

уникальности сочетается с возможностями приверженности их корпоративным этическим нормам и правилам, что, в конечном итоге, может обеспечить профессиональную автономию медицинских решений.

Качество медицинской помощи, оказанной пациентам и компетенция каждого врача, как видно из таблицы, становятся главной задачей любой системы саморегулирования. Врачи обладают достаточными знаниями для принятия решений, способных послужить на благо пациентам, обеспечивая качественное оказание медицинской помощи.

Таблица 3. - Основные институциональные механизмы саморегулирования профессиональных компетенций медицинских работников

Основные прообразы создания института саморегулирования деятельности медицинских работников	Год появления упоминаний об институтах саморегулирования и (или) год создания	Цель института саморегулирования	Миссия института саморегулирования и формирование профессиональных компетенций медицинских работников и их объединений
Декларация о профессиональной автономии медицинских работников	Принята на 39-ой Всемирной медицинской ассамблее (ВМА) в Мадриде в октябре 1987 года. Дополнена в мае 2005 года на 170-й сессии Совета ВМА в Дивон-ле-Бене, Франция.	Разработка механизмов самоуправления в медицине, учитывая связанные с этим проблемы и вызовы со стороны общества	Формирование принципов профессиональной автономии медицинских работников: - врачи могут свободно осуществлять свое профессиональное суждение в уходе и лечении своих пациентов; - профессиональная автономия медиков направлена на рост качества медицинской помощи и основана на принципах медицинской этики; - следствием права на профессиональную автономию является необходимость саморегулирования медицинской профессии на постоянной основе; - саморегулирование должно устанавливать требования к профессиональному поведению и действиям врачей при осуществлении трудовых обязанностей; - ответственность врачей за качественную и компетентную медицинскую помощь требует выработки профессионального научного контроля за применением лекарственных средств и медицинских изделий; - медицинские работники должны руководствоваться в работе на использование безопасных и эффективных терапевтических схем, а экспериментальные процедуры должны выполняться в соответствии с Хельсинкской декларацией, правилами ВМА и другими требованиями, принятыми в каждой стране; - принцип доступности медицинской помощи для пациентов не должен вступать в противоречие с медико-экономическими оценками стоимости лечения (реабилитации) и его возмещением за счет соответствующих источников оплаты.
Всемирная медицинская ассоциация (ВМА)	Основана 17 сентября 1947 года на Первой Генеральной Ассамблее ВМА в Париже, в которой приняли участие национальные медицинские организации (НМО) из 27 стран.	Объединение национальных медицинских организаций (НМО) и выработка единой политики регулирования их деятельности. Насчитывает более 90 членов.	Формирование единых подходов по следующим компетенциям национальных НМО: -медицинская этика; -регулирование научных медицинских исследований; -вопросы защиты прав пациентов; -клинические рекомендации по уходу за ранеными и больными в ходе военных конфликтов; -условия медицинского обеспечения и содержания заключенных; -правила использования лекарственных препаратов; -регулирование функций НМО по планированию семьи; - выработка единых мер по защите населения от загрязнений окружающей среды и т.д.

Источник: составлено авторами на основе Всемирной Декларации профессиональной автономии медицинских работников [26] <http://www.wma.net/e/policy/a21.htm>.

Важнейшую роль при формировании унифицированных профессиональных компетенций медицинских работников приобретает принцип междисциплинарности принимаемых решений в вопросах охраны здоровья населения страны. Как известно, система здравоохранения является жизнеобеспечивающей системой, которая должна рассматриваться во взаимосвязи с остальными системами жизнедеятельности человека.

Отметим, что унификация принципов национального управления и контроля в системах здравоохранения позволит институтам саморегулирования более активно участвовать в принятии решений по разработке национальных стандартов оказания медицинской помощи, применении диагностически-связанных групп заболеваний, формировании тарифов стоимости случая лечения.

В условиях глобализации невозможно избежать тесного взаимодействия со здравоохранительными системами других стран, при этом необходимо обеспечить самостоятельность (суверенитет) управления национальной системой здравоохранения в интересах граждан и общества.

Право медицинских работников на высокий уровень профессиональной и психологической подготовки требует достаточного формата образовательной среды, а также качества системы непрерывного профессионального и личного развития, высокого материального обеспечения и социального статуса.

Саморегулирование может решить и проблему преобладания мнений о том, что импортные препараты всегда эффективнее отечественных. Объективизация предпочтений отечественным производителям также может быть возложена на ассоциации медицинских работников.

Внедрение в практику достижений национальной фундаментальной и прикладной науки, приоритет отечественным технологиям для здравоохранения, - вот направления для деятельности отечественного института саморегулирования. Обеспечение трансфера передовых медицинских технологий на внутренний рынок здравоохранения, а также обмен достижениями наших ученых может обеспечиваться во взаимодействии прежде всего с профессиональными сообществами медиков, а далее с бизнесом, государственной властью, внебюджетными фондами и пр.

Таким образом, в современном мире модернизация и конкурентоспособность

системы обеспечения здоровья населения России основана на профессиональной самореализации медицинских работников, к компетенции которых предъявляются единые и унифицированные требования по компетенциям.

Состояние «профессионально-репутационных» характеристик медицинских работников в России находится в стадии становления. Отметим объективные трудности во внедрении передовых компетентностных подходов профессионального развития медиков в виду снижения в последние годы престижа профессии. Кроме того, не секрет, что средний возраст участковых терапевтов в России - 57 лет, а именно врачи данной специальности, зачастую, принимают ответственность за дальнейшую программу лечения обратившего за медицинской помощью населения и за ее результативность.

Кроме того, и доверие граждан к медицинским работникам находятся на довольно низком уровне в современном отечественном здравоохранении.

При этом, многие эксперты отмечают, что уровень профессиональной компетенции выпускников медицинских университетов является недостаточным для начала профессиональной деятельности.

Добавим к вышесказанному то, что действующая в отрасли система моральных стимулов к производительному и качественному труду не всегда сопровождается адекватной материальной компенсацией в виде оплаты труда медиков, что порождает отсутствие заинтересованности в непрерывном профессиональном образовании.

Создание собственной профессиональной автономии, обеспечивающей право на профессиональную защищённость, поможет чётко регламентировать процедуру профессиональной ответственности за врачебные ошибки и юридически закрепить механизм финансового обеспечения системного процесса повышения квалификации и переподготовки медиков, что будет мотивировать внедрение современных технологий и рост компетентных медработников.

Работа ассоциаций сможет быть плодотворной и в вопросах преодоления еще одной «болевого точки» современного здравоохранения, - теневые со-платежи за медицинские услуги

Предметом контроля при саморегулировании медицинской деятельности должны стать платные услуги населению в системе государственного и частного

здравоохранения. Весьма важны вопросы просветительской деятельности населения, их информированности о правах на получение бесплатной медицинской помощи. Конечно же, также важно корректное информирование медицинского сообщества о законодательных последствиях неправомерной оплаты медицинской помощи гражданином с полисом обязательного медицинского страхования (ОМС).

Кроме того, допуск частных медицинских организаций в системы ОМС порождает конфликт профессиональных интересов врачей двух систем: государственной и частной. Отсутствие добросовестно-конкурентного рынка платных медицинских услуг, а также слабая развитость добровольного медицинского страхования (ДМС) порождает личностную неграмотность конкретного врача в вопросах правового регулирования сферы возмездного оказания услуг для граждан.

В процессе несистемной организации предпринимательства в сфере здравоохранения, врачи не являются компетентными продавцами, как в процессе официального оформления реализации медицинских услуг в частных и государственных клиниках, так и при получении неофициального гонорара за свой труд. Отсутствие знаний по экономике государственных гарантий и бизнес-процессов регулируемого рынка платных услуг населению приводит к этико-профессиональным конфликтам в процессе взаимодействия с пациентами.

Не менее важным моментом является отсутствие в настоящее время в отрасли системного проектного решения по маршрутизации пациента, включая технологии «безконтактного» взаимодействия «врач-пациент». Навыки и компетенции медицинских офисов дистанционной диагностики не получили широкого распространения, при этом они обеспечивают экономию времени граждан и бюджетную оптимизацию расходов на содержание сети стационарно оборудованных поликлиник.

Отметим, что известен международный опыт подготовки дипломированных врачей – интернистов, обладающих новыми навыками работы в оптимальном формате дистанционного консультирования и лечения, сохраняя контактную медицину, но только в необходимой части.

Безусловно, в сфере здравоохранения данные вопросы могут регулироваться профессиональными ассоциациями, которые разработают порядок проведения всех мер организационного и профессионального допуска к дистанционному обследованию,

лечению.

Законодательные основания для такой организации медицинской помощи уже созданы в нашем законодательстве. Как известно, решены задачи выбора пациентом лечебного учреждения и врача, вне зависимости от места жительства. Ментальной нормой может стать дистанционный диагноз, ведь коллективное саморегулирование обеспечивает использование врачами всех объективных доказательных данных о лечении и обследовании, что и делают возможным получение нескольких мнений независимых медицинских экспертов.

Таким образом, при внедрении и проведении ежегодного, обязательного для всего населения скрининг-осмотра (диспансеризации), появится возможность использования для этих целей недорогих и информативных методик медицинской диагностики, чьи преимущества могут обосновываться профессиональным сообществом медиков.

Регулирование профессиональными сообществами медиков деятельности дистанционных экспертно-консультационных центров в регионах Российской Федерации приведет к разработке стандарта дистанционного лечения, что потребует описания новых компетенций медицинских работников. Такая система сделает возможным опережающее лечение ранних форм заболеваний и, как следствие, улучшение качества жизни населения.

С учетом всех указанных факторов, одной из функций саморегулирования в здравоохранении может стать экспертная система требований к национальной медицинской информационной системе (МИС). МИС, как известно, совместно с технологическими возможностями новых диагностических методик, в режиме «онлайн» обеспечит всю унифицированную (шаблонную) информацию для работы врача и принятия им компетентных решений.

Опыт лучших зарубежных практик также демонстрирует высокую эффективность предлагаемых подходов по телемедицине, которые координируются в рамках профессиональной автономии.

Отметим, что действующая в Великобритании программа Wireless Home Care по предоставлению медицинских услуг на дому позволила сократить еженедельные расходы на медицинские услуги на 85% [27].

Кроме того, исследование финансового эффекта информационных технологий в здравоохранении Германии показало, что процесс предоставления услуг пациенту в режиме удаленного доступа сокращает ежегодные затраты на здравоохранение на 1,5 млрд. евро [28].

В Дании, где уже несколько лет функционирует единый национальный портал здравоохранения, 70% населения и 92% врачей общей практики активно работают в Интернете, ежемесячно обрабатывая более 2,5 млн. сообщений по электронным каналам связи, включая 84% направлений пациентов из стационаров в поликлиники, 97% лабораторных анализов и 81% рецептов (более миллиона в месяц). При этом, 95% врачей общей практики потенциально имеют доступ к электронной карте пациента. Это означает, что пациент может в любое время получить доступ к своим медицинским данным и по своему выбору и в удобное время записаться к специалисту, который к моменту визита будет иметь всю необходимую информацию для встречи [29].

Очень интересен пример испанской государственной больницы «Торревьеха», где использование информационных технологий для создания электронной карты пациента, поддержки клинических процессов, а также обучения персонала позволило заметно улучшить качество медицинских услуг. Уже через год после запуска системы в испанской клинике было сделано 15 тыс. успешных операций, что в 4 раза больше, чем во многих медицинских других центрах Испании. Сократились также расходы на лечение, по большей части благодаря отказу от повторных анализов и быстрому доступу к результатам уже имеющихся в базах лабораторных исследований. Почти для всех больничных процессов время ожидания было сокращено в среднем в 4 раза [30].

Получаемые во время диагностики параметры, изображения и другие исследуемые данные о больном должным образом должны быть оценены врачом, который быстро и эффективно сможет решить проблему доступности качественной медицинской помощи населению России, в том числе, в труднодоступных районах и по единому стандарту медицинской помощи, независимо от места жительства.

Подобные международные проекты уже успешно реализуются за рубежом на базе государственно-частного партнёрства и при самом активном участии врачебных автономий.

Очевидным является факт того, что формирование прикладной

заинтересованности профессионального сообщества во внедрении таких технологий, будет служить стимулом для развития соответствующих профессиональных компетенций медицинских работников, что потребует постоянного непрерывного профессионального образования.

Образование может осуществляться на базе дистанционной подготовки, с возможностью отработки мануальных навыков на современной материально-технической базе: симуляционные классы; фантомы; когнитивные системы объективного контроля результатов обучения; интерактивные эндоскопические хирургические столы и т.д.

Требования и допуски к таким образовательным программам могут быть сформированы медицинскими ассоциациями или при участии профессионального сообщества, объединенного на принципах профессионального саморегулирования.

Врачебное сообщество, объединённое на принципах саморегулирования, должно взять на себя ответственность за проведение кадровой модернизации, обеспечивая уровень знаний и умений специалистов, способных эффективно работать в условиях формирующегося нового глобального здравоохранения, с прикладным опережающим потенциалом. Чрезвычайно важным является использование интеллектуального потенциала медицинского и смежных сообществ.

По нашему мнению, автономные корпоративные профессиональные объединения медицинских работников являются единственным продуктивным путем для обеспечения свободы профессиональных решений врача. А профессиональная независимость врача необходима пациентам.

Таким образом, качество медицинской помощи и компетенция оказывающего ее врача всегда должны быть в центре внимания любой структуры самоуправления. При этом, врачи должны обладать достаточными знаниями для принятия решений, способных послужить на благо пациентам, обеспечивая качественное оказание медицинской помощи.

Итак, основными трендами формирования профессиональных компетенций врачей в условиях саморегулирования медицинской деятельности можно считать:

-правильное распределение населения (в границах закрепленной территории) на

группы здоровья и формирование «матрицы здоровья прикрепленного (обслуживаемого) населения»;

-формирование индивидуального «паспорта здоровья» населения с ориентиром на качество здоровой жизни;

-грамотное направление (при необходимости) на стационарное лечение, соответствующее статусу пациента в государственные или частные институты отрасли;

-дистанционное сопровождение всех этапов профилактики (на поликлиническом этапе) и реабилитации (на поликлиническом и пост стационарном этапах) населения с помощью новых телемедицинских систем, информационных технологий.

6 Совершенствование страховых принципов в российском здравоохранении и их связь с профессиональной репутацией в отрасли

Качество и доступность здравоохранения для граждан России являются политическим приоритетом, о котором регулярно говорит Президент РФ в своих выступлениях. В связи с относительно недавним внедрением в стране принципов страховой медицины, не все граждане информированы о своих правах. Согласно опросу Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ, 2015) большинство граждан (69%) в той или иной степени знают о своих правах как пациента (в соответствии с федеральным законом об ОМС), из них:

- 15% хорошо осведомлены о своих правах;
- 54% имеют о них только общее представление;
- 29% россиян признались, что не осведомлены о реальном перечне прав и услуг в этой области [32].

Страховые медицинские организации (СМО) являются центральным звеном системы здравоохранения (рисунок 7).

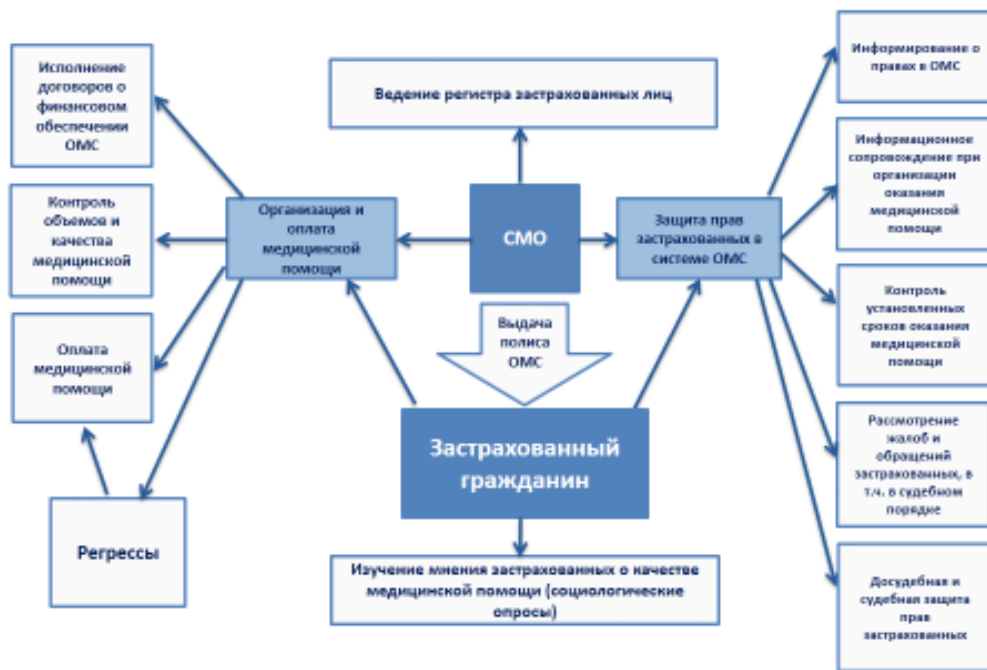


Рисунок 7 - Функции страховой медицинской организации. Источник: [31].

Выступая на постоянно действующем в РАНХиГС семинаре, под руководством академика А.Г.Аганбегяна, по реформе здравоохранения в Российской Федерации, Плехов С.В., заместитель Генерального директора АО «Страховая компания СОГАЗ-Мед», руководитель Комитета Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков по взаимодействию с органами государственной власти и СМИ, раскрыл основные методы индивидуального информирования застрахованных лиц. Это информирование: о состоянии здоровья застрахованного лица (ЗЛ), степени соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, в том числе соответствии стандартам первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, паллиативной помощи [33].

Страховщики России обязаны заниматься проведением консультации застрахованного лица:

- о выборе метода лечения (показания/противопоказания), о выборе, замене лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта

лечебного питания;

- информирование о сроках оказания медицинской помощи (если сроки не утверждены в базовой или территориальной программе ОМС);
- о порядке маршрутизации пациентов при определенных заболеваниях. Если в субъекте РФ не утвержден порядок маршрутизации пациентов по профилям заболеваний;
- о показаниях к применению вида высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенного базовую программу ОМС и (или) не включенного в базовую программу ОМС.

Для этого уже сейчас страховым компаниям, их представителям, застрахованным лицам доступны следующие технологии: круглосуточная горячая линия; сервис «Обратная связь»; официальное письменное обращение в СМО; онлайн консультация в режиме реального времени, в формате чата; сервисы обратной связи (Skype, Zingaya, Clicktex, кнопка "Звонок" для смартфонов).

Постепенно такая система информационной работы с пациентом, дает свои плоды. По данным Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков по взаимодействию с органами государственной власти и СМИ (МСМС), если в 2010 г. из 2, 3 млн. обращений застрахованных лиц, более двух третей составляли жалобы, то в 2013г. из 4,75 млн. обращений застрахованных лиц около трех четвертых составили консультации [31].

В целях повышения информированности граждан в сфере ОМС создан единый контакт-центр с единым номером для обращения застрахованных лиц.

В 2016 году развитие страховых принципов в здравоохранении и совершенствование деятельности страховых медицинских организаций (СМО) привело к появлению института страхового представителя – органа прямой связи «страховщик-застрахованный» с определенными функциональными полномочиями.

Введение института страхового представителя предполагает три уровня страховых представителей, введение новых функций для контроля гарантии качества медицинских услуг (таблица 4).

Таблица 4 - Функции страховых представителей СМК для усиления пациент ориентированности и гарантии качества медицинских услуг в здравоохранении

Уровень страхового представителя	Основные функции	Влияние на качество медицинской помощи (МП)
1 уровень - специалист контакт центра	Информирование застрахованных лиц: о правах, в т.ч. о выборе врача и МО, по вопросам оказания бесплатной МП в рамках программы ОМС, о сроках прохождения профилактических мероприятий (диспансеризации).	Опрос об удовлетворенности качеством МП.
2 уровень	Участие в сопровождении застрахованных лиц при организации оказания плановой МП, формирование целевого контингента, подлежащего в отчетном периоде прохождению диспансеризации, профилактического осмотра. Работа с застрахованными лицами с хроническими заболеваниями для предотвращения ухудшения состояния здоровья.	Контроль результатов диспансеризации, профилактического осмотра.
3 уровень	Участие в разрешении спорных случаев и жалоб застрахованных лиц, связанных с доступностью и своевременностью оказания МП. Сопровождение при организации плановой госпитализации (контроль наличия объемов медицинской помощи и числа свободных мест в медицинских организациях для госпитализации в плановой форме).	Контроль, сроков, профиля госпитализации, организация госпитализации с учетом выбора МО, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

Источник: составлено авторами на основе [31].

В дальнейшем должно произойти усиление роли СМО в реализации профилактических мероприятий, в том числе индивидуальное сопровождение застрахованных лиц: формирование целевого контингента, подлежащего в отчетном периоде (год, месяц) диспансеризации, профилактическому осмотру; информирование (sms оповещение) о необходимости прохождения диспансеризации, ее целях и задачах, режиме работы медицинских организаций; контроль результатов диспансеризации, формирование контингентов застрахованных лиц диспансерного наблюдения; оценка состояния здоровья застрахованных лиц; работа с застрахованными лицами с хроническими заболеваниями для предотвращения ухудшения состояния здоровья.

Обеспечение качества и доступности медицинской помощи – цель всех преобразований в системе ОМС, результат эффективного взаимодействия субъектов, участников и партнёров системы. В этом должны быть заинтересованы все участники

системы здравоохранения: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС), страховые медицинские организации (СМО), медицинские учреждения всех форм собственности, профессиональные медицинские сообщества, органы управления здравоохранением и органы ведомственного контроля, сообщества пациентов – застрахованных лиц.

Основные цели и общее видение совершенствования страховой модели отечественного здравоохранения идет по пути реализации новой «рисковой» модели медицинского страхования, которая делает акцент на: повышение прозрачности использования финансовых ресурсов; повышение эффективности расходов; долгосрочное повышение удовлетворенности населения; повышение привлекательности системы здравоохранения в целом для инвестиций.

Гарантия качества предоставляемых клиникой медицинских услуг является ее важнейшим конкурентным преимуществом. Меры по обеспечению гарантии качества предоставляемых медицинских услуг включают в себя заботу о стабильности профессиональных кадров, повышении квалификации сотрудников и передаче опыта, обеспечение современной диагностической техникой, а также развитую систему контроля качества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В российской практике управления ассоциация менеджеров России, при подготовке национального доклада по организационно-управленческим инновациям российских компаний в современных условиях, определяет ключевым направлением стратегий развития национальной экономики - экономику, основанную на знаниях, особо выделяя необходимость построения стратегии управления интеллектуальным капиталом и нематериальными активами.

Интеллектуальный капитал можно рассматривать как среду для развития конкурентоспособности отечественных производителей товаров (работ, услуг) и основу

создания интеллектуальной собственности.

Определение интеллектуального капитала объединяет: человеческий капитал (совокупность знаний, опыта, навыков, квалификации сотрудников компании, их способностей, возможности в реализации стратегии бизнеса, а также инициативность, мотивация на инновации); организационный капитал (процедуры, технологии, системы управления, техническое и программное обеспечение, организационная структура, культура организации и т.п.); клиентский (рыночный) капитал; социальный капитал (это репутация компании в обществе, социальные связи, являющиеся ресурсом для получения выгод во взаимоотношениях с клиентами, поставщиками, партнерами, государством, конкурентами, персоналом).

При этом понятие «социальный капитал», как видно, можно напрямую связать с понятием «профессиональная репутация».

Вопросам охраны прав интеллектуальной собственности посвящены статьи Гражданского кодекса Российской Федерации, а для системы здравоохранения выделим особо такие ее элементы как:

- 1) программы для электронных вычислительных машин (программы для ЭВМ);
- 2) базы данных застрахованных и статистика «личных кабинетов» по потребляемым медицинским услугам в рамках полиса и диспансеризации;
- 3) изобретения медицинских изделий, патенты на био-и нано- технологии;
- 4) секреты производства отечественных лекарственных средств (ноу-хау);
- 5) фирменные наименования частных клиник и государственных организаций здравоохранения, заслуживших лучшие отзывы потребителей услуг.

Профессиональная (деловая) репутация, т.е. авторитет в профессиональной среде, "зарабатывается" в сообществе специалистов в соответствующей сфере (наука, образование, здравоохранение, искусство, ремесло, промысел и пр.), которые могут дать реальную оценку профессиональным знаниям и навыкам (компетенции) человека. Близкой к ней является репутация служебная - оценка соответствующих профессиональных качеств работающих граждан, деятельность которых не связана с предпринимательством, т.е. государственных служащих, сотрудников организаций

различных форм собственности, государственных и муниципальных учреждений и пр.

Одно из наиболее точных определений деловой репутации определяет ее как совокупность элементов бизнеса или персональных качеств, которые стимулируют клиентов продолжать пользоваться услугами данного предприятия или данного лица и которые приносят фирме прибыль сверх той, которая требуется для получения разумного дохода.

С точки зрения финансовой (бухгалтерской) оценки профессиональной репутация появился термин «гудвилл», он возникает, когда предприятие получает стабильно высокие прибыли, его доход на активы (или собственный капитал) выше среднеотраслевого показателя, в результате чего стоимость бизнеса превосходит стоимость чистых активов предприятия.

В научно-практическом плане профессиональная репутация очень часто ассоциируются с такими близкими понятиями, как «имидж», «бренд», «индивидуальность», «известность» и «авторитет», они часто используются как синонимы, тождественные термины.

Важными факторами профессиональной репутации компании являются: высокая платёжеспособность, уровень рентабельности, прибыльности, качество реализуемых товаров (работ, услуг), высокий уровень организации производства и труда, производственной, технологической и финансово-коммерческой дисциплины. Составляющая деловой репутации организации - показатели работы, свидетельствующие о высоком профессионализме руководителей, менеджеров, персонала и их честном выполнении своих обязанностей и принятых обязательств.

В сфере услуг процессы управления интеллектуальной собственностью и профессиональной репутацией требуют более тщательного методического сопровождения, что способствует целям повышения конкурентоспособности российских компаний на рынках.

Особенную актуальность данные вопросы приобретают в условиях участия частных медицинских организаций в государственных проектах, реализации ими программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в системе ОМС.

В 2015 году, в системе ОМС работало 8554 медицинских организаций, из которых не более 10% являются частными медицинскими организациями [33]. Из числа опрошенных 85,7% руководителей и линейных управленцев частных медицинских организаций считают, что эффективно было бы увеличение размеров размещения государственных заказов у частных медицинских организаций. Однако, отвечая на вопрос об основных проблемах для работы частных медицинских организаций в ОМС 85% медицинских организаций указали: несовершенство тарифов, нормативно-правовой базы работы частных медицинских организаций и административные барьеры.

При этом положительный зарубежный опыт (Германия, Израиль, США и др.) использования потенциала частнопрактикующих врачей позволяет активно пропагандировать их репутационные возможности и связи с общественностью (PR) для рыночного позиционирования и предоставления права выбора врача (больницы) самим пациентом без установления принципов его территориального прикрепления.

Как известно, чтобы войти в систему ОМС России, частной медицинской организации необходимо стать участником программы госгарантий, в рамках которой будут распределены объемы оказания услуг граждан. В регионах этим занимаются специально созданные комиссии. Частная медицинская организация уведомляет о включении в систему ОМС территориального фонда до 1 сентября. ТФОМС не имеет право отказать во включении в реестр медицинских организаций [33].

Важным моментом для конкурентного размещения государственного заказа на услуги частных и государственных организаций здравоохранения должна стать их профессиональная репутация, которую в составе нематериальных активов (НМА) следует уже сейчас уметь идентифицировать.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Мау В.А. Кризисы и уроки. Экономика России в эпоху турбулентности / В.А.Мау. (Текст). М.:Изд-во Института Гайдара, 2016.- 488 с. Глава 20. Человеческий капитал: вызовы для России. Современное здравоохранение – С.387 – 390
2. Конституции РФ (ч. 2 ст. 34)
3. Официальный сайт: Министерства здравоохранения Германии

[Электронный ресурс] URL: <http://www.bmg.bund.de/en.html> (дата обращения: 11.03.2016).

4. Официальный сайт: Институт национального страхования Израиля [Электронный ресурс] URL: <http://www.btl.gov.il> (дата обращения: 20.04.2016).

5. Официальный сайт: Больничной кассы Меухедет [Электронный ресурс] URL: <http://lang.meuhedet.co.il/ru> (дата обращения: 21.03.2016).

6. Официальный сайт: Министерства здравоохранения Израиля [Электронный ресурс] URL: <http://www.health.gov.il> (дата обращения: 21.03.2015).

7. Щербук Ю.А, Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. "Проблемы взаимодействия государственного и частного здравоохранения" // Здравоохранение, 2014, №3. С.23.

8. Джеймс Р. Хитчер. Оценка стоимости нематериальных активов/ Под научн. Ред. В. М. Рутгайзера. – М.: Маросейка, 2008. – 144 с.

9. Папакостас А. Становление цивилизованной публичной сферы: Недоверие, доверие и коррупция /А.Папакостас: пер. с англ. Д.Жихаревича.- М.: ВЦИОМ, 2016. – 224 с. (С.22)

10. Оценка, контроль и управление интеллектуальным потенциалом исследовательского университета: Монография / Под ред. М.А. Эскиндарова и Р.П. Булыги. Йошкар-Ола: Издательство ООО "СТРИНГ", 2011. 226 с.

11. Федотов В. Е. Институт интеллектуальной собственности в рыночной экономике: Монография. М: Финакадемия, 2007. 160 с.

12. Федеральный закон от 18.12.2006 N 230-ФЗ "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть четвертая)" (в ред. от 12.03.2014) // Российская газета. N 289. 22.12.2006.

13. Отчет НИР «Прогнозирование социально-экономического развития кластера конкурентоспособных услуг здравоохранения Российской Федерации с учетом требований ВТО» - руководитель Л.А. Габуева, исполнители: Н.Ф. Павлова, Н.Д. Захарченко, В.Н. Кузнецов, О.А. Пекова // РАНХиГС, 2015

14. Официальный сайт Российского союза промышленников и предпринимателей — [URL]: <http://рспп.рф> (дата обращения: 26.03.2016).
15. Поручение Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 28.04.2011 № ВП-П12-2794
16. Федеральный закон от 18 июля 2011 года N 223-ФЗ "О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц"
17. ВАР Лежнева А. Стратегия развития Агентства по централизованным закупкам Департамента здравоохранения г. Москва, РАНХиГС, 2016, 65 с. (научный руководитель Габуева Л.А.)
18. Валитов Ш.М., Мальгин В.А. Взаимодействие власти и бизнеса: сущность, новые формы и тенденции, социальная ответственность. – М.: Экономика. – 2009. – 208 с.
19. The Global RepTrak 100. <https://www.reputationinstitute.com/reputation-measurement-services>
20. Электронный ресурс: The 100 best corporate citizens. <http://www.thecro.com/100-best/100-best-methodology-how-we-determine-the-winners/>
21. Электронный ресурс рейтингового агентства <http://www.edelman.com/insights/intellectual-property/2016-edelman-trust-barometer/global-results/>
22. Электронный ресурс S&P 500 Health Care index.
23. Электронный ресурс: U.S. News Best Hospitals 2015-16. <http://health.usnews.com/best-hospitals/rankings>
24. Электронный ресурс Mirror, Mirror, 2014. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>
25. <http://www.wbcsd.org/web/projects/BZrole/RU-Vision%202050-FullReport.pdf>
26. электронный ресурс: <http://www.wma.net/e/policy/a21.htm>.
27. Материалы с портала Национальной медицинской палаты:

28. Сумленный С.С. Немецкая система. Как устроена Германия. Третье издание/ С.С. Сумленный .- М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС. 2014.- 368 с. ил. – С.301 - 303

29. электронный ресурс: <http://www.newsland.ru/news/detail/id/537670/>

30. Институциональная Модель Развития Здравоохранения в России: Существующая и Инновационная Модель Финансирования Публичных Обязательств Государства в Сфере Здравоохранения (The Institutional Model of Health Development in Russia: Current and Innovative Model of Financing Public Obligations of the State of Health)Larisa Gabueva RANEPА - Department of Management in Social Sphere Date posted: 19 Oct 2013 11 DownloadsNumber of Pages in PDF File: 43

31. Доклад Плехова С. В. «Совершенствование функций страховых медицинских организаций в системе ОМС: рисковое медицинское страхование и его особенности в условиях российской страховой модели здравоохранения» на Семинар в РАНХиГС на тему: «Совершенствование экономического обеспечения государственных услуг здравоохранения в системе ОМС», - 2016

32. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф., Сороколетов П.В. Глобализация задач пациент ориентированности при развитии здравоохранения Европы: опыт Германии и возможности для России. // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии, М: 2016, №7, часть 1, С.79-84 (в соавт. Павлова Н.Ф., Сороколетов П.В.) (ИФ РИНЦ -0,2) <https://e.mail.ru/attachment/14779924770000000743/0;2> на основании доклада J. ZUMBE – доцента, директора клиники Leverkusen (Германия).: «Финансирование многопрофильной медицинской клиники Германии: опыт работы в условиях медицинского страхования» / М.: РАНХиГС, 16.09.2016.

33. Доклад Кравчук С.Г., начальника Управления организации ОМС ФОМС на тему «Базовая программа ОМС. Взаимодействие участников системы ОМС при планировании территориальной программы ОМС», - 2016.