

На правах рукописи



Банин Антон Сергеевич

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА НА ОСНОВЕ КЛАСТЕРНОГО
ПОДХОДА**

08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (региональная
экономика)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата экономических наук

Томск – 2007

Диссертация выполнена на кафедре «Налоги и налогообложение» государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Томский государственный университет».

Научный руководитель доктор экономических наук, профессор
Гринкевич Лариса Сергеевна

Официальные оппоненты доктор экономических наук, профессор
Садков Виктор Георгиевич
кандидат экономических наук, доцент
Счастливая Татьяна Владимировна

Ведущая организация ГОУВПО «Сибирский государственный
медицинский университет»

Защита диссертации состоится « 18 » октября 2007 г. в 10 ч. 30 мин. на заседании диссертационного совета Д212.267.11 при Томском государственном университете по адресу: 634050, г. Томск, ул. Герцена, 2, корпус 12.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Томского государственного университета.

Автореферат разослан « 18 » сентября 2007 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат экономических наук, доцент



Е.В. Нехода

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В современных условиях развития мирового сообщества важнейшим фактором существования и воспроизводства человеческого капитала становится здоровье нации. Здравоохранение в этой связи приобретает особую значимость, поскольку оно направлено на восстановление, охрану и поддержку физического, психического и социального благосостояния людей. Для эффективного развития здравоохранения необходимо создание системы организации и управления учреждениями здравоохранения, адекватной современным, качественно новым, экономико-правовым отношениям.

Новые методы и подходы к управлению отраслью здравоохранения требуют решения вопросов интеграции ресурсов, определения общих интересов и точек взаимодействия между всеми субъектами системы здравоохранения. Существующие в настоящее время механизмы объединения рыночных институтов (интегрированные бизнес-группы, сетевые объединения, ассоциации и пр.), обладая рядом преимуществ, не лишены существенных недостатков, ограничивающих их применение в сфере здравоохранения.

Одним из наиболее оптимальных инструментов интеграции интересов власти, бизнеса и населения в рассматриваемой области становится так называемый «кластерный подход» ввиду его универсальности, высокой степени эффективности применения и простоты организации.

В настоящее время данный подход активно внедряется в практику организации систем здравоохранения развитых стран (главным образом, США, Великобритании, Финляндии, Дании), благодаря чему конкурентоспособность медицинских организаций в этих странах достигла достаточно высокого уровня, распространяя генерируемый в результате успешной деятельности мультипликативный эффект на отрасль в целом и улучшая таким образом общие показатели ее функционирования.

В российском здравоохранении кластерный подход практически не применяется вследствие его недостаточной изученности и осознанности представителями медицинских организаций и органами государственной власти, что обуславливает актуальность выбранного направления исследования и его высокую практическую значимость.

Степень разработанности проблемы. Совокупность проблем, обозначенных в диссертационном исследовании можно подразделить на две группы: организация и управление региональным здравоохранением и кластерный подход к объединению рыночных институтов региона. Весомый вклад в исследование проблем функционирования здравоохранения был сделан А.И. Вялковым, Н.Ф. Герасименко, Ф.Н. Кадыровым, В.З. Кучеренко, Ю.П. Лисицыным, Н.Б. Мелянченко, Н.Б. Найговзиной, В.Ю. Семеновым, Б.А. Райзбергом, В.И. Стародубовым, И.А. Тогуновым, Т.В. Чубаровой, И.М. Шейманом, С.В. Шишкиным, О.П. Щепиным, а также Д. Бондом, С. Лессофом, Р.Б. Солтманом, Э. Трагакесом, К. Уинслоу, У. Хсяо, Л. Эрхардом, К. Эрроу и др.

Проблемам теории и организации межфирменных объединений посвящены исследования, в первую очередь, западных экономистов: А. Маршалла, А. Вебера, В. Кристаллера, О. Уильямсона, Ф. Перру. Вопросы кластерных объединений находят свое отражение в трудах таких известных зарубежных исследователей как М. Портер, Т. Андерсон, Е. Дахмен, К. Кетельс, Г. Линдквист, К. Надви, С. Розенфельд, О. Солвел, Й. Сорвик, А. Фоукс-Уильямс, А. Хансен, Дж. Хельд, М. Энрайт и др.

В последние 5-7 лет интерес к возможностям кластерного подхода в стимулировании региональной конкурентоспособности стали проявлять и отечественные исследователи. К их числу относятся С.В. Лозинский, А.А. Мигранян, А.Н. Праздничных, В.П. Третьяк, М.И. Уманский, Г.Р. Хасаев, Т.В. Цихан, Д.А. Ялов и другие.

Что касается теоретических исследований, связанных с применением кластерного подхода в здравоохранении, то нами не было обнаружено ни одной фундаментальной работы в этом направлении. Существуют лишь публикации в ряде зарубежных журналов (Bates L.J., Santerre R.E. и др.), а также некоторое количество отчетов и докладов о формировании и развитии тех или иных медицинских кластеров. Однако большинство исследователей утверждает, что кластерный подход одинаково эффективен в различных сферах хозяйственной деятельности, в которой присутствует конкурентная среда, включая здравоохранение. Поэтому растущая актуальность, связанная с необходимостью совместного решения проблем здравоохранения, научная и практическая значимость исследования проблемы на

современном этапе при недостаточной разработанности ее в экономической литературе и предопределили выбор темы диссертационной работы.

Цель диссертационной работы заключается в разработке теоретико-методических основ формирования кластерных объединений в системе здравоохранения региона.

Исходя из поставленной цели, сформулированы основные **задачи** диссертационного исследования:

- 1) исследовать особенности здравоохранения как системы;
- 2) изучить системы организации здравоохранения в развитых зарубежных странах и провести сравнительный анализ их эффективности;
- 3) рассмотреть систему здравоохранения Российской Федерации и выявить ее ключевые проблемы, обозначить основные направления решения проблем российского здравоохранения на региональном уровне;
- 4) рассмотреть основные формы объединений рыночных институтов, выявить основные теоретические и практические подходы к формированию кластерных структур;
- 5) разработать теоретические и методические основы формирования кластеров в системе здравоохранения региона;
- 6) на основе обобщения и систематизации результатов теоретических исследований в области формирования кластерных объединений разработать базовую модель организации и управления системой здравоохранения региона на принципах кластерного подхода;
- 7) рассмотреть систему здравоохранения Томской области и выявить базовые предпосылки и ограничения для использования кластерного подхода в управлении системой здравоохранения области;
- 8) провести теоретико-практическую апробацию модели организации и управления здравоохранением региона на примере кластера общеврачебной практики г. Томска.

Объектом исследования является система здравоохранения региона Российской Федерации.

Предметом исследования является совокупность отношений, возникающих при взаимодействии институтов системы здравоохранения в рамках кластерного объединения в регионе.

Теоретической и методической основой исследования послужили труды зарубежных (в том числе на английском языке) и отечественных авторов в области организации и управления региональным здравоохранением, теории и практики формирования и управления кластерными объединениями, в том числе и на региональном уровне.

При решении поставленных задач автором использованы методы сравнительного анализа, группировки, системного подхода на основе сопоставления и сравнения теоретического и практического материала, а также экономико-статистические и графические методы и модели, позволившие сформулировать обоснованные и достоверные выводы в диссертационном исследовании.

Информационную базу исследования составили:

- законодательные и нормативно-правовые акты федеральных и региональных органов власти в сфере организации здравоохранения;

- информационно-аналитические материалы Всемирной Организации Здравья (WHO), Организации экономического сотрудничества и развития (OECD), Всемирного банка, других международных организаций, министерств, департаментов, ведомств, комитетов и служб здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации, независимых институтов, агентств, иных структур, занимающихся вопросами организации здравоохранения и развития конкурентоспособности (Competitiveness Institute, Bauman Innovation и пр.), Федеральной службы государственной статистики РФ, информационных подразделений органов власти в сфере здравоохранения региональных и местных администраций;

- данные, содержащиеся в опубликованных материалах специализированных журналов, газет, сайтах сети Интернет и прочих источниках.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в разработке общих теоретико-методических подходов к формированию кластеров здравоохранения, разработке и теоретико-практическом обосновании модели организации и управления системой здравоохранения региона, основанной на принципах кластерного подхода.

Наиболее существенные результаты исследования, содержащие научную новизну, состоят в следующем:

1. На основе сравнительного анализа организации систем здравоохранения развитых зарубежных стран и использования расширенного комплекса критериев оценки их социально-экономической эффективности определена оптимальная – рыночно-страховая модель организации, управления и финансирования системы здравоохранения, максимально учитывающая потребности общества в качественной и доступной медицинской помощи и отвечающая современным тенденциям развития здравоохранения.

2. Проведена систематизация проблем регионального здравоохранения России в зависимости от характера их воздействия на социально-экономическую ситуацию в стране (структурные, управленческие, финансово-экономические), что послужило обоснованием необходимости совершенствования управления системой здравоохранения в регионе и интеграции деятельности институтов здравоохранения на основе кластерного подхода.

3. Разработаны теоретико-методические основы формирования кластеров в системе регионального здравоохранения: сформулировано понятие кластера здравоохранения, разработана классификация кластерных объединений в здравоохранении, сформирован состав потенциальных участников, механизмы их взаимодействия и согласования общих интересов, предложены этапы формирования кластеров и комплекс показателей для оценки их эффективности.

4. Предложена модель организации и управления системой здравоохранения региона на базе кластерного подхода, включающая в себя цель и задачи рыночных институтов системы здравоохранения, принципы, организационную и финансовую схемы их взаимодействия; произведена оценка социально-экономических последствий применения модели на примере потенциального кластера общей врачебной практики.

Практическая значимость диссертационной работы состоит в возможности использования теоретических выводов и предложений по практической реализации в качестве методической основы при внедрении принципов кластерного подхода в систему здравоохранения региона, разработке региональной политики в области здравоохранения.

Отдельные положения диссертационного исследования могут быть использованы в учебном процессе для студентов экономических специальностей по курсам «Региональная экономика», «Менеджмент в здравоохранении», а также в

учебных программах переподготовки и повышения квалификации управленческих кадров здравоохранения.

Апробация работы. Основные положения диссертационного исследования обсуждались и были одобрены на следующих научно-практических конференциях: XI Международная конференция молодых ученых-экономистов «Предпринимательство и реформы в России» (г. Санкт-Петербург, 2005 г.), VII Международная научно-практическая конференция «Энергия молодых – экономике России» (г. Томск, 2006), VII Экономические чтения «Экономико-теоретические представления о будущем развитии России» (г. Томск, 2006). Кроме этого, в 2006 г. автором был проведен семинар «Кластерный подход в региональной экономике России» для руководителей департаментов экономики, промышленности и предпринимательства Администрации Томской области. Основные положения формирования новых подходов к организации здравоохранения на основе кластерных объединений были также рассмотрены на уровне Департамента здравоохранения Администрации Томской области.

Публикации. По результатам диссертационного исследования были опубликованы 8 статей, разработаны и опубликованы 2 методические рекомендации, общим объемом 5,65 п.л., в том числе личный вклад автора 5,05 п.л.

Структура и объем работы. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка объемом 155 наименований. Текст диссертации изложен на 195 страницах, включая 14 рисунков и 15 таблиц.

Во **введении** обоснована актуальность темы диссертации, определены ее цель и задачи, объект и предмет исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость заботы.

В **первой главе** «ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» здравоохранение рассматривается как сложная и управляемая социально-экономическая система с ее уникальными свойствами, элементами и взаимосвязями. Приводится обзор ключевых моделей организации систем здравоохранения в развитых странах мира, на основе экономико-статистических методов производится сравнительный анализ их эффективности. Рассматривается система здравоохранения России с точки зрения ее структуры, комплекса проблем и направлений их решения.

Вторая глава «КЛАСТЕР КАК ПЕРСПЕКТИВНАЯ ФОРМА ИНТЕГРАЦИИ ИНСТИТУТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ» посвящена анализу форм объединения рыночных институтов в здравоохранении и, в частности, кластеру как наиболее перспективному инструменту для решения структурных, управленческих и финансово-экономических проблем системы здравоохранения региона. Раскрывается сущность кластера, его преимущества, сдерживающие факторы, этапы формирования. Исследуется опыт создания кластеров здравоохранения в зарубежных странах и предпосылки создания кластерных объединений в российском региональном здравоохранении.

В **третьей главе «ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ВНЕДРЕНИЯ КЛАСТЕРНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА (НА ПРИМЕРЕ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ)»** представлена авторская модель организации и управления здравоохранением региона на основе кластерного подхода. Разработаны общие теоретико-методические подходы к формированию кластеров в системе здравоохранения региона. На основе изучения особенностей функционирования системы здравоохранения Томской области разработана примерная схема потенциального кластера общей врачебной практики г. Томска.

Заключение содержит основные выводы и рекомендации по результатам исследования.

II. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. На основе сравнительного анализа организации систем здравоохранения развитых зарубежных стран и использования расширенного комплекса критериев оценки их социально-экономической эффективности определена оптимальная – рыночно-страховая модель организации, управления и финансирования системы здравоохранения, максимально учитывающая потребности общества в качественной и доступной медицинской помощи и отвечающая современным тенденциям развития здравоохранения.

Здравоохранение представляет собой сложную социально-экономическую систему, характеризующуюся уникальным составом элементов и связей между ними. В этом отношении, для исследования структурных и динамических

закономерностей функционирования здравоохранения целесообразно применение системного подхода, предполагающего, в частности, определение комплекса целей системы, особенностей отношений между элементами внутри системы и с внешней средой, исследование системных свойств и анализ методов управления.

Одним из важнейших элементов системного подхода в данной области является поиск оптимальной модели организации, управления и финансирования здравоохранения. Ориентация на такую модель позволит субъектам управления более эффективно определять конечные цели и разрабатывать обоснованные стратегические планы долгосрочного развития отрасли. При этом, модель должна быть оптимальна как с точки зрения обеспечения приемлемых для общества медико-демографических показателей, так и с точки зрения качества и доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

Для определения оптимальной модели здравоохранения, во-первых, был произведен отбор 192 стран мира, включенных в статистический сборник Всемирной Организации Здравоохранения. Во-вторых, с целью предварительного отбора данные страны были проанализированы по общему показателю смертности, объему расходов на здравоохранение и количеству врачей на 1000 населения. В результате отбора было выявлено 10 стран, демонстрирующих наиболее высокие показатели. В-третьих, при помощи методов статистической оценки эти страны были проранжированы по расширенному комплексу критериев социально-экономической эффективности систем здравоохранения, включающего такие показатели как:

1. *Здоровье населения*: ожидаемая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE) и ряд других.

2. *Показатели смертности* – общий коэффициент смертности, коэффициенты смертности по половозрастной структуре, коэффициенты смертности по заболеваниям.

3. *Заболеваемость населения* – общая заболеваемость, по важнейшим заболеваниям (СПИД, туберкулез);

4. *Совокупные расходы на здравоохранение, на душу населения*;

5. *Обеспеченность ресурсов здравоохранения*: количество врачей и медсестер на 1000 населения, количество коек стационарной, амбулаторной и неотложной

помощи на 1000 населения, магнитно-резонансных томографов, компьютерных томографов;

6. Удовлетворенность населения объемом и качеством медицинской помощи, системой здравоохранения в целом.

При построении данного комплекса критериев мы руководствовались, прежде всего, принципами релевантности, необходимого охвата, качества и своевременности данных.

В результате, согласно комплексу показателей социально-экономической эффективности действующей системы здравоохранения, в число стран-лидеров можно включить Японию, Швейцарию, Германию, Италию и Канаду, то есть системы со смешанной рыночно-страховой моделью организации, управления и финансирования медицинской помощи. Страны с преимущественно государственной системой здравоохранения (Испания, Великобритания) оказались на 8 и 9 месте, а популярная частная система здравоохранения США находится на последнем месте, подтверждая возрастающую критику системы со стороны населения, научного сообщества и организаторов здравоохранения.

Таким образом, рыночно-страховая система здравоохранения показывает высокие результаты функционирования в ведущих мировых странах и является ориентиром совершенствования системы организации, управления и финансирования медицинской помощи в Российской Федерации.

2. Проведена систематизация проблем регионального здравоохранения России в зависимости от характера их воздействия на социально-экономическую ситуацию в стране (структурные, управленческие, финансово-экономические), что послужило обоснованием необходимости совершенствования управления системой здравоохранения в регионе и интеграции деятельности институтов здравоохранения на основе кластерного подхода.

Современная система здравоохранения Российской Федерации характеризуется активным процессом реформирования, связанного с переходом от бюджетно-страховой к рыночно-страховой модели функционирования системы, в частности: введение одноканальной системы финансирования медицинских учреждений, преобразование части медицинских учреждений в новые организационно-правовые формы; развитие первичной медико-санитарной помощи;

внедрение новых методов оплаты труда медицинских работников и способов финансирования медицинских организаций (подушевое финансирование) и некоторые другие.

Вместе с тем, существующая в настоящее время система организации, управления и финансирования здравоохранения характеризуется комплексом проблем, которые в зависимости от характера их воздействия на социально-экономическую ситуацию можно разделить на 3 основные группы:

I. СТРУКТУРНЫЕ: неэффективное размещение ресурсов здравоохранения, слабая материально-техническая обеспеченность учреждений здравоохранения, неэффективное использование кадрового потенциала, нерациональное использование больничного фонда, отсутствие хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений, медленное внедрение инновационных технологий в здравоохранении.

II. УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ: фрагментация системы управления, вызванная последствиями чрезмерной децентрализации системы управления отраслью, межведомственные барьеры и несогласованности, слабая координация федеральных, региональных и местных органов управления, практическое отсутствие взаимосвязей между субъектами одного уровня системы здравоохранения (горизонтальная дезинтеграция), неэффективная деятельность главных врачей, неэффективная система полномочий и обязанностей региональных и муниципальных органов управления, отсутствие у региональных органов управления экономических и административных рычагов воздействия на муниципальные медучреждения, слабо проработанная система оценки эффективности здравоохранения, медленное реформирование законодательной базы.

III. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ: несоответствие государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи уровню финансирования отрасли, неэффективность методов и способов финансирования медицинских учреждений, несовершенство действующей системы ОМС.

Одним из важнейших условий восстановления управляемости системы является укрепление взаимосвязей как между отдельными субъектами системы здравоохранения, так и внутри ее подсистем. При этом акцент следует делать не столько на формирование жесткой вертикали власти, сколько на развитие

горизонтальных договорных отношений, формирование координационных органов и новых форм объединений, предполагающих совместное участие различных структур в реализации определенной цели в области охраны здоровья граждан Российской Федерации.

В этой связи, автор считает необходимым и обоснованным внедрение кластерного подхода к объединению хозяйствующих субъектов в практику организации и управления системой регионального здравоохранения. Под **«кластером»** при этом подразумевается особая форма интеграции деятельности рыночных институтов, основанной на принципах географической локализации ресурсов и на уникальном сочетании отношений партнерства и конкурентных отношений между участниками.

Выбор кластерного подхода обусловлен рядом факторов, характеризующих возможность адаптации данной формы объединения к системе здравоохранения региона:

- *универсальность применения кластеров*: изначально они формировались специально для промышленных и наукоемких отраслей, но в последнее время их присутствие стало заметным и в социально-ориентированных секторах, включая здравоохранение;

- *широкий спектр участников*: в число участников кластера входят ведущие компании и их поставщики, органы государственной власти, общественные структуры, финансовый и научный сектор и т.д., что позволяет обеспечить комплексность и единство хозяйственного процесса, построение завершеного цикла оказания медицинской услуги;

- *высокая эффективность кластера* за счет синергетического эффекта территориальной локализации и концентрации и, как следствие, сокращения транзакционных издержек, а также расширения доступа на рынки труда и капитала, использования современных технологий и оборудования;

- *сохранение хозяйственной самостоятельности участников*, входящих в кластер, что позволяет им вести конкурентную борьбу за клиентов или поставщиков, но вместе с тем искать точки соприкосновения с целью совместного преодоления рыночных барьеров и усиления конкурентных преимуществ;

- *долговременная координация взаимодействия участников* в рамках производственных программ, инновационных процессов, основных систем

управления, что обеспечивает стратегическую ориентацию деятельности кластера и реализацию долгосрочных инвестиционных проектов;

- *ориентация на человека*: деятельность социально-ориентированных кластеров помимо ярко выраженной коммерческой составляющей имеет и гуманистическую направленность, выражающуюся, во-первых, в создании новых рабочих мест и повышении возможностей трудоустройства выпускников учебных заведений; во-вторых, во включении в структуру кластера общественных структур и представителей населения, проживающего на территории функционирования кластера.

В целях оценки потенциальных возможностей кластерного подхода применительно к современной системе регионального здравоохранения России автором проведен сравнительный анализ организационно-финансовых особенностей действующей и предлагаемой систем организации и управления здравоохранением региона (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ организационно-финансовых особенностей действующей и предлагаемой систем организации и управления здравоохранением региона

Характеристика текущей системы	Характеристика системы, основанной на кластерном подходе
1. С точки зрения организации медицинской помощи	
Система ориентирована не на человека, охрану его здоровья, а на достижение результатов собственной деятельности (нормативы и стандарты). В результате имеются серьезные структурные диспропорции сети лечебных учреждений, неэффективное размещение и использование ресурсов здравоохранения, крайне несбалансированная система государственных закупок и дополнительного лекарственного обеспечения.	Кластерный принцип формирования модели управления предполагает: - функционирование на принципах экономической целесообразности с учетом потребностей пациентов, что позволит естественным образом устранить дисбаланс поликлинической и стационарной помощи, стимулировать собственников рационально распоряжаться своими ресурсами; - географическую локализацию субъектов, что позволяет обеспечить близость всех потребителей и контрагентов;
2. С точки зрения управления	
Система слабо управляема и децентрализована, о чем свидетельствует неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов ОМС, ослабление функций стратегического и текущего планирования в их деятельности, низкий уровень	В кластере между участниками формируются тесные партнерские отношения (формально и неформально закрепленные), основанные на понимании взаимных интересов и общности рыночных барьеров. Образующий участниками координационный орган обеспечивает аккумуляцию и актуализацию целей и задач субъектов, четко распределяет сферы

Характеристика текущей системы	Характеристика системы, основанной на кластерном подходе
взаимодействия между медицинскими организациями одного уровня.	ответственности и обязанности каждого участника.
3. С точки зрения финансирования	
Недостаточное финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий, неэффективность методов и способов оплаты медицинских учреждений (сохранение принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений из бюджета в расчете на ресурсные показатели вне зависимости от их реальной работы), неупорядоченность многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней.	Кластерный подход к организации и управления здравоохранением предполагает деятельность в условиях конкурентного рынка (со-конкуренция участников), поэтому система финансово-экономических отношений должна быть направлена на максимально эффективное использование всех имеющихся ресурсов. Кроме этого, финансирование деятельности кластера осуществляется при помощи специально формируемого финансового пула, распределяемого по взаимному согласию всех участников кластерного объединения.

Таким образом, кластерный подход позволяет частично решить ряд проблем структурного, управленческого и финансово-экономического характера, поскольку упорядочивает организационную структуру регионального здравоохранения, выстраивает цепочку устойчивых взаимосвязей, основанных на доверии и понимании общности интересов, но в то же время не требует серьезных структурных и законодательных преобразований в текущей системе здравоохранения.

3. Разработаны теоретико-методические основы формирования кластеров в системе регионального здравоохранения: сформулировано понятие кластера здравоохранения, разработана классификация кластерных объединений в здравоохранении, сформирован состав потенциальных участников, механизмы их взаимодействия и согласования общих интересов, предложены этапы формирования кластеров и комплекс показателей для оценки эффективности их деятельности.

Разработка теоретико-методических основ формирования региональных кластеров в системе здравоохранения требует введения общего понятия кластера в системе здравоохранения, поскольку такое понятие в экономической литературе еще не сформулировано. Под «кластером здравоохранения» автор предлагает понимать объединение на основе согласования общих интересов географически локализованных медицинских организаций, их поставщиков и бизнес-окружения

(научно-исследовательских организаций, учебных заведений, финансовых институтов, органов государственной власти, общественных структур и пр.), действующее на принципах партнерства и со-конкуренции с целью реализации совместных проектов, преодоления рыночных барьеров и усиления конкурентных преимуществ на рынке медицинских услуг.

Методика формирования кластеров в системе здравоохранения региона, на взгляд автора, должна включать следующие элементы:

I. Институциональный анализ рынка медицинских услуг на определенной территории с целью выявления потенциалов для кластерного объединения. При этом, совокупность потенциальных областей для создания кластерного объединения в сфере здравоохранения предполагается разделить на три ключевые группы (в соответствии с мировой практикой классификации секторов здравоохранения):

1. *Кластеры медицинских услуг* – объединение нескольких медицинских учреждений (больниц, поликлиник, частных практик, медсанчастей, страховых компаний, медицинских учебных заведений и пр.) с целью обмена технологиями, опытом, оборудованием, формирования единой базы пациентов и ускорения процесса диагностики и лечения за счет сокращения транзакционных издержек, большей эффективности логистической схемы движения медицинских ресурсов и пациентов, активного использования современных технологий и оборудования.

В рамках данной группы могут быть образованы кластеры в зависимости от того или иного сегмента рынка медицинских услуг (по классификации И.А. Тогунова):

- кластеры медицинских услуг по сохранению жизни («маркетинговым сегментом жизни»): реанимация, скорая медицинская помощь, хирургия, травматология и некоторые другие;
- кластеры медицинских услуг, связанных с возвратом здоровья, восстановлением и сохранением определенного уровня трудоспособности при ее временной потере («маркетинговый сегмент болезней»). Детализация видов медицинских услуг в этом сегменте осуществляется по направлениям: а) медицинские услуги, направленные на лечение острых и недопущение обострений хронических заболеваний; б) медицинские услуги, направленные на недопущение перевода временной потери трудоспособности в стойкую (инвалидность); в) медицинские услуги по

сохранению и поддержанию определенной степени хронических состояний и инвалидности;

- кластеры медицинских услуг, сохраняющих и поддерживающих состояние относительно здорового организма («маркетинговый сегмент здоровья»): иммунопрофилактика, диспансеризация и ряд других.

2. *Кластеры лекарственного обеспечения и медицинского оборудования* – объединение фармацевтических организаций различных форм собственности, производителей и поставщиков (частных и государственных) лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, исследовательских центров и лабораторий, учебных заведений медицинского профиля и т.д. Цель – организация системы бесперебойного обеспечения лекарственными средствами населения, поставок качественных и доступных медикаментов и оборудования медицинским организациям региона, представление и защита интересов фармацевтического рынка, информационная, юридическая, консультативная поддержка фармацевтических предприятий, содействие развитию инфраструктуры фармацевтического рынка.

3. *Кластеры биотехнологий и инноваций в медицине*. Этот тип кластеров широко распространен в зарубежной практике и представляет собой объединение научно-исследовательских центров, институтов, медицинских и технических ВУЗов, лабораторий, инжиниринговых компаний, поликлиник и медицинских центров, основным приоритетом которого является разработка и реализация инновационных продуктов и технологий в сфере медицины и охраны здоровья.

II. Проявление инициативы, которое может заключаться в проведении организационной работы, связанной с информированием потенциально заинтересованных участников относительно формирования кластерного объединения (рассылка информационных сообщений, организация предварительного собрания, в результате которого может быть подписан протокол о намерениях, проведение устных переговоров и личных встреч с возможными кандидатами).

III. Формирование кластера. Ядро будущего медицинского кластера (ключевые организации и их поставщики, а также частично бизнес-окружение) предлагается формировать исходя из принципа полноты субъектов, поставляющих ресурсы на оказание медицинской услуги.

В частности, на территории Томской области нами были выявлены следующие участники, которые могут быть потенциально задействованы в формировании кластеров на рынке медицинских услуг (таблица 2).

Таблица 2

Определение потенциальных участников кластера медицинских услуг в системе здравоохранения Томской области

Структуры кластера	Потенциальные участники кластера
Ключевые медицинские организации	576 медицинских организаций всех форм собственности, зарегистрированных на территории Томской области. В том числе частной формы собственности – 471, из них юридических лиц – 260, индивидуальных частных предпринимателей без образования юридического лица – 211.
Прямые поставщики ¹	Поставщики и производители лекарственных средств (порядка 40 учреждений, например, ЗАО «Вита-Фарм», ООО «Медком-С», ОГУП «Областной аптечный склад», ООО «Химмедсервис», ООО «Сибинтерфарм», ЗАО «СИА Интернейшнл-Томск»), медицинского оборудования и расходных материалов (10 основных, включая ОГУП «Медтехника», ЗАО «Техмедсервис», ООО «Химмедсервис»), мягкого инвентаря (преимущественно «Сибирская мануфактура»), продуктов питания (ОАО «Областной сельскохозяйственный торговый дом») и др.
Косвенные поставщики	Производители и поставщики необходимого для медицинской деятельности хозяйственного оборудования и инвентаря – компьютеры и оргтехника, бытовая химия, спецодежда, канцтовары, информационные и программные продукты, другие необходимые для осуществления медицинской деятельности материалы и оборудование.
Окружение	Органы исполнительной власти (Администрация Томской области, г. Томска, отделения и филиалы федеральных структур), налоговые, правоохранительные, судебные органы, нотариусы, юридические и консалтинговые фирмы, учреждения государственной статистики, Томский Территориальный Фонд ОМС, НИИ, финансово-кредитные учреждения и страховые компании, образовательные учреждения по профилю основной деятельности (высшее - СГМУ, средние, начальные и специальные, например, медколледж г. Томска), а также обеспечивающие деятельность (ТГУ, ТПУ, ТУСУР, ТГАСУ, гуманитарные, технологические институты и колледжи), ремонтно-строительные организации, жилищно-коммунальные службы (энерго-водо-теплоснабжение, канализация, мусор и др.), почтовые отделения, поставщики телефонной и сотовой связи, транспортные организации (авиакомпания, ж/д агентства, автохозяйства) и другие участники.

Включение в состав социально-ориентированного кластера органов государственной власти, общественных организаций, финансовых институтов и иных структур является обязательным элементом его эффективного

¹ На основе данных Департамента здравоохранения Администрации Томской области об основных поставщиках, участвующих в конкурсном отборе.

функционирования и должно осуществляться в соответствии с требованием согласованности деятельности кластера, обеспечении необходимого контроля качества оказываемых участниками медицинских услуг.

IV. Создание координационного органа кластера, осуществляющего организационные функции – проведение собраний, оформление необходимых документов, информационное обслуживание участников будущего кластера.

V. Оценка внешней среды: анализ конкурентных преимуществ и рыночных угроз кластера, оценка воздействия кластера на систему здравоохранения и экономику региона.

VI. Разработка стратегий и планов мероприятий по дальнейшим действиям.

VII. Реализация намеченных планов, целей, дальнейшая работа по совершенствованию «внутрикластерных» отношений, непрерывный мониторинг развития кластера и оперативный контроль в случае отклонения от запланированных результатов.

Важной составляющей эффективного функционирования медицинского кластера является его *объективная и всесторонняя оценка*, что может представлять собой непростую задачу, поскольку кластер – это полуофициальная структура, не имеющая четко определенных границ, обязательных компонентов и закрепленных стандартов функционирования. При оценке эффективности нами были выделены 3 ключевых подхода:

1. Количественная оценка деятельности кластера: использование т.н. ключевых показателей эффективности кластерного объединения (количество собраний участников, количество компаний, активно участвующих в деятельности кластера, объем услуг, совместно оказанных участниками кластера, количество рабочих мест в кластере и др.).

2. Экспертная оценка деловых связей между участниками: количество участников, между которыми имеются установленные деловые отношения, длительность и динамика таких отношений, тип связей, характер деловых связей, оценка степени вклада деловых связей в конечный результат деятельности кластера.

3. Оценка динамики развития ключевых фирм кластера: расчет динамических индексов развития компаний до и после объединения в кластер, динамика ключевых показателей эффективности деятельности участников (коэффициенты ликвидности,

прибыльности, оборачиваемости, производительности труда и пр.). Применительно к сфере здравоохранения, возможна оценка динамики ключевых индикаторов здоровья населения, охваченного кластером (показатели смертности, заболеваемости в целом и по отдельным нозологиям, количество пролеченных случаев, длительность пребывания в стационаре или на амбулаторном наблюдении), а также специфических показателей деятельности медицинских организаций, входящих в кластер (количество и эффективность работы коечного фонда, средняя продолжительность ожидания медицинской процедуры, количество медицинских работников, медицинского оборудования на душу охваченного населения и т.д.).

4. Предложена модель организации и управления системой здравоохранения региона на базе кластерного подхода, включающая в себя цель и задачи рыночных институтов системы здравоохранения, принципы, организационную и финансовую схемы их взаимодействия; произведена оценка социально-экономических последствий применения модели на примере потенциального кластера общей врачебной практики.

На основании изучения особенностей кластерного подхода в зарубежных странах и его экстраполяции на ряд российских закономерностей функционирования системы здравоохранения на региональном уровне, автором была разработана принципиально новая модель организации и управления здравоохранением региона на основе кластерного подхода. К числу основных принципов, формирующих основу кластерного подхода в данной модели, были отнесены:

1. Принцип партнерства – механизмы подготовки и принятия управленческих решений должны основываться на понимании общности интересов, взаимовыгодности сотрудничества, а не на доминирующих предпочтениях фирм-лидеров или органов государственной власти.

2. Принцип равного участия в управлении деятельностью кластера – каждый участник имеет право голоса и право на учет собственного мнения.

3. Принцип гласности и прозрачности управления – готовящиеся для принятия решения должны быть известны и согласованы всеми участниками кластерного объединения; беспрепятственность и быстрота прохождения информационных потоков между участниками.

4. Принцип корпоративного поведения – ориентация на поиск или создание климата доверия между участниками, единой системы ценностей, образцов поведения, способов оценки результатов, взаимоконтроля в разрешении конфликтных ситуаций.

5. Долговременная ориентация – объединение кластерного типа должно носить долгосрочный характер (более года) и быть направлено на решение стратегических целей совершенствования процессов оказания медицинской помощи на территории региона.

6. Принцип обязательности – несмотря на преимущественно неформализованные отношения между элементами кластера, каждый участник должен быть уверен в том, что принятые управленческие решения будут реализованы, а обязательства перед партнерами выполнены.

7. Принцип адаптивности – возможность гибкой подстройки под изменяющиеся рыночные условия, формирование четкой и понятной системы взаимосвязей между участниками, сохраняющей свою интегральную целостность при выходе участников или появлении новых элементов.

Считаем, что предлагаемая модель организации и управления здравоохранением региона должна включать следующие группы элементов:

- субъекты модели управления, основанного на кластерном подходе (органы управления, поставщики, организации, общественность, бизнес-окружение I и II уровня), условно обозначенные через понятие «*категории*»;

- элементы, характеризующие определенную сферу интересов субъектов системы в поле взаимодействий при формировании кластера (реализация целевых программ развития здравоохранения на территории, обеспечение стабильности поставок, повышение конкурентоспособности медицинских организаций и пр.), условно обозначенные как «*предикаты*».

В данной модели особое место занимает центральный предикат «Точки соприкосновения», который является осью построения модели управления по принципу кластерного подхода и актуализирует множество потенциальных интересов в единую структуру взаимодействия участников (рис. 1).



Рисунок 1 – Схематическое изображение модели организации и управления здравоохранением региона по принципу кластерного подхода

Целью управления здравоохранением на основе кластерного подхода является совместная, основанная на законе и общности интересов деятельность органов государственной власти и корпоративных, общественных структур, отдельных граждан, направленная на совершенствование функционирования системы здравоохранения Российской Федерации.

Реализуя свои цели и интересы, между участниками кластерного объединения формируется уникальная, характерная для каждого конкретного кластера система взаимодействия субъекта и объекта:

1. Соответствие субъекта и объекта управления друг другу, их совместимость в процессе функционирования кластера. Возможность субъекта управлять должна быть обусловлена готовностью объекта следовать поступающим командам. Подобная ситуация возникает в том случае, если личные цели участников управленческого процесса будут совпадать и одновременно соответствовать целям объекта управления. То есть степень достижения участниками кластера своих целей должна находиться в прямой зависимости от степени достижения целей самого

управления, вытекающих из потребностей самого объекта. В этом состоит, на наш взгляд, ключевая проблема управления по принципу кластерного объединения, поскольку субъект и объект управления могут быть не связаны отношениями собственности.

2. Относительная самостоятельность субъекта и объекта управления в рамках единства. Несмотря на то, что участники кластера действуют на основании достигнутых договоренностей (формальных и неформализованных), они должны обладать определенной свободой, позволяющей им принимать самостоятельные решения, продиктованные внутренней хозяйственной необходимостью, требованиями конкурентной рыночной среды.

3. Взаимодействие субъекта и объекта управления должно быть основано на принципах обратной связи, заключающихся в реагировании на управленческую информацию, полученную от другой стороны. Такая реакция служит ориентиром для корректировки последующих действий, которые обеспечивают приспособление субъекта и объекта управления не только к изменению внешней ситуации, но и к новому состоянию друг друга.

Для эффективного внедрения модели управления и финансирования региональной системой здравоохранения по принципу кластерного подхода, по нашему мнению, необходимы следующие условия:

- формирование конкурентного рынка медицинских услуг с усилением хозяйственной самостоятельности медицинских организаций;
- развитие рыночных отношений в смежных секторах – образование, наука, страхование и пр.;
- появление у субъектов системы регионального здравоохранения объективной потребности и осознанной необходимости в объединении на принципах кластерного подхода;
- разработка методических материалов и указаний по формированию кластеров как в общем плане, так и в сфере здравоохранения в частности.

Приоритетным направлением реформирования системы здравоохранения Томской области является формирование и развитие общих врачебных практик, которые в новых условиях одноканальной системы финансирования будут являться ключевыми субъектами управления. В этой связи представляется важным исследовать потенциалы кластерного подхода в сфере первичной медицинской

помощи. Внедрение кластерного подхода в секторе общеврачебной практики г. Томска позволит получить существенный *социально-экономический эффект*, заключающийся в следующем:

- сокращение транзакционных, логистических и общехозяйственных затрат за счет оптимизации территориального расположения и близости поставщиков и потребителей медицинской услуги;

- повышение инвестиционной привлекательности всех участников кластера общей врачебной практики вследствие повышения их финансово-экономической устойчивости, способности аккумулировать значительные средства на реализацию инвестиционных проектов, ускорения процедуры согласований и контроля;

- расширение возможностей совместного использования ресурсов (оборудования, информационных технологий, управленческих и медицинских кадров), приобретение которых затруднено для отдельного хозяйствующего субъекта (общей врачебной практики);

- вследствие активного участия государственных органов власти в деятельности кластера общей врачебной практики повышаются возможности совместной реализации важнейших социальных проектов на территории г. Томска (в частности, профилактика и иммунизация городского населения по национальному проекту «Здоровье»);

- улучшение качества и доступности медицинской помощи для населения города, упорядочение процессов диагностики и лечения по пространственно-временному признаку, расширение возможностей общественного контроля и «обратной отдачи» в процессе оказания медицинских услуг и др.

Основные публикации по теме диссертации

Методические пособия:

1. Банин А.С. Организационно-методические подходы к формированию кластеров в регионах Российской Федерации: Учебно-методическое пособие. – Томск: СибГМУ, 2007. – 30 с. (1 п.л.).

2. Банин А.С. Организационно-методические подходы к формированию кластеров в системе здравоохранения региона: учебно-методическое пособие. – Томск: СибГМУ, 2007. – 37с. (1,2 п.л.).

Публикации в изданиях перечня ВАК:

3. Гринкевич Л.С., Банин А.С. Совершенствование методов управления учреждениями здравоохранения в России // Вестник Томского Государственного Университета. – Томск, 2006. - №292. – С. 105-114. (1,1 п.л. / 0,5 п.л.).

4. Банин А.С. О формировании кластеров в системе здравоохранения региона // Управление общественными и экономическими системами [электрон. журн.]. – Орел: ОрелГТУ, 2007. - №1. (0,6 п.л.).

Публикации в прочих изданиях:

5. Банин А.С. Способы финансирования учреждений здравоохранения // Проблемы финансов и учета: Сб. статей и рецензий / под ред. А.А. Земцова. – Томск, 2004. – №4. – С. 15-21. (0,45 п.л.).

6. Банин А.С. Современный этап реформирования системы обязательного медицинского страхования в России // Региональный вестник молодых ученых: Сб. ст. молодых ученых и аспирантов. – М., 2005. - №2. – С. 20-23. (0,3 п.л.).

7. Банин А.С. Как повысить конкурентоспособность региона: возможности кластерного подхода // Материалы работы одиннадцатой международной конференции молодых ученых экономистов. – Санкт-Петербург, Изд-во СПбГУ, 2005. – С. 94-95. (0,1 п.л.).

8. Банин А.С. Концепция маркетинга медицинских услуг на современном этапе развития учреждений здравоохранения // Энергия молодых – экономике России. Труды VII международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Томск: Изд-во ТПУ, 2006. – С. 203-205. (0,2 п.л.).

9. Банин А.С. Кластерный подход в системе здравоохранении России (на примере Томской области) // VII экономические чтения: материалы научной конференции «Экономико-теоретические представления о будущем развитии России». – Томск, Изд-во НТЛ, 2006. – С. 277-282. (0,4 п.л.).

10. Банин А.С. Финансирование медицинских организаций в рамках пилотного проекта реформирования здравоохранения Томской области // Проблемы финансов и учета: Сб. статей и рецензий / под ред. А.А. Земцова. – Томск, 2007. – С. 25-29. (0,3 п.л.).