

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**На правах рукописи**

**ШТОКАЙЛО ВЕРА ЮРЬЕВНА**

**РЕГУЛИРОВАНИЕ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ПАРТНЕРСТВА  
ГОСУДАРСТВА И БИЗНЕСА**

**Специальность 08.00.05 - экономика и управление народным  
хозяйством: экономика труда**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА  
ЭКОНОМИЧЕСКИХ НАУК**

**Научный руководитель  
доктор экономических наук, доцент  
Чернова О.А.**

**Ростов-на-Дону – 2017**

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |     |
|--|-----|
| ВВЕДЕНИЕ.....  | 3   |
| 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....                | 13  |
| 1.1. Современные тенденции в изменении системы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения.....                           | 13  |
| 1.2. Рыночные и нерыночные механизмы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения.....                                     | 30  |
| 1.3. Особенности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в рамках проектов партнерства государства и бизнеса          | 47  |
| 2. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТНЕРСКИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ             | 68  |
| 2.1. Эффекты партнерских взаимодействий государства и бизнеса в системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения ..... | 68  |
| 2.3. Разработка и апробация инструментария оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения               | 83  |
| 2.3. Когнитивный подход к проведению факторного анализа эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения .....   | 103 |
| 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ                           | 119 |
| 3.1. Функционально-иерархическая модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении .....  | 119 |
| 3.2. Инструментарно-методическое обеспечение процесса мониторинга трудовых отношений в учреждениях здравоохранения ....                      | 136 |
| 3.3. Технологии обработки данных для выявления скрытой информации об эффектах партнерских взаимодействий в здравоохранении .....             | 152 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....   | 168 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....   | 176 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ .....   | 195 |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Процессы модернизации национальной сферы здравоохранения в императивах инновационной экономики, экономики знаний приводят к существенным изменениям в содержании и характеристиках деятельности медицинских работников, определяемых активным проникновением рыночных механизмов в систему управления трудом. В результате формируется новый тип задач, связанных с разрешением ряда противоречий в трудовой сфере, обусловленных конфликтом экономических интересов медицинских работников, работодателей и государства, который возникает вследствие несогласованности рыночных и нерыночных механизмов регулирования трудовой деятельности.

Это определяет необходимость исследования проблематики совершенствования механизмов и инструментов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения через призму разрешения складывающихся в данной сфере тенденций и противоречий. Определенное место в данном процессе занимает механизм партнерства государства и бизнеса, в рамках которого становится возможным решение ряда проблем воспроизводства трудовых ресурсов, в числе которых ликвидация диспропорций на рынке труда в здравоохранении, недостаточность финансовых ресурсов для инноватизации труда медицинских работников и прочие.

В последние годы вопросы взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения попали в круг интересов ряда ученых и практиков. В то же время в большинстве случаев их исследования сводятся к рассмотрению условий, объемов и структуры финансирования модернизационных проектов в данной отрасли. Тогда как менее изученным является то, что в рамках партнерства государства и бизнеса возможно качественное повышение эффективности реализации механизмов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения.

Актуальность выбранной темы исследования дополняется тем, что система партнерства государства и бизнеса в здравоохранении наряду с

эффектами реализации интересов самих участников взаимодействий позволяет получить синергетические эффекты во всех составляющих системы регулирования трудовых отношений на макро-, мезо- и микроуровнях национальной экономики. Данное обстоятельство предопределяет значимость разработки инструментария, позволяющего оценить не только эффективность самих партнерских взаимодействий, но и степень их влияния на развитие трудовых отношений, то есть эффективность осуществляемых регулятивных воздействий. При этом особое значение имеет дополнение методического инструментария системой мониторинга эффектов трудовых отношений, генерируемых партнерскими взаимодействиями, с возможностью ее интеграции в единое информационное пространство сферы здравоохранения.

**Степень разработанности проблемы.** Теоретические и практические вопросы совершенствования и качественного обновления механизмов регулирования социально-трудовых отношений в здравоохранении достаточно широко представлены в современных исследованиях. Сформированное исследовательское поле охватывает широкий спектр проблем модернизационных преобразований в системе воспроизводства трудовых ресурсов медицинских учреждений.

Теоретические основы регулирования социально-трудовых отношений, воспроизводства трудового потенциала представлены в работах Г. Беккера, О.С. Белокрыловой, Л.А. Агузаровой, И.В. Ильинского, В.А. Кижеватовой, Е.В. Михалкиной, М.М. Скореева, И.В. Цветкова и др., в том числе специфика применения рыночных и нерыночных механизмов их регулирования в сфере здравоохранения отражена в работах Е.А. Бюллер, Ф.Н. Кадырова, А.А. Костина, Б.Т. Пономаренко, А.В. Разумовского, Н.А. Полиной, Ю.В. Самсонова, В.И. Стародубова, И.Р. Хотовой, И.М. Шеймана и др.

Различные аспекты взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении исследованы в работах Д.В. Виницкого, Н.Н. Калмыкова, М.А. Какушкиной, О.А. Каплунова, С.В. Поздняковой, Л.В. Шубцовой и ряда других ученых. В работах А.В. Алешина, К.А. Белокрылова,

С.В. Гриненко, А.Я. Лившина, О.П. Молчанова, А.Ю. Никитаевой, Н.И. Пшикановой и др. анализируются эффекты партнерских взаимодействий государства и бизнеса, проявляемые на разных уровнях управления; эффекты в системе социально-трудовых отношений рассматриваются в работах Е.А. Барбашиной, Д.А. Землянова, С.С. Змияка, Т.В. Игнатовой, О.С. Фомина, М.А. Школьниковой, М.Т. Югай и др.

Возможности использования аппарата проблемно-ориентированных и учетно-отчетных оценок в исследовании механизмов партнерства отражены в работах А.В. Барчукова, А.С. Большакова, К.О. Виноградовой, О.В. Калининой, О.А. Ломовцевой, Л.Г. Матвеевой, О.А. Черновой и др. Методологии когнитивного подхода посвящены труды З.К. Авдеевой, Г.В. Гореловой, Т.В. Какатуновой, С.В. Коврига, Д.И. Макаренко и др.

Основные направления формирования системы мониторинга сферы социально-трудовых отношений представлены в работах Т.Д. Бурменко, Б.С. Бурыхина, В.С. Раковской, О.С. Сухарева и др. Технологии обработки больших данных в целях выявления скрытой информации представлены в трудах А.В. Грехова, Б.А. Кобринского, А.В. Флегонтова, В.В. Фомина и др.

В то же время, несмотря на значимость существующих подходов к регулированию трудовых отношений в здравоохранении, следует отметить, что возникающие в данной системе эффекты партнерских взаимодействий, оценка возможностей использования механизмов партнерства государства и бизнеса в целях повышения эффективности управления трудом в здравоохранении являются малоизученными. Это предполагает целесообразность проведения дополнительных исследований, принимая во внимание значимость сферы здравоохранения в развитии человеческого капитала. Все вышеперечисленное определило актуальность выделения обозначенных проблем в самостоятельное направление исследования и обусловило формулировку темы диссертационной работы, постановку ее целей и задач.

**Цель и задачи исследования.** *Цель диссертационной работы* состоит в обосновании теоретико-концептуальных основ повышения эффективности

регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения на основе использования механизма партнерства государства и бизнеса, разработке методического инструментария информационно-аналитической поддержки оценивания его эффективности.

Для достижения данной цели в работе были поставлены и последовательно решены следующие этапные задачи:

- выявить и проанализировать характерные для современного этапа модернизации сферы здравоохранения тенденции и технологии регулирования трудовых отношений, рассмотреть особенности использования в данном процессе рыночных и нерыночных методов и механизмов;
- исследовать возможности использования механизма партнерства в регулировании трудовых отношений в учреждениях здравоохранения и выявить возникающие при этом в сфере трудовых отношений эффекты;
- разработать инструментарий проведения факторного анализа и оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения и провести его апробацию;
- разработать на основе функционально-иерархического подхода модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса, а также его инструментально-методическое наполнение;
- обосновать возможности использования технологий обработки больших данных для выявления скрытой информации об эффектах партнерских взаимодействий в сфере управления трудом в здравоохранении.

**Объект и предмет исследования.** *Объектом исследования* является сфера трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в современных условиях активного развития рыночных механизмов. *Предметом исследования* выступают социально-экономические и информационно-организационные механизмы регулирования труда работников учреждений здравоохранения, базирующиеся на отношениях партнерства государства и бизнеса.

Диссертационное исследование выполнено в рамках Паспорта специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством: экономика труда: 5.11. Социально-трудовые отношения: система, структура, виды, субъекты, механизмы регулирования. Международные трудовые отношения и роль Международной организации труда. Регулирование социально-трудовых отношений – федеральный, региональный, муниципальный и корпоративный аспекты; активное влияние социально-трудовых отношений на развитие экономики и её отраслей. 5.14. Противоречия в социально-трудовой сфере: пути их предупреждения и разрешения.

**Рабочая гипотеза диссертационного исследования** состоит в том, что существенные трансформации в системе регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения, обусловленные масштабным проникновением в нее рыночных механизмов, привели к проявлению ряда социально-трудовых противоречий между экономическими интересами работников, работодателей и государства. Реализация механизмов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении позволяет повысить эффективность регулирования трудовых отношений на всех этапах воспроизводства трудовых ресурсов данной сферы.

**Теоретико-методологическая основа исследования** сформирована на основе использования базовых положений теорий рынка труда, управления трудом в рамках концепции человеческого капитала, а также современных представлений о регулировании социально-трудовых отношений как совокупности производственных и общественных взаимодействий, в рамках которых формируется трудовой потенциал. В процессе разработки проблем диссертационного исследования были использованы общие положения воспроизводственного, системного, процессного и синергетического подходов. Разработка инструментария оценки эффектов партнерства в сфере трудовых отношений базируется на сопряженном использовании учетно-отчетных и проблемно-ориентированных оценок, а также методе экспертного попарного сравнения. При проведении факторного анализа эффективности

регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнеса были использованы основные положения когнитивного подхода. Формирование модели мониторинга базировалось на использовании функционально-иерархического подхода.

**Инструментарно-методический аппарат исследования** на разных этапах его проведения представлен следующими общенаучными и экономическими методами: категориальный, сравнительный, пространственный анализ, графические и табличные приемы интерпретации информации, методы анализа больших данных, в числе которых статистический анализ, классификация. Кроме того, при разработке инструментария оценки эффективности регулирования трудовых отношений в здравоохранении был использован аппарат экспертных оценок.

**Информационно-эмпирическая база исследования** сформирована официальными данными Федеральной службы государственной статистики, законодательными актами и нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность учреждений здравоохранения, данными Министерства здравоохранения, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области, материалами международных, всероссийских и региональных научно-практических конференций, монографических исследований отечественных и зарубежных ученых, материалами и отчетами ежегодных исследований в сфере здравоохранения, профильными Интернет-ресурсами, а также результатами авторских изысканий.

Аргументированность, обоснованность и достоверность сделанных выводов, полученных оценок и разработанных практических рекомендаций обеспечивается репрезентативностью использованных данных.

**Научная новизна исследования** заключается в обосновании механизмов и инструментов повышения эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения и разрешения противоречий между экономическими интересами работников, работодателей и государства, возникающих в результате развития в данной

сфере рыночных механизмов, на основе реализации отношений партнерства государства и бизнеса, а также информационно-инструментального обеспечения оценки эффектов.

В рамках исследования получены следующие результаты, обладающие элементами новизны:

1. Выявлено, что рыночные изменения, затронувшие систему здравоохранения, вступая в конфликт с государственными приоритетами функционирования этой социально-значимой отрасли, стали источником проявления ряда противоречий в ее трудовой сфере и привели к деструктивным последствиям, выражающимся в усилении диспропорций на рынке труда, снижении мотивации медицинских работников к труду, увеличении оттока работников из отрасли, недостаточности профессиональных знаний, умений и навыков медицинских работников для эффективного использования современного высокотехнологичного оборудования, и прочих. В развитие идей Ф.Н. Кадырова, А.В. Разумовского, Н.А. Полиной, Л.Н. Коптева<sup>1</sup> обосновано, что совершенствование механизмов и инструментов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, а также сглаживание возникающих экономических противоречий возможно посредством эффективного сочетания рыночных и нерыночных рычагов регулирования.

2. Аргументировано (с использованием идей Д.А. Землянова, О.П. Молчанова, А.Я. Лившина<sup>2</sup>), что качественное повышение эффективности механизмов регулирования трудовых отношений в здравоохранении возможно в рамках партнерства государства и бизнеса. Это позволило выявить императивы и принципиально новые задачи в развитии данных механизмов, соответствующие основным этапам воспроизводства трудовых ресурсов: связанные с реализацией программ подготовки и повышения квалификации

---

<sup>1</sup> Кадыров Ф.Н. Реформы в здравоохранении: проблемы реализации // Менеджер здравоохранения. 2015. № 1; Разумовский А. В., Полина Н. А., Коптева Л. Н. Перспективы развития государственного–частного партнерства в здравоохранении // Медицинский альманах. 2013. №2 (26).

<sup>2</sup> Землянов Д.А. Государственно-частное партнерство как инструмент совершенствования взаимодействия бизнеса и власти в сфере социально-трудовых отношений региона // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 5.

кадров, с ликвидацией диспропорций на рынке труда в здравоохранении; в сфере улучшения условий профессиональной деятельности, стимулирования инновационной активности медработников и обеспечения адекватной результатам работы оплаты труда.

3. Выявлены и охарактеризованы (по аналогии с предложенным А.В. Алешиним и А.Ю. Никитаевой<sup>3</sup> подходом к оценке эффектов взаимодействия государственных и бизнес-структур) экономические, социальные и институциональные эффекты в сфере трудовых отношений в здравоохранении, возникающие в процессе партнерских взаимодействий государства и бизнеса и проявляемые на макро-, мезо- и микроуровнях экономики. В развитие сложившихся научных представлений о том, что эффекты партнерства государства и бизнеса в здравоохранении проявляются в виде получения экономических выгод его участниками (М.А. Какушкина, С.В. Позднякова<sup>4</sup>), показано, что они также выражаются в трансформациях сферы трудовых отношений и связаны с изменением материально-технического оснащения труда, с возможностями привлечения частных инвестиций к финансированию программ формирования кадрового потенциала и др.

4. На основе существующих подходов к исследованию эффектов партнерских взаимодействий государства и бизнеса, в том числе в аспекте развития сферы социально-трудовых отношений (Е.А. Барбашин, О.С. Фомин, А.С. Большаков, Г.В. Горелова и др.<sup>5</sup>) разработан и апробирован комплекс методов, подходов, моделей и технологий, последовательное использование которых позволяет проводить оценку эффективности регулирования трудовых

---

<sup>3</sup> Никитаева А.Ю., Алешин А.В. Концептуальная модель межфирменного партнерства для решения актуальных проблем и модернизации экономики регионов Юга России // *Journal of Economic Regulation*. 2013. Т. 4. № 4.

<sup>4</sup> Позднякова С.В., Какушкина М.А. О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении // *Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ*. 2016. №5.

<sup>5</sup> Барбашин Е.А., Фомин О.С., Филимонов О.А. Механизмы воздействия социально-трудовых отношений на качество трудовой жизни работников // *Вестник Курской гос. с.-х академии*. 2012. №1.; Большаков А.С. *Антикризисное управление на предприятии: финансовый и системный аспекты*. СПб, 2010. Серия Новое в гуманитарных науках. Выпуск 44; Горелова Г.В., Мельник Э.В. О когнитивном моделировании развития ситуации в регионе в условиях быстрых изменений среды и противодействия // *Известия ЮФУ. Технические науки*. 2011. № 3.

отношений в здравоохранении при реализации партнерских взаимодействий. В его состав включен методический инструментарий: а) проведения экспертной и количественной оценки внутрисистемных и мультипликативных эффектов; б) сопряженного использования учетно-отчетных и проблемно-ориентированных оценок; в) экспертного попарного сравнения; г) когнитивного моделирования.

5. В соответствии с принципами системного и процессного подходов разработана функционально-иерархическая модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в сфере здравоохранения, позволяющая отразить не только рыночные аспекты функционирования (Б.С. Бурыхин и В.С. Раковская<sup>6</sup>), но и межсистемные связи и взаимодействия, которые возникают в рамках данных отношений, а также обуславливаемые данными связями и взаимодействиями разнообразные эффекты. На основе использования идей Б.А. Кобринского, А.В. Флегонтова<sup>7</sup> показаны возможности применения технологии обработки больших данных для выявления скрытой информации об эффектах партнерства государства и бизнеса в сфере трудовых взаимодействий в здравоохранении.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** состоит в концептуальном обосновании возможности использования механизма партнерства государства и бизнеса для разрешения ряда противоречий в развитии сферы трудовых отношений в учреждениях здравоохранения и разработке методического инструментария оценки эффектов данных партнерских взаимодействий, а также поддерживающей его системы мониторинга. Теоретические положения исследования и практические выводы могут быть использованы в процессе преподавания учебных дисциплин: «Управление человеческими ресурсами в здравоохранении», «Экономика труда», «Оценка эффективности регулирования социально-

---

<sup>6</sup>Бурыхин Б.С., Раковская В.С. Основные направления регулирования системы социально-трудовых отношений в Российской Федерации // Вестник Томского государственного университета. 2007. № 296.

<sup>7</sup>Кобринский Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей России на основе применения компьютерных технологий // Вестник Росздравнадзора. 2010. №1.; Флегонтов А.В., Фомин В.В. Система интеллектуальной обработки данных // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2013. №154.

трудовых отношений в здравоохранении» и др.

Практическая значимость результатов исследования определяется возможностью их использования для решения задач оценки эффективности использования рыночных и нерыночных методов и механизмов регулирования развития сферы трудовых отношений в здравоохранении, при разработке программ стратегического развития трудового потенциала здравоохранения на основе реализации механизма партнерства государства и бизнеса. Практическую значимость представляют также дорожные карты развития социально-трудового потенциала здравоохранения и рекомендации по информационному наполнению интернет-страницы сайта отраслевого министерства.

**Апробация результатов исследования.** Основные теоретические и практические положения и результаты диссертационной работы докладывались и обсуждались на международных, всероссийских и вузовских научно-практических конференциях (г. Ростов-на-Дону, г. Минск), семинарах и круглых столах и нашли отражение в основных публикациях.

Практическая значимость результатов исследования подтверждается справками о внедрении, выданными ООО «Центр репродукции и ЭКО» г. Ростов-на-Дону, «Ростовской областной клинической больницы» (ГБУ РО «РОКБ»), МБУЗ ЦРБ Аксайского района и экономическим факультетом Южного федерального университета.

**Публикации.** По теме диссертационного исследования опубликовано 11 научных работ общим объемом 29,45 п.л. (авторский вклад – 2,65 п.л.), в т.ч. параграф в коллективной монографии и 4 статьи в периодических научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

**Структура и объем диссертационной работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, в которые входит 9 параграфов, заключения, списка использованных источников, включающего 168 наименований, 6 приложений. Работа изложена на 194 страницах, содержит 31 таблицу, 30 рисунков.

# **1 ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

## **1.1 Современные тенденции в изменении системы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Императивы модернизации национальной экономики предполагают обновление всей системы экономических отношений в процессе реализации ее трудового потенциала, который находится в тесной взаимосвязи с инновационным, научно-техническим, инвестиционным и другими компонентами социально-экономического потенциала территории. При этом, как справедливо отмечает Л.А. Агузарова, «повышение конкурентоспособности национальной экономики должно быть направлено на достижение наименьших воспроизводственных затрат не на основе дешевой рабочей силы, а на основе более полного и эффективного использования высококвалифицированного и высокопроизводительного труда»<sup>8</sup>.

Эффективность функционирования сферы здравоохранения и ее влияние на качественные характеристики и перспективы развития человеческого потенциала страны во многом обусловлены эффективностью реализуемых технологий и механизмов регулирования трудовых отношений в медицинских учреждениях, их соответствием современным тенденциям развития организационно-экономических взаимодействий. Низкая эффективность данных механизмов приводит к появлению ряда противоречий между экономическими интересами работников, работодателя и государства, снижает уровень трудовой мотивации.

Постановка вопроса о повышении эффективности функционирования системы регулирования трудовых отношений работников учреждений

---

<sup>8</sup> Агузарова Л.А. Методология и инструментарий формирования региональной системы развития социально-трудового потенциала отсталых территорий. Ростов н/Д. 2012.

здравоохранения в современных условиях его модернизации предполагает необходимость конкретизации экономической сущности данного процесса в контексте проводимых реформ, и соответственно, формирования четкого представления о его целях и задачах.

Рассматривая сущность системы регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения, можно отметить, что наиболее распространенным является определение данного процесса как формирование рационального поведения работника в целях создания у него максимально заинтересованного, положительного отношения к труду. Традиционно считается, что ресурсом труда выступает трудовой потенциал, а регулирование трудовых отношений осуществляется в рамках кадровой политики<sup>9</sup>. Таким образом, *объектом регулирования социально-трудовых отношений являются условия воспроизводства и реализации трудового потенциала. Авторское представление процесса регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения можно определить как реализация совокупности механизмов и инструментов, обеспечивающих благоприятные условия (социально-экономические, институциональные, социально-психологические и пр.) для непрерывного развития, рационального распределения и эффективного использования трудового потенциала учреждений здравоохранения в целях обеспечения качественных сдвигов в национальной экономике на основе получения макроэкономических мультипликативных эффектов, связанных с повышением качества рабочей силы государства в системе общественного производства.*

Очевидно, что в данном определении важной дефиницией выступает «трудовой потенциал». Одновременно можно отметить, что в научной литературе не существует единого понимания данной категории.

---

<sup>9</sup> См., например, Кривошеева В.М., Зайцева И.В. Эффективное управление трудовым потенциалом предприятия как фактор повышения его конкурентоспособности // *Фундаментальные исследования*. 2015. №2-4; Королев Д.Ю. Рынок труда: дискуссионные моменты // *Проблемы современной экономики*. 2013. № 3 (47); Леденева Е.А. Трудовой потенциал в системе категорий труда // *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2008. №49; Магнутов И.С. Теоретические и методические вопросы трудового потенциала персонала как предмета и объекта функционального управления // *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина*. 2010. №4. Т.6. и др.

Проведенный анализ позволил выделить следующие основные подходы к определению сущности трудового потенциала, которые в систематизированном виде приведены в таблице 1.

Таблица 1

Теоретические подходы к определению сущности трудового потенциала<sup>10</sup>

| <b>Подход</b>   | <b>Авторы</b>   | <b>Сущность подхода</b>  |
|---|---|--|
| В рамках концепции человеческого капитала   | Беккер Г., Блауг М., Ильинский И.В., Смирнова В.Т., Шаталова Н.И. и др. | Трудовой потенциал представлен совокупностью знаний, навыков, которые формируются в процессе всей жизни и используются для генерирования потока будущих доходов  |
| Ресурсный подход  | Бонтис Н., Рошин С.Ю., Э.А. Котляр, Е.Н. Селезнев, Цветкова И.В. и др.  | Акцентирование внимания на тех качествах трудовых ресурсов, которые определяют требуемое качество труда и с учетом совокупности трудовых возможностей  |
| С учетом совокупности производственных и общественных отношений, в которых формируется трудовой потенциал | Агузарова Л.А., Архипов А.И., Кижеватова В.А., Михалкина Е.В. и др.     | Трудовой потенциал включает в себя не только совокупность накапливаемых навыков, способностей, знаний человека, но и реализацию данных качеств, ориентированную на достижение определенных целей экономической системы |

В контексте проблематики данного исследования, а также в соответствии с поставленными целями и задачами, будем опираться на представление о трудовом потенциале как *совокупности накапливаемых навыков, способностей, знаний человека, реализация которых ориентирована на достижение определенных целей экономической системы в конкретных социально-трудовых условиях*. Такое представление, по нашему мнению, в большей степени соответствует пониманию роли трудового потенциала в современном обществе как одного из основных факторов экономического роста, обеспечивающего генерирование и распространение модернизационных импульсов.

<sup>10</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

В рамках существующих подходов к регулированию трудовых отношений базовыми элементами данной системы выступают подсистемы формирования, распределения и использования трудового потенциала. С учетом приведенной выше трактовки сущности трудового потенциала можно выделить следующие основные цели регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения:

- *формирование* определенного качества трудовых ресурсов работников учреждений здравоохранения, что обеспечивается качеством базовой подготовки медицинских работников, а также эффективностью механизмов непрерывного повышения их квалификации;
- *распределение* трудового потенциала, которое осуществляется через механизмы рынка труда, где происходит формирование спроса и предложения на рабочую силу, а также через механизмы управления потоками трудовой миграции. В данном направлении в целях обеспечения сбалансированности развития социально-экономической системы регионов очень важно поддерживать рациональные внутриотраслевые и территориальные пропорции размещения трудовых ресурсов;
- рациональное *использование* трудового потенциала, что обеспечивается деятельностью субъектов экономики (государственных структур, работодателей и др.), направленной на создание условий эффективного осуществления трудовых функций в сфере здравоохранения. Это обеспечивается как посредством решения задач материально-технического оснащения труда, обеспечения его безопасности, так и механизмами оплаты труда, а также нематериальными стимулами.

Реализация данных целей является важным компонентом государственной кадровой политики в сфере здравоохранения и обязательным условием исполнения национального проекта «Здоровье», и осуществляется на разных уровнях управления: общегосударственном, отраслевом, учрежденческом.

Как следует из предметного изучения проблемы регулирования трудовых отношений работников здравоохранения, вопросы воспроизводства трудового потенциала в данной сфере деятельности всегда находились в центре внимания органов государственного управления. Рассматривая в историческом ракурсе проблемы управления трудовым потенциалом в системе отечественного здравоохранения, авторы монографии «Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения» отмечают, что «еще для советского и постсоветского периода была характерна проблема региональных различий в условиях труда медицинских работников и качестве оказания медицинской помощи, несмотря на то, что в планово-командной экономике существовало государственное управление развитием сферы здравоохранения, предусматривающее ее полное бюджетное финансирование и обязательное распределение выпускников медицинских учреждений в регионы»<sup>11</sup>.

Развитие рыночных отношений в российской экономике постепенно привело к изменению управленческих основ всей системы здравоохранения, проявляющееся в изменении статуса медицинского учреждения с распространением на него всей совокупности экономических прав, ответственности и обязанностей, присущих традиционно производственному предприятию. Соответственно рыночные изменения затронули и всю систему регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения, вызвав существенные трансформации в содержании и характеристиках труда. При этом тот факт, что здравоохранение, как и любая другая отрасль, не является сферой исключительно рыночных отношений, но представляет собой социально-значимую отрасль, услуги которой, как отмечает известный американский экономист У. Хсияо, «обладают свойствами общественного блага», привело к возникновению ряда противоречивых ситуаций, обусловленных искаженным действием рыночных сил<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения. М.: Этносоциум, 2015. 96 с.

<sup>12</sup> Hsiao W. Abnormal Economics in the Health Sector. *Health Policy*, 1995. no. 32.

В частности, И.М. Шейман в своей работе «Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении»<sup>13</sup>, анализируя роль рынка в достижении целей политики здравоохранения, указывает, что возникновение противоречий в значительной степени обусловлено наличием информационной асимметрии в отношениях между поставщиком и потребителем медицинских услуг, которая приводит к ограниченной рациональности потребительского выбора. В экономической литературе такая модель взаимодействия описывается так: «врач как агент пациента» (physician-patient agency models)<sup>14</sup>. То есть врач выступает одновременно как поставщик услуги, определяя ее объем, и как агент пациента, организуя медицинскую помощь на ее отдельных этапах. В рамках данной модели формируется доверительный характер отношений пациента к деятельности медицинского работника, поскольку, не обладая определенным набором компетенций, пациент не может оценить обоснованность набора оказываемых услуг, соотнести адекватность ее цены и качества. Это создает условия для преувеличения объема и вида оказания услуг, побуждая медицинских работников, имеющих экономические интересы повышения доходов медицинского учреждения, к использованию высокотратных технологий на лечение при снижении заинтересованности в профилактике заболеваний. Как показывают данные Росстата, рост объема платных услуг населению в 2014 году составил 24,2% по сравнению с 2013 годом<sup>15</sup>.

Такая доверительная система отношений приводит к искажению рыночных сигналов при проведении объективной оценки результатов трудовой деятельности медицинского работника.

Еще одним аспектом изменения содержания трудовых взаимодействий в сфере здравоохранения в рыночных условиях является постепенный перенос нагрузки, связанной с финансированием сферы здравоохранения, с

---

<sup>13</sup> Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ. 2007, 320 с.

<sup>14</sup> Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963. no. 53 (5).

<sup>15</sup> Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М. 2015.

государства на население. Как показывают результаты проводимых мониторинговых исследований, в общественном сознании укоренилась мысль, что «за качественную медицинскую помощь надо платить: либо в кассу коммерческой организации, либо непосредственно врачу бюджетной организации»<sup>16</sup>. Тем самым, в бюджетной медицине развивается система теневой оплаты как гарантии более внимательного отношения и повышения качества лечения, что нарушает рыночные принципы оплаты труда.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование рыночных механизмов в системе регулирования трудовых отношений работников учреждений здравоохранения может вступать в конфликт с приоритетами функционирования социально-значимой государственной отрасли и являться источником целого ряда последствий, требующих применения, наряду с рыночными, нерыночных методов и механизмов управления.

Схематично обусловленность применения рыночных и нерыночных методов и механизмов регулирования трудовых отношений в здравоохранении изображена на рисунке 1.

Рассмотрим подробнее, к каким последствиям и появлению каких тенденций привело несовершенство существующих методов и механизмов регулирования трудовых отношений в сфере здравоохранения. Анализ научных исследований, посвященных данной проблематике<sup>17</sup>, позволил выделить следующие основные актуальные проблемы в сложившейся системе трудовых отношений в здравоохранении, обуславливающих необходимость осуществления в ней определенных изменений.

*Снижение мотивации медицинского персонала к труду, увеличение оттока работников из отрасли.* По данным Росстата, в настоящее время занятость в здравоохранении в общей численности занятых в экономике

---

<sup>16</sup> Калмыков Н.Н., Рехтина Н.В. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в РФ // Официальный сайт РАНХиГС. URL: <http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-meditsina.pdf>

<sup>17</sup> Боев В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. №3. Т 58; Пенчева С.Н. Диспропорции на рынке труда в сельской местности // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2013. №11 (109); Шаповалов Ю.В., Мамаева В.Ю. Особенности управления персоналом в сфере здравоохранения // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2005. №3.

составляет 6,6% или около 4,5 млн. чел. Для сравнения, в США в сфере здравоохранения занято около 10 млн. чел<sup>18</sup>.



Рисунок 1. Обусловленность применения рыночных и нерыночных методов и механизмов управления трудом в здравоохранении<sup>19</sup>

При этом в последние годы продолжается отток квалифицированных специалистов (особенно среднего медицинского персонала) из здравоохранения (рис. 2, 3). Наиболее сложная ситуация характерна для муниципального сектора, характеризующегося, по замечанию специалистов,

<sup>18</sup> Источник: Здравоохранение США (взгляд экономиста) [электронный ресурс] // NarCom.ru. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/574>

<sup>19</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

неэффективной системой распределения оплаты труда, низкой социальной поддержкой и высоким «бумажным оборотом».

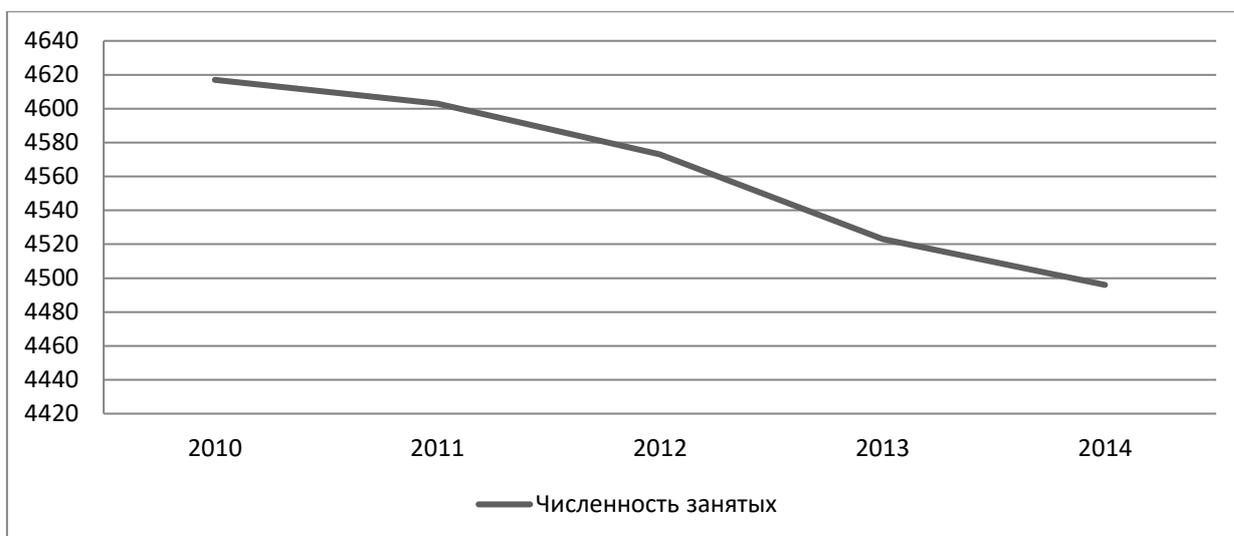


Рисунок 2. Численность занятых в здравоохранении<sup>20</sup>, тыс.чел

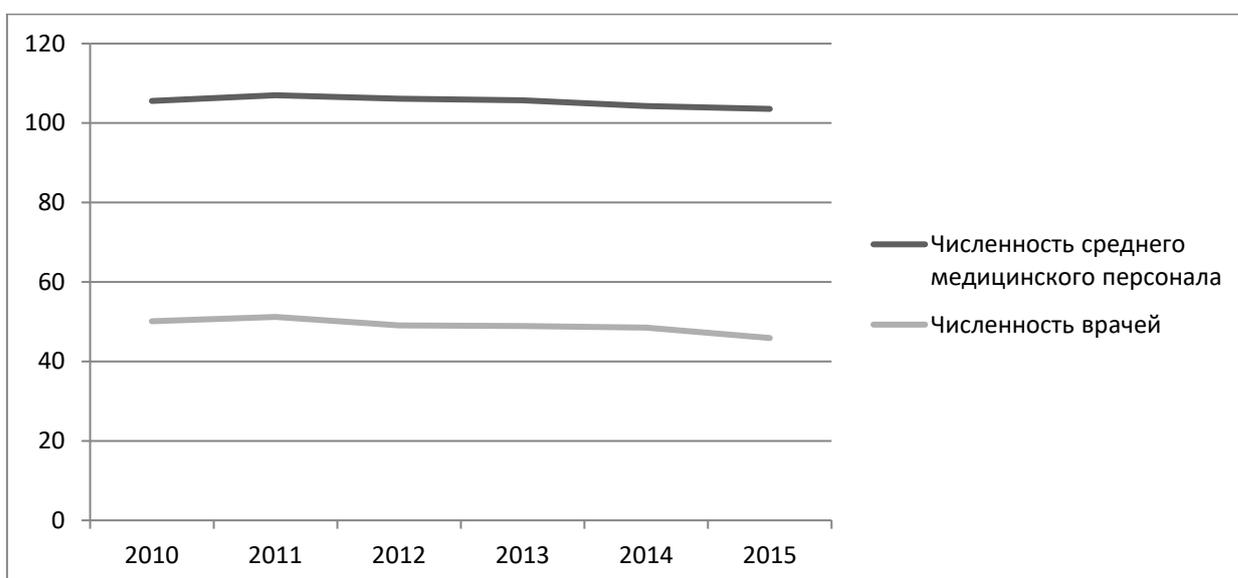


Рисунок 3. Изменение численности врачей и среднего медицинского персонала на 10 тыс. чел. населения<sup>21</sup>

Данная проблема, как отмечают Л.В. Шубцова и Н.А. Махнова, обостряется существующей системой подготовки медицинских кадров, которая, в отличие от реализуемой кадровой политики в условиях административно-командной экономики, характеризуется отсутствием

<sup>20</sup> Составлено по источнику: Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М. 2015.

<sup>21</sup> Составлено по источникам: Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М. 2015. и данным информационного портала InfoTables.ru. URL: <http://infotables.ru/statistika/72-obrazovanie-i-zdravookhranenie-v-rossii/796-chislennost-vrachej-po-spetsialnostyam>.

системы распределения выпускников вузов, а также отсутствием эффективных механизмов закрепления молодых специалистов в здравоохранении<sup>22</sup>.

Низкий уровень мотивации медицинского персонала к труду во многом определяется неэффективностью применяемой системы оплаты труда медицинских работников, которая по-прежнему не зависит от *результатов* труда. Введенное с 1 января 2013 года новшество относительно системы оплаты труда медицинских работников, в соответствии с которым размер финансирования медучреждения определяется количеством пациентов, в большей степени ориентировано на повышение качества работы учреждения в целом, при этом косвенно влияя на эффективность и результативность деятельности каждого отдельного медицинского работника. То есть, высокое качество услуг может предоставляться не всеми, а отдельными работниками отдельным пациентам, а положительный имидж формируется у всего медицинского учреждения. Кроме того, увеличение размера оплаты труда происходит за счет роста нагрузки на медицинского работника, а не в результате повышения качества оказания услуг. В этом отношении перспективным представляется внедрение эффективных контрактов в механизм зависимости уровня оплаты труда от качества оказываемых медицинских услуг<sup>23</sup>.

*Диспропорции на рынке труда в здравоохранении, выражающиеся в неравномерном размещении и распределении трудовых ресурсов. Данные диспропорции проявляются как по линии «бюджетная и коммерческая медицина», так и по линии «центральные и периферийные города», и являются результатом пониженной конкурентоспособности бюджетных (в особенности периферийных) медицинских учреждений. Слабое материально-*

---

<sup>22</sup> Шубцова Л.В., Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. 2014. №12-11.

<sup>23</sup> См., например, Арбитайло И.Я., Давыденко В.А. Ситуация рынка медицинских услуг в России и в мире: вчера, сегодня, завтра // *Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические исследования*. 2014. №8; Болотова Т.Ю. Переход к «эффективному контракту» как ведущая задача модернизации отраслевой системы здравоохранения // *Менеджер здравоохранения*. 2012. №8; Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении // *Менеджер здравоохранения*. 2013. №2; Шубцова Л.В., Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. 2014. №12-11 и др.

техническое оснащение учреждений здравоохранения на периферии, менее комфортные условия деятельности и проживания, отсутствие возможности профессионального роста, приводит к значительной трудовой миграции высококвалифицированных работников из периферии в центральные регионы<sup>24</sup>. Так, по данным Росстата, в 2014 году 90,9 тыс. чел., занятых в сфере здравоохранения и социальных услуг, работали за пределами своего региона<sup>25</sup>. Миграционный отток преимущественно молодых высококвалифицированных работников из малых городов и сельских поселений приводит к старению кадров здравоохранения на периферии, а недостаточная возможность работников периферийных территорий к реализации схем непрерывного образования, ограниченный доступ к программам дополнительного образования, повышения квалификации ведет к снижению качества оказания на них медицинских услуг.

В обозначенных разрезах можно выделить следующие виды диспропорций, характерных для современного рынка труда в здравоохранении.

1) *Социально-демографические диспропорции*, выражающиеся в значительных различиях трудовых ресурсов с точки зрения их возрастного состава. Так, как было отмечено выше, для бюджетных периферийных медицинских учреждений характерно старение медицинских кадров при ограниченном их притоке после окончания высших и средних медицинских учреждений. Если в целом средний возраст занятых в здравоохранении (как в бюджетной, так и в коммерческой сфере) в 2005 году составлял 41,3 лет, то в 2014 году данный показатель равен 43,0 года. Причем для многих бюджетных медицинских учреждений средний возраст врачей превышает 45-50 лет<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Пшиканоква Н.И. Рынок труда и миграционные процессы в России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4: Естественно-математические и технические науки. 2016. №3 (186).

<sup>25</sup> Источник: О межрегиональной трудовой миграции [электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour\\_force/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_force/)

<sup>26</sup> Каплунов О.А. Действительно ли мы хотим качественной реформы в здравоохранении и каковы возможные направления и схематичные пути реализации? // Менеджер здравоохранения. 2007. №7.

2) *Профессионально-квалификационные диспропорции*, складывающиеся в результате оттока работников из государственных медицинских учреждений в коммерческие. Так, например, в докладе Общероссийского народного фронта в рамках проводимого в сентябре 2015 года форума «За качественную и доступную медицину», отмечается, что наметился отчетливый переток квалифицированных кадров в платную медицину: из 7,2 тысячи врачей, ушедших из государственных медицинских организаций, 6,6 тысячи перешли работать в медицинские организации другой подчиненности<sup>27</sup>. Профессионально-квалификационные диспропорции характерны и в соотношении этих показателей между центром и периферией. Например, по данным Росстата, только 16% врачей, работающих в сельской местности, имеют высшую квалификацию<sup>28</sup>. Кроме того, значительные различия имеются по уровню обеспеченности медицинскими кадрами. Так, в Южном федеральном округе по данному показателю Чеченская республика занимает 83 место в России. А в отдельных сельских поселениях медицинский персонал отсутствует вовсе.

3) *Внутриотраслевые диспропорции*, проявляющиеся в изменении соотношения численности работников высшей категории, среднего медицинского персонала, а также в численности врачей по отдельным медицинским специальностям.

Структура занятых в сфере здравоохранения по уровню образования представлена на рис. 4. Для сравнения, более 50% работников имеют высшее образование в таких сферах как финансовая деятельность, операции с недвижимостью, государственное управление, образование и ряд других.

По данным Росстата, имеется ярко выраженная тенденция снижения удельного веса врачей, имеющих первую категорию (рис. 5), снижается также удельный вес врачей с высшей категорией. При этом сертификат специалиста имеют около 92% врачей.

---

<sup>27</sup> Источник: материалы Форума «За качественную и доступную медицину» // Общероссийский народный фронт. URL: <https://onf.ru/forum-onf-po-voprosam-zdravoohraneniya/>

<sup>28</sup> Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб. / Росстат. – 2015.

Анализируя показатели численности врачей и среднего медицинского персонала (табл.2), можно заметить их уменьшение практически по всем специальностям. Исключение составляют врачи общей практики (увеличение численности более чем в 2 раза к 2005 году), рентгенологи и радиологи, а также рентгенолаборанты и медицинские сестры.

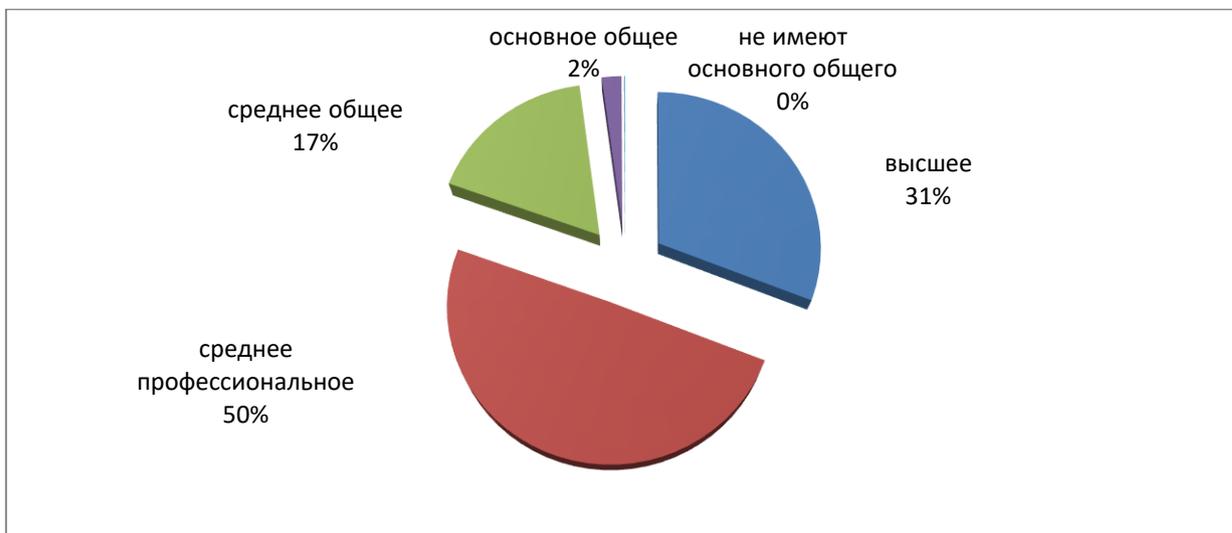


Рисунок 4. Структура занятых в сфере здравоохранения по уровню образования<sup>29</sup>

При этом наблюдаются нерациональное соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала. В России данное соотношение в среднем составляет 1 к 2,15, тогда как в ведущих западных странах это соотношение несколько иное: 1 к 4,4 в Японии, к 3,4 в США<sup>30</sup>.

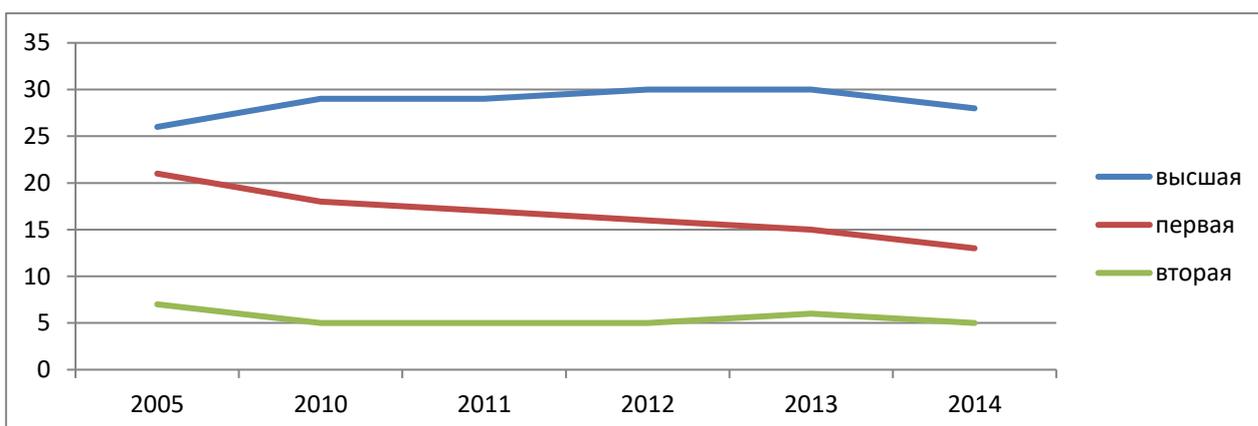


Рисунок 5. Изменение численности врачей по квалификационным категориям<sup>31</sup>, %

<sup>29</sup> Труд и занятость в России. 2015: Стат.сб. / Росстат - М.,2015.

<sup>30</sup> Источник: Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>

<sup>31</sup> Там же.

Таблица 2

Численность врачей и среднего медицинского персонала по отдельным специальностям, тыс. чел.<sup>32</sup>

| Специальность   | 2005   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015  |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| <i>врачи</i>  |        |        |        |        |        |        |       |
| Терапевтический профиль                               | 159,7  | 164,8  | 168,8  | 167,5  | 167,6  | 162,8  | 159,5 |
| Хирургический профиль                                 | 65,0   | 70,5   | 73,2   | 71,0   | 71,0   | 68,6   | 67,4  |
| Акушеры-гинекологи                                    | 42,9   | 43,7   | 44,5   | 43,9   | 43,8   | 43,4   | 42,8  |
| Педиатры  | 68,6   | 68,9   | 69,1   | 68,5   | 67,8   | 65,5   | 65,2  |
| Офтальмологи  | 16,2   | 16,9   | 17,4   | 17,4   | 17,5   | 17,4   | 17,1  |
| Отоларингологи  | 12,7   | 12,4   | 12,7   | 12,6   | 12,6   | 12,5   | 12,5  |
| Неврологи   | 25,1   | 26,5   | 27,4   | 27,7   | 27,8   | 27,6   | 27,4  |
| Психиатры и наркологи                                 | 24,7   | 24,2   | 24,4   | 23,6   | 23,3   | 22,8   | 20,6  |
| Фтизиатры   | 9,5    | 8,8    | 8,9    | 8,8    | 8,6    | 8,5    | 8,2   |
| Дермато-венерологи                                    | 12,1   | 12,1   | 12,5   | 12,1   | 11,9   | 11,6   | 11,4  |
| Рентгенологи и радиологи                              | 18,2   | 18,8   | 19,9   | 19,8   | 20,3   | 21,0   | 21,1  |
| Лечебная физкультура и спортивная медицина            | 4,3    | 4,0    | 4,1    | 4,1    | 4,1    | 3,9    | 3,9   |
| Санитарно-противоэпидемическая группа и общая гигиена | 19,4   | 17,8   | 17,9   | 18,6   | 19,5   | 12,7   | 13,2  |
| Стоматологи   | 62,0   | 60,6   | 62,2   | 63,2   | 63,2   | 61,7   | 59,7  |
| Общая практика (семейные)                             | 4,9    | 9,9    | 10,2   | 10,3   | 10,1   | 10,2   | 10,2  |
| Специальность   | 2005   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2014  |
| <i>средний медицинский персонал</i>                   |        |        |        |        |        |        |       |
| фельдшеры   | 160,7  | 160,7  | 161,1  | 110,3  | 158,1  | 158,5  |       |
| акушерки  | 67,8   | 64,9   | 64,3   | 62,8   | 62,6   | 61,7   |       |
| медицинские сестры                                    | 1045,8 | 1038,5 | 1057,3 | 1065,8 | 1066,8 | 1078,0 |       |
| лаборанты   | 106,4  | 101,4  | 101,2  | 99,3   | 97,4   | 93,4   |       |
| рентгенолаборанты                                     | 31,7   | 33,5   | 34,7   | 35,2   | 35,9   | 37,2   |       |
| зубные врачи  | 24,9   | 22,2   | 22,1   | 23,1   | 22,6   | 21,7   |       |

Следующим направлением развития сферы трудовых отношений в современной системе здравоохранения является *расширение бюджетными учреждениями комплекса оказываемых услуг (не включенных в систему обязательного медицинского страхования) для привлечения дополнительных финансовых ресурсов*. Одновременно необходимо отметить, что, по мнению ряда представителей общественных организаций, объединяющих

<sup>32</sup> Источник: Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>, и данным информационного портала InfoTables.ru. URL: <http://infotables.ru/statistika/72-obrazovanie-i-zdravookhranenie-v-rossii/796-chislennost-vrachej-po-spetsialnostyam>.

независимых врачей и частные клиники, оказание платных медицинских услуг государственными и муниципальными учреждениями приводит к возникновению различного рода экономических противоречий, снижающих эффективность функционирования рынка оказания медицинских услуг, более того, формированию квазирынка платных медицинских услуг. В результате в сфере бюджетного здравоохранения происходят процессы не модернизации, а бесконтрольной коммерциализации.

Это выражается в следующем:

- создаются условия для демпинга цен со стороны государственных и муниципальных учреждений, поскольку устанавливаемые ими цены оказываемые на медицинские услуги не соответствуют реальным затратам и частично покрываются бюджетным финансированием (аренда помещения, коммунальные затраты и пр.);
- руководители регионального здравоохранения оказываются незаинтересованными в развитии частной медицины как конкуренте, поскольку доходы его ведомства определяются объемом оказания платных услуг подведомственными лечебными учреждениями;
- платные услуги вытесняют объемы и виды бесплатной помощи, гарантированной пациентам, врач оказывается заинтересованным в оказании избыточного количества консультативно-диагностической помощи;
- утрачивается контроль за соблюдением государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
- платные услуги в государственных и муниципальных учреждениях при отсутствии должного контроля снижают мотивацию врача к повышению квалификации, поскольку формируется убеждение, что «как бы я ни лечил, пациенты и так придут»;

– достаточно часто источником доходов является материальная рента, что приводит к выполнению непрофильных видов деятельности в ущерб научным исследованиям и бесплатным профильным услугам<sup>33</sup>.

Развитие предпринимательства в сфере здравоохранения, переход к страховой медицине ставит задачу внедрения новых механизмов управления трудовой деятельностью, в том числе основанных на взаимодействии государства и бизнеса в сфере здравоохранения. Тем самым, представляется важным совершенствование нормативно-правовой базы функционирования рынка платных медицинских услуг, обеспечивая максимальное согласование интересов медиков и пациентов.

Еще одной важной проблемой развития трудовых отношений в сфере здравоохранения является требование *постоянного развития и расширения профессиональных знаний, умений и навыков медицинских работников в целях эффективного использования современного медицинского оборудования и технологий*. Все основные цели и задачи модернизации здравоохранения непосредственно связаны с развитием кадрового потенциала данной отрасли, который определяет эффективность реализации в данной сфере инновационных преобразований.

В настоящее время в системе подготовки кадрового потенциала здравоохранения реализуется «концепция непрерывного развивающего обучения, означающая интенсивный путь воспроизводства трудовых ресурсов»<sup>34</sup>. Это формирует новый тип задач в системе регулирования трудовых отношений в медицинской сфере, связанный с согласованием вектора формирования профессиональной карьеры работника со стратегическими планами развития конкретной медицинской организации и системой здравоохранения в целом, а также его тесное сопряжение с современными тенденциями научно-технического прогресса. Решение

---

<sup>33</sup> Систематизировано по источнику: Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения России // Вестник Росздравнадзора. 2009. №1.

<sup>34</sup> Барковская Г.Ю. Проблемы повышения качества медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения // Современная экономика: проблемы и решения. 2015. № 10 (70).

данных задач непосредственно связано с мотивационно-целевой компонентой трудовых отношений, выражающейся в ориентации работников на непрерывный профессиональный рост, и определяется качеством взаимодействия медицинских учреждений с наукой и бизнесом.

Обобщая все вышеизложенное, можно выделить следующие основные тенденции, определяющие изменения в системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения (табл. 3):

Таблица 3

Основные тенденции в изменении системы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>35</sup>

| Изменения                                  | Содержание изменений   |
|--|--|
| Появление новых субъектов отношений        | Появление наряду с государственными и муниципальными учреждениями частных компаний расширяет состав субъектов управления в здравоохранении. Изменился статус медицинского учреждения с распространением на него всей совокупности экономических прав, ответственности и обязанностей, присущих ранее предприятию. Также появляются общественные профессиональные объединения медицинских работников. |
| Появление новых объектов регулирования     | Объектом управления становятся не только трудовые взаимодействия в системе здравоохранения, но и отношения между частным бизнесом, наукой и медучреждениями в сфере подготовки кадров; отношения, связанные с согласованием общественных и частных интересов. Объектом управления становится также поведение медработников в процессе формирования модели профессионального роста                    |
| Изменение содержания трудовой деятельности | Постепенный перенос нагрузки с финансирования труда в здравоохранении государством на население. Доминирование экономических интересов деятельности над социальными, выражающееся в снижении заинтересованности медицинского работника к использованию простых и малозатратных технологий при оказании медицинских услуг. Усиление роли мотивационно-целевой компоненты труда медработника.          |
| Изменение принципов управления трудом      | Многопрофильность профессиональных знаний и навыков. Непрерывное повышение квалификации, интенсификация профессиональных компетенций. Зависимость размера оплаты труда от персонального вклада работника в результаты деятельности медицинского учреждения. Активное вовлечение бизнеса в систему подготовки и повышения квалификации кадров здравоохранения.  |
| Появление новых механизмов управления      | Наряду с механизмами государственного регулирования системы воспроизводства кадров сферы здравоохранения развитие рыночных механизмов регулирования трудовых отношений.  |

<sup>35</sup>Составлено автором на основе материалов исследования

Обозначенные тенденции приводят к появлению ряда противоречий, обусловленных конфликтом интересов функционирования учреждений здравоохранения как социально-значимой государственной отрасли в рыночных условиях, и обуславливают потребность в совместной реализации методов и механизмов рыночного и нерыночного регулирования трудовых отношений в данной сфере.

## **1.2 Рыночные и нерыночные механизмы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Если *рыночные механизмы* базируются на взаимодействии спроса и предложения на рынке медицинских услуг, а также определяются законами конкуренции, то *нерыночные механизмы* обеспечиваются и поддерживаются институциональным регулированием, где доминирующую роль играет государство. Рыночные механизмы регулирования трудовых отношений призваны обеспечивать научно-технические инновации в деятельности медицинских работников, способствовать внедрению новых технологий и методик предоставления медицинских услуг, прогрессивных форм организации труда, методов материального стимулирования.

Суть рыночных механизмов регулирования трудовых отношений в любой сфере, в том числе в здравоохранении, состоит в «создании таких *экономических условий*, которые обеспечивают выгодность модернизационных преобразований»<sup>36</sup>. Нерыночные механизмы ориентированы на обеспечение *институциональных условий* для такого рода модернизационных преобразований на основе эффективного развития кадрового потенциала отрасли, повышения его профессионального уровня, оптимизации численности и состава работников в соответствии с

---

<sup>36</sup> Кадыров Ф.Н. Реформы в здравоохранении: проблемы реализации // Менеджер здравоохранения. 2015. № 1.

потребностями рынка труда и общемировыми тенденциями развития системы здравоохранения.

Анализ мировых практик регулирования трудовых отношений в различных отраслях и сферах деятельности (в том числе, в сфере здравоохранения), позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на имеющиеся различия в моделях регулирования, все они имеют следующие общие черты:

- сочетание рыночных и нерыночных (институциональных) рычагов регулирования;
- использование трудового договора как основной формы найма на работу;
- наличие базовых социально-экономических гарантий в сфере труда, включающих минимальный размер оплаты труда, продолжительность рабочего дня и пр.;
- наличие профессиональных союзов и предпринимательских союзов;
- наличие системы коллективно-договорного регулирования;
- наличие институциональных механизмов, обеспечивающих взаимодействие государства, бизнеса и профсоюзов в сфере регулирования труда;
- развитие участия наемного персонала в управлении<sup>37</sup>.

Как убедительно демонстрирует мировой опыт, либеральная классическая доктрина, базирующаяся на положениях А. Смита (1776 г.), касающихся того, что «чем меньше государство занимается экономикой, тем лучше для экономики»<sup>38</sup>, не отвечает современным реалиям функционирования рынка труда в здравоохранении, что предполагает активное вмешательство государства в трудовую сферу системы здравоохранения. Это вмешательство определяется социальной и экономической значимостью отрасли.

---

<sup>37</sup> Сформулировано по источнику: Какушкина М.А. Регулирование социально-трудовых отношений: исторический аспект // Социально-экономические явления и процессы. 2012. №5-6.

<sup>38</sup> Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. – М.: Эксмо, 2007.

- **Социальная значимость** состоит в гуманитарной направленности медицинской деятельности, результаты которой определяют уровень развития человеческого потенциала, который в свою очередь определяет уровень конкурентоспособности национальной экономики.
- **Экономическая значимость** выражается в выгодах, которые имеет национальная экономика в целом, за счет предотвращения значительных убытков в виде производственных потерь, падения темпов приростов населения, выплат по больничным листам и прочее, которые могут возникнуть при неоказании определенных видов медицинской помощи.

Механизмы регулирования трудовых отношений реализуются через методы управления (табл. 4): рыночные механизмы – преимущественно посредством экономических методов, нерыночные механизмы – посредством организационно-распорядительных (административно-правовых) и социально-психологических методов.

Таблица 4

Методы регулирования трудовых отношений в здравоохранении<sup>39</sup>

| Методы   | Содержание процессов регулирования  |
|--|---|
| Организационно-распорядительные (административно-правовые) | Регламентация и нормирование трудовых отношений в здравоохранении нормативно-правовыми документами и инструкциями   |
| Экономические  | Регулирование процессов планирования и использования кадровых ресурсов отрасли, а также воздействие на экономические интересы работников здравоохранения с помощью рыночных рычагов |
| Социально-психологические                                  | Воздействие на неэкономические интересы работников в целях инициирования инновационной и профессиональной активности  |

Следует заметить, что для повышения эффективности реализации механизмов регулирования трудовых отношений в сфере российского

<sup>39</sup> Составлено автором на основе материалов исследования.

здравоохранения указанные методы должны использоваться в комплексе, поскольку наличие должным образом подготовленного закона или инструкции еще не означает их эффективное исполнение и должно быть подкреплено методами экономического и социально-экономического характера. При этом речь идет как об экономических инструментах в проводимой в медицинских учреждениях кадровой политике, так и в инструментарии материального и морального стимулирования работников.

Представляется, что для обеспечения более полного соответствия кадровой политики в здравоохранении современным социально-экономическим вызовам при разработке механизмов регулирования (рыночных и нерыночных) необходимо рассматривать целесообразность их реализации через призму возможности разрешения складывающихся (в условиях функционирования социально значимой отрасли в рыночных условиях) тенденций и противоречий в системе трудовых отношений.

Исследование эффективности использования рыночных и нерыночных методов и механизмов в системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в обозначенном контексте в данном диссертационном исследовании проводилось по следующим направлениям, связанным с обеспечением функционирования следующих подсистем: формирования, распределения и использования трудовых ресурсов:

- подготовка кадров для сферы здравоохранения;
- формирование численности медицинского персонала с учетом основных аспектов нормирования труда и оптимизация структуры кадров;
- материальное и моральное стимулирование труда медицинских работников, в том числе в применении новейших технологий и оборудования.

*В системе подготовки кадров* медицинских учреждений, как уже было отмечено ранее, в настоящее время формируется принципиально новый подход, базирующийся на реализации концепции непрерывного образования с

активным привлечением к образовательному процессу представителей профессионального сообщества. Предполагается, что «медицинское образование будет состоять из трех образовательных программ с постоянным прохождением курсов повышения квалификации (в том числе дистанционных), тренингов, семинаров с последующим продлением аккредитации»<sup>40</sup>.

Такой подход связан с реализацией одной из важнейших задач реформирования здравоохранения, обусловленных проникновением в данную сферу деятельности рыночных отношений, – формированием конкурентоспособных работников и, соответственно, конкурентоспособной отечественной медицины. Соответственно, в систему подготовки медицинских кадров вместо государственных, и наряду с ними, активно внедряются рыночные механизмы регулирования.

Так, механизмы государственного распределения выпускников медицинских образовательных учреждений сменяются механизмами заказа на целевую подготовку специалистов со стороны медицинских и образовательных организаций. В определенной мере система целевой подготовки позволяет решить проблему обеспечения специалистами нужного профиля конкретных территорий. Так, в 2016 году в медицинские вузы в России было выделено 11207 целевых мест (Приложение 1). И если квота на количество целевых мест устанавливается учредителями образовательной организации, то есть органами государственной власти, то сам целевой прием обеспечивается конкурсными механизмами.

Однако, как отмечается в ряде научных исследований, а также в выступлении Главы правительства РФ Д. Медведева на селекторном совещании о повышении эффективности целевого приема и целевого

---

<sup>40</sup> Непрерывность обучения – важнейшая составляющая системы повышения квалификации медицинских работников / Материалы круглого стола «Качество подготовки медицинских работников. Перспективы реализации новой системы последипломого образования в медицине», проводимом 13 апреля 2015 года Гильдией производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты совместно с Медицинской Консалтинговой Компанией «МЕДИКАЛ ГРУПП» // Официальный сайт Московской ТПП. URL: <http://www.mostpp.ru/media-center/News/2015/April/Gildia-proizvoditeley-med-tovarov-i-uslug-Apr2015>

обучения, «данная система работает недостаточно эффективно<sup>41</sup>. При этом, по словам Т. Бескаравайной, «больше всего квот не использовали регионы, где наблюдается серьезный дефицит врачей. Получается, что часть квот, выделяемых регионам на целевую подготовку врачей, попросту «сгорает». В 2015 году, например, невостребованными остались 517 мест. Больше всего «сгорело» квот в Мордовии – 37%, Волгоградской области – 31%, Сахалинской области – 29%, Мурманской области – 18%, Калмыкии – 17%, Вологодской области – 16%, Карачаево-Черкесии – 14,8%»<sup>42</sup>.

Это связано с тем, что бюджетные медицинские организации, которые заключают целевой договор, часто не оказывают достаточной поддержки целевиков (выплата стипендий, предоставление жилья, стажировки и пр.) по причине отсутствия для этого достаточных ресурсов. Тем самым, создаются предпосылки для невыполнения выпускниками вузов принятых на себя обязательств об отработке определенного периода времени в медицинской организации-заказчике целевого места, учитывая, что во многих договорах даже не прописывается срок отработки обязательств.

«Мы связываем это с рядом причин – с отсутствием у регионов средств для оказания мер социальной поддержки, с очень низкой заинтересованностью самих работодателей»<sup>43</sup>. – Поясняет глава Минобразования РФ О. Васильева. Кроме того, в реализации системы целевого набора оказываются практически не заинтересованными непосредственно работодатели, поскольку заказчиками целевого обучения являются региональные и муниципальные власти.

Таким образом, в рамках функционирования механизма целевого набора возникает задача повышения ответственности как обучающегося, так и заказчика в исполнении своих обязательств в интересах устранения кадрового дефицита медицинских кадров на отдельных территориях.

---

<sup>41</sup> Бакулина С.С., Музыченко Е.А., Черноскотов В.Е. Целевой прием в современных условиях // Высшее образование в России. 2011. №8-9. О решениях по итогам совещания о повышении эффективности целевого приема и целевого обучения [электронный ресурс] // Официальный сайт Правительства России. URL: <http://government.ru/orders/selection/401/24962/>

<sup>42</sup> Источник: Бескаравайная Т. Целевой набор в медвузы ужесточат // Медвестник. Портал российского врача. URL: <http://www.medvestnik.ru/content/articles/Celevoi-nabor-v-medvuzy-ujestochat.html>

<sup>43</sup> Бескаравайная Т. Целевой набор в медвузы ужесточат // Медвестник. Портал российского врача. URL: <http://www.medvestnik.ru/content/articles/Celevoi-nabor-v-medvuzy-ujestochat.html>.

Представляется, что решение данной задачи возможно на основе развития механизмов партнерства государства, образовательных и медицинских учреждений, а также бизнеса – производителей медицинского оборудования и медицинских изделий. В частности, возможно использование механизмов ГЧП для софинансирования проектов материальной и социальной поддержки молодых специалистов.

*Нормирование труда и оптимизация структуры кадров.* Основными целями системы нормирования труда в здравоохранении являются:

- создание условий для внедрения рациональных трудовых, технологических, организационных процессов, улучшение организации труда;
- обеспечение нормального уровня интенсивности труда;
- повышение эффективности и качества обслуживания населения на основе внедрения системы эффективного контракта.

Институциональным базисом нормирования труда являются нормативно-правовые документы (Приложение 2), содержание которых учитывает имеющуюся эпидемиологическую ситуацию, состояние материально-технической базы медицинских организаций, современные требования к осуществлению лечебно-диагностической деятельности, а также требования к социальным условиям жизни общества.

В соответствии с Трудовым кодексом РФ (Глава 22, Ст. 159) и Приказом Министерства труда и соцзащиты РФ от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях», нормы труда устанавливаются федеральным органом исполнительной власти на межотраслевом, отраслевом (по виду экономической деятельности) уровне, а также на локальном уровне с учетом мнения представительного органа работников или устанавливаемых коллективным договором. При установлении норм труда применяются аналитически-исследовательский и

аналитический расчетный методы с использованием хронометражных, фотохронометражных и моментных наблюдений.

В рыночных условиях четко наметились тенденции сосуществования избытка тех врачебных специальностей и в тех городах (в частности, речь идет о районных центрах и периферии), которые ориентированы на платежеспособный спрос и дефицита тех, где таковой отсутствует<sup>44</sup>. Данные о численности врачей всех специальностей на 10 тыс. чел. населения приведены в таблице 5.

Таблица 5

Численность врачей всех специальностей на 10 тыс. чел. населения<sup>45</sup>

| Специальность                         | Численность врачей |
|---------------------------------------|--------------------|
| Терапевтический профиль               | 11,1               |
| Хирургический профиль                 | 4,7                |
| Акушер-гинеколог                      | 5,5                |
| Педиатр                               | 23,1               |
| Офтальмолог                           | 1,2                |
| Оталаргинголог                        | 0,9                |
| Невролог                              | 1,9                |
| Психиатр и нарколог                   | 1,6                |
| Фтизиатр                              | 0,6                |
| Дермато-венеролог                     | 0,8                |
| Рентгенолог и радиолог                | 1,4                |
| Лечебная физкультура и спорт          | 0,3                |
| Медико-профилактическая специальность | 0,9                |
| Стоматолог                            | 4,2                |

Рациональная расстановка и использование медицинских кадров может быть обеспечена только на основе рациональных норм организации труда, которые составляют основу планирования численности каждой организации здравоохранения. В то же время даже использование рациональных норм труда не решает проблему дефицита отдельных категорий сотрудников медицинского учреждения, а также наличие диспропорций в их составе.

<sup>44</sup> Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. №1.

<sup>45</sup> Источник: Регионы России: социально-экономические показатели. 2015 / Росстат. – М.: Росстат, 2015.

Сведения об обеспеченности населения врачами в разрезе регионов России, а также численности населения на одного врача и среднего медицинского персонала, характеризующими нагрузку работников сферы здравоохранения, представлены в таблице 6.

Таблица 6

Показатели нагрузки работников сферы здравоохранения (на конец года)<sup>46</sup>

| Регион | Численность на 10 тыс. чел. населения | Нагрузка работников              |  |
|--------|---------------------------------------|----------------------------------|--|
|        |                                       | Численность населения на 1 врача | Численность населения на 1 работника среднего медицинского персонала |
| ЦФО    | 50,2                                  | 199,2                            | 102,8  |
| СЗФО   | 57,5                                  | 173,8                            | 93,1   |
| ЮФО    | 43,1                                  | 104,3                            | 107,2  |
| СКФО   | 41,6                                  | 240,1                            | 109,4  |
| ПФО    | 46,7                                  | 214,3                            | 89,8   |
| УФО    | 44,7                                  | 223,9                            | 87,5   |
| СФО    | 50,1                                  | 199,7                            | 88,7   |
| ДФО    | 54,4                                  | 183,7                            | 90,5   |

Наличие структурных деформаций в кадровом составе работников медицинского учреждения приводит к появлению следующих проблем, выражающихся в снижении качества оказания медицинских услуг:

- к оказанию медицинских услуг привлекаются работники более низкой квалификации, чем требуется;
- повышается эмоциональная и физическая нагрузка на имеющихся работников, что приводит к росту их неудовлетворенности своей профессиональной деятельностью;
- высокая перегруженность работой не оставляет времени для саморазвития, обучения;
- высокая текучесть кадров, сменяемость и взаимозаменяемость работников разной квалификации, а зачастую и разной специализации;
- разнородность и непрофессионализм работников, препятствует развитию коллективных ценностей, командного духа<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Составлено по источнику: Регионы России: социально-экономические показатели. 2015 / Росстат. – М.: Росстат, 2015.

Решение проблемы дефицита кадров на периферии, а также по отдельным врачебным специальностям, как подчеркивается многочисленными исследователями, возможно только при активном взаимодействии государства, медицинских учреждений и бизнеса в решении кадровых вопросов учреждений здравоохранения, в том числе, и при осуществлении целевой подготовки специалистов, о чем было сказано выше.

Перспективы решения задачи оптимизации кадров здравоохранения также связаны с использованием информационно-организационных механизмов регулирования, в частности, с формированием единого федерального регистра – информационной системы, позволяющей проводить мониторинг и прогнозирование потребности в специалистах в различных регионах. Результаты такого мониторинга, по словам главы Правительства Д. Медведева, «позволят своевременно сформировать региональные программы, предусматривающие гибкие и адресные меры социальной поддержки медработников и молодых специалистов, прежде всего по наиболее дефицитным специальностям»<sup>48</sup>. О роли и перспективах развития механизмов информационно-аналитической поддержки в регулировании социально-трудовых отношений работников здравоохранения подробнее будет рассмотрено в третьей главе исследования.

Важной проблемой регулирования трудовых отношений работников сферы здравоохранения в настоящее время остается их *материальное и нематериальное стимулирование, мотивация к применению новых технологий и методик, повышению квалификации и прочим направлениям инноватизации их деятельности*. Мотивирующая роль оплаты труда работников бюджетной сферы (в том числе сферы здравоохранения)

---

<sup>47</sup> Систематизировано на основе источников: Ельсиновская С.Ю. Проблемы управления человеческими ресурсами и исследование факторов привлечения и удержания персонала в организациях здравоохранения // Проблемы современной экономики. 2011. №2 (38); Отставных Д.В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения // Вестник общественного здоровья и здравоохранения. 2012. №4; Шубцова Л.В., Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2014. №12-11.

<sup>48</sup> Резник И. Врачей привлекают новыми контрактами // Газета.ru URL: <https://www.gazeta.ru/social/2013/04/11/5252921.shtml>

исследуется в трудах ряда ученых, в числе которых Бюллер Е.А., Тлехурай-Берзегова Л.Т., Хотова И.Р., Калинина О.В. и другие.<sup>49</sup>

Система мотивации работников существовала всегда. В условиях административно-командной экономики в большей степени присутствовали статусные методы мотивации в форме предоставления определенного социального пакета, создания условий, способствующих формированию профессиональной гордости, личной ответственности за работу; присутствие вызова, обеспечение возможностей выразить себя в труде; признание личное и среди коллег – вручение ценных подарков, почетных грамот, выставление на доске почета за особые заслуги, награждение орденами и медалями, нагрудными знаками, присвоение почетных званий.

Однако активное вовлечение медицинских учреждений в систему рыночных отношений привело к тому, что наряду с мотивационной идеей работников о социальной значимости результатов их труда все больше проявляется желание иметь оплату, адекватную этой значимости и затраченным усилиям (в том числе, связанным с поддержанием высокого уровня профессиональной компетентности). Однако, как отмечает О.А. Манерова, «в отношении работников здравоохранения естественные для любого человека общежизненные мотивации к труду достаточно часто подменяются юридической и морально-нравственной ответственностью перед обществом»<sup>50</sup>.

Рыночные механизмы мотивации персонала встроены в систему экономических интересов работника. По мнению Т.Н. Лобановой, из всего комплекса экономических факторов создания механизма рыночной мотивации наибольшее значение имеют:

---

<sup>49</sup> Бюллер Е.А., Тлехурай-Берзегова Л.Т., Хотова И.Р. Роль индивидуальной системы оплаты труда в повышении трудовой активности работников бюджетной сферы // Экономика и предпринимательство. 2016. №3-1 (68-1). С. 731-734; Бюллер Е.А., Хотова И.Р. Значение бестарифной системы оплаты труда в оценке уровня качества труда работников бюджетной сферы (на примере ФБГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Республики Адыгея») // Экономика и предпринимательство. 2015. №5-1 (58-1). С. 777-781; Калинина О.В., Бриль А.Р., Ахалая О.А. Управление персоналом организации: экономические и социальные аспекты. – Санкт-Петербург. 2016. - 131 с.

<sup>50</sup> Манерова О.А. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения / автореф. на соиск. уч. степени доктора мед.наук. – М.,2005.

- отношения собственности, в том числе интеллектуальной;
- конкуренция на рынке труда;
- ценность свободного времени<sup>51</sup>.

Реализация рыночных механизмов мотивации, соответственно указанным факторам, базируется на следующих *принципах*:

- осуществление премиальных выплат из прибыли, что позволяет работнику идентифицировать личные цели с результатами работы организации;
- оплата за знания – предполагает, что высококвалифицированные работники, занимающие низшие ступени в иерархии, получают более высокую заработную плату, чем стоящие выше, но менее квалифицированные специалисты;
- недопустимость высокого маржинального налога на доходы, так как в этом случае мотивом для работника становится не труд, а свободное время.

Возможность реализации рыночных механизмов мотивации в соответствии с указанными принципами представляется возможным, как отмечалось выше, на основе внедрения системы эффективного контракта.

Как справедливо отмечают В.И. Стародубов и Ф.Н. Кадыров, «меры, связанные с внедрением эффективных контрактов, выходят далеко за пределы вопросов, непосредственно касающихся оплаты труда работников: это и вопросы трудового законодательства, и нормирования труда, и качества оказания медицинской помощи, и эффективности трудовой деятельности»<sup>52</sup>.

Одной из основных задач, связанных с внедрением эффективных контрактов, является повышение роли коллективных договоров, которые призваны обеспечить рациональное сочетание интересов работников и работодателей в регулировании вопросов оплаты труда и материального

---

<sup>51</sup> Лобанова Т.Н. Рыночные механизмы мотивации персонала // Управление в кредитной организации. 2015. №10.

<sup>52</sup> Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски // Менеджмент в здравоохранении. 2013. №3.

поощрения за качественный и эффективный труд. Как справедливо отмечает С.С. Змияк, наиболее неблагоприятное положение с состоянием коллективно-договорного регулирования трудовых отношений отмечается именно в учреждениях здравоохранения<sup>53</sup>.

О необходимости перевода медицинских работников на эффективный контракт отмечается в Распоряжении Правительства РФ от 28.12.2012 г. №25990р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Однако по результатам опроса, проведенного Национальной медицинской палатой совместно с экспертами Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики, в ноябре 2015 г. 80,5% из 5313 чел. опрошенных ответили, что не знакомы с типовой формой эффективного контракта<sup>54</sup>, что свидетельствует о неэффективности проводимой работы по его внедрению.

Таким образом, обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод, что одной из главных задач реформирования здравоохранения на современном этапе является повышение эффективности функционирования системы регулирования трудовых отношений на основе совместного использования разнообразных рыночных и нерыночных механизмов и инструментов.

Тем не менее, наличие исторически сформировавшихся негативных тенденций в сфере трудовых отношений в здравоохранении свидетельствует о недостаточной эффективности используемых механизмов и инструментов их регулирования.

По нашему мнению, это вызвано тем, что рыночные и нерыночные механизмы апеллируют к противоположным по своей сути мотивам поведения работников: рыночные механизмы – к экономическим мотивам и интересам, а нерыночные – к социально-нравственным (рисунок 6), что приводит к противоречиям в системе социально-трудовых отношений. В результате,

---

<sup>53</sup> Змияк С.С. Особенности развития социального партнерства как основной формы регулирования социально-трудовых отношений // Каспийский регион: политика, экономика, культура. 2011. №4. С.177-187.

<sup>54</sup> Источник: URL: Официальный сайт Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. <https://health-economics.hse.ru/data/2016/07/27/1118870677/опрос%20по%20эффективному%20контракту.pdf>

медицинский работник, с одной стороны, вступая в трудовые отношения с руководством медицинского учреждения, осуществляет свою деятельность таким образом, чтобы обеспечить максимизацию прибыли организации, и соответственно удовлетворение собственных интересов, с другой стороны, несет профессиональную и юридическую ответственность за качество оказания услуг, основываясь на интересах пациента, а не работодателя. Наиболее ярко данный конфликт интересов проявляется в спортивной медицине, когда интересы спортсмена и интересы его спортивной команды, являющиеся нанимателями медицинских работников, не совпадают<sup>55</sup>.

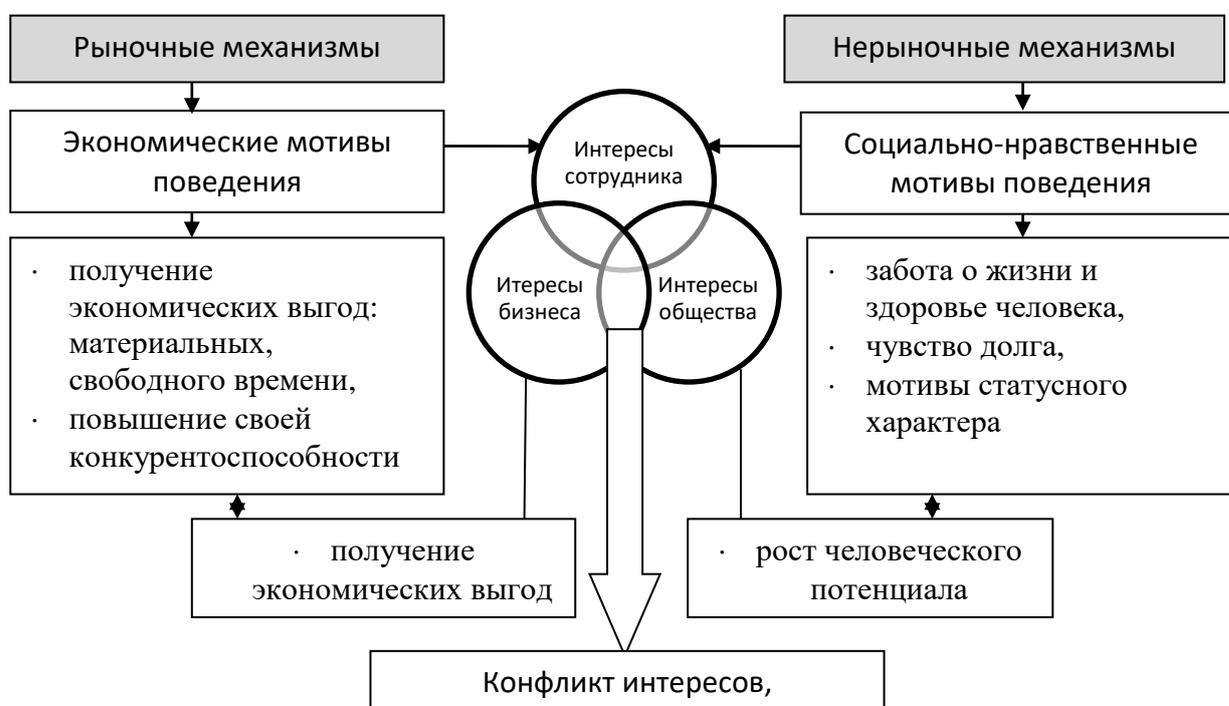


Рисунок 6. Конфликт интересов как следствие несогласованности рыночных и нерыночных механизмов регулирования трудовых отношений<sup>56</sup>

Другим примером проявления конфликта интересов является следующий. Выпускник медицинского вуза в соответствии со своими экономическими интересами ориентирован на выбор места деятельности в медицинском учреждении районного центра с возможностью карьерного роста, где присутствует платежеспособный спрос на оказываемые услуги,

<sup>55</sup> Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. – М.: ГЭОТАР, 2016.

<sup>56</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

тогда как региональные власти заинтересованы в удовлетворении социальной потребности в предоставлении населению периферии качественной медицинской помощи. Это ведет к возникновению диспропорций на рынке труда здравоохранения.

Таким образом, возникающий вследствие отсутствия согласованности реализации существующих рыночных и нерыночных механизмов функционирования рынка труда конфликт интересов ведет к дисфункциональным последствиям, снижающим как качество деятельности отдельного медицинского работника (и, как следствие, качество предоставляемых услуг), так и эффективность развития всей системы здравоохранения. Кроме того, в структуре механизмов, используемых в системе регулирования трудовых отношений в здравоохранении, отсутствует такой важный компонент как согласование интересов государства (как носителя общественных интересов, регулятора трудовых отношений и институционального посредника), медицинских учреждений (как работодателя и заказчика медицинских кадров), образовательных учреждений (как поставщиков трудовых ресурсов определенного качества), бизнеса и науки (как партнеров в реализации проектов модернизации и инноватизации здравоохранения).

В качестве иллюстрации данного тезиса укажем различия в интересах субъектов здравоохранения в рамках реализации механизмов регулирования трудовых отношений, с которыми связаны наибольшие ожидания в разрешении проблем и противоречий, таких как эффективный контракт и целевой набор (табл. 7).

Важно также отметить, что в рассматриваемых механизмах не задействованы субъекты бизнеса и науки, тогда как вовлечение их экономических интересов в сферу указанных трудовых взаимодействий позволило бы не только сгладить ряд возникающих противоречий, но и существенно повысить эффективность системы управления трудом в здравоохранении. Кроме того, при разработке механизмов регулирования

трудовых отношений в здравоохранении следует учитывать, что ключевым фактором проводимых реформ является признание населения не только объектом, которому оказываются медицинские услуги, но и равноправным субъектом рынка медицинских услуг.

Таблица 7

Различия в интересах субъектов здравоохранения в отдельных механизмах регулирования трудовых отношений<sup>57</sup>

| Механизмы и инструменты | Субъект отношений      | Интересы, ожидания   | Возникающие противоречия  |
|-------------------------|------------------------|--|---|
| Эффективный контракт    | Государство            | Повышение уровня инноватизации деятельности в сфере здравоохранения  | Доминирование в показателях эффективности деятельности медицинского работника показателей доходности медицинского учреждения снижает стимулы в проведении профилактической работы побуждает к использованию высокотехнологичных технологий, оказанию дополнительных платных услуг. Снижается уровень мотивации к инновационным разработкам, эффекты которых часто отсрочены во времени. Эффективный контракт часто используется не с целью поощрения работников, а с целью введения штрафных санкций. |
|                         | Медицинское учреждение | Повышение эффективности и результативности трудовой деятельности. Рациональное использование фонда оплаты труда                                      |   |
|                         | Сотрудники             | Обеспечение адекватности размера заработной платы затрачиваемым трудовым усилиям. Повышение уровня оплаты труда                                      |   |
| Целевой набор           | Государство            | Снижение дефицита кадров определенной специальности в конкретном регионе. Сбалансированность развития рынка труда и рынка оказания медицинских услуг | Выпускники вузов не заинтересованы в трудоустройстве на периферии в малых городах и сельской местности, а также в получении «неперспективного» с позиций карьерного роста, заработной платы, социального статуса, рабочего места.   |

<sup>57</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

| Механизмы и инструменты | Субъект отношений          | Интересы, ожидания   | Возникающие противоречия  |
|-------------------------|----------------------------|--|---|
| Целевой набор           | Медицинское учреждение     | Получение необходимого специалиста, своевременность заполнения вакансий. Повышение качества предоставляемых услуг  | Государство и медучреждение заинтересованы в ликвидации дефицита кадров по данным направлениям. У медицинского учреждения не достаточно ресурсов для оказания социальной поддержки. Образовательному учреждению не важно, выполнит ли выпускник свои обязательства. |
|                         | Образовательное учреждение | Осуществление набора на целевые места. Подготовка востребованного специалиста. Повышение рейтинга учебного заведения.  |   |
|                         | Обучающийся, выпускник     | Получение специальности, обеспечивающей повышение социального статуса и гарантированный высокий доход. Эффективное трудоустройство с возможностью карьерного роста |   |

Несмотря на то, что вопросы экономических интересов различных субъектов в процессе общественного воспроизводства находятся в сфере внимания ученых, можно выявить пробелы в исследовании возможностей использования партнерских механизмов (в частности, механизмов партнерства государства и бизнеса) для разрешения трудовых противоречий, а также для формирования эффективного сотрудничества различных экономических агентов (государства, медицинских работников, учреждений здравоохранения и бизнеса, занятого производством медицинских изделий и технологий) в отношении решения вопросов регулирования трудовых отношений в здравоохранении в целях удовлетворения населения в

получении качественной медицинской помощи и обеспечения доступности медицинских услуг в соответствии с требованиями практического здравоохранения, медицинской науки и отраслевого управления. Особенности регулирования трудовых отношений в здравоохранении на основе применения механизмов партнерства государства и бизнеса, а также основным отечественным и мировым тенденциям развития данных механизмов посвящена следующая глава исследования.

### **1.3. Особенности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в рамках проектов партнерства государства и бизнеса**

В настоящее время партнерство государство и бизнеса является одним из основных инструментов активизации модернизационных процессов как в российской, так и зарубежной экономике и все больше используется в сфере здравоохранения, где, как отмечает Д. В. Веницкий, государство заинтересовано в повышении качества оказания услуг, а бизнес имеет возможность выгодно инвестировать средства, одновременно реализуя общественно значимые задачи<sup>58</sup>. В современной научной литературе в большей степени обращается внимание на то, что реализация проектов партнерства государства и бизнеса при создании медицинско-социальных холдингов позволяет в значительной степени повысить инвестиционную привлекательность таких проектов. Однако не менее значимым является и тот факт, что в рамках данного партнерства возможно качественное повышение эффективности реализации механизмов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения.

При выстраивании аргументации о целесообразности реализации механизмов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении (в том числе

---

<sup>58</sup> Веницкий Д.В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении в России // Социально-экономические явления и процессы. 2009. №4.

и для повышения эффективности регулирования трудовых отношений) нельзя не учитывать существующее положение, связанное с финансированием медицинских учреждений, объемы которого определяют и условия труда, и уровень его оплаты.

Традиционно финансирование здравоохранения как социальной сферы осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств: большая часть больничных учреждений находится в государственной и муниципальной собственности. Так, по данным Росстата в 2014 году удельный вес амбулаторно-поликлинических организаций государственной формы собственности составил 74,3% в общем числе таких организаций государственной и негосударственной формы собственности<sup>59</sup>. Общая динамика изменения количества амбулаторно-поликлинических организаций государственной и частной формы собственности за последние годы приведена на рисунке 7.

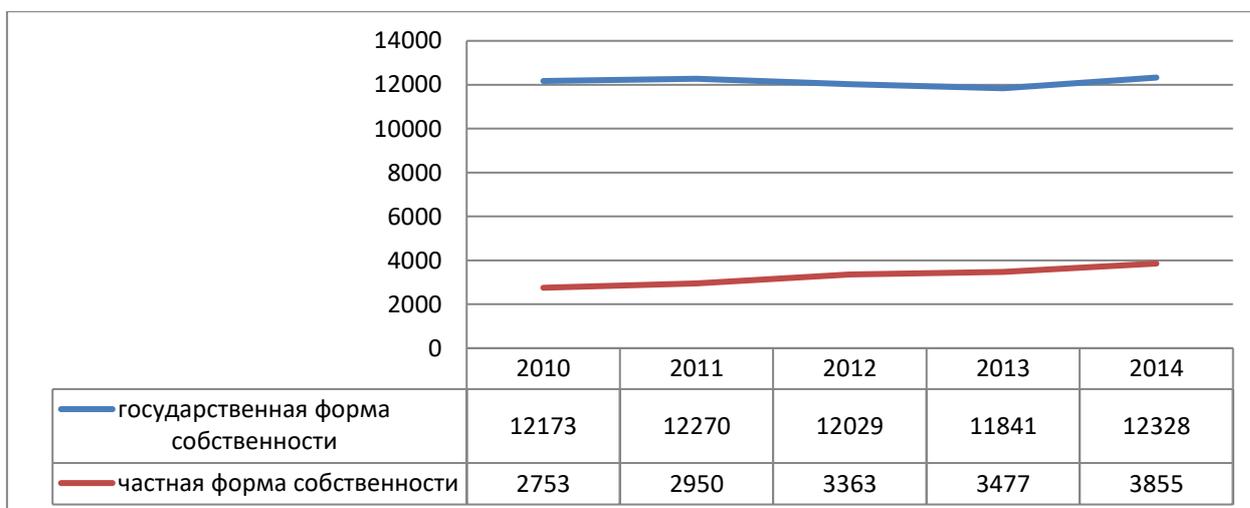


Рисунок 7. Динамика изменения количества амбулаторно-поликлинических организаций государственной и частной формы собственности<sup>60</sup>, тыс.ед.

Объем бюджетного финансирования системы здравоохранения в России в 2014 году составил 2532,7 млрд.руб, что в разрезе бюджетов разного уровня представлено на рисунке 8. В процентах от общего объема расходов для федерального бюджета это составляет 3,6%, а в процентах к

<sup>59</sup> Здравоохранение в России. 2015.: Стат.сб /Росстат. - М., 2015.

<sup>60</sup> Источник тот же.

ВВП – 3,5%. Для сравнения, государственные расходы на здравоохранение в США в 2013 году составили 8,1% к ВВП, в Германии в 2012 году – 8,6%, в Японии в 2103 году 8,5%, в Нидерландах в 2013 году – 9,9%<sup>61</sup>.

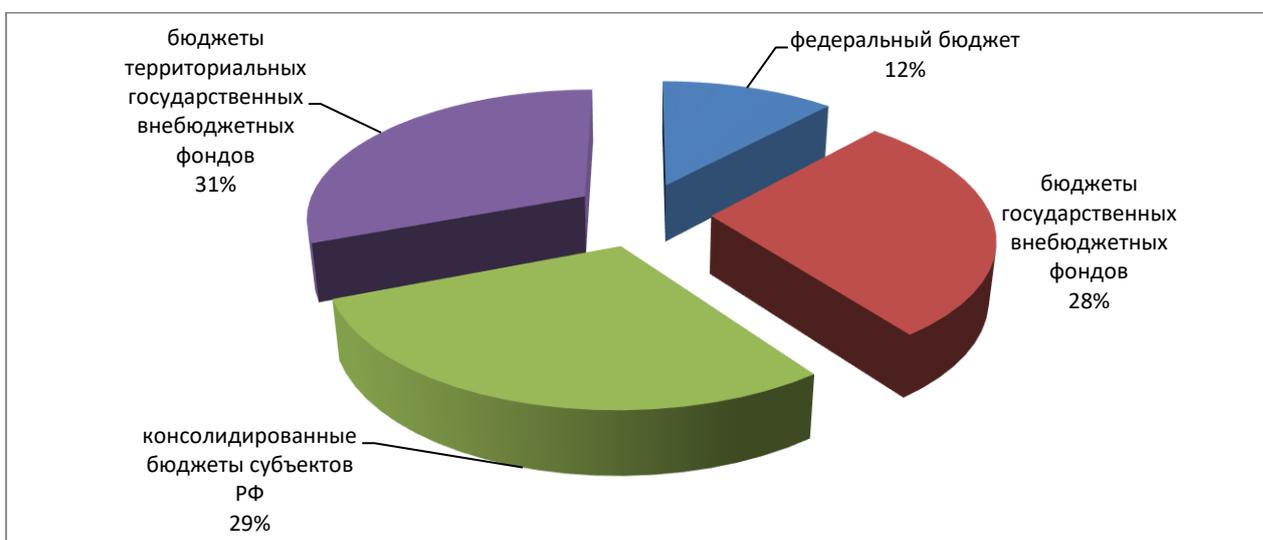


Рисунок 8. Структура расходов бюджетной системы РФ на здравоохранение в 2014 году<sup>62</sup>

В целом следует заметить, что величина расходов на здравоохранение в России одна из самых низких в мире (Приложение 3). При этом в отдельных регионах РФ ситуация с финансированием системы здравоохранения является еще более сложной. Например, анализ структуры расходов консолидированных бюджетов регионов Юга России показывает, что удельный вес данных затрат составляет 14-20% в общем объеме расходов данных бюджетов (табл. 8).

Однако, учитывая значительные различия в доходах консолидированных бюджетов данных регионов, можно отметить, что если в Краснодарском крае расходы на здравоохранение в 2015 году составили более 41,6 млрд.руб, то, например, в Ростовской области эта величина равна 25,9 млрд.руб., в Астраханской области – 7,9 млрд.руб, а в Республике Калмыкия – около 2 млрд.руб.

<sup>61</sup> Регионы России. 2016. Стат.сб /Росстат. - М., 2016.

<sup>62</sup> Источник тот же.

Удельный вес расходов на здравоохранение в расходах бюджетов регионов  
Юга России<sup>63</sup>, %

| Регион                              | Расходы на здравоохранение |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Республика Адыгея                   | 17%                        |
| Республика Калмыкия                 | 17%                        |
| Краснодарский край                  | 16%                        |
| Астраханская область                | 16%                        |
| Волгоградская область               | 15%                        |
| Ростовская область                  | 14%                        |
| Республика Дагестан                 | 20%                        |
| Республика Ингушетия                | 18%                        |
| Кабардино-Балкарская Республика     | 20%                        |
| Карачаево-Черкесская Республика     | 16%                        |
| Республика Северная Осетия – Алания | 20%                        |
| Чеченская Республика                | 15%                        |
| Ставропольский край                 | 17%                        |

Показатели объема расходов на здравоохранение в бюджетах регионов Юга России приведены на рисунке 9.



Рисунок 9. Расходы на здравоохранение в регионах Юга России в 2015 году<sup>64</sup>, млн.руб.

<sup>63</sup> Регионы России. 2016. Стат.сб /Росстат. - М., 2016.

<sup>64</sup> Регионы России. 2015. Стат.сб /Росстат. - М., 2016.

Очевидно, что ограниченные финансовые возможности регионов не позволяют реализовать им инновационные практики лечения, улучшать качество оказания медицинской помощи, что обуславливает необходимость привлечения частного капитала в здравоохранение. Причем полная передача объектов здравоохранения в собственность частных компаний признается учеными и практиками нецелесообразной в виду высоких рисков дискриминации социально-незащищенных слоев населения. В этой связи перед медицинскими учреждениями регионов Минздравом РФ поставлена задача развития партнерских взаимодействий государства и бизнеса, что отражено в Долгосрочной стратегии развития здравоохранения в России с 2015 по 2030 гг<sup>65</sup>. Формирование различных моделей взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении определено как одно из основных направлений деятельности Правительства РФ до 2018 года, утвержденных Председателем Правительства РФ Д.А. Медведевым 31.01.2013 г. Тем не менее, как показывает анализ программных и концептуальных документов, утвержденных органами государственной власти субъектов РФ, в ряде регионов отсутствуют мероприятия по реализации проектов партнерства в здравоохранении. Так, в частности, результаты данного анализа для регионов ЮФО представлены в таблице 9.

При этом даже в тех случаях, когда в программных документах субъектов федерации предусматриваются мероприятия с использованием ГЧП, в них не прописаны ни участники, ни используемые механизмы.

Информация о заявленных в настоящее время в России проектов государства и бизнеса в здравоохранении в соответствии с данными Единой информационной системы ГЧП в России представлена в Приложении 4. По данным аналитического центра журнала *Vademecum* из 72 приведенных проектов в марте 2015 года действовало только 6. Из заявленных в 2014-2015

---

<sup>65</sup> Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период // [Электронный ресурс] URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>

гг. 22 проектов смогли привлечь инвестиции только 11. Остальные находятся на стадии поиска инвесторов, либо заморожены<sup>66</sup>.

Таблица 9

Информация о наличии мероприятий по реализации проектов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении в программных документах регионов ЮФО

| Регион              | Документ   | Мероприятия по реализации проектов ГЧП  |
|---------------------|--|---|
| Республика Адыгея   | Постановление Кабинета Министров Республики Адыгея от 22.11.2013 № 280 «О государственной программе Республики Адыгея «Развитие здравоохранения» на 2014 - 2020 годы» (ред. от 05.11.2014 № 268)             | Развитие партнерских отношений с организациями, предоставляющими современное диагностическое оборудование.<br>Привлечение частных медицинских организаций в систему ОМС.<br>Реконструкция медицинских учреждений.<br>Внедрение договорных форм оказания сервисных услуг населению.<br>Внедрение системы корпоративного медицинского страхования |
| Республика Калмыкия | Постановление Правительства Республики Калмыкия от 11.07.2013 № 338 (ред. от 29.04.2014) «О Государственной программе «Развитие здравоохранения Республики Калмыкия на 2013-2020 годы»                       | Открытие хосписа для больных онкологическими заболеваниями.<br>Строительство реабилитационного центра.<br>Развитие санитарно-курортного лечения.  |
| Краснодарский край  | Постановление главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 11.10.2013 № 1172 «Об утверждении государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения» (ред. от 08.09.2014 № 957) | Мероприятия с использованием ГЧП отсутствуют  |

<sup>66</sup> Минздрав предложил новый механизм ГЧП в медицине [Электронный ресурс] URL: <http://www.vademec.ru/news/2016/09/15/minzdrav-predlozhit-novyiy-mekhanizm-gchp-v-meditsine/>

| Регион                | Документ  | Мероприятия по реализации проектов ГЧП   |
|-----------------------|---|--|
| Астраханская область  | Постановление Правительства Астраханской области от 10.09.2014 № 371-П «О государственной программе «Развитие здравоохранения Астраханской области»   | Развитие партнерских отношений с организациями, оказывающими медицинские услуги и предоставляющими современное диагностическое оборудование. |
| Волгоградская область | Постановление Правительства Волгоградской обл. от 25.11.2013 № 666-п «Об утверждении государственной программы Волгоградской области «Развитие здравоохранения Волгоградской области на 2014 - 2016 годы и на период до 2020 года» (ред. от 30.12.2014 № 130-п) | Мероприятия с использованием ГЧП отсутствуют   |
|                       | Постановление Губернатора Волгоградской обл. от 13.09.2012 № 847 «Об утверждении Инвестиционного меморандума Волгоградской области на 2013 - 2014 годы» (ред. от 12.09.2014 № 795)  | Предполагается возможность реализации проектов ГЧП в формах имущественного, финансового участия, концессионных соглашений                    |
| Ростовская область    | Постановление Правительства Ростовской области от 25.09.2013 № 593 «Об утверждении государственной программы Ростовской области «Развитие здравоохранения» (ред. от 25.12.2014 № 868)   | Мероприятия с использованием ГЧП отсутствуют   |

Как показывает проведенный анализ, в настоящее время практика оформления отношений в сфере партнерских взаимодействий государства и бизнеса в здравоохранении складывается в основном в форме концессионного соглашения, что объясняется недостаточностью нормативного обеспечения данных взаимодействий. Только 1 июля 2015 года Государственной Думой был принят Федеральный закон «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 13.07.2015 г. № 224-ФЗ. Согласно указанному

закону, под государственно-частным партнерством, муниципально-частным партнерством понимается «юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества»<sup>67</sup>.

То есть, партнерство государства и бизнеса предполагает возможность абсолютно всех видов сотрудничества государственных органов и частных компаний, направленных на решение задач социально-экономического развития. Однако на сегодняшний день на национальном уровне регулируются только процессы привлечения частного капитала в строительство социально-значимых объектов, что поддерживается Федеральным законом «О концессионных соглашениях» № 115-ФЗ от 27.07.2005 г. (ред. от 30.12.2015). Согласно данному закону «концессионер обязуется за свой счет создать и (или) реконструировать определенное этим соглашением имущество»<sup>68</sup>. Такой императивный характер концессионных соглашений приводит к невозможности реализации схемы ГЧП, в рамках которой инвестор бы брал в аренду и управление уже готовые объекты с обязательством по их дооборудованию и использованию<sup>69</sup>. Соответственно основными моделями реализации проектов партнерства государства и бизнеса являются следующие:

---

<sup>67</sup> Федеральный закон "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации" от 13.07.2015 N 224-ФЗ // [Электронный ресурс] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_182660/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_182660/)

<sup>68</sup> Федеральный закон от 21.07.2005 N 115-ФЗ (ред. от 29.07.2017) "О концессионных соглашениях"// [Электронный ресурс] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_54572/6174818558da6d719f95cbeb7c308b2733e6b5f9/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_54572/6174818558da6d719f95cbeb7c308b2733e6b5f9/)

<sup>69</sup> Источник: ГЧП в сфере здравоохранения /Журнал стратегия. URL: <http://strategyjournal.ru/news/ekonomika-i-biznes/gchp-v-sfere-zdravoohraneniya/>

- реконструкция частными партнерами государственных медицинских учреждений, а также получение права их эксплуатации и обслуживания в течение срока, окупающего вложения;
- долевое финансирование строительства или реконструкции медицинского учреждения;
- передача построенного на государственные средства медицинского учреждения в доверительное управление с правом последующего выкупа;
- строительство медицинского учреждения частным партнером по заданию государства с правом оказания медицинских услуг и управления данным учреждением. За оказание платных медицинских услуг, и за оказание услуг в системе ОМС платит государство.

В то же время, сводить проблематику развития партнерских взаимодействий государства и бизнеса в здравоохранении только к вопросам изменения объемов и структуры финансирования будет не верно. Несмотря на то, что осуществление концессионных соглашений в здравоохранении непосредственно не связано с механизмами регулирования трудовых отношений, тем не менее, участие в таких проектах приводит к определенными трансформациям и в данной сфере, связанным с изменением материально-технического оснащения труда, а также возможностями привлечения частных инвестиций к решению ряда задач по развитию кадрового потенциала. Это предполагает необходимость постановки принципиально новых задач в развитии механизмов партнерства государства и бизнеса:

- совершенствование материально-технической основы реализации лечебно-диагностической деятельности медицинских работников за счет развития партнерских отношений с организациями, предоставляющими и обслуживающими современное медицинское оборудование, а также с частными компаниями, осуществляющими разработку и создание новых медицинских технологий, приборов и пр.;

- повышение уровня коммерциализации научных разработок в сфере медицины на основе развития партнерских отношений между медицинскими, образовательными учреждениями и бизнесом, занятым в сфере производства медицинской техники;
- совершенствование институциональных механизмов в сфере формирования и развития системы непрерывного обучения, подготовки и переподготовки, повышения квалификации кадров, включая вопросы организации и финансирования стажировок в ведущих мировых клиниках, в создании обучающих центров с привлечением зарубежных специалистов для чтения лекций;
- развитие механизмов интеграционного взаимодействия государства, науки и бизнеса с целью сертификации медработников для работы с новым (инновационным) оборудованием и получения практического опыта работы с ним;
- устранение диспропорций на рынке труда в здравоохранении (по специальностям и направлениям деятельности, по регионам) на основе активного привлечения бизнеса к реализации программ целевой подготовки кадров, а также к осуществлению социальной и финансовой поддержки выпускников медицинских вузов, осуществляющих свою деятельность на периферийных территориях;
- повышение размера заработной платы медицинских работников без удорожания стоимости оказания медицинских услуг на основе создания механизмов стимулирования высококвалифицированных кадров к инновационной деятельности, как со стороны государства, так и со стороны частных компаний;
- повышение доступности населения к получению качественных медицинских услуг (включая дорогостоящие), в том числе на основе создания мобильных медицинских центров для отдаленных населенных пунктов, развития сельской и участковой медицины;

- повышение ответственности бизнеса за сохранение здоровья своих работников, особенно в отраслях и сферах деятельности с высоким уровнем травматизма и риском появления профессиональных заболеваний, развитие системы корпоративного медицинского страхования;
- модернизация системы информационно-коммуникационного взаимодействия государства, науки и бизнеса в сфере управления трудом в здравоохранении, а также системы взаимодействия медицинских работников и населения, в том числе при проведении профилактической работы.

В целом можно заметить, что данные задачи соответствуют тем или иным этапам воспроизводства трудового потенциала в здравоохранении:

- формирование – задачи, связанные с реализацией программ подготовки и повышения квалификации кадров;
- распределение – задачи, связанные с ликвидацией диспропорций на рынке труда в здравоохранении;
- потребление и обмен – задачи в сфере улучшения условий профессиональной деятельности, стимулирования инновационной активности медработников и обеспечения адекватной результатам работы оплаты труда.

Решение обозначенных блоков задач ориентировано на реализацию взаимных интересов государства, науки и бизнеса посредством реализации проектов партнерства и обеспечивает достижение основной цели модернизации системы здравоохранения – повышение качества оказания медицинских услуг населению, улучшение его показателей здоровья (рис. 10).

Рассмотрим подробнее роль механизмов партнерства государства и бизнеса в реализации поставленных задач регулирования трудовых отношений в сфере здравоохранения, а также в достижении целей согласования интересов участников партнерских взаимодействий.

## ***Задачи, связанные с реализацией программ подготовки и повышения квалификации кадров здравоохранения.***

Следует отметить, что политика управления кадровым потенциалом в сфере здравоохранения во многих развитых странах строится на совместной ответственности государства и бизнеса и предполагает развитие различных форм стратегического взаимодействия учреждений здравоохранения, профессиональных медицинских ассоциаций, научно-образовательных учреждений, а также производителей медицинского оборудования.

### ***Субъекты партнерства***

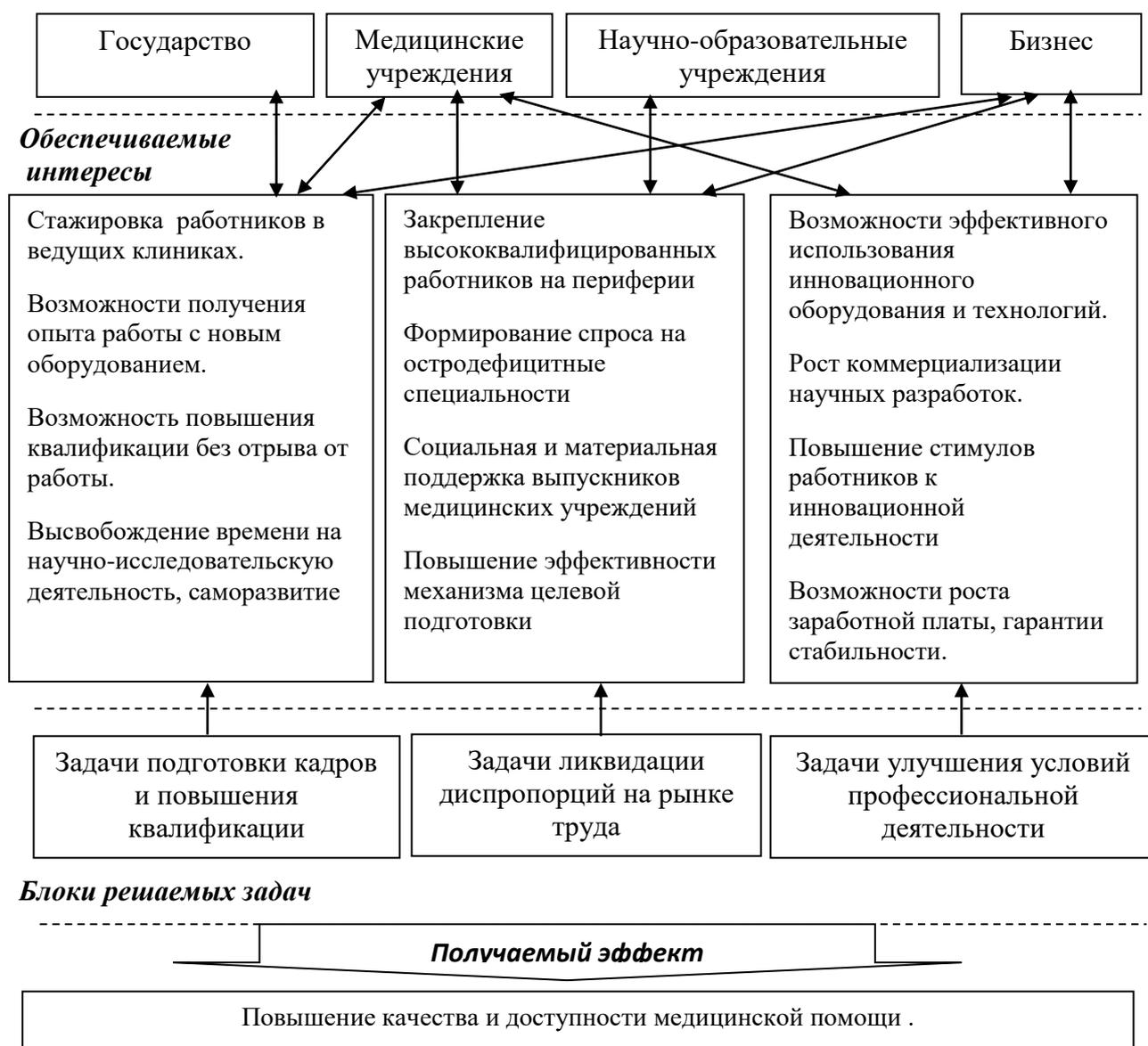


Рисунок 10. Реализация интересов государства и бизнеса при осуществлении партнерских взаимодействий<sup>70</sup>

<sup>70</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

В частности, распространенными формами взаимодействия являются:

- обмен технологиями и знаниями, предоставление медицинским работникам возможности получить навыки работы с новейшим оборудованием в ходе тренингов, семинаров, проводимыми компаниями-разработчиками медицинского оборудования;
- формирование баз данных идей по проблемам развития и модернизации системы здравоохранения, инноватизации медицинских технологий, разработки лечебно-диагностической аппаратуры и прочее, и реализация проектов по их коммерциализации;
- осуществление системы дуального обучения, предусматривающей взаимодействие образовательных и медицинских учреждений и предполагающей сочетание периодов теоретического обучения в учебном заведении с периодами практического обучения в медицинском учреждении.

В российской практике задачи привлечения бизнес-сообщества к реализации кадровых программ в здравоохранении связаны с осуществлением концепции непрерывного развивающего медицинского образования, предполагающего «постоянное прохождение курсов повышения квалификации (в том числе дистанционных), тренингов, семинаров»<sup>71</sup>. Использование отношений партнерства государства и бизнеса для реализации программ подготовки и повышения квалификации кадров здравоохранения возможно в контрактной и институциональной формах.

*Контрактные формы* реализации механизмов партнерства не связаны с образованием юридического лица и могут быть реализованы в виде совместных научно-исследовательских проектов медицинской организации и бизнеса; финансирования бизнесом образовательных программ, а также

---

<sup>71</sup> Непрерывность обучения – важнейшая составляющая системы повышения квалификации медицинских работников / Материалы круглого стола «Качество подготовки медицинских работников. Перспективы реализации новой системы последипломого образования в медицине», проводимом 13 апреля 2015 года Гильдией производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты совместно с Медицинской Консалтинговой Компанией «МЕДИКАЛ ГРУПП» // Официальный сайт Московской ТПП. URL: <http://www.mostpp.ru/media-center/News/2015/April/Gildia-proizvoditeley-med-tovarov-i-uslug-Apr2015>

оказания стипендиальной и грантовой поддержки; организации бизнес-сообществом тренингов, семинаров, конференций; предоставлении организациями, занятыми производством медицинского оборудования и техники возможности прохождения стажировок медицинскими работниками. Механизмы контрактной формы оформляются, как правило, соответствующими гражданско-правовыми договорами.

*Институциональные формы реализации* механизмов партнерства предполагают создание нового юридического лица или новой институциональной конструкции в форме общественного взаимодействия, а также в форме соглашения без наступления гражданско-правовых обязательств<sup>72</sup>. В практике российской действительности находит применение:

а) создание исследовательских центров, в котором участвуют как государственные университеты и учреждения здравоохранения, так и субъекты частного сектора;

б) создание корпоративных университетов, ориентированных на обучение и повышение квалификации сотрудников медицинского учреждения в соответствии с решаемыми тактическими задачами и стратегическими планами ее развития, а также генерацию и управление знаниями во всей отрасли.

В рамках реализации указанных форм взаимодействия согласование интересов бизнеса, научно-образовательных и медицинских учреждений обеспечивается посредством участия бизнеса в разработке образовательных программ таким образом, чтобы их содержание в наибольшей степени соответствовало задачам укрепления конкурентных позиций медицинского учреждения. При этом бизнес получает возможность продвигать свои разработки в практику деятельности медицинских учреждений. Государство может, предоставляя заказ на подготовку специалистов определенной квалификации, сглаживать диспропорции на рынке труда. Медицинское

---

<sup>72</sup> Государственно-частное партнерство в образовании : сб. / науч. ред. О.П. Молчанова, А.Я. Лившин. М.: КДУ, 2009.

учреждение получает работников, владеющих навыками работы с современным медицинским оборудованием.

В целом, положительные эффекты от использования механизмов партнерства государства и бизнеса в реализации программ подготовки и повышения квалификации кадров в здравоохранении выражаются в следующем:

- усиление связей между медицинскими учреждениями, профильными бизнес-структурами, региональными и местными органами власти, образовательными учреждениями и академической наукой в интересах модернизации здравоохранения и экономики Российской Федерации;
- модернизация системы здравоохранения на основе расширения спектра предоставляемых медицинских услуг, а также оказания инновационных высокотехнологичных видов услуг благодаря повышению уровня профессиональных компетенций работников в соответствии с современными тенденциями развития науки и техники;
- преодоление административных, территориальных и прочих барьеров, связанных с трансфером научных знаний и инновационных технологий предоставления медицинских услуг как в пространственном аспекте в системе отношений «центр-периферия», так и с точки зрения развития связей между наукой, профильным бизнесом и медицинскими учреждениями;
- сокращение сроков разработки и ускорение внедрения передовых технологий и наиболее востребованных инновационных продуктов медицинского назначения на основе проведения доклинических и клинических испытаний разработанных бизнесом образцов изделий медицинского назначения на базе уникального оборудования научных лабораторий;
- создание благоприятных условий для финансирования и инкубирования малых инновационных компаний (инновационных стартапов) в медицинской сфере;

- целеориентирование использования кадровых ресурсов медицинской сферы на приоритетных направлениях модернизационного развития системы здравоохранения<sup>73</sup>.

*Задачи, связанные с ликвидацией диспропорций на рынке труда в здравоохранении.*

В настоящее время задачи эффективного распределения трудовых ресурсов в здравоохранении решаются государством посредством целевого набора абитуриентов. Однако, как было отмечено выше, данный механизм не обеспечивает решение стратегических проблем снижения дефицита врачей определенных специальностей в отдельных регионах. Наиболее способные выпускники медицинских вузов предпочитают трудоустроиться в крупнейших городах, так как их не устраивают условия жизнедеятельности на периферии, а также ограниченные возможности формирования карьеры.

Как видится, основная проблема в решении задач ликвидации диспропорций на рынке труда в здравоохранении заключается в самоустранении медицинского бизнеса в решении региональных проблем, практически полного его неучастия в подготовке кадров, необходимых местной системе здравоохранения. Для повышения эффективности реализации механизма целевого набора необходимо, чтобы реализуемые государством меры находили активную поддержку со стороны местного бизнеса-сообщества и учреждений здравоохранения, а действия и интересы органов местного и государственного управления, бизнеса, образовательных и научных учреждений были согласованы. Это становится возможным в рамках реализации проектов партнерства государства и бизнеса.

В качестве основополагающих проблем организации системного взаимодействия субъектов партнерства в рамках реализации механизма целевого набора можно выделить следующие:

---

<sup>73</sup> Сформулировано с использованием идей, изложенных в источниках: Барковская Г.Ю. Корпоративный университет в системе стратегического управления качеством рабочей силы // Экономика и предпринимательство. 2015. № 12-4; Матвеева Л.Г., Чернова О.А. Стратегический консорциум как механизм наращивания инновационного потенциала промышленности Юга России // Journal of Economic Regulation. 2013. Т. 4. № 3.

- согласование заказа на целевую подготовку и переподготовку, а также повышение квалификации специалистов со стороны местных медицинских учреждений, региональных и муниципальных органов власти;
- привлечение бизнеса к софинансированию программ подготовки и повышения квалификации специалистов, а также к оказанию материальной поддержки выпускников, трудоустроившихся на периферии;
- стимулирование молодых специалистов (в частности, трудоустроившихся на периферии) к продолжению научно-исследовательской деятельности, непрерывному повышению квалификации.

Принимая во внимание, что в настоящее время представители бизнеса практически не поддерживают программы целевой подготовки специалистов, для обеспечения действенности данного механизма необходимо наличие стимулов со стороны государства бизнесу к его активному сотрудничеству в области решения проблем профессиональной подготовки квалифицированных кадров в здравоохранении. Данные стимулы могут выражаться в виде налоговых льгот.

Еще одним направлением решения задач повышение доступности и качества оказания медицинской помощи на периферийных территориях является создание мобильных медицинских центров, положительный опыт использования которых накоплен в здравоохранении ряда стран<sup>74</sup>.

Мобильные медицинские комплексы за счёт реального приближения медицинской помощи к населению удалённых районов могут использоваться для проведения профилактических осмотров, диспансеризации населения, проведения видеомероприятий профилактической направленности

---

<sup>74</sup> Cafazzo J.A., Easty A., Rossos P.G. et al. Complex tele-monitoring: facilitating hospital-at-home. *Telemed & e-Health*. 2006. № 12. 202 p.; Pendleton V.A., Wolfe D., Demuth B. et al. Video and data transmission from the ambulance. *Telemed & e-Health*. 2006. № 12. 191 p.; Zerroug M., Sari Z. Telemonitoring in the management of patients with chronic digestive diseases from remote areas. *Global telemedicine and eHealth updates: Knowledge resources*. Luxembourg: G.D. of Luxembourg. 2009.

(видеолекций для персонала районных центров здоровья, занятий школ для пациентов с хроническими заболеваниями), проведения телеконсультаций пациентов, находящихся на амбулаторном или стационарном лечении, для предупреждения осложнений хронических заболеваний<sup>75</sup>. По словам В.И. Скворцовой, в настоящее время на территории России действует 187 мобильных комплексов, 51 передвижной маммограф, 568 передвижных флюорографов, 5 «поездов здоровья» и 1 «теплоход здоровья»<sup>76</sup>.

При высоких социальных эффектах мобильной формы оказания медицинских услуг имеются существенные дополнительные затраты, снижающие экономический эффект: оплата труда водителя, услуги связи, амортизация транспортных средств, горюче-смазочные материалы. Это предполагает необходимость привлечения местного бизнес-сообщества в финансировании программ оказания мобильных медицинских услуг, что также возможно в рамках реализации проектов партнерства.

***Задачи в сфере улучшения условий профессиональной деятельности, стимулирования инновационной деятельности медработников и обеспечения адекватной результатам работы оплаты труда.***

Развитие материально-технического базиса медицинской сферы выражается в изменении содержания, культуры и качества медицинского обслуживания на базе технологических инноваций. Влияние реализации проектов партнерства в здравоохранении на сферу трудовых отношений целесообразно рассматривать с точки зрения того, в какой мере создаваемые условия труда (материально-технические, социально-психологические, санитарно-гигиенические и пр.) позволяют работнику реализовывать свои цели, а также обеспечивают общее высокое качество осуществления своей профессиональной деятельности, стимулируют его к повышению эффективности работы, в том числе на основе реализации инновационных

---

<sup>75</sup> Камаев И.А., Орлов О.И., Леванов В.М., Переведенцев О.В., Сергеев Д.В. Возможности и перспективы применения мобильных телемедицинских комплексов в профилактических программах // Медицинский альманах. 2013. №2 (26).

<sup>76</sup> Источник: <http://www.intermedservice.ru/kompleksnyye-meditinskiye-programmy/mobilnye-meditinskiye-kompleksy/prezentaciya.pdf>

технологий, самообразования, повышения квалификации и пр. В данном контексте, можно выделить следующие основные аспекты трудовой деятельности, связанные с изменением качества и содержания профессиональной деятельности медицинских работников при реализации проектов партнерства государства и бизнеса:

- переход к инновационным технологиям оказания медицинской помощи, повышение уровня технической и технологической оснащенности трудовой деятельности медицинских работников<sup>77</sup>;
- повышение финансовой заинтересованности работников в применении высокотехнологичного медицинского оборудования;
- получение медицинскими работниками достойного дохода «при наличии не только финансовой мотивации, но и других ее компонентов (возможности строить карьеру, понимать высокую значимость своей работы, реализовывать и развивать индивидуальные навыки и способности и т.д.)»<sup>78</sup>;
- расширение возможностей (финансовых и материально-технических) медицинских работников к реализации своих научных разработок;
- повышение доступности (физической и финансовой) работников к различным видам получения дополнительных образовательных услуг, программам повышения квалификации;
- развитие и активное внедрение информационно-коммуникационных технологий в профессиональную деятельность медицинских работников;

---

<sup>77</sup> Пшиканоква Н.И., Шалатов В.В. Основные принципы, направления и императивы использования механизма государственно-частного партнерства на мезоуровне // Сборник научных трудов по материалам III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и перспективы социально-экономического развития регионов Юга России» / Под научной редакцией А.А. Тамова. 2017. С. 241-244.

<sup>78</sup> Землянов Д.А. Государственно-частное партнерство как инструмент совершенствования взаимодействия бизнеса и власти в сфере социально-трудовых отношений региона // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/05/5140> (дата обращения: 20.11.2016)

- активизация процессов патентования и лицензирования объектов интеллектуальной собственности медицинских работников - разработчиков инновационных технологий;
- создание условий для разумной конкуренции между медицинскими работниками, обеспечение объективной оценки результатов их профессиональной и научной деятельности, а также совершенствование системы ротации кадров.

Таким образом, развитие механизмов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения должно строиться на основе принципов развития партнерства государства и бизнеса. Справедливость и актуальность данного тезиса подтверждается содержанием Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, в которой, в частности, отмечается, что «в целях поддержки карьерного роста одаренных научных работников необходимо обеспечить привлечение бизнес-сообщества для поддержки исследований молодых ученых и преподавателей, учреждение именных стипендий, создание перспектив профессионального роста и улучшения материального положения»<sup>79</sup>. При этом для того, чтобы данное партнерство было эффективно, необходимо, чтобы все его участники осознавали его главную цель – повышение качества (на инновационной основе) и доступности оказания медицинских услуг населению в рамках формирования конкурентоспособной национальной системы здравоохранения и обеспечения ее соответствующими кадровыми ресурсами. Кроме того, необходимо обеспечить взаимоувязанность направлений стратегий и программ развития медицинских учреждений и системы здравоохранения с программами регионального развития, а также механизмов их реализующих.

Особенности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения определяются спецификой функционирования данной

---

<sup>79</sup> Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. N 2580-р).

сферы деятельности, являющейся социальной, но при этом поставленной в условия рыночных отношений. Это приводит к наличию ряда противоречий в складывающейся системе трудовых отношений, усиливающихся под влиянием рыночных и нерыночных механизмов, направленных на разные по своему содержанию экономические интересы и социально-нравственные установки медицинских работников. Представляется, что реализация механизмов партнерства государства и бизнеса позволит повысить эффективность регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения на основе улучшения материально-технического базиса профессиональной деятельности медицинских работников, совершенствования механизмов их стимулирования к инновационной деятельности. При этом система партнерства позволит получить синергетические эффекты на макро- мезо- и микроуровнях национальной экономики, выражающихся в снижении диспропорций на рынке труда в здравоохранении, формировании конкурентоспособной отечественной медицины, привлечении частных инвестиций в сферу здравоохранения.

Выделение таких синергетических эффектов, а также эффектов реализации интересов участников партнерства предполагает разработку соответствующего инструментария, чему посвящена следующая глава диссертационного исследования.

## **2. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПАРТНЕРСКИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ**

### **2.1. Эффекты партнерства государства и бизнеса в системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Невозможность управления трудовыми взаимодействиями в рыночных условиях методами, присущими административно-командной экономике, приводит к тому, что, как справедливо отмечает И.Д. Колмакова, «управление трудом уступает место регулированию социально-трудовых отношений»<sup>80</sup>. Центральное звено в данном процессе занимают отношения партнерства государства и бизнеса. При реализации проектов такого партнерства в здравоохранении в системе трудовых отношений, как было отмечено в предыдущей главе исследования, возникают определенные трансформации (эффекты), обусловленные изменением качества, содержания и условий профессиональной деятельности медицинских работников.

Данные эффекты имеют реальное проявление во всех подсистемах системы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения: формирование кадрового потенциала, функционирование рынка труда, мотивация и стимулирование труда. А именно, реализация партнерских взаимодействий государства и бизнеса создает условия для разумной конкуренции между медицинскими работниками, способствует изменению системы мотивации через управление профессиональной конкурентоспособностью, апеллирует к гибкому встраиванию в систему трудовых отношений новых технологий и форм деятельности и усилению научной составляющей деятельности работников. Кроме того, возникающие в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения мультипликативные и синергетические эффекты формируют условия для

---

<sup>80</sup> Колмакова И.Д. Регулирование социально-трудовых отношений в экономике России // Российское предпринимательство. 2006. №1 (73)..

положительной экономической динамики. Это выражается, во-первых, в содействии развитию человеческого капитала, состояние которого определяется, в том числе, показателями здоровья и качества жизни населения. Во-вторых, во взаимосвязи процессов совершенствования механизмов регулирования трудовых отношений с инновационными организационными, техническими и технологическими процессами в производственно-экономических системах различного уровня, без модернизации которых не возможно выведение качества оказания медицинских услуг на новый уровень, соответствующий общемировым стандартам.

Постановка задач, связанных с возможностями использования партнерских взаимодействий в здравоохранении для повышения эффективности регулирования трудовых отношений в данной сфере, предполагает необходимость разработки методического инструментария оценки возникающих эффектов как внутри самой системы трудовых отношений, так и мультипликативных и синергетических эффектов, определяющих экономическую динамику. Для разработки данного инструментария необходимо а) выявить возникающие эффекты; б) определить показатели, позволяющие измерить величину данных эффектов; в) установить индикаторы и критерии оценивания эффектов.

При исследовании возникающих в условиях реализации партнерских взаимодействий эффектов в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, а также генерируемых ими эффектов, определяющих экономическую динамику, будем руководствоваться предложенным А.В. Алешиным и А.Ю. Никитаевой комплексным подходом, в соответствии с которым можно выделить «экономические, социальные и институциональные эффекты партнерских взаимодействий»<sup>81</sup>.

Рассмотрим качественное наполнение показателей, характеризующих экономические, социальные и институциональные эффекты, возникающие в

---

<sup>81</sup> Никитаева А.Ю., Алешин А.В. Концептуальная модель межфирменного партнерства для решения актуальных проблем и модернизации экономики регионов Юга России // Journal of Economic Regulation. 2013. Т. 4. № 4. С. 34-40.

системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации проектов партнерства государства и бизнеса на отдельных этапах воспроизводства трудового потенциала. В силу социальной значимости деятельности медицинских учреждений при разработке показателей оценивания эффектов будем учитывать следующие важные требования к функционированию сферы здравоохранения:

- доступность медицинских услуг, рассматриваемая в финансовом, физическом и функциональном (с точки зрения наличия специалистов определенного профиля, квалификации) аспектах;
- обеспечение поддержания определенного уровня здоровья населения;
- предоставление качественных медицинских услуг, соответствующих современному уровню развития сферы здравоохранения.

Кроме того, при определении показателей оценки эффектов представляется целесообразным использовать динамические характеристики, которые позволяют отразить изменения качественных и количественных показателей состояния системы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения и являются следствием реакции соответствующих компонентов данной подсистемы на реализацию партнерских взаимодействий. Такой подход к разработке инструментария оценки позволяет оценить не только эффективность самих партнерских взаимодействий, но и степень их влияния на развитие трудовых отношений, то есть, эффективность осуществляемых регулятивных воздействий.

***Экономические эффекты.*** Выделяя экономические эффекты, будем основываться на позиции Г.Я. Ракитской, которая подчеркивает, что «нельзя рассматривать экономику труда исключительно через призму концепции предпринимательства, в рамках которой экономическая эффективность рассматривается как максимизация прибыли за счет минимизации издержек»<sup>82</sup>. В анализ экономических эффектов в системе социально-

---

<sup>82</sup> Ракитская Г.Я. Социально-трудовые отношения (общая теория и проблемы становления их демократического регулирования в современной России). – М.: Ин-т перспектив и проблем страны, 2003.

трудовых отношений необходимо включать» аспекты, связанные с повышением качества трудовой деятельности, ростом удовлетворенности трудом, развитием личностного (инновационного, профессионального и пр.) потенциала работников»<sup>83</sup>.

Исходя из приведенных соображений, экономические эффекты в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения можно структурировать на следующие группы.

1) Эффекты, выражающиеся в экономии бюджетных средств на поддержание развития системы трудовых отношений за счет привлечения частных инвестиций, в первую очередь бизнеса, занятого в сфере производства медицинской техники и технологий, оказания различного рода медицинских услуг. Такая экономия возможна на всех стадиях воспроизводства трудовых ресурсов: экономия средств, выделяемых на реализацию образовательных программ для подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, на поддержание определенных материально-технических условий осуществления трудовой деятельности работников при установленных качественных и количественных показателях оказания медицинских услуг, на проведение научно-исследовательских разработок, на реализацию программ поддержки молодых кадров, а также медицинских работников периферии и пр.

2) Эффекты, выражающиеся в улучшении показателей экономической результативности трудовой деятельности работников учреждений здравоохранения. К данным эффектам можно отнести рост заработной платы работников, в том числе в результате получения грантовой поддержки и стимулирующих выплат за результаты деятельности; расширение объемов предоставляемых медицинских услуг, в том числе их высокотехнологичных видов; повышение уровня «отдачи» затрат на оплату

---

<sup>83</sup> Барбашин Е.А., Фомин О.С., Филимонов О.А. Механизмы воздействия социально-трудовых отношений на качество трудовой жизни работников // Вестник Курской гос. с.-х академии. 2012. №1. С.58-64.

труда медицинских работников, выражающееся в росте прибыльности медицинского учреждения.

3) Эффекты, отражающие влияние уровня развития трудовых отношений в здравоохранении на экономическую динамику. К данным эффектам можно отнести снижение выплат по больничным листам, увеличение производительности труда вследствие повышения показателей здоровья трудовых ресурсов. Говоря об эффектах, определяющих экономическую динамику, нельзя не упомянуть ее инновационную компоненту, обусловленную модернизацией системы социально-трудовых отношений в здравоохранении. В данном ракурсе можно выделить эффекты, выражающиеся в увеличении числа применяемых инновационных технологий в деятельности медицинских работников, рост показателя фондовооруженности труда по современному высокотехнологичному оборудованию, увеличении числа разработанных инновационных технологий, рост коммерциализации научных разработок в сфере медицинских технологий и пр.

4) Эффекты, отражающие качественно-структурные изменения, выражающиеся в снижении социально-демографических, профессионально-квалификационных и внутриотраслевых диспропорций на рынке труда в здравоохранении. Для оценки величины данных эффектов можно использовать показатели снижения дефицита работников определенной специальности как в здравоохранении в целом, так и в разрезе отдельных типов медицинских учреждений, отдельных территорий, регионов; увеличении удельного веса врачей, имеющих высшую категорию и/или ученую степень т.п.

Перечень показателей оценки приведенных групп экономических эффектов представлен в таблице 10. Подчеркнем, что выбор показателей осуществлялся исходя из понимания задач модернизации сферы здравоохранения как формирование конкурентоспособной отечественной медицины на основе интенсивного типа расширенного воспроизводства трудового потенциала работников. В свою очередь, предполагалось, что интенсивный тип расширенного производства должен базироваться на

инновационных преобразованиях во всей системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, находящейся в тесной взаимосвязи с перспективами развития российской экономики и показателями ее экономической динамики.

Таблица 10

**Экономические эффекты в системе регулирования трудовых отношений и показатели их оценки<sup>84</sup>**

| <b>Группы эффектов</b>   | <b>Показатель оценивания</b>  |
|--|---|
| Экономия бюджетных средств на поддержание развития системы социально-трудовых отношений за счет привлечения частных инвестиций   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Объем частных инвестиций на подготовку специалистов в сфере здравоохранения, включая затраты на переподготовку и повышение квалификации.</li> <li>– Объем частных инвестиций на улучшение условий труда (на основе улучшения состояния материально-технической базы) работников медицинских учреждений и организаций сферы здравоохранения.</li> </ul> |
| Изменение показателей экономической результативности трудовой деятельности работников здравоохранения                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Объем оказываемых высокотехнологичных медицинских услуг населению.</li> <li>– Показатель «отдачи» медицинского труда.</li> </ul>   |
| Изменение показателей экономической динамики в результате повышения эффективности социально-трудовых отношений в здравоохранении | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Количество разработанных и внедренных инновационных технологий в медицинской сфере.</li> <li>– Уровень инновационной и научной активности медицинских работников.</li> </ul>   |
| Качественно-структурные изменения в трудовом потенциале здравоохранения и его пространственном размещении                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Изменение удельного веса врачей, имеющих высшую категорию (или высшее образование).</li> <li>– Изменение показателей нагрузки работников здравоохранения по отдельным специальностям (в том числе в региональном разрезе).</li> </ul>  |

Предполагается, что оценка величины эффектов будет проводиться экспертным методом, где в качестве экспертов должны быть привлечены представители участников партнерских взаимодействий: со стороны медицинского учреждения, органов государственного управления в сфере здравоохранения, а также бизнеса в сфере производства медицинского оборудования, оказания медицинских услуг. На основе количественных значений приведенных показателей эксперты по трехбалльной шкале

<sup>84</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

оценивают уровень их соответствия стратегическим планам развития как конкретного медицинского учреждения, так и национальной системы здравоохранения.

Принимая во внимание различный уровень социально-экономического развития медицинских учреждений региона, и, соответственно, различный характер стоящих перед ними задач, определение конкретных индикаторов оценивания не представляется возможным. В этой связи, более верным будет установить процент соответствия фактического показателя плановому, при котором он будет оцениваться определенным количеством баллов.

При высоком уровне соответствия выставляется оценка 3 балла, при среднем – 2 балла, при низком – 1 балл, при отсутствии проявления данного фактора – 0 баллов (табл. 11). Предполагается, что эксперты в ходе обсуждения должны придти к единому мнению относительно уровня соответствия показателей.

Таблица 11

**Показатели оценивания величины экономических эффектов в сфере трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>85</sup>**

| Процент соответствия фактического значения показателя плановому (ожидаемому) | Характеристика уровня соответствия | Балльная оценка (xi) |
|--|------------------------------------|----------------------|
| до 10%   | отсутствие эффекта                 | 0                    |
| 11 – 35%   | низкий                             | 1                    |
| 36 – 74%   | средний                            | 2                    |
| более 75%  | высокий                            | 3                    |

Несмотря на простоту предлагаемой шкалы оценивания, ее использование позволит получить адекватное представление о характере влияния реализуемых проектов партнерства на развитие системы трудовых отношений.

Принимая во внимание различную значимость проявления каждого вида эффектов для конкретных медицинских учреждений или территорий, экспертами для каждого показателя должен быть определен его вес  $\gamma_i$  (сумма

<sup>85</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

весов должна быть равна единице). Обобщенная оценка экономического эффекта определяется как ее средневзвешенное значение:  $\Theta_{об} = \sum \gamma_i x_i$ .

Очевидно что максимальная оценка величины экономического эффекта будет равна 3.

Следует отметить, что перечень показателей оценки эффектов в системе регулирования трудовых отношений, представленных в таблице 10, сформулирован таким образом, чтобы избежать дублирования схожих по своему экономическому содержанию показателей трудовой деятельности, выражающих различные эффекты. Кроме того, для избегания чрезмерной детализации, определены те показатели, которые наиболее полно и укрупненно характеризуют указанные эффекты. Также учитывалось требование возможности получения необходимой для расчета данных показателей информации из официальных источников, в частности, данных Росстата. В то же время, представленный перечень не является исчерпывающим и при необходимости (в соответствии с поставленными целями исследования, с учетом специфики деятельности исследуемой медицинской организации и пр.) может быть скорректирован или дополнен.

***Социальные эффекты.*** Социальные эффекты в сфере трудовых отношений традиционно связывают с удовлетворенностью работников условиями и содержанием трудовой деятельности. Как отмечают некоторые исследователи, «удовлетворенность врачей и медицинских сестер своим трудом является одним из потенциально управляемых факторов»<sup>86</sup>. Соглашаясь с данным высказыванием, отметим, что значительные возможности в этом отношении предоставляются в рамках реализации проектов партнерства государства и бизнеса. Так, выстраивание партнерских взаимодействий в здравоохранении находит отражение в восприятии медицинскими работниками содержания своей деятельности по мере осознания тех выгод, которые обеспечивают отношения партнерства:

---

<sup>86</sup> Панкевич В.И., Школьникова М.А., Югай М.Т. Удовлетворенность врачей своим трудом в государственных и частных медицинских организациях // Вестник Росздравнадзора. 2015. №5.

возможностей удовлетворения своих потребностей в повышении квалификации, реализации профессиональных навыков, усилении инновационной составляющей труда и пр. Данные эффекты в системе трудовых отношений при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса являются прямыми.

Одновременно повышение качества трудовых отношений в учреждениях здравоохранения имеет и косвенные эффекты, возникающие как результат роста уровня удовлетворенности медицинских работников своей деятельностью, и проявляющиеся в виде успешного решения ряда социальных задач. В частности, речь идет об улучшении качества оказания медицинских услуг населению, повышении территориальной и финансовой доступности медицинских услуг (в том числе высокотехнологичных).

Таким образом, рассматривая проблему оценки социальных эффектов в сфере регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, выделим две составляющие данных эффектов, предполагающие разные аспекты их исследования:

- изменение удовлетворенности медицинских работников содержанием и условиями своей трудовой деятельности при реализации проектов партнерства государства и бизнеса;
- удовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг в организациях, реализующих механизмы партнерства государства и бизнеса.

Для определения величины указанных составляющих социальных эффектов проводят социологические исследования.

Для исследования изменения удовлетворенности медицинских работников содержанием и условиями своей трудовой деятельности при реализации проектов партнерства государства и бизнеса автором разработана анкета закрытого типа, предлагающая оценить уровень соответствия фактических изменений имеющимся ожиданиям (Приложение 5).

При высоком уровне соответствия ожиданий выставляется оценка в 3 балла, при среднем – 2 балла, при низком – 1 балл, при отсутствии проявления данного фактора – 0 баллов. Учитывая различную значимость проявления эффектов для развития системы трудовых отношений в здравоохранении, для каждого показателя экспертным путем определяется его весовое значение. Причем веса распределяются таким образом, чтобы сумма всех весовых значений была равна 1.

Таким образом, максимальное суммарное значение оценки уровня удовлетворенности медицинского работника будет равно 3.

Для оценки общего фактического уровня удовлетворенности работника установлены следующие критерии оценивания:

$Y_{\text{мед ф}} \geq 2.5 N$  – высокий уровень удовлетворенности;

$2,0 \geq Y_{\text{мед ф}} > 2.5 N$  – средний уровень удовлетворенности;

$Y_{\text{мед ф}} < 2$  – низкий уровень удовлетворенности.

В целом, если более 50% сотрудников отмечают низкий уровень удовлетворенности трудом, то можно говорить об отсутствии положительных социальных эффектов в сфере регулирования трудовых отношений при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса.

Аналогично проводится исследование удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг в организациях, реализующих механизмы партнерства, и обработка полученных данных. Анкета для проведения опроса представлена в Приложении 6.

**Институциональные эффекты.** Как отмечает А.В. Карпушкина, «сама сущность социально-трудовых отношений предполагает их институционализацию, поскольку осуществляется в рамках определенных правил и ограничений»<sup>87</sup>. При этом в соответствии с предметной областью регулирования данных отношений ею выделяются следующие их институты:

- институт передачи прав собственности на услуги труда,

---

<sup>87</sup> Карпушкина А.В. Институциональный подход к исследованию социально-трудовых отношений // Вестник ЧелГУ. 2011. №16 С.63-67.

- институт зарплатообразования,
- институт охраны труда,
- институт защиты трудовых прав,
- институт социального партнерства,
- институты мобильности (внутрифирменной, межфирменной и международной территориальной) мобильности,
- институт контроля за соблюдением трудового законодательства и норм трудового права,
- институт занятости,
- институт развития трудового потенциала (накопления человеческого капитала),
- институт развития рынка труда<sup>88</sup>.

Рассматривая институциональные эффекты в системе регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения через призму трансформаций содержания, характера и условий труда в рамках реализации проектов партнерства государства и бизнеса, можно выделить следующие уровни их проявления:

- объектный уровень – институционализация новых (появляющихся в рамках проектов партнерства) отношений;
- субъектный уровень – в виде изменения состава субъектов, участвующих в регулировании трудовых отношений;
- уровень отдельных процессов – в виде изменения процедур, правил осуществления трудовых взаимодействий, а также изменения (появлении новых или устранение существующих) санкций как меры за не соответствующие правилам действия, невыполнение установленных показателей деятельности и т.п.

Чаще всего институциональные эффекты рассматриваются с позиций «сокращения трансакционных издержек при применении соответствующего

---

<sup>88</sup> Карпушкина А.В. Институциональный подход к исследованию социально-трудовых отношений // Вестник ЧелГУ. 2011. №16 С.63-67

института»<sup>89</sup>. По нашему мнению, такое понимание эффектов исключительно в рамках ресурсного подхода несколько сужает понимание значимости институциональных изменений. В этом отношении более верным представляется точка зрения Л.С. Леонтьевой и Л.Н. Орловой, которые рассматривают институциональные эффекты также «с точки зрения достижения поставленных целей и согласования интересов»<sup>90</sup>.

Соответственно, исследуемые в данной диссертационной работе институциональные эффекты рассматриваются в виде развития и формализации новых видов трудовых отношений в здравоохранении, ориентированных на:

- сглаживание имеющихся противоречий в развитии трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, как внутрисистемных, так и обусловленных внешними макроэкономическими вызовами, а также провалами рынка;
- решение задач рационального сочетания интересов населения, государства и бизнеса;
- снижение трансакционных издержек трудовых взаимодействий.

Таким образом, институциональные эффекты оцениваются с позиций их ориентированности на достижение стратегических целей модернизации системы регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения. Другими словами, можно говорить о проблемно-ориентированном подходе к проведению данной оценки.

Набор возможных показателей оценивания институциональных эффектов приведен в таблице 12. Оценка проводится экспертами, которые по трехбалльной шкале определяют уровень соответствия полученных эффектов ожидаемым. При высоком уровне соответствия выставляется оценка в 3 балла,

---

<sup>89</sup> Серегина Е.В. Институциональные эффекты брендинга на потребительском рынке. Автореферат на соискание уч. степени канд. эк. наук. – Екатеринбург. 2007; Сухарев О.С. Институциональное планирование траектории институционального развития и трансакционные издержки // Журнал институциональных исследований. 2012. Т.4. №3.

<sup>90</sup> Леонтьева Л.С., Орлова Л.Н. Использование принципов матричного моделирования для комплексной оценки эффективности институциональных изменений в предпринимательстве // МИР (Модернизация, инновации, развитие). 2016. №1 (25).

при среднем – 2 балла, при низком – 1 балл, при нормативно-правовой документации, регламентирующей социально-трудовые отношения при реализации партнерских отношений – 0 баллов. Для отражения значимости того или иного показателя, каждому из них экспертами присваивается «вес», таким образом, чтобы сумма весовых значений была равна 1.

Таблица 12

**Показатели оценки институциональных эффектов реализации партнерских взаимодействий в системе трудовых отношений<sup>91</sup>**

| Показатель  | Характеристика показателя   | Диапазон оценок |
|---|---|-----------------|
| Наличие противоречий в системе трудовых отношений                 | Существующие нормативно-правовые документы обеспечивают сглаживание основных противоречий в сфере трудовых отношений на основе вовлечения в данные отношения новых акторов (науки, профильного бизнеса, образования). Работники соблюдают предписанные нормы (правила) трудового поведения. Отсутствие проявления трудового оппортунизма и рестрикционизма. | 3               |
|   | Существующие нормативно-правовые документы обеспечивают привлечение новых акторов трудовых взаимодействий (науки, профильного бизнеса, образования) для сглаживания в них противоречий. Работники в целом соблюдают предписанные нормы (правила) трудового поведения, однако имеются случаи проявления трудового оппортунизма и рестрикционизма.            | 2               |
|   | Разработаны нормативно-правовые документы, регламентирующие основные аспекты трудовых отношений в рамках проектов партнерства. Пассивное восприятие работниками установленных правил и норм взаимодействия.   | 1               |
| Уровень согласованности интересов государства, бизнеса, населения | Высокий уровень согласованности интересов. Возможно осуществление научно-инновационной деятельности медицинских работников без ущемления их экономических интересов.  | 3               |
|   | Наличие в нормативно-правовой документации, регламентирующих социально-трудовые отношения при реализации партнерских взаимодействий, механизмов согласования интересов участников.  | 2               |
|   | В нормативно-правовой документации, регламентирующих трудовые отношения при реализации партнерских взаимодействий, механизмов, не предусматриваются механизмы согласования интересов сторон. При этом четко прописываются их права и обязанности.   | 1               |

<sup>91</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

| Показатель   | Характеристика показателя   | Диапазон оценок |
|--|---|-----------------|
| Снижение трансакционных издержек трудовых взаимодействий | Существенное снижение трансакционных издержек при реализации трудовых взаимодействий (более чем в 2 раза) | 3               |
|  | Снижение трансакционных издержек при реализации отдельных аспектов трудовых взаимодействий.               | 2               |
|  | Незначительное снижение трансакционных издержек трудовых взаимодействий (не более чем на 15%)             | 1               |

Следует заметить, что генерируемые в ходе реализации партнерских взаимодействий эффекты в системе трудовых отношений в большинстве случаев не являются материальными и не имеют прямой экономической оценки. Также практически невозможно выделить те затраты в проектах партнерства, которые непосредственно определяют положительные изменения в системе трудовых отношений в данной сфере. Поэтому использование традиционного подхода к определению показателя эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий как соотношения полученных результатов и величины обусловивших их затрат не представляется возможным.

С целью оценки эффективности регулирования трудовых отношений в здравоохранении при реализации партнерских взаимодействий предлагается использовать показатель соответствия проявившихся эффектов в системе трудовых отношений ожидаемым. Для оценки уровня данного соответствия строится паутинообразная модель (рис. 11), на которой будут отражены фактические значения величины получаемых эффектов в сравнении с максимально возможным их значением.

Чем больше совпадают значения величины фактических и максимальных оценок эффектов, тем эффективнее регулирование трудовых отношений в здравоохранении при реализации партнерских взаимодействий.

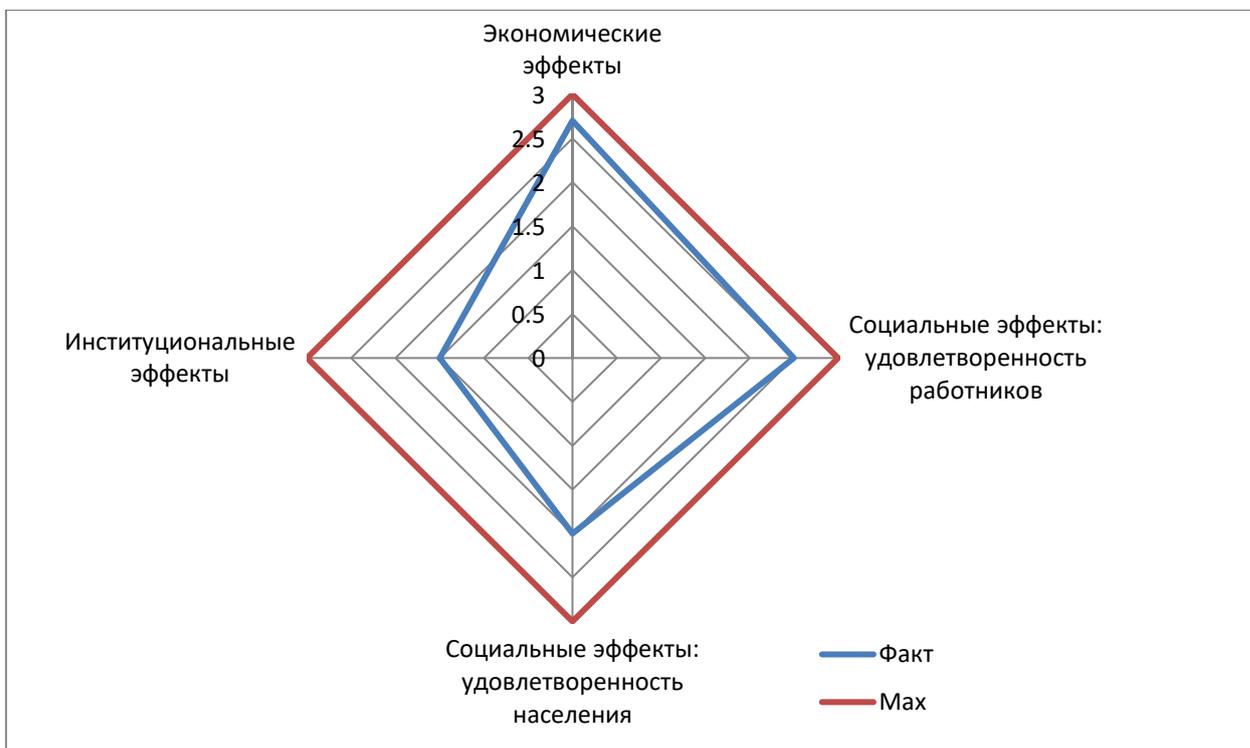


Рисунок 11. Сравнение фактических и максимально возможных эффектов в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>92</sup>

Для диагностики уровня эффективности предлагается использовать следующие критерии оценки по каждому виду проявляемых эффектов (табл. 13).

Таблица 13

**Критерии оценивания эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>93</sup>**

| Процент соответствия фактического значения показателя эффекта ожидаемому (max) | Уровень эффективности |
|--|-----------------------|
| менее 50%  | низкий                |
| 50 – 74%   | средний               |
| более 75%  | высокий               |

Значение интегрального показателя эффективности регулирования трудовых отношений в здравоохранении при реализации партнерских взаимодействий может быть определено как среднее геометрическое из значения коэффициентов соответствия показателей фактических эффектов

<sup>92</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

<sup>93</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

ожидаемым. Для общего вывода об эффективности регулирования можно использовать критерии оценивания, приведенные в таблице 13.

Таким образом, представленный инструментарий оценивания эффективности регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнес рассматривает понятие эффективности *как способ согласованного достижения целей стратегического развития сферы здравоохранения*. При этом источником получения экономических, социальных и институциональных эффектов выступает объединенный потенциал материальных и нематериальных ресурсов участников партнерства. Важнейшим проявлением эффектов реализации проектов партнерства в системе управления трудом в учреждениях здравоохранения является, с одной стороны, удовлетворение потребности населения в качественных медицинских услугах, способствующих улучшению активно-результативной реализации своих способностей, а также сглаживание негативных тенденций в системе трудовых отношений и существующих диспропорций на рынке труда. С другой стороны, - в генерации модернизационных сдвигов в самой системе здравоохранения, обеспечивающих рост конкурентоспособности национальной медицины на основе повышения эффективности создания, освоения и передачи нового знания, внедрения новых технологий.

## **2.2. Разработка и апробация инструментария оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Как было отмечено в предыдущей главе исследования, количественная оценка эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий затруднена вследствие сложности установления четкой причинно-следственной связи между эффектами развития партнерских взаимодействий государства, науки

и бизнеса в здравоохранении и позитивными изменениями в системе указанных отношений. Кроме того, существующая статистическая информация относительно результатов реализации проектов партнерства в здравоохранении не отражает вопросы оценки эффектов в области регулирования труда применительно к конкретным формам сотрудничества. Тем не менее, достаточно вероятным представляется тот факт, что формируемая партнерская среда является более благоприятной для повышения эффективности регулирования трудовых отношений в здравоохранении и ускорения на этой процессов модернизации данной сферы, чем самостоятельно функционирование медицинского учреждения.

В связи с отмеченной ограниченностью информации апробацию представленного в главе 2.1. инструментария проведем на условно-фактическом примере деятельности ООО «Центр репродукции и ЭКО» г. Ростов-на-Дону, который является крупным медицинским центром, осуществляющим не только лечебно-диагностическую, но и научно-экспериментальную и образовательную деятельность.

Данный Центр был образован в 1996 году и изначально занимал площадь 400 кв.м. В 2011 году благодаря поддержке Правительства Ростовской области Центр был переоснащен современным операционным и лабораторным оборудованием, его площади расширились до 750 кв.м. В настоящее время реализуется инвестиционный проект по строительству многопрофильного клиничко-лабораторного корпуса, в рамках которого Департаментом инвестиций и предпринимательства на образовательные программы, приобретение оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра выделено 2 250 000 рублей, в том числе 250 000 рублей предоставлены в качестве субсидии на возмещение затрат, связанных с подведением коммуникаций к новому клиничко-лабораторному корпусу<sup>94</sup>. Партнерами ООО «Центр репродукции и ЭКО» г. Ростов-на-Дону являются

---

<sup>94</sup> Источник: Официальный сайт Центра репродукции и ЭКО г. Ростов-на-Дону. URL: <http://www.vrt-rostov.ru/about/>; Официальный сайт Правительства Ростовской области. URL: <http://donland.ru/>

ГБУ «Перинатальный центр Ростовской области», НУЗ «Дорожная клиническая больница», ГБУ РО «Дезинфекционная станция», ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии РО», консультативно-диагностическая лаборатория ООО «Лабораторные технологии» и другие бюджетные и коммерческие организации.

Данные факты позволяют рассматривать ООО «Центр репродукции и ЭКО» как организацию, реализующую отдельные элементы партнерских взаимодействий государства и бизнеса.

Оценивая эффективность трудовых взаимодействий, необходимо учитывать специфику уровня, на котором она проводится, а также субъекта, со стороны которого проводится данная оценка, что будет влиять на набор рассматриваемых показателей. В рассматриваемом примере оценку эффективности будем проводить с позиций медицинского Центра на примере оценки мероприятия «приобретение оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра».

Тогда экономические эффекты в системе регулирования трудовых отношений будут выражаться в сокращении издержек на поддержание развития данной системы за счет привлечения бюджетных инвестиций, в улучшении показателей экономической результативности трудовой деятельности работников, а также в качественно-структурных изменениях трудового потенциала и содержания труда работников. Оценка уровня соответствия полученных эффектов ожидаемым проводилась экспертами (5 чел.), в качестве которых выступали представители администрации медицинского учреждения.

Общие результаты оценки приведены в таблице 14, где также указаны определенные экспертным путем весовые значения исследуемых показателей.

В соответствии с приведенными в таблице 14 данными, обобщенное значение экономического эффекта равно 2,6.

**Экономические эффекты в системе регулирования трудовых отношений<sup>95</sup>**

| Показатель оценивания   | Основание для оценки   | Оценка | Вес        |
|---|--|--------|------------|
| Экономия средств на поддержание развития системы социально-трудовых отношений за счет привлечения бюджетных инвестиций      | Приобретение за счет бюджетных средств оборудования в поддержку инновационной деятельности работников.<br>Повышение квалификации сотрудников в ГБОУ ДПО РО ЦПК по Ростовской области                     | 3      | 0,2        |
| Улучшение показателей экономической результативности трудовой деятельности работников здравоохранения                       | Увеличение объемов оказываемых высокотехнологичных медицинских услуг населению в рамках партнерских взаимодействий с ГБУ «Перинатальный центр Ростовской области» и НУЗ «Дорожная клиническая больница». | 3      | 0,4        |
| Рост показателей экономической динамики в результате повышения эффективности социально-трудовых отношений в здравоохранении | Увеличение показателей инновационной и научной активности медицинских работников. Использование собственных научных разработок в трудовой деятельности.  | 2      | 0,4        |
| <b>Обобщенное значение величины экономического эффекта</b>  |  |        | <b>2,6</b> |

Оценка величины социальных эффектов проводилась по двум направлениям:

- оценка удовлетворенности медицинских работников содержанием и условиями своей трудовой деятельности;
- удовлетворенность пациентов ГБУ «Перинатальный центр Ростовской области», НУЗ «Дорожная клиническая больница» качеством оказания медицинских услуг в ООО «Центр репродукции и ЭКО» в рамках партнерских взаимодействий данных организаций.

Анкетированием были охвачены 20 сотрудников ООО «Центр репродукции и ЭКО» и 30 пациентов. Результаты анкетирования представлены в Таблицах 15 и 16. Средневзвешенная оценка каждого показателя ( $X_i$ ), приведенного в таблице, определялась как математическое ожидание:  $X_i = \sum N\phi_j$

<sup>95</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

где N – значение балльной оценки (1, 2 или 3),

$\varphi_j$  – частота появления j-ой оценки.

Средневзвешенная оценка уровня удовлетворенности медицинских работников условиями труда и населения качеством оказания медицинских услуг (соответственно  $Y_M$  и  $Y_H$ ) определялась также как средневзвешенное значение, а именно:  $Y = \sum X_i \gamma_j$ , где  $\gamma_j$  – весовое значение оцениваемого показателя.

Таблица 15

**Обработка результатов анкетирования медицинских работников<sup>96</sup>**

| №  | Показатель   | Вес показателя | Количество человек, поставивших оценку |    |    | Средневзвешенная оценка показателя |
|--|--|----------------|--|----|----|------------------------------------|
|  |  |                | 1                                      | 2  | 3  |                                    |
| 1  | Размер заработной платы  | 0,1            | 1                                      | 14 | 5  | 1,95                               |
| 2  | Уровень материально-технического оснащения трудовой деятельности | 0,2            | -                                      | 2  | 18 | 2,9                                |
| 3  | Объем выполняемой работы, уровень загруженности                  | 0,1            | 3                                      | 10 | 7  | 2,2                                |
| 4  | Время на научную деятельность                                    | 0,15           | 3                                      | 12 | 5  | 2,1                                |
| 5  | Возможности карьерного роста                                     | 0,1            | 7                                      | 10 | 3  | 1,8                                |
| 6  | Возможность повышения квалификации                               | 0,1            | 5                                      | 10 | 5  | 2,0                                |
| 7  | Возможность самореализации                                       | 0,15           | 4                                      | 8  | 8  | 2,2                                |
| 8  | Трудовые взаимодействия с руководством, коллегами                | 0,1            | 4                                      | 8  | 8  | 2,2                                |
| <b>Средневзвешенная оценка уровня удовлетворенности медицинских работников условиями труда</b> |  |                |  |    |    | <b>2,24</b>                        |

<sup>96</sup> Составлено автором на основе материалов исследования

**Обработка результатов анкетирования пациентов<sup>97</sup>**

| №  | Показатель  | Вес показателя | Количество человек, поставивших оценку |    |    | Средневзвешенная оценка показателя |
|--|---|----------------|--|----|----|------------------------------------|
|  |   |                | 1                                      | 2  | 3  |                                    |
| 1  | Возможность получения медицинской услуги (наличие квалифицированного специалиста) | 0,1            | 3                                      | 7  | 20 | 2,57                               |
| 2  | Объем оказания бесплатной медицинской помощи (услуг)                              | 0,1            | 25                                     | 5  | -  | 1,17                               |
| 3  | Стоимость медицинской услуги  | 0,2            | 10                                     | 17 | 3  | 1,77                               |
| 4  | Профессиональные качества медицинских работников                                  | 0,15           | -                                      | 18 | 12 | 2,4                                |
| 5  | Информированность о деятельности медицинского учреждения                          | 0,1            | 2                                      | 18 | 10 | 2,27                               |
| 6  | Территориальная доступность медицинской услуги                                    | 0,1            | 7                                      | 15 | 8  | 2,03                               |
| 7  | Использование современных методов и технологий лечения                            | 0,15           | -                                      | 5  | 25 | 2,83                               |
| 8  | Продолжительность ожидания приема   | 0,1            | 10                                     | 15 | 5  | 1,83                               |
| <b>Средневзвешенная оценка уровня удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг</b> |   |                |  |    |    | <b>2,12</b>                        |

При оценке институциональных эффектов эксперты обращали внимание на то, в какой мере формализованы трудовые взаимодействия, возникающие при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса, как работники соблюдают предписанные правила и нормы трудовой деятельности, насколько сбалансированы в данных правилах отдельные группы критериев оценки результативности труда (лечебно-диагностическая, научная и прочая деятельности), а также в какой мере происходит снижение трансакционных издержек при реализации партнерских взаимодействий. Результаты экспертной оценки указанных институциональных эффектов приведены в таблице 17. Расчет значения обобщенного показателя величины институциональных эффектов проводился аналогично расчету экономического эффекта.

<sup>97</sup> Составлено автором на основе материалов исследования

### Оценки институциональных эффектов реализации партнерских взаимодействий в системе трудовых отношений<sup>98</sup>

| Показатель   | Вес показателя | Оценка      |
|--|----------------|-------------|
| Сглаживание противоречий в системе трудовых отношений                      | 0,35           | 2           |
| Повышение уровня согласованности интересов государства, бизнеса, населения | 0,35           | 3           |
| Снижение трансакционных издержек трудовых взаимодействий                   | 0,3            | 2           |
| <b>Обобщенный показатель величины институциональных эффектов</b>           |                | <b>2,35</b> |

Для диагностики уровня эффективности развития трудовых взаимодействий построим паутинообразную модель (рис. 12).

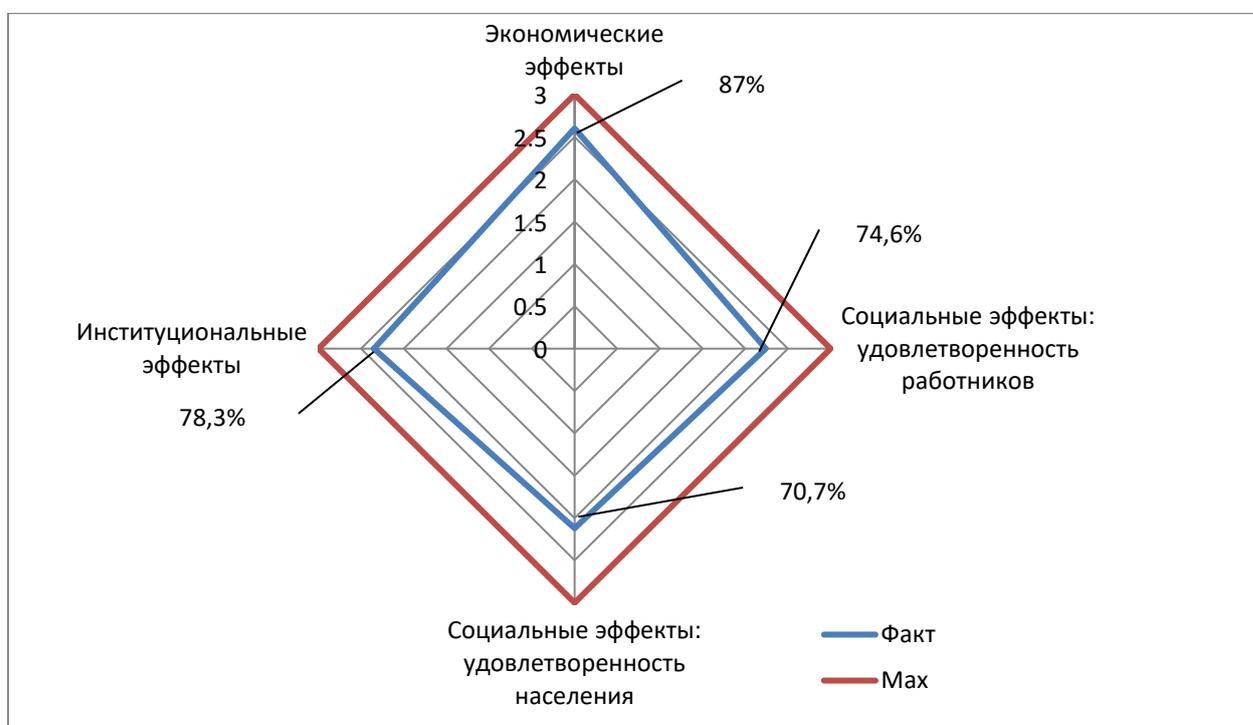


Рисунок 12. Оценка соответствия фактических и ожидаемых эффектов в системе трудовых отношений в ООО «Центр репродукции и ЭКО»<sup>99</sup>

Из приведенных данных видно, что при приобретении оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра наиболее ярко в системе трудовых взаимодействий проявились экономические эффекты партнерства. Также довольно высоко оценивается проявление институциональных эффектов. В то же время удовлетворенность работников условиями трудовой

<sup>98</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

<sup>99</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

деятельности и удовлетворенность населения качеством обслуживания проявляется не столь ярко.

Еще раз подчеркнем, что основная задача апробации приведенного в главе 2.1 инструментария состояла в демонстрации его работоспособности и возможности практического использования для исследования *тенденций изменения* трудовых отношений при реализации механизма партнерства государства и бизнеса и оценки его регулятивных возможностей, а не в оценке самих трудовых взаимодействий. Важной проблемой проведения оценки является отсутствие объективной информации в достаточном для анализа объеме об эффектах проектов партнерства государства и бизнеса в сфере трудовых взаимодействий. Тем не менее, получение такой информации представляется возможным при проведении мониторинга основных аспектов трудовой деятельности работников. Подробнее механизмы и инструменты проведения такого мониторинга будут рассмотрены в следующей главе диссертационного исследования.

Следует заметить, что представленный инструментарий базировался на *оценках учетно-отчетного характера*, которые позволяли описать изменение состояния сферы трудовых отношений в здравоохранении. Для подтверждения полученных выводов о наличии причинно-следственных связей между эффективностью реализацией партнерских взаимодействий и проявлением экономических, социальных и институциональных эффектов в сфере трудовых отношений представляется необходимым использование альтернативного метода, базирующегося на *проблемно-ориентированных оценках*.

В отличие от учетно-ориентированных оценок проблемно-ориентированные оценки позволяют:

- усилить целевую ориентацию потенциала партнерских взаимодействий на решение задач развития трудового потенциала в учреждениях здравоохранения, а также задач сглаживания существующих в сфере трудовых отношений противоречий;

- выявить факторы и условия развития трудового потенциала, обеспечивающие достижение поставленных целей развития здравоохранения.

Значение использования проблемно-ориентированного подхода обусловлено также тем содержанием, которое вкладывается в понимание в представленном диссертационном исследовании термина *эффективность* регулирования трудовых отношений в здравоохранении при реализации партнерских взаимодействий, которое отличается от того понимания, когда речь идет об эффективности самих проектов партнерства. В нашем случае эффективность выражает *наибольшую степень достижения целей, задач и реализации потенциальных возможностей партнерства государства и бизнеса в сфере совершенствования системы трудовых взаимодействий*. В большинстве работ, посвященных оценке эффективности реализации проектов партнерства, предложенный инструментарий не в полной мере учитывает сопряженные с этим изменения в сфере трудовых взаимодействий. Это обстоятельство в значительной степени снижает научную обоснованность и практическую значимость существующих инструментов стратегического управления модернизационными преобразованиями в здравоохранении, а также приводит к риску обострения противоречий в сфере трудовых взаимодействий при нерациональном использовании потенциала партнерства государства и бизнеса.

*На первом этапе* проведения проблемно-ориентированной оценки необходимо выделить основные проблемы развития трудовых отношений в здравоохранении («дерево проблем»), решение которых возможно на основе развития партнерских взаимодействий. Принимая во внимание, что при исследовании эффективности регулирования трудовых взаимодействий были выделены экономические, социальные и институциональные эффекты, представляется логичным провести структуризацию проблем по такому же принципу. Характеристика отдельных типов проблем представлена в таблице 18.

Проблемы развития трудовых отношений в здравоохранении

| Группа проблем    | Характеристика проблемы  |
|-------------------|--|
| Экономические     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– неразвитость условий для реализации трудового потенциала в модернизационных проектах</li> <li>– низкая зависимость размера оплаты труда от результатов трудовой деятельности</li> </ul> |
| Социальные        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– низкий уровень мотивации работников к научной деятельности</li> <li>– дефицит медицинских работников отдельных специальностей в регионах</li> </ul>                                     |
| Институциональные | <ul style="list-style-type: none"> <li>– неразвитость институциональной среды реализации партнерских взаимодействий в здравоохранении</li> </ul>   |

*Вторым этапом* является формирование на основе выявленных проблем дерева целей, где в качестве конечной цели выступает повышение эффективности трудовой деятельности медицинских работников. При этом перечисленные проблемы трансформируются в цели, а каждая пара «причина - следствие» преобразовывается в пару «средство - эффект»<sup>100</sup> (рис.13).

Рисунок 13. Соотношение элементов «дерева проблем» и «дерева целей»<sup>101</sup>

<sup>100</sup> Rokach L., Maimon O. Top-Down Induction of decision tree Classifiers. IEEE Trans. on Systems, Man and Cybernetics. 2002. Vol.1. P.1-12.

<sup>101</sup>Источник: Краденых И.А., Барчуков А.В. Проблемно-ориентированный анализ эффективности деятельности предприятий золотодобывающей промышленности Дальнего Востока // Записки Горного института. 2015. Т. 211. С.43-52.

Используя данный алгоритм действий, преобразуем экономические, социальные и институциональные секторы проблем в группу целей, декомпозиционный анализ которых позволяет выявить факторы и условия, обеспечивающие их достижение.

Преобразование проблем в цели позволило сформулировать следующие основные целевые ориентиры развития социально-трудовых отношений в здравоохранении в рамках реализации партнерских взаимодействий:

- формирование благоприятных условий (институциональных, материально-технических, информационно-коммуникационных, организационно-экономических и пр.) для реализации трудового потенциала в модернизационных проектах;
- повышение зависимости размера оплаты труда от результатов трудовой деятельности;
- повышение уровня мотивации медицинских работников к научной деятельности;
- снижение дефицита медицинских кадров в регионах;
- развитие институциональной среды реализации партнерских взаимодействий в здравоохранении.

Как было отмечено в первой главе исследования, основной причиной существующих проблем развития социально-трудовых отношений в здравоохранении является несогласованность рыночных и нерыночных механизмов регулирования труда, в свою очередь обуславливающих возникновение ряда противоречий. Решение указанных проблем представляется возможным посредством использования механизма партнерства государства и бизнеса. В частности, достижение обозначенных целей может быть обеспечено следующими инструментами реализации партнерских взаимодействий:

- предоставление бизнесом в пользование медицинских учреждений современного лечебно-диагностического оборудования, в том числе, в рамках реализации концессионных соглашений;

- проведение совместных научных исследований и разработок между научно-образовательными, медицинскими учреждениями и бизнесом, занятым в производстве медицинского оборудования;
- формирование корпоративных университетов для обеспечения непрерывного образования и повышения квалификации медицинских работников;
- реализация программ целевой подготовки медицинских работников;
- реализация программ поддержки медицинских работников, осуществляющих свою деятельность на периферии, молодых специалистов и т.п.;
- реализация программ поддержки научных исследований в медицинской сфере;
- развитие системы корпоративного медицинского страхования;
- создание мобильных медицинских центров для отдаленных населенных пунктов;
- реализация совместных программ информационно-коммуникационного взаимодействия медицинских работников, населения, науки, медицинского бизнеса и государственных органов управления.

*На третьем этапе* проведения проблемно-ориентированной оценки необходимо определить факторы, которые определяют эффективность регулирования социально-трудовых отношений в здравоохранении на основе реализации приведенных инструментов партнерских взаимодействий.

Несмотря на значительное количество разнообразных по своему содержанию факторов, вся их совокупность может быть разбита на две группы с точки зрения их влияния на характер изменений в системе воспроизводства трудового потенциала: факторы экстенсивного и интенсивного воздействия. Факторы экстенсивного воздействия ведут к количественным изменениям: увеличению численности работников здравоохранения, изменению соотношения отдельных категорий работников, изменению доходов

работников, продолжительности занятости отдельными видами трудовой деятельности и т.п. Факторы интенсивного воздействия влияют на содержательные характеристики трудовой деятельности, уровень ее инновационности, технологичности и т.п.

Основной чертой модернизационного развития экономической системы любого уровня, как подчеркивается рядом ученых, является обусловленность данного процесса факторами интенсивного воздействия<sup>102</sup>, выдвигающими жесткий императив к технико-технологическому базису труда – полное и радикальное обновление его содержания на основе современных научно-технических достижений. Именно факторы интенсивного воздействия, по мнению В.Н. Овчинникова и Ю.С. Колесникова, обеспечивают кумулятивный эффект, выражающийся в «цепной реакции» смежных производств и преодолении лимитирующих факторов, ограничивающих общий ресурсный потенциал национальной воспроизводственной системы<sup>103</sup>. Соответственно при оценке эффективности регулирования трудовых отношений в рамках партнерства государства и бизнеса можно выделить два аспекта:

- развитие системы трудовых отношений преимущественно за счет факторов экстенсивного характера;
- развитие системы трудовых отношений преимущественно за счет факторов интенсивного характера.

Современный этап модернизации здравоохранения ставит перед системой регулирования трудовых отношений задачи ориентации трудового потенциала к его эффективной реализации на основе формирования новых отношений, основанных на партнерских взаимодействиях государства и

---

<sup>102</sup> Кирилушкина И.А., Мраморнова О.В. Особенности формирования социально-трудовых отношений в малом бизнесе // Вестник СГТУ. 2007. №1 С.151-159. Нехода Е.В. Технологические параметры эволюции производственной среды предприятия и их влияние на трансформацию труда и социально-трудовых отношений // Вестн. Том. гос. ун-та. 2007. №295 С.194-203; Овчинников В.Н., Колесников Ю.С. Силуэты региональной экономической политики на Юге России. – Ростов н/Д, 2008. – 176с.; Рушицкая О.А., Петров Ю.А. К вопросу о качестве социально-трудовых отношений предприятий регионального АПК в условиях современной конкуренции // Дискуссия. 2016. №1 (64).

<sup>103</sup> Овчинников В.Н., Колесников Ю.С. Силуэты региональной экономической политики на Юге России. – Ростов н/Д, 2008. – 176с.

бизнеса. В этой связи важно оценить, в какой мере, получаемые эффекты обеспечивают развитие системы трудовых отношений преимущественно интенсивного характера, а также насколько потенциал партнерских взаимодействий проявляется в получении данных эффектов.

Для выявления, анализа и прогнозирования факторов, определяющих изменения в системе трудовых взаимодействий предлагается использование когнитивных моделей. Практическая возможность использования когнитивного подхода применительно к исследованию эффектов, возникающих при целенаправленных управленческих воздействиях в рамках проектов партнерства государства и бизнеса, будет проиллюстрирована в следующем параграфе. Выявление факторов, имеющих принципиальное значение для достижения ожидаемых эффектов, позволяет сформировать комплекс мероприятий, обеспечивающих их желательное изменение или предотвращение нежелательных изменений.

В этой связи, по нашему мнению, большое значение приобретают качественные институциональные преобразования. Это объясняется тем, что большинство инноваций в социально-экономических системах, как отмечает В. Вольчик, оказываются отвергнутыми вследствие инертности существующих и укоренившихся институтов<sup>104</sup>. Именно институты воздействуют на развитие трудовых отношений, изменяя функции предпочтения работников, мотивируют к определенному поведению.

Ведущая роль в процессах институционализации трудовых отношений в рамках проектов партнерства государства и бизнеса принадлежит стратегическим документам, встроенным в отраслевые и региональные целевые программы. Поэтому *следующим этапом* проведения проблемно-ориентированной оценки эффективности регулирования трудовых взаимодействий в рамках партнерства является оценка и выбор программных мероприятий, обеспечивающих достижение поставленных целей с

---

<sup>104</sup> Volchik V. Facilities of original institutional economics in research of institutional changes // JER. 2011. №4 С.24-38.

максимальным значением показателей эффективности. Для решения данной задачи предлагается использовать методический инструментарий, разработанный А.С. Большаковым для оценки синергетических эффектов управленческих воздействий<sup>105</sup>, адаптированный автором под цели данного диссертационного исследования.

Продemonстрируем возможности использования данного инструментария для оценки эффектов в системе трудовых отношений при приобретении оборудования в поддержку инновационной деятельности ООО «Центр репродукции и ЭКО» в рамках реализации отношений государственно-частного партнерства.

Адаптированная методика предполагает проведение экспертного попарного сравнения критериев эффективности регулятивных воздействий по степени их значимости для стратегического развития рассматриваемой экономической системы. Количество критериев при этом может быть любым, но не менее двух. В частности, в рассматриваемом примере критериями эффективности регулятивных воздействий определены следующие: величина организационно-управленческих затрат, быстрота получения эффекта, отдача труда работников. Матрица сравнения будет иметь вид.

$$C_s = \begin{array}{c} \text{ОУР} \quad \text{БЭ} \quad \text{ОР} \\ \text{ОУР} \left| \begin{array}{ccc} 0 & x_{ij} & x_{ij} \\ x_{ij} & 0 & x_{ij} \\ x_{ij} & x_{ij} & 0 \end{array} \right| \\ \text{БЭ} \\ \text{ОР} \end{array}$$

Элементы матрицы  $x_{ij}$  определяются в ходе попарных сравнений критериев. Для оценки используется 10-балльная шкала. Если сравниваемые критерии равнозначны, то им присваивается по 5 баллов, если не равнозначны, то большему по значимости критерию присваивается большее количество баллов, при этом сумма оценок для сравниваемых критериев должна быть равна 10.

<sup>105</sup> Большаков А.С. Антикризисное управление на предприятии: финансовый и системный аспекты. СПб, 2010. Серия Новое в гуманитарных науках. Выпуск 44.

Аналогичным образом строится матрица попарных сравнений экономического, социально и институционального эффектов, проявление которых обусловлено рассматриваемым вариантом регулятивных воздействий в рамках партнерских отношений, по каждому критерию оценивания их эффективности. Матрица синергии будет иметь следующий вид:

$$C_s = \begin{matrix} & \begin{matrix} \text{Э} & \text{С} & \text{И} \end{matrix} \\ \begin{matrix} \text{Э} \\ \text{С} \\ \text{И} \end{matrix} & \left| \begin{array}{ccc} 0 & y_{ij} & y_{ij} \\ y_{ij} & 0 & y_{ij} \\ y_{ij} & y_{ij} & 0 \end{array} \right| \end{matrix}$$

В рассматриваемом примере проводится оценка эффектов в системе трудовых отношений при приобретении оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра. Аналогичным образом такая оценка может проводиться для каждого варианта мероприятия, реализуемого в рамках партнерских взаимодействий, для оценки их эффективности в отношении регулирования трудовых отношений. При этом количество рассматриваемых вариантов мероприятий может быть любым. А по результатам оценивания можно будет выбрать то мероприятие (или несколько), которые будет обеспечивать наибольшее проявление эффектов. Соответственно это значит, что доминирующий характер в решении проблем развития трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения предполагает первоочередную реализацию именно этих мероприятий. Для повышения точности оценивания следует особое внимание уделить выбору критериев оценки, а также самой оценке, для чего к данной процедуре должны привлекаться квалифицированные эксперты.

Результаты попарного сравнения эффектов для рассматриваемого мероприятия (приобретение оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра), а также сравнения самих критериев эффективности, приведены в таблице 19. В приведенном примере использованы показатели, полученные экспертным путем.

Матрицы синергии для оценки эффективности регулирования трудовых отношений в ООО «Центр репродукции и ЭКО»<sup>106</sup>

| Рассматриваемый вариант   | Матрица   |    |     |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
|---|---|----|-----|----|----|-----|---|---|---|------------------|---|---|---|----|---|---|---|
| Сравнение критериев эффективности   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>ОУЗ</td> <td>БЭ</td> <td>ОР</td> </tr> <tr> <td>ОУЗ</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td><math>S_{кр.эф} = БЭ</math></td> <td>6</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ОР</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>0</td> </tr> </table> |    | ОУЗ | БЭ | ОР | ОУЗ | 0 | 4 | 7 | $S_{кр.эф} = БЭ$ | 6 | 0 | 3 | ОР | 7 | 8 | 0 |
|   | ОУЗ   | БЭ | ОР  |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| ОУЗ   | 0   | 4  | 7   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| $S_{кр.эф} = БЭ$  | 6   | 0  | 3   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| ОР  | 7   | 8  | 0   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Эффекты приобретения оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра по критерию организационно-управленческие затраты | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>Э</td> <td>С</td> <td>И</td> </tr> <tr> <td>Э</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><math>S_{эф.к.} = С</math></td> <td>5</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>И</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </table>         |    | Э   | С  | И  | Э   | 0 | 5 | 8 | $S_{эф.к.} = С$  | 5 | 0 | 6 | И  | 2 | 4 | 0 |
|   | Э   | С  | И   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Э   | 0   | 5  | 8   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| $S_{эф.к.} = С$   | 5   | 0  | 6   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| И   | 2   | 4  | 0   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Эффекты приобретения оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра по критерию быстрота получения эффекта            | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>Э</td> <td>С</td> <td>И</td> </tr> <tr> <td>Э</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><math>S_{п.кв.} = С</math></td> <td>3</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>И</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>0</td> </tr> </table>         |    | Э   | С  | И  | Э   | 0 | 7 | 4 | $S_{п.кв.} = С$  | 3 | 0 | 2 | И  | 6 | 8 | 0 |
|   | Э   | С  | И   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Э   | 0   | 7  | 4   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| $S_{п.кв.} = С$   | 3   | 0  | 2   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| И   | 6   | 8  | 0   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Эффекты приобретения оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра по критерию отдача труда работников               | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>Э</td> <td>С</td> <td>И</td> </tr> <tr> <td>Э</td> <td>0</td> <td>9</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><math>S_{к.стр.} = С</math></td> <td>1</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>И</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </table>        |    | Э   | С  | И  | Э   | 0 | 9 | 5 | $S_{к.стр.} = С$ | 1 | 0 | 6 | И  | 5 | 4 | 0 |
|   | Э   | С  | И   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| Э   | 0   | 9  | 5   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| $S_{к.стр.} = С$  | 1   | 0  | 6   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |
| И   | 5   | 4  | 0   |    |    |     |   |   |   |                  |   |   |   |    |   |   |   |

Величина средней значимости каждого критерия будет определяться как среднее значение элементов строк матрицы:

- для критерия «организационно-управленческие затраты»:  $a_1 = (4+7) / 2 = 5,5$ ;
- для критерия «быстрота эффекта»:  $a_2 = (6+3) / 2 = 4,5$ ;
- для критерия «отдача труда работников»:  $a_3 = (7+8) / 2 = 7,5$ .

Очевидно, что наиболее значимым критерием эффективности регулирования трудовых взаимодействий определена величина отдачи труда медицинских работников.

Далее определим средние оценки каждого эффекта по отношению друг к другу по каждому критерию (таблица 20). Процедура проведения оценки будет аналогичной описанной выше.

Итоговое значение показателя каждого вида эффектов определится как среднее взвешенное значение, где в качестве весовых значений показателей будут использованы значения величин средней значимости критериев. Результаты данных расчетов сведены в таблицу 21.

<sup>106</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

Оценка средних значений эффектов<sup>107</sup>

| Эффект            | Критерий оценивания                           | Оценка |
|-------------------|---|--------|
| Экономический     | Величина организационно-управленческих затрат | 6,5    |
|                   | Быстрота получения эффектов                   | 5,5    |
|                   | Отдача труда работников                       | 7      |
| Социальный        | Величина организационно-управленческих затрат | 5,5    |
|                   | Быстрота получения эффектов                   | 2,5    |
|                   | Отдача труда работников                       | 3,5    |
| Институциональный | Величина организационно-управленческих затрат | 7      |
|                   | Быстрота получения эффектов                   | 3,5    |
|                   | Отдача труда работников                       | 4,5    |

Таблица 21

Расчет итогового значения эффектов<sup>108</sup>

| Эффект            | Порядок расчета               | Значение эффекта |
|-------------------|-------------------------------|------------------|
| Экономический     | $6,5*5,5 + 5,5*4,5 + 7*7,5$   | 113              |
| Социальный        | $5,5*5,5 + 2,5*4,5 + 3,5*7,5$ | 67,75            |
| Институциональный | $7*5,5 + 3,5*4,5 + 4,5*7,5$   | 88               |

Из приведенных расчетов видно, что в наибольшей степени приобретение оборудования в поддержку инновационной деятельности Центра обеспечивает получение экономических эффектов, в несколько меньшей степени выражаются институциональные эффекты, и еще меньшей – социальные эффекты. Проводя подобную оценку для каждого из рассматриваемых мероприятий, можно выбрать те из них, реализация которых обеспечит наибольшее проявление желаемых эффектов, а значит, определить те управленческие воздействия, которые необходимо реализовать в первую очередь.

Таким образом, мы видим, что результаты проблемно-ориентированной оценки демонстрируют нам результаты, аналогичные полученным при использовании учетно-ориентированных оценок (рис.15),

<sup>107</sup> Рассчитано автором.

<sup>108</sup> Рассчитано автором.

что позволяет говорить об их достоверности и возможности использования представленного инструментария для оценки эффективности регулирования трудовых отношений в рамках реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса. При этом представляется, что сопряженное инструментария учетно-ориентированных и проблемно-ориентированных оценок позволит в значительной степени повысить качество получаемых результатов. А учитывая, что данные оценки базируются на широком спектре экспертных процедур, является возможным использование как количественных, так и качественных характеристик изменения состояния системы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения, что делает предложенный инструментарий универсальным и легко адаптируемым к специфике деятельности учреждения здравоохранения с учетом содержания отдельных проектов партнерства государства и бизнеса.

В схематичном виде методический инструментарий сопряженной оценки эффективности регулирования трудовых отношений в рамках реализации партнерских взаимодействий представлен на рисунке 14.

Обобщая вышеизложенное, отметим, что учетно-ориентированные и проблемно-ориентированные оценки являются взаимозависимыми и взаимодополняемыми. Как отмечают К.О. Виноградова и О.А. Ломовцева, проблемно-ориентированные оценки представляют собой развитие аппарата учетно-отчетных оценок применительно к изменившимся условиям деятельности, характеризующимся динамизмом целей, и имеют особую актуальность при формировании новых направлений стратегического развития экономической системы<sup>109</sup>.

Сопряженное использование инструментария учетно-ориентированных и проблемно-ориентированных оценок обеспечивает целевую ориентацию проектов стратегического взаимодействия государства и бизнеса в здравоохранении на решение задач модернизации системы трудовых

---

<sup>109</sup> Виноградова К.О., Ломовцева О.А. Сущность и структура потенциала развития региона // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 3. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=9620>

отношений данной сферы. При этом еще раз подчеркнем, что речь идет не об эффективности самих партнерских взаимодействий, а о влиянии данных взаимодействий на *развитие системы регулирования трудовых отношений* в здравоохранении.



Рисунок 14. Схема методического инструментария сопряженной оценки эффективности регулирования трудовых отношений в рамках реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса<sup>110</sup>

<sup>110</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

То есть, представленный ракурс рассмотрения проблемы позволяет отразить реакции подсистем регулирования труда на институциональные, экономические, социальные и другие проявления эффектов партнерства государства и бизнеса. Для проявления таких реакций требуется достаточно длительный период. Однако их значимость в силу проявления мультипликативных и синергетических эффектов имеет стратегический характер как для модернизационных преобразований в здравоохранении, так и для повышения конкурентоспособности национальной экономики.

### **2.3. Когнитивный подход к проведению факторного анализа эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Сложное, опосредованное влияние проектов партнерства государства и бизнеса на сферу развития трудовых отношений требует применение новых методов факторного анализа, позволяющих получить адекватную информацию о реакциях субъектов, вовлеченных в эти отношения, на те или иные регулятивные воздействия. В решении данного рода задач, связанных с исследованием изменений состояния социально-экономических систем различного уровня, в настоящее время все большее применение находит когнитивный подход<sup>111</sup>, обеспечивающий возможность рассмотрения множества элементов различной природы (технологических, организационных, институциональных и др.), взаимосвязи между которыми носят как количественный, так и качественный характер.

---

<sup>111</sup> Авдеева З. К., Коврига С. В., Макаренко Д. И., Максимов В. И. Когнитивный подход в управлении // Проблемы управления. 2007. №3 С.2-8; Бурый А.С., Стреха А.А. Когнитивный подход к управлению организационными изменениями предприятий // Транспортное дело России. 2015. №4. С. 3-6; Горелова Г.В., Мельник Э.В. О когнитивном моделировании развития ситуации в регионе в условиях быстрых изменений среды и противодействия // Известия ЮФУ. Технические науки. 2011. № 3. С. 65-77; Matveyeva L.G., Mikhalkina Ye.V., Chernova O.A. The possibilities of the Russian regions capacity increasing under the external threats // Экономика региона. 2015. №1 (41)С. 96-104.

Основанием для использования когнитивного подхода к проведению факторного анализа эффективности регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнеса является слабая структурированность рассматриваемой управленческой ситуации, обусловленной:

- активным внедрением в управление развитием общественно значимой сферы деятельности, каковой выступает сфера здравоохранения, рыночных механизмов регулирования труда;
- изменением содержания и мотивации труда работников здравоохранения в императивах современной экономики;
- инноватизацией всех сфер трудовой деятельности работников здравоохранения в условиях экономики знаний.

В результате процессы развития трудовых отношений в здравоохранении при реализации проектов партнерства государства и бизнеса проявляются в различных тенденциях, включают разнообразные события, определяемые множеством факторов, каждый из которых, в свою очередь, влияет на ряд других факторов, образуя достаточно сложные причинно-следственные связи. Раскрытие сущности данных связей, выявление из них существенных и несущественных для развития трудовых отношений традиционными методами факторного анализа затруднительно, что и обуславливает целесообразность использования когнитивного подхода.

Процесс когнитивного моделирования может быть представлен в виде следующей последовательности действий (рис. 15). Вначале проводится статический анализ (анализ влияний), который позволяет выявить структуру проблемы и определить наиболее значимые факторы, влияющие на нее. Затем выполняется динамический анализ, в рамках которого проводится генерация возможных сценариев развития ситуации на определенном временном промежутке.



Рисунок 15. Последовательность этапов когнитивного моделирования<sup>112</sup>

Рассмотрим подробнее содержание каждого этапа и его реализацию применительно к проведению факторного анализа эффективности регулирования социально-трудовых отношений в здравоохранении в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнеса.

На первом этапе когнитивного моделирования следует выделить факторы, которые будут учтены при проведении анализа. Чем точнее будет определен перечень факторов, тем точнее будет оценка результатов регулятивных воздействий, осуществляемых в конкретных институциональных, социально-экономических, структурно-демографических и прочих условиях функционирования учреждений здравоохранения. Это обусловлено тем, что несмотря на то, что реализация партнерских взаимодействий в здравоохранении ведет к идентичным в целом изменениям в системе социально-трудовых отношений, тем не менее, данные изменения выражаются в разных по типу и степени проявления эффектах, зависящих, прежде всего, от содержания реализуемых проектов. Отсутствие четкого представления о факторах, влияющих на данный процесс, может привести к выбору неэффективных форм и технологий трудовых взаимодействий, методов стимулирования медицинских работников и управления развитием трудового потенциала организации.

<sup>112</sup> Составлено автором на основе источника: Горелова Г.В., Захарова Е.Н., Радченко С.А. Исследование слабоструктурированных проблем социально-экономических систем: когнитивный подход. - Ростов н/Д: Изд-во РГУ, 2006.

Чаще всего основополагающим признаком классификации факторов развития социально-экономической системы выступает их отношение к объекту исследования, в соответствии с которым различают экзогенные (внешние по отношению к системе) и эндогенные (внутренние по отношению к системе) факторы. Другими достаточно распространенными классификационными признаками деления факторов являются:

- степень воздействия на результат (основные и второстепенные);
- продолжительность воздействия (постоянные и переменные);
- возможность измерения воздействия (измеримые и неизмеримые);
- степень распространенности воздействия (общие и специфические);
- характер воздействия (интенсивные и экстенсивные).

Однако представленные признаки классификации факторов не позволяют в полной мере охарактеризовать изменения состояния системы трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, которые возникают при реализации партнерских взаимодействий, а также не позволяют получить комплексное представление о возникающих при этом причинно-следственных связях в системе отношений «реализация проектов партнерства – трудовые взаимодействия». В этой связи предлагается дополнить критерии классификации факторов эффективности регулирования трудовых отношений в здравоохранении с учетом следующих соображений. Предлагаемая классификация должна обеспечивать возможность:

- оценки значимости фактора в реализации конкретной стадии воспроизводства трудового потенциала работников учреждений здравоохранения;
- оценки значимости фактора для генерирования определенного типа эффектов (институциональных, экономических, социальных) в системе трудовых взаимодействий;
- оценки роли фактора в изменении системы трудовых взаимодействий в направлении, обеспечивающем модернизацию всей сферы здравоохранения;

- увязки причинно-следственных связей «партнерские взаимодействия государства и бизнеса – эффекты в системе трудовых отношений»;
- повышения эффективности реализации механизмов партнерства государства и бизнеса в регулирования трудовых взаимодействий в здравоохранении;
- прогнозирования последствий регулятивных воздействий на сферу трудовых отношений в рамках реализации механизмов партнерства.

Проведенная когнитивная структуризация задачи развития трудовых отношений в здравоохранении при реализации проектов партнерства государства и бизнеса позволила сконструировать следующую классификационную таблицу факторов, определяющих эффективность данного процесса (табл. 22).

Таблица 22

**Критерии классификации факторов эффективности развития трудовых отношений<sup>113</sup>**

| <b>Классификационный признак</b>   | <b>Факторы</b>   |
|--|--|
| Влияние на развитие определенного типа отношений социально-трудового равенства-неравенства партнеров | – факторы, ведущие к развитию патерналистских отношений и/или дискриминации со стороны государства или одного из партнеров |
|  | – факторы, ведущие к развитию конкурентных отношений   |
|  | – факторы, ведущие к развитию солидарности и субсидиарной ответственности партнеров  |
| Направленность на фазу процесса воспроизводства трудового потенциала                                 | – факторы, определяющие эффективность профессиональной подготовки и переподготовки кадров                                  |
|  | – факторы, определяющие эффективность процессов карьерного роста   |
|  | – факторы, определяющие эффективность условий (включая вопросы социальной защиты) и оплаты труда                           |
| Тип проявляемых эффектов   | – факторы, генерирующие экономические эффекты  |
|  | – факторы, генерирующие социальные эффекты   |
|  | – факторы, генерирующие институциональные эффекты  |
| Уровень проявляемых эффектов партнерства   | – факторы, генерирующие синергетические и мультипликативные эффекты макроуровня  |
|  | – факторы, генерирующие синергетические и мультипликативные эффекты мезоуровня   |
|  | – факторы, генерирующие эффекты микроуровня  |

<sup>113</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

| Классификационный признак  | Факторы   |
|--|---|
| Направленность на отдельные аспекты социально-трудовой деятельности медицинских работников | – определяющие условия развития инновационной активности                              |
|  | – определяющие условия лечебно-диагностической деятельности                           |
|  | – определяющие социальные аспекты трудовой деятельности                               |
| По характеру развития социально-трудовых отношений   | – определяющие преимущественно экстенсивный тип развития социально-трудовых отношений |
|  | – определяющие преимущественно интенсивный тип развития социально-трудовых отношений  |

При этом в зависимости от характера и силы влияния фактора возможен различный характер его воздействия на достижение целевых ориентиров развитие системы трудовых отношений:

- позитивного воздействия – проявление данного фактора желательно;
- негативного воздействия – проявление данного фактора нежелательно;
- дуального воздействия – проявление данного фактора может привести как к желаемым, так и к нежелательным изменениями в системе трудовых отношений, в связи с чем, воздействие данного фактора следует рассматривать в комплексе с другими факторами.

Классификация факторов в соответствии с выделенными признаками позволяет провести их диагностику и выделить те, которые имеют принципиальное значение для эффективности развития трудовых отношений в рамках реализации проектов партнерства. Наличие доминирующей тенденции развития факторов и характер воздействия, что определяется в ходе последующего динамического анализа, позволяет определить тип развития трудовых отношений (рис 16).

Так, инерционное развитие трудовых отношений характеризуется отсутствием проявления синергетических и мультипликативных эффектов в экономической системе: медицинская организация, участвующая в проекте партнерства государства и бизнеса, имеет черты закрытой системы с избирательным реагированием на внешнюю среду. В рамках партнерских

взаимодействий преобладают отношения патернализма, когда имеется преобладание интересов одной из взаимодействующих сторон при дискриминации интересов других. В целом можно говорить о слабой восприимчивости рассматриваемой экономической системы к модернизационным изменениям.



Рисунок 16. Факторная обусловленность типа развития трудовых отношений<sup>114</sup>

Модернизационное развитие трудовых отношений характеризуется их высоким резонансом к предоставляющимся возможностям партнерства государства и бизнеса и способствуют инноватизации всей сферы здравоохранения. Партнеры несут солидарную ответственность в сфере управления трудом, а возможные деструктивные проявления погашаются эффективным менеджментом.

<sup>114</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

На втором этапе когнитивного моделирования на основе диагностирования факторов, определяющих изменения в системе трудовых отношений, проводится анализ их влияния друг на друга, а также на резульативный показатель. При этом в качестве резульативного показателя может быть определено получение определенного желаемого эффекта. Неоднозначность влияния данных факторов на развитие системы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения, а также специфические характеристики реализуемых проектов и реализующих их субъектов приводит к различной степени эффективности осуществляемых в рамках партнерских взаимодействий воздействий. Поэтому оценка характера влияния факторов друг на друга и на резульативный показатель должна проводиться для каждого рассматриваемой ситуации реализации проектов партнерства.

Разработка формального описания влияния факторов друг на друга и на резульативный показатель выполняется в ходе когнитивной структуризации и может быть представлена в виде матрицы отношений.

Как известно, матрица отношений представляет собой таблицу, строки и столбцы которой помечены вершинами когнитивной карты (концепты), а на пересечении строки и столбца указывается наличие связи (+1 при положительном влиянии и -1 при отрицательном влиянии) или отсутствие связи (0). Таким образом, матрица отношений позволяет зафиксировать наличие причинно-следственной связи между исследуемыми явлениями (факторами), при этом она не отражает ни динамику изменения степени воздействия рассматриваемых факторов, ни изменения самих факторов во времени. Сказанное можно выразить математически:

$$M_o = F(X, W) = F(x_i, x_j, w_{ij}) = \begin{cases} +1, \text{ если рост } x_i \text{ влечет за собой рост } x_j \\ -1, \text{ если рост } x_i \text{ влечет за собой снижение } x_j, \\ 0, \text{ если влияние отсутствует} \end{cases}$$

где  $X$  – множество концептов когнитивной карты,

$W$  – множество дуг, отражающих связи между вершинами.

Основной проблемой данного этапа является определение концептов – вершин когнитивной карты, в качестве которых выступают основные компоненты исследуемой системы отношений. Чем «точнее» будут выбраны названия концептов, тем корректнее будут результаты исследования и выше возможность получить ответ на поставленный вопрос.

В рамках поставленной задачи прогнозирования эффектов в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий в качестве концептов предлагается использовать следующие (табл. 23).

Таблица 23

### Перечень концептов когнитивной карты<sup>115</sup>

| Обозначение концепта | Концепты когнитивной карты  |
|----------------------|---|
| X1                   | Качество обслуживания населения   |
| X2                   | Научно-инновационный потенциал учреждений здравоохранения                     |
| X3                   | Снижение дефицита медицинских кадров в регионах                               |
| X4                   | Целевая подготовка медицинских кадров для здравоохранения                     |
| X5                   | Инвестиции в развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения |
| X6                   | Совместные научные исследования   |
| X7                   | Институциональная среда   |
| X8                   | Удовлетворенность медицинских работников условиями трудовой деятельности      |
| X9                   | Экономическая результативность труда работников учреждений здравоохранения    |
| X10                  | Мотивация медицинских работников к повышению качества деятельности            |
| X11                  | Материально-технический потенциал учреждений здравоохранения                  |

Перечень концептов определялся исходя из проведенной когнитивной структуризации проблемы сглаживания противоречий в системе трудовых отношений в здравоохранении на основе реализации партнерских взаимодействий и анализа причинно-следственных связей. При этом, стоит отметить, что в разрабатываемой когнитивной модели не ставятся оптимизационные задачи, например, рост научно-инновационного потенциала здравоохранения. Задача состоит в том, чтобы на основе исследования

<sup>115</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

причинно-следственных связей оценить адекватность тех или иных регулирующих воздействий, осуществляемых в рамках партнерских отношений государства и бизнеса, задачам повышения эффективности регулирования трудовых взаимодействий и сглаживания возникающих в данной сфере противоречий. При этом перечень приведенных концептов, определяющих предметную область исследования, не является исчерпывающим и при необходимости может быть скорректирован.

Матрица отношений предложенной когнитивной карты будет иметь следующий вид (таблица 24).

Таблица 24

**Матрица отношений<sup>116</sup>**

|     | X1 | X2 | X3 | X4 | X5 | X6 | X7 | X8 | X9 | X10 | X11 |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| X1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0   | 0   |
| X2  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 1   | 1   |
| X3  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   |
| X4  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   |
| X5  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0   | 1   |
| X6  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1   | 0   |
| X7  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   |
| X8  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 1  | 1   | 0   |
| X9  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 1   | 0   |
| X10 | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0   | 0   |
| X11 | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1   | 0   |

На третьем этапе выполняется построение когнитивной модели. Принимая во внимание, что проявляемым эффектам в сфере трудовых отношений в учреждениях здравоохранения присуща иерархичность: уровень государства, региона, сферы здравоохранения и конкретного медицинского учреждения. Поэтому для отражения такой структуры связей предлагается использовать иерархические когнитивные модели, которые позволяют отразить «раскрываемые» на различных уровнях эффекты, их синергетический и мультипликативный характер.

<sup>116</sup> Разработано автором на основе материалов исследования

Общая идея построения такой иерархической когнитивной модели отражена на рисунке 17.

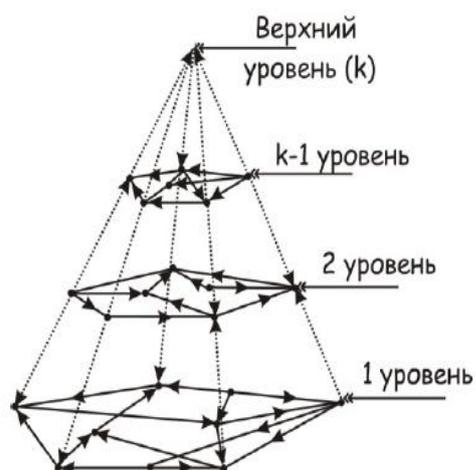


Рисунок 17. Иерархическая когнитивная модель<sup>117</sup>

Одним из важных достоинств такого рода модели является то, что она позволяет рассмотреть ситуации с субъектами различного уровня управления, что может представлять интерес, в частности, при анализе скоординированности действий представителей различных органов управления развитием сферы здравоохранения (федеральных, региональных и отраслевых).

*Четвертым этапом* является моделирование управляемого развития системы трудовых взаимодействий в здравоохранении. Данное моделирование предполагается осуществлять в соответствии с нормативным подходом, согласно которому задача управления развитием социально-экономической системы рассматривается как перевод одного ее состояния в другое, описываемое некоторыми целевыми показателями. В формализованном виде этом можно представить следующим образом<sup>118</sup>.

Целевое состояние системы трудовых отношений в здравоохранении (W) может быть описано так:  $W = (X^W, R(X^W))$ , где  $X^W$  – подмножество

<sup>117</sup> Источник: Горелова Г.В., Горелова И.С., Захарова Е.Н. Теоретико-игровое моделирование взаимодействия сложных систем, представляемых иерархическими когнитивными картами // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5: Экономика. 2013. №1 (115). С.114-123..

<sup>118</sup> Авдеева З. К., Коврига С. В., Макаренко Д. И., Максимов В. И. Когнитивный подход в управлении // Проблемы управления. 2007. №3 С.2-8.

целевых факторов состояния системы,  $R(X^W)$  – вектор оценок динамики факторов, определяющей желательные изменения в состоянии системы.

$$R(X^W) = \begin{cases} +1, & \text{если желательно ускорение темпов изменения фактора } x_i^W \\ -1, & \text{если желательно снижение темпов изменения фактора } x_i^W \end{cases}$$

Тогда задачи регулирования трудовых отношений в здравоохранении состоят в реализации последовательности управленческих решений (мероприятий), которые обеспечат последовательное изменение ее состояния для перехода в желаемое.

Моделирование воздействия проводится импульсами, то есть проводится динамический анализ распространения возмущений на когнитивных картах, вызываемого внесением возмущений-импульсов в вершину или совокупность вершин когнитивной карты. Например, в вершине графа, «Инвестиции в развитие материально-технической базы здравоохранения» задается некоторый импульс +1, который вызывает определенные возмущения во всей системе показателей, начальные значения которых рассматриваются равными нулю. Правило распространения процесса возмущений по графу выглядит так<sup>119</sup> [6]:

$$x_i(n+1) = x_i(n) + \sum_{j=1}^{k-1} \lambda_{ji} \omega_{ji} [x_j(n+1) - x_j(n)]$$

где  $x(n)$ ,  $x(n+1)$  – величины показателя в вершине  $X$  при шагах моделирования в момент  $t=n$  и следующим за ним  $t=n+1$ ,

$\lambda_{ji}$ , - коэффициент, характеризующих знак «+» или «-»

$\omega_{ji}$ , коэффициент, характеризующих степень влияния параметра вершины  $X_j$  на параметр вершины  $X_i$  (определяется экспертным путем или с использованием статистических методов).

Совокупность импульсных процессов во всех вершинах позволяет сделать вывод о возможных сценариях развития системы. Результатом такого сценарного моделирования будет график, отражающий тенденцию

<sup>119</sup> Какатунова Т.В., Жужгина И.А. Методика построения когнитивной модели региональной инновационной системы // Вестник Российской академии естественных наук. 2013. №17(2). – С. 34 – 36

изменения исследуемых факторов при тех или иных управляющих воздействиях (рис. 18).

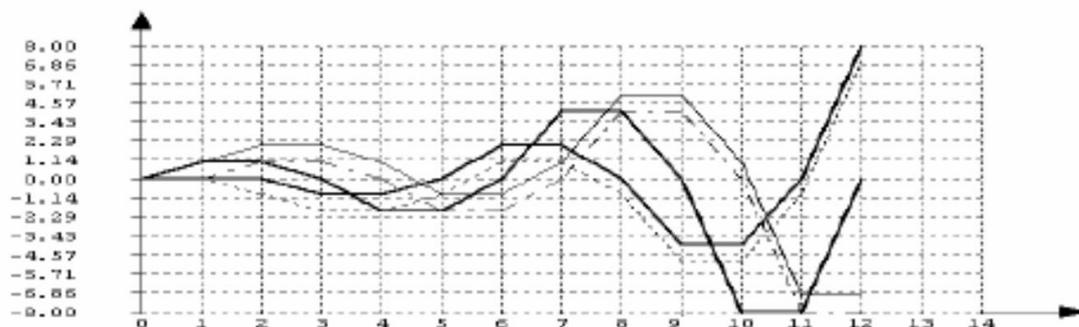


Рисунок 18. Пример результатов сценарного анализа<sup>120</sup>

Таким образом, использование когнитивного подхода позволяет выйти на новый концептуальный уровень исследования проблематики повышения эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения на основе реализации партнерских взаимодействий, поскольку позволяет определить приоритетность и значимость тех или иных мероприятий на развитие модернизационного потенциала здравоохранения, обосновать необходимость и оценить адекватность принятия тех или иных управленческих решений. Представленный инструментарий демонстрирует возможности применения когнитивного моделирования для проведения факторного анализа и прогнозирования возможных тенденций развития ситуации в сфере регулирования трудовых отношений.

Таким образом, сформированный в соответствии с авторской концепцией инструментарий оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения представляет собой взаимосвязанный комплекс учетно-отчетных и проблемно-ориентированных оценок, сопряженное применение которых позволяет решить задачи определения таких форм и направлений партнерских взаимодействий государства и бизнеса, которые в наибольшей степени способствуют

<sup>120</sup> Источник: Буянов Б.Я., Верба В.А. Моделирование задач принятия решений по безопасному развитию сложных систем / в сб. Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2006). Труды 6-й Международной конференции / Под ред. З.К. Авдеевой, С.В. Ковриги. М.: Институт проблем управления РАН. – 2006. С. 160.

разрешению противоречий в системе трудовых отношений, а также проявлению эффектов, обеспечивающих интенсивное воспроизводство кадрового потенциала в медицинской сфере. Важной особенностью данного инструментария является то, что он позволяет выявить как внутрисистемные эффекты, так и генерируемые синергетические и мультипликативные эффекты, определяющие экономическую динамику, связанную с осуществлением инновационных преобразований (организационных, технических, технологических и пр.) в производственно-экономических системах различного уровня.

В этой связи выбор показателей оценки величины выделенных автором экономических, социальных и институциональных эффектов осуществлялся исходя из постановки задач формирования конкурентоспособной отечественной медицины на основе интенсивного типа расширенного воспроизводства трудового потенциала ее работников.

Использование экспертных методов оценивания обусловлено тем, что реакция системы трудовых отношений на реализацию партнерских взаимодействий выражается в разных по типу и степени проявления эффектах, величина, характер и направленность которых зависит, прежде всего, от содержания реализуемых проектов партнерства, что затрудняет применение количественных методов оценки. Одновременно использование в инструментарии спектра экспертных процедур позволяет сделать его универсальным и легко адаптируемым к специфике деятельности конкретного учреждения здравоохранения с учетом содержания отдельных проектов.

Для получения информации о факторах и условиях, определяющих эффективность регулятивных воздействий на сферу социально-трудовых отношений в здравоохранении в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнеса, учитывая слабую структурированность задачи проведения такой оценки, предлагается использовать когнитивный подход. Последовательность этапов статического и динамического анализа эффективности регулирования трудовых отношений, выполняемых в рамках

когнитивного моделирования, позволяет не только выявить структуру проблемы и определить наиболее значимые факторы, влияющие на нее, но и провести генерацию возможных сценариев развития ситуации на определенном временном промежутке. Это имеет принципиальное значение для разработки регулятивных воздействий в сфере здравоохранения (в том числе при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса), поскольку дает возможность определить приоритетные меры в программных мероприятиях модернизации здравоохранения, обеспечивающие качественные изменения состояния трудового потенциала медицинских учреждений, способствующие выведению качества оказания медицинских услуг в России на уровень, соответствующий общемировым стандартам

Таблица 25

**Инструментарий решения задач оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий<sup>121</sup>**

| <b>Инструментарий</b>  | <b>Решаемая задача</b>  |
|--|---|
| Экспертная и количественная оценка внутрисистемных, системных и мультипликативных эффектов | Выявление экономических, социальных и институциональных эффектов в системе трудовых отношений при реализации партнерских взаимодействий   |
| Инструментарий учетно-отчетной оценки  | Описание изменений состояния сферы трудовых отношений в здравоохранении при осуществлении партнерских взаимодействий  |
| Инструментарий проблемно-ориентированной оценки  | Выявление факторов и условий развития трудового потенциала, обеспечивающих достижение поставленных стратегических целей развития здравоохранения  |
| Инструментарий экспертного попарного сравнения   | Оценка и выбор программных мероприятий в рамках реализации проектов партнерства, обеспечивающих достижение поставленных целей с максимальным значением показателей эффективности регулятивных воздействий в сфере трудовых взаимодействий |
| Методический инструментальный когнитивного моделирования                                   | Выявление структуры проблемы. Определение наиболее значимых факторов, на нее влияющих. Генерация возможных сценариев развития ситуации на определенном временном промежутке   |

<sup>121</sup> Составлено автором на основе материалов исследования.

В систематизированном виде инструментарий оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса в сопряжении с решаемыми с его использованием задачами представлен в таблице 25. Как видно из содержания таблицы, разработанный автором инструментарий представляет собой взаимоувязанный комплекс методов, подходов, моделей и технологий, последовательное использование которых позволяет решить указанную сложную и многоаспектную задачу, учитывая специфику каждого конкретного медицинского учреждения и содержания реализуемых им партнерских взаимодействий.

Для использования представленного инструментария как целостной методологической конструкции необходимо его дополнение системой мониторинга, который будет интегрирован в единое информационное пространство системы здравоохранения. Поэтому в следующей главе исследования осуществляется разработка организационно-информационных инструментов управления развитием трудовых отношений в учреждениях здравоохранения.

### **3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

#### **3.1. Функционально-иерархическая модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении**

Происходящие изменения в содержании труда медицинских работников, обусловленные развитием рыночных отношений в здравоохранении, подчеркивают значимость сочетания рыночных и нерыночных механизмов управления трудом в данной социально-значимой отрасли, поставленной в условия самостоятельно находить способы обеспечения устойчивого развития при соблюдении установленных нормативов качества оказания медицинских услуг населению. При этом задачи модернизации национальной сферы здравоохранения в императивах инновационной экономики, экономики знаний, предполагают активное развитие партнерских взаимодействий, которые бы обеспечивали повышение эффективности формирования и реализации трудового потенциала медицинских работников, способствовали повышению конкурентоспособности отечественной медицины. Сложившаяся ситуация выдвигает в ряд насущных требований *внедрение в практику управления трудом в здравоохранении системы мониторинга трудовых отношений в реализуемых проектах партнерства государства и бизнеса.*

При формировании модели мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства в здравоохранении будем базироваться на принципах системного и процессного подходов. В соответствии с указанными принципами модель формировалась исходя из следующих соображений.

1. Формируемая модель должна определять состояние и результативность (получаемые эффекты) процесса воспроизводства трудового потенциала в здравоохранении, его соответствие потребностям и ожиданиям

общества в качестве оказания медицинских услуг. Причем при определении ожиданий и эффектов следует учитывать, что сфере здравоохранения потребителями трудовых ресурсов выступают, во-первых, сами медицинские учреждения (как работодатели), во-вторых, общество в целом, включая государство, население, инвесторов и спонсоров реализации программ формирования медицинских кадров. Последнее предполагает необходимость ориентации на интересы основных потребителей медицинских услуг и получения от них обратной связи и оценки.

2. Реализация партнерских взаимодействий в здравоохранении предполагает, что в данный процесс дополнительно вовлекаются ресурсы и возможности партнерства, которые определяют потенциальные экономические, социальные и институциональные эффекты их использования. Величина и характер проявления данных эффектов определяются типом партнерского взаимодействия, выражаемом в способе взаимосвязи по поводу реализации трудовых отношений, а также качеством самого взаимодействия. Таким образом, точками контроля процесса эффективности реализации трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении являются (рис.19):

- 1) механизмы и инструменты реализации трудовых взаимодействий в рамках реализации проектов партнерства;
- 2) удовлетворенность потребителей трудовых ресурсов качеством и содержанием трудовых отношений.

3. Мониторинг механизмов и инструменты реализации трудовых взаимодействий предполагает формирование обратной связи с участниками партнерских взаимодействий, а также с населением как основным потребителем медицинских услуг в целях выявления уровня соответствия получаемых эффектов ожиданиям. Принимая во внимание, что требования относительно качества и содержания трудовых взаимодействий в рамках отношений партнерства в большинстве случаев являются неформализованными, это предполагает предварительное проведение

социологического исследования заинтересованных сторон по ключевым аспектам рассматриваемой проблемы. Если же те или иные трудовые взаимодействия являются формализованными и имеются требования относительно соблюдения установленных правил и нормативов, то в процедуре мониторинга предусматривает оценка соответствия данным требованиям.

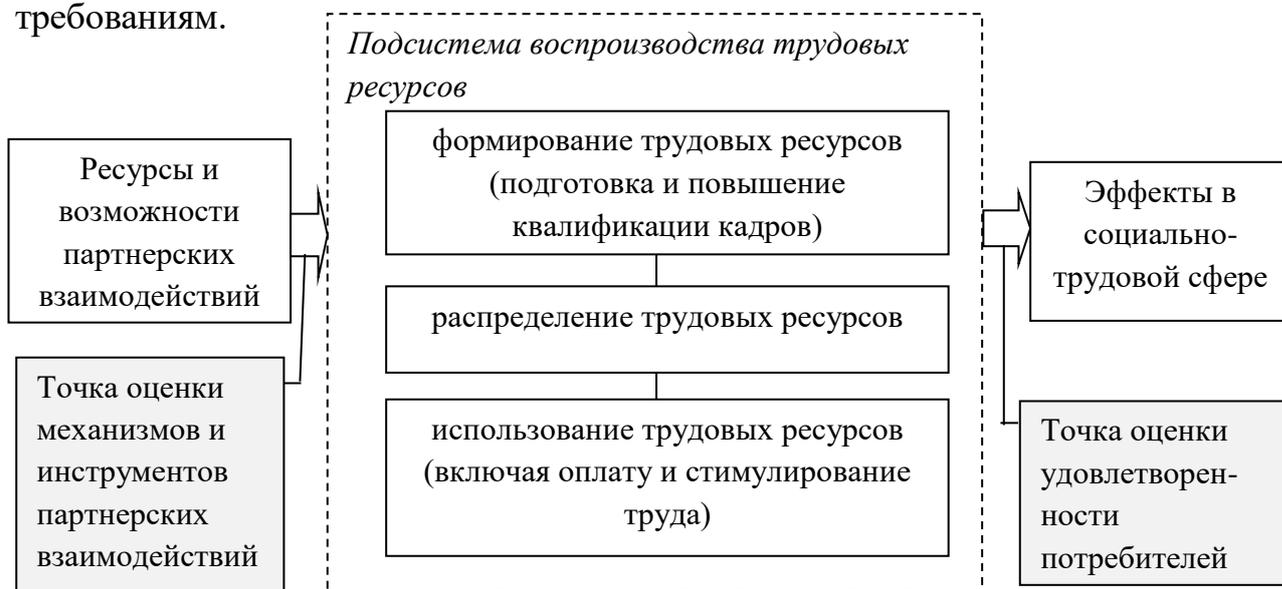


Рисунок 19. Контрольные точки механизма мониторинга<sup>122</sup>

4. Как было отмечено в предыдущей главе исследования, эффектам в сфере трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, возникающих при реализации партнерских взаимодействий, присуща иерархичность, выражаемая в том, что они проявляются на разных уровнях: государственном, региональном, отраслевом (в сфере здравоохранения) и на уровне отдельного предприятия. Как доказывают многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, сфера здравоохранения в значительной степени обуславливает состояние и перспективы развития человеческого потенциала национальных систем, а также экономическое развитие страны<sup>123</sup>. В этой связи при обосновании концептуальной

<sup>122</sup> Разработано автором с использованием идей, изложенных в источнике: Описание модели мониторинга и методов получения данных // Межрегиональный отраслевой ресурс подготовки кадров в сфере энергетики. URL: <http://energy.integral-geo.ru/page-24.html>

<sup>123</sup> Бурменко Т. Д., Тарханова Е. Г. Состояние сферы социально значимых услуг в мире (на примере здравоохранения и образования) // Известия ИГЭА. 2013. №5 С.109-116; Сухарев О.С. Социальные результаты и факторы экономического роста: теоретический и практический аспекты // Экономический

конструкции системы мониторинга указанных отношений следует опираться на мультиструктурность порождаемых ими эффектов, имеющих определенные идентификационно-отличительные особенности в рамках уровневого позиционирования. При этом, несмотря на разнообразие генерируемых мультипликативных и синергетических эффектов в различных сферах и на различных уровнях, сфера трудовых отношений в здравоохранении представляет собой целостный «организм», что позволяет говорить о возможности формирования единой системы мониторинга данных отношений, рассматриваемых в различных аспектах проявления. Поэтому структурную модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении можно представить как состоящую из двух контуров, отражающих исследование различных сторон функционирования данной сферы через призму процессов модернизации и инноватизации, ориентированных на получение определенных экономических, социальных и институциональных эффектов.

Такой подход к построению модели мониторинга можно определить как *функционально-иерархический*, поскольку вся сфера трудовых взаимодействий в здравоохранении представляется в виде взаимосвязанных функциональных подсистем формирования, распределения и использования трудовых ресурсов: подготовка кадров здравоохранения, формирование численности медицинских кадров, стимулирование труда медицинских работников. А для каждой подсистемы характерно проявление эффектов партнерских взаимодействий на разных уровнях иерархии. Предполагается, что функционирование указанных подсистем осуществляется в императивах рыночной экономики, но с учетом социальной значимости сферы здравоохранения. Таким образом, в контексте изложенного модель

---

анализ: теория и практика. 2011. №6 С.2-13; Strittmatter A., Sunde U. Health and Economic Development: Evidence from the Introduction of Public Health Care // Journal of Population Economics, 2013, 26 (4), 1549-1584; Bhargava A., Jamison D. T., Lau L.J., Murray C.J. Modeling the effects of health on economic growth // Econometrics, Statistics and Computational Approaches in Food and Health Sciences. World Scientific Books, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., 2006. number 6140, 04.

мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении может быть представлена:

– в разрезе выделения отдельных этапов воспроизводства трудового потенциала в здравоохранении, реализуемых на основе партнерских взаимодействий – *функциональный контур*;

– в разрезе выделения уровней (государственный, региональный, отраслевой, отдельного предприятия) проявления эффектов реализации партнерских взаимодействий в сфере трудовых отношений в здравоохранении – *иерархический контур*.

То есть речь идет о *двухконтурной модели* мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении, функционально-иерархическое представление которой приведено на рисунке 20.



Рисунок 20. Функционально-иерархическое представление системы мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении<sup>124</sup>

<sup>124</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

Следует заметить, что различные аспекты проблемы формирования системы мониторинга сферы трудовых отношений в целях повышения эффективности их регулирования, достаточно широко представлены в научной литературе. Особенно это касается исследования изменения динамики и структуры занятости, динамики заработной платы и ее связи с результатами труда, условий и охраны труда и пр. Однако большинство существующих подходов к построению моделей мониторинга базируются на представлении о том, что функционирование подсистем трудовых отношений осуществляется в рамках конкурентных механизмов саморегулирования. Такой подход является вполне оправданным при исследовании тенденций развития трудовой сферы в условиях полного отказа использования нерыночных механизмов ее регулирования. В то же время, в рамках постановки задачи исследования возможностей использования механизмов партнерства государства и бизнеса в разрешении социально-трудовых противоречий, возникающих при функционировании социально-значимой отрасли в рыночных условиях (в качестве таковой выступает сфера здравоохранения), представляется целесообразным построение такой модели мониторинга, которая позволит отразить не только рыночные аспекты функционирования, но и межсистемные связи и взаимодействия, которые возникают в рамках отношений партнерства, а также обусловливаемые данными связями и взаимодействиями разнообразные эффекты.

Другими словами, модернизация системы здравоохранения, повлекшая за собой концептуальные изменения в содержании, масштабах и характеристиках труда медицинских работников, а также во всей системе воспроизводства трудового потенциала учреждений здравоохранения, привела к смене концепции регулирования труда с государственного регулирования на рыночное. Однако возможности применения рыночных механизмов в данной сфере являются ограниченными в силу социальной значимости здравоохранения, которая определяет наряду с экономическими социально-нравственные характеристики труда и мотивы поведения

медицинских работников. Поэтому, как неоднократно подчеркивалось ранее, важным условием активизации процессов модернизации в здравоохранении на основе повышения эффективности регулирования трудовых отношений является развитие механизмов сорегулирования на основе использования рыночных и нерыночных механизмов в рамках реализации проектов партнерства государства и бизнеса.

Трудовые взаимодействия непосредственно регулируются администрацией отдельного медицинского учреждения под контролем со стороны органов государственного и муниципального управления, обеспечивающих соблюдение как прав населения в получении качественной медицинской помощи, так и прав медицинских работников в отношении осуществления своей трудовой деятельности в рамках установленных правил и норм. Наряду с органами государственного и муниципального управления и медицинских учреждений механизм сорегулирования предполагает включение:

- населения, как одного из участников процесса регулирования, несмотря на то, что данное участие выражается косвенно в виде мнения, выражаемого как в ходе формализованных (мониторинга уровня удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг), так и неформализованных процедур;

- профильного бизнеса, находящегося в партнерских взаимодействиях с медицинским учреждением и заинтересованным в эффективной реализации возникающих вследствие этого социально-трудовых взаимодействий.

В схематичном виде субъекты механизма регулирующих воздействия на сферу развития трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации проектов партнерства государства и бизнеса представлены на рис. 21.

Регулирующие воздействия формируются и реализуются субъектами на основе сигналов об отклонении, получаемых эффектов взаимодействия от

ожидаемых. В этой связи система мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении является обязательным условием эффективности функционирования системы управления трудом.

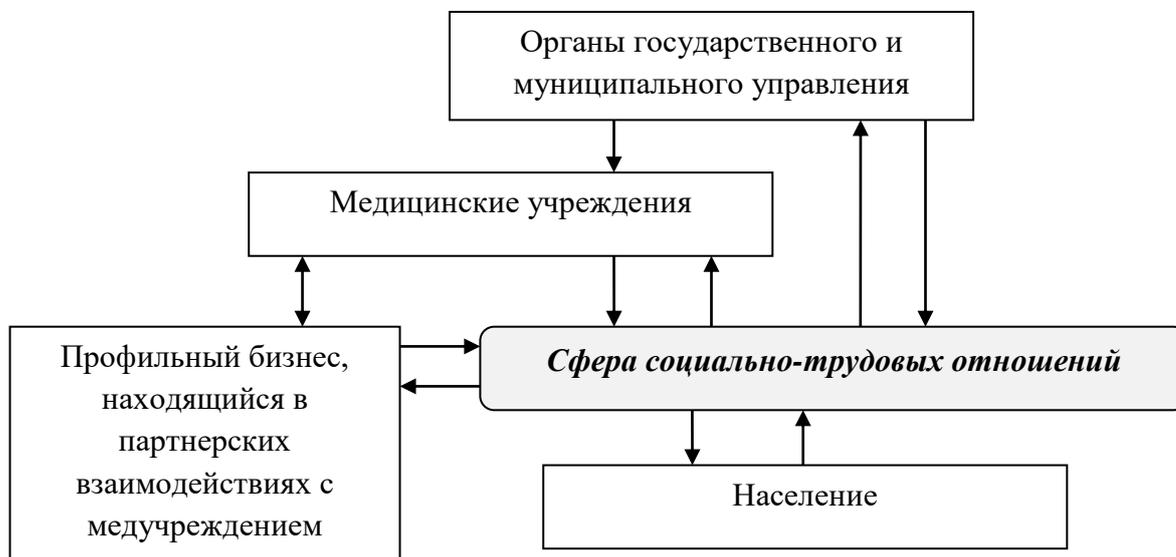


Рисунок 21. Субъекты механизма регулирующих воздействий на сферу развития трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>125</sup>

В логике представленной модели регулирующие воздействия сферы трудовых отношений, осуществляемые в рамках партнерских взаимодействий, могут проводиться:

- 1) с позиций достижения поставленных целей развития отдельных подсистем сферы трудовых отношений в здравоохранении;
- 2) с позиций адекватности получаемых эффектам поставленным задачам стратегического развития на каждом уровне управления.

При этом регулирующие воздействия могут выражаться в как в корректировке реализуемых технологий и механизмов партнерских взаимодействий, так и в модифицировании тактических и стратегических задач развития трудовых взаимодействий в здравоохранении в ходе их проецирования на уровень отдельных медицинских учреждений с учетом внутриотраслевой и региональной специфики.

<sup>125</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

При формировании модели мониторинга помимо его участников (субъектов) необходимо конкретизировать основные объекты наблюдения.

Объектную базу мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса целесообразно представить для отдельных этапов воспроизводства трудового потенциала и для каждого уровня управления, то есть, в соответствии с приведенной логикой построения функционально-иерархической модели мониторинга. Основные объекты мониторинга приведены в таблице 26.

Таблица 26

Объекты мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении<sup>126</sup>

| Контур мониторинга   |                         | Функциональный контур  |  |   |
|----------------------|-------------------------|--|--|---|
|                      |                         | Подготовка кадров  | Формирование численности   | Стимулирование труда  |
| Иерархический контур | Государственный уровень | Система целевой подготовки медицинских кадров                          | Система закрепления молодых специалистов   | Системы стимулирования и оплаты труда в здравоохранении                         |
|                      | Региональный уровень    | Региональные программы развития кадрового потенциала в здравоохранении | Трудовая миграция работников здравоохранения. Ориентированность на потребности региона | Институциональные стимулы к деятельности в сфере здравоохранения                |
|                      | Отраслевой уровень      | Программы дополнительного образования и повышения квалификации         | Структурные пропорции на рынке труда в здравоохранении                                 | Условий труда. Нормативы нагрузки медицинского работника                        |
|                      | Уровень организации     | Программы поддержки молодых специалистов. Кадровая политика            | Профессионально-квалификационные пропорции   | Результативность трудовой деятельности. Мотивированность к развитию компетенций |

Следует отметить, что с точки зрения объекта исследования трудовые отношения, возникающие в рамках реализации проектов партнерства, выступают не обособленно, а как одна из сфер системы трудовых

<sup>126</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

взаимодействий в здравоохранении. Это предполагает, что показатели мониторинга будут отражать синергетическую компоненту эффектов развития трудовых отношений, проявляемую в изменении показателей экономической динамики на макро-, мезо-и микроуровнях.

Таким образом, мониторинг трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении выстраивается для каждого уровня субъектов, а полученные данные позволяют оценить уровень соответствия полученных эффектов интересам и ожиданиям как участвующих в них экономических субъектов, так и эффектов, получаемых в экономических системах более высокого уровня. Соответственно будет возможно разработать управленческие воздействия, обеспечивающие решение задач, связанных с повышением эффективности регулирования труда, что представляется очень значимым, учитывая, что главной функцией мониторинга является его целенаправленность, выражаемая в возможности решения конкретных управленческих задач.

*На государственном уровне* результаты мониторинга могут быть использованы, прежде всего, для развития нормативно-правовой базы, регламентирующей отношения партнерства государства и бизнеса в здравоохранении, а также для оценки эффективности реализуемых федеральных программ и инициатив в сфере модернизации здравоохранения.

*На уровне региона* результаты мониторинга решают задачу отслеживания дефицита медицинских работников в определенных регионах, а также оценки эффективности реализации целевых программ поддержки и закрепления медицинских кадров на периферии. Данные мониторинга могут быть использованы для планирования и распределения региональных фондов развития сферы здравоохранения на основе стимулирования развития партнерских взаимодействий государства и бизнеса.

*На уровне отрасли* результаты мониторинга позволяют дать оценку эффективности реализации проектов партнерства в отношении возможности разрешения противоречий в сфере трудовых отношений. Результаты

мониторинга могут предоставить информацию об эффективности взаимодействия государства и бизнеса в отношении подготовки медицинских кадров, целевой поддержки молодых специалистов, об уровне соответствия требований к программам подготовки медицинских кадров потребностям рынка. Важным является также возможность выявления внутриотраслевых диспропорций в кадровом потенциале сферы здравоохранения и необходимости формирования государственного задания на целевую подготовку медицинских работников определенной специальности.

*На уровне медицинской организации* результаты мониторинга позволяют получить информацию об изменении условий трудовой деятельности, мотивирующих факторах, возможностях профессионального роста, качества трудовой деятельности в условиях реализации партнерских взаимодействий. Полученные данные мониторинга позволят повысить эффективность распределения фонда оплаты труда и стимулирующие надбавки, оптимизировать штатное расписание.

Исходя из тезиса о том, что результаты мониторинга должны отражать синергетическую компоненту эффектов развития трудовых отношений, генерируемых партнерскими взаимодействиями, функционально-иерархическая модель мониторинга предполагает интеграцию данных мониторинга медицинских учреждений, реализующих проекты партнерства, в единое информационное пространство региона с последующим встраиванием данных в территориальные информационные системы управления здравоохранением (сайты Министерств здравоохранения субъектов РФ). Это необходимо с целью осведомления субъектов сферы здравоохранения о тенденциях развития партнерских взаимодействий и результативности их реализации (в том числе в трудовой сфере). Другими словами, система мониторинга должна выстраиваться по принципу агрегации данных с нижестоящего уровня на вышестоящий. При этом формируемая база данных должна обеспечивать возможность получения информации в

разрезе отдельных регионов и в разрезе отдельных организаций и учреждений здравоохранения.

По справедливому замечанию Б.С. Бурыхина и В.С. Раковской, целостность системы мониторинга обеспечивается взаимоувязанностью определенной последовательностью его этапов<sup>127</sup>. Поэтому далее охарактеризуем основные этапы проведения мониторинга, сформированного на основе его функционально-иерархической модели. Инструментарно-методическое обеспечение проведения этапов мониторинга будет подробно представлено в следующем параграфе исследования.

Принимая во внимание низкий уровень формализации содержания трудовых взаимодействий в здравоохранении при реализации проектов партнерства государства и бизнеса, для последующей возможности использования результатов мониторинга в целях оценки эффективности регулирующих воздействий на трудовые отношения *на первом этапе* следует провести социологическое исследование ожиданий заинтересованных сторон в отношении проявления тех или иных эффектов партнерских взаимодействий.

В соответствии с представленной функционально-иерархической моделью мониторинга объектами такого исследования будут выступать:

- медицинское учреждение, участник проекта партнерства;
- профильные медицинские бизнес-организации, участники проекта партнерства;
- отраслевое министерство;
- органы государственного (регионального) и муниципального управления.

Значения ожидаемых эффектов должны фиксироваться конкретным количественным значением ожидаемых показателей величины эффектов (например, ожидаемый эффект состоит в увеличении количества оказываемых

---

<sup>127</sup> Бурыхин Б.С., Раковская В.С. Основные направления регулирования системы социально-трудовых отношений в Российской Федерации // Вестник Томского государственного университета. 2007. № 296.

медицинской организацией высокотехнологичных услуг с 10 до 15). Полученные на данном этапе количественные показатели ожидаемых эффектов могут рассматриваться в качестве индикаторов при последующей оценке эффективности регулирования трудовых отношений.

*На втором этапе* осуществляется сбор информации, характеризующей состояние трудовых отношений в медицинской организации, реализующей проект партнерства. С этой целью могут быть использованы данные статистической отчетности, отчеты о результатах работы, выполнении программ, проектов, а также проводятся социологические исследования.

На этом же этапе собирается информация, которая позволяет зафиксировать проявление внешних эффектов развития трудовых взаимодействий в регионе. Для этого, учитывая неявный характер проявления эффектов, наряду с официальными данными может быть использована скрытая информация, полученная из официальных источников. Подробнее технологии обработки данных для выявления скрытой информации будут рассмотрены в п.3.3 данного диссертационного исследования.

*Третий этап* проведения мониторинга предполагает обработку полученной информации. С этой целью используются аналитические и экспертные методы, в частности, может быть использован инструментарий, представленный в главе 2 данного диссертационного исследования. В результате анализа выявляется соответствие полученных эффектов партнерских взаимодействий ожидаемым и делается вывод об эффективности регулирования трудовых отношений.

Поскольку основная задача проведения мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении состоит в получении информации, необходимой для принятия управленческих решений, направленных на нивелирование возникающих в данной сфере проблем и стимулировании проявления определенных положительных эффектов, обеспечивающих повышение качества трудовой

деятельности медицинского работника, то *четвертым этапом* мониторинга является разработка рекомендаций, направленный на совершенствование партнерских взаимодействий в части трудовых взаимодействий. Данные рекомендации могут выражаться как в корректировке содержания данных взаимодействий, так и в их формализации (институционализации).

Схема этапов мониторинга с циркулирующими в его рамках информационными потоками (поддерживающими и генерируемыми) представлена на рисунке 22.

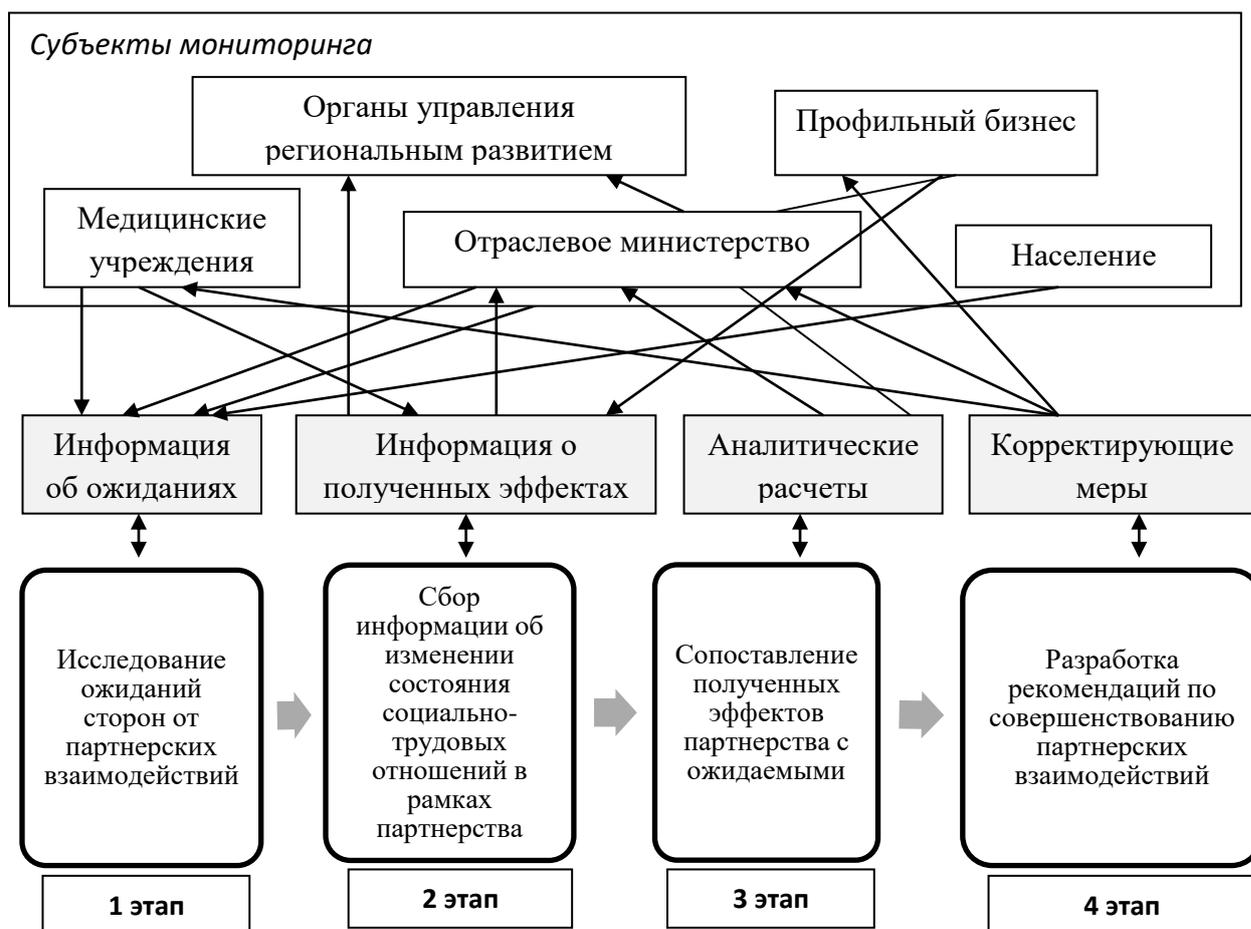


Рисунок 22. Схема этапов мониторинга с информационными потоками<sup>128</sup>

Очевидно, что мониторинг трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении предполагает формирование достаточно крупных информационных массивов, требующих дальнейшей аналитической обработки. Это обуславливает необходимость

<sup>128</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

формирования современных информационно-коммуникационных технологий, способных интегрировать разнородные данные, а также обрабатывать как массивы данных, так и знания экспертов. То есть речь идет о необходимости создания информационно-аналитической подсистемы мониторинга, обеспечивающей решение широкого диапазона задач (наблюдение, диагностика, прогнозирование).

Создание системы мониторинга возможно на различных программно-аппаратных платформах, однако они должны обеспечивать реализацию следующих требований:

- быть включенными в единую систему мониторинга состояния системы национального здравоохранения, а также состояния ее трудовой сферы;
- обеспечивать прямой доступ к информации уполномоченным на это представителям различного уровня управления (государственный, муниципальный, уровень отдельного предприятия);
- осуществлять мониторинг в реальном времени с использованием большого числа разнообразных параметров;
- обеспечивать возможность оценки эффективности регулирования трудовых взаимодействий как на уровне отдельного медицинского учреждения, так и на отраслевом уровне;
- совместимость формируемой системы мониторинга с уже существующими информационными системами в здравоохранении.

Учитывая, что речь идет о реализации партнерских взаимодействий, формируемая система мониторинга должна обеспечивать партнерство участников и в отношении преодоления автономности и закрытости информации.

Следует заметить, что внедрение системы мониторинга трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения сдерживается низким уровнем информатизации данной сферы деятельности. В настоящее время, одним информатизация в здравоохранении в основном идет в направлении автоматизации рабочего места медицинского работника и формирование

системы электронной записи. Тогда как проводимый мониторинг процессов в сфере здравоохранения не позволяет отразить потенциал развития трудовых взаимодействий.

В этой связи одной из важнейшей задач внедрения предлагаемой системы мониторинга является формирование в структуре Министерств здравоохранения субъектов РФ управлений, координирующих процессы информатизации в учреждениях здравоохранения региона, а также обеспечивающих мониторинг основных показателей модернизационного развития здравоохранения, включая показатели, отражающие состояние трудовых отношений и эффективность их регулирования. Такое информационно-аналитическое управление представляется целесообразным сформировать в структуре управления кадровой и организационно-методической работы.

Для поддержки процессов формирования и развития трудового потенциала учреждений здравоохранения следует обеспечить систематизированный сбор информации по следующим направлениям:

- состояние рынка труда в здравоохранении;
- состояние рынка образовательных услуг (медицинское образование);
- характеристика партнерских взаимодействий в здравоохранении;
- нормативно-правовая база в сфере оплаты и стимулирования труда в здравоохранении;
- инновационная деятельность медицинских организаций
- обратная связь.

В систематизированном виде содержание информации по указанным направлениям представлено в таблице 27. Отметим, что таким же образом информация может быть систематизирована и представлена на сайте отраслевого министерства. Для повышения удобства использования информации необходимо предусмотреть возможность поиска: по территориальному признаку, по направлениям медицинской деятельности (специализации), по медицинским учреждениям и пр. Это позволит повысить

эффективность реализации функции аналитического обеспечения процессов регулирования трудовых отношений в здравоохранении.

Таблица 27

Информационное наполнение интернет-страницы «Мониторинг трудовых отношений в учреждениях здравоохранения»<sup>129</sup>

| <b>Блоки информации</b>                   | <b>Содержательное наполнение блоков</b>   |
|---|---|
| Состояние рынка труда                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Данные официальной статистики о занятости в здравоохранении (по отдельным специальностям) в разрезе муниципальных образований;</li> <li>– Информация о наличии вакантных мест в регионе (по специальностям) в разрезе муниципальных образований</li> </ul>   |
| Состояние рынка образования               | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Данные о целевых местах, выделяемых на обучение по специальностям</li> <li>– Перечень образовательных учреждений, осуществляющих подготовку медицинских работников (с указанием формы и направления подготовки)</li> <li>– Данные о программах дополнительного профессионального образования, программах повышения квалификации в медицинской сфере</li> </ul> |
| Характеристика партнерских взаимодействий | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Перечень реализуемых в сфере здравоохранения проектов ГЧП;</li> <li>– Показатели деятельности медицинских учреждений – участников партнерства</li> </ul>   |
| Нормативно-правовая база                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Документы, регулирующие трудовые отношения в здравоохранении</li> <li>– Документы, регулирующие партнерские взаимодействия в здравоохранении</li> <li>– Информация о реализуемых в регионе Целевых программах в здравоохранении</li> </ul>   |
| Инновационная деятельность                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Показатели инновационной деятельности учреждений здравоохранения региона</li> <li>– Инвестиции в инновации в здравоохранении (в разрезе отдельных территорий)</li> <li>– Объемы оказания инновационных услуг (в разрезе медицинских учреждений)</li> </ul>   |

Представленная структура информационного содержания может рассматриваться как модель, открытая к различного рода корректировкам и уточнениям, и быть использована специалистами информационной сферы в развитие ее программно технологического наполнения.

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что представленная модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства и бизнеса, интегрирующая функциональный и иерархический контуры, позволяет

<sup>129</sup> Разработано автором на основе результатов исследования.

решать задачи регулирования указанных отношений посредством наиболее полного использования потенциала отношений партнерства. Она позволяет учитывать комплекс возникающих при этом эффектов как на различных уровнях управления, так и на отдельных этапах формирования и развития трудового потенциала в учреждениях здравоохранения. Предлагаемая модель позволяет не только оперативно отследить и решить проблемы в сфере развития трудовых взаимодействий, но и спрогнозировать тенденции развития системы здравоохранения, а также сопутствующие им изменения в экономических системах разного уровня (например, с использованием представленного в главе 2 инструментария когнитивного моделирования). Таким образом, отличительной особенностью данной модели мониторинга является то, что в отличие от существующих (в сфере мониторинга трудовых отношений), она является не *реактивной*, основанной на существующей ситуации и отслеживающей тенденции происходящих изменений при реализации партнерских взаимодействий, а *проактивной*, позволяющей самим участникам не только реагировать на изменения в системе трудовых взаимодействий, но и самим формировать эти изменения в соответствии задачами модернизации сферы здравоохранения.

### **3.2. Инструментарно-методическое обеспечение процесса мониторинга трудовых отношений в учреждениях здравоохранения**

Для проведения качественного мониторинга трудовых отношений в учреждениях здравоохранения необходимо наличие такой обеспечивающего его инструментария, который бы позволил сформировать информационно-аналитическую базу для решения следующих основных задач, ориентированных на достижение стратегических целей модернизации системы регулирования трудовых взаимодействий:

- обоснование направлений повышения эффективности развития проектов партнерства в здравоохранении, а также механизмов их реализации в трудовой сфере;
- разработка направлений институционализации трудовых отношений, реализуемых в рамках проектов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении с позиций задач модернизации;
- оценка эффектов в сфере трудовых отношений при реализации проектов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении, а также продуцируемых ими мультипликативных эффектов;
- предупреждение возникновения негативных эффектов в сфере трудовых взаимодействий в результате реализации проектов партнерства государства и бизнеса.

Очевидно, что существующий инструментарий мониторинга является недостаточным для решения данных задач, в силу ограниченности предоставляемой информационной базы<sup>130</sup>. В частности, в сборниках Росстата сведения о структуре кадров в здравоохранении представлены в целом по России, а не в разрезе отдельных территорий, что не позволяет получить представление о проблемах дефицита кадров в отдельных регионах. При характеристике условий трудовой деятельности акцент делается на вредные и опасные условия труда, при этом не предоставляется информация об уровне информатизации рабочих мест. Отсутствуют данные, характеризующие уровень инновационной активности медицинских работников, а также об использовании ими в своей деятельности инновационных технологий.

Исходной предпосылкой разработки методического инструментария, обеспечивающего проведение мониторинга трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения является его адекватность поставленным целям повышения эффективности регулирования труда в здравоохранении на основе активного использования механизмов партнерства государства и

---

<sup>130</sup> См., например, Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015; Регионы России. Социально-экономические показатели. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 2015.

бизнеса. В этой связи приоритетное внимание следует уделять тем инструментам, которые реализуются скоординированными действиями участников партнерских взаимодействий, в частности органами исполнительной власти отраслевого и регионального уровня и менеджментом медицинских учреждений. Такое внимание детерминировано также потребностью в расширении сферы трудовых взаимодействий в проектах партнерства и усилении взаимной ответственности партнеров за обеспечение их эффективности их регулирования.

С методологической точки зрения мониторинг выступает, с одной стороны – как *инструмент* сбора информации, с другой – как *процедура* выявления и отслеживания эффектов каких либо действий, которая в свою очередь предполагает использование определенного инструментария. Во-первых, необходимо определить, с помощью каких инструментов будет проводиться сбор информации, во-вторых, – с помощью каких инструментов будет осуществляться обработка полученной информации, и в-третьих, – с помощью каких инструментов на основе полученной информации будут разрабатываться управленческие решения.

Рассмотрим подробнее, какие инструменты будут использованы для проведения мониторинга социально-трудовых отношений в здравоохранении, принимая во внимание предметную область данного диссертационного исследования.

*Инструменты сбора информации.* В соответствии с предложенной автором сопряженной учетно-отчетной и проблемно-ориентированной оценкой можно выделить следующие основные группы показателей, необходимые для диагностики состояния трудовых взаимодействий и отслеживания получаемых в рамках реализации партнерских взаимодействий эффектов:

- показатели экономии бюджетных средств;
- показатели результативности деятельности работников здравоохранения;

- показатели инновационной активности работников сферы здравоохранения;
- показатели инновационной активности бизнеса в сфере производства медицинской техники, разработки новых технологий;
- социально-демографические и профессионально-квалификационные показатели рынка труда в здравоохранении;
- показатели удовлетворенности медицинских работников условиями трудовой деятельности и оплатой труда;
- показатели удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг;
- показатели оценки уровня институционализация социально-трудовых взаимодействий.

Традиционно инструментами сбора информации в рамках процедуры мониторинга являются различного рода опросы (социологические, экспертные), а также статистические наблюдения. В таблице 28 приведены основные инструменты и источники сбора информации, необходимой для получения указанных выше показателей.

Таблица 28

Инструменты и источники сбора информации при мониторинге трудовых отношений в учреждениях здравоохранения<sup>131</sup>

| Показатели                            | Инструмент                | Источник информации  |
|---------------------------------------|---------------------------|--|
| Показатели экономии бюджетных средств | Статистические наблюдения | Данные Росстата и его территориальных органов о структуре доходов и расходов региональных и муниципальных бюджетов. Отчеты о выполнении Программных документов, предусматривающих бюджетное финансирование сферы здравоохранения |

<sup>131</sup> Составлено автором на основе материалов исследования.

| <b>Показатели</b>   | <b>Инструмент</b>         | <b>Источник информации</b>   |
|---|---------------------------|--|
| Показатели результативности деятельности работников здравоохранения   | Статистические наблюдения | Отчеты о деятельности медицинских учреждений. Статистические формы отчетности. |
| Показатели инновационной активности работников учреждений здравоохранения   | Статистические наблюдения | Отчеты о деятельности медицинских учреждений. Статистические формы отчетности. |
| Показатели инновационной активности бизнеса в сфере производства медицинской техники, разработки новых технологий | Статистические наблюдения | Статистические формы отчетности.   |
| Социально-демографические и профессионально-квалификационные показатели рынка труда в здравоохранении             | Статистические наблюдения | Статистические формы отчетности.   |
| Показатели удовлетворенности медицинских работников условиями трудовой деятельности и оплатой труда               | Социологический опрос     | Результаты анкетирования работников здравоохранения.                           |
| Показатели удовлетворенности населения качеством оказания медицинских услуг                                       | Социологический опрос     | Результаты анкетирования населения.  |
| Показатели оценки уровня институционализация социально-трудовых взаимодействий                                    | Экспертные оценки         | Результаты работы экспертов.   |

Исходной базой для сбора информации о трудовых отношениях являются данные статистической отчетности, а также периодическая отчетность министерств, ведомств, региональных властей. Для проведения опроса медицинских работников с целью выявления уровня их удовлетворенности условиями труда может быть использована анкета, приведенная в приложении 5, а оценка удовлетворенности населения может быть проведена с использованием анкеты, приведенной в приложении 6 данного диссертационного исследования. Экспертный опрос может проводиться в соответствии с инструментарием, представленным в п.2.1 диссертационного исследования.

*Инструменты обработки информации.* Ключевыми инструментами обработки информации в рамках процессов регулирования трудовых взаимодействий являются следующие:

- экспертная и количественная оценка внутрисистемных, системных и мультипликативных эффектов;
- инструментарий учетно-отчетной оценки;
- инструментарий проблемно-ориентированной оценки;
- инструментарий экспертного попарного сравнения;
- инструментарий когнитивного моделирования.

Подробно содержание данного инструментария и специфика его применения по отношению к исследованию состояния трудовой сферы описано в предыдущей главе диссертации. Следует отметить, что наряду с перечисленными, в рамках обработки информации, полученной при проведении мониторинга, могут применяться методы экономико-статического и кластерного анализа, методы компаративного анализа, а также методы экономико-математического моделирования. Выбор конкретных методов исследования будет определяться поставленными задачами, а также спецификой реализуемых партнерских взаимодействий.

*Инструменты разработки и принятия управленческих решений* в сфере регулирования трудовых отношений в здравоохранении. В последние годы в практике стратегического управления находят применение следующие инструменты, тесно сопряженные с процедурой мониторинга:

- стратегии и целевые программы развития;
- «дорожные карты».

Данные инструменты доказали свою эффективность, в связи с чем широко используются в отношении развития отдельных подсистем социально-экономических систем различного уровня. Представляется возможным применение этих положительно зарекомендовавших себя инструментов и для разработки и принятия решений в сфере регулирования трудовых взаимодействий. Однако введение их в практику применения

предполагает адаптацию к отраслевой специфике содержания указанных взаимодействий, детерминированной потребностью достижения сбалансированности социальных функций здравоохранения и получения экономических и институциональных эффектов.

Стратегии и целевые программы развития партнерских взаимодействий в здравоохранении отличаются точечным использованием в решении задач повышения эффективности трудовых отношений. Кроме того, в большинстве случаев в них не отражены механизмы достижения целей в отношении развития трудовых отношений и кадрового потенциала. Так, например, в Концепции развития здравоохранения Ростовской области отмечается, что одной из ключевых задач является «укрепление кадрового потенциала лечебно-профилактических учреждений, стимулирование его мотивации к качественному труду»<sup>132</sup>. Однако в концепции не отражена возможность решения данной задачи посредством реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса. Соответственно формат таких стратегий также не определен. Это дает основание для авторской проработки вопросов содержательного наполнения указанных стратегических и программных документов в отношении инструментария разработки и принятия управленческих решений в сфере регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий.

Еще раз подчеркнем, что разработка авторских рекомендаций в отношении дополнения системы мониторинга трудовых отношений в здравоохранении новыми инструментами детерминирована *возможностью использования синергетического потенциала взаимодействия государства и бизнеса для развития данной сферы и обеспечения инновационных преобразований трудовой деятельности медицинских работников.*

Исходя их принципов системного подхода, рассматривая трудовые отношения как объект регулирующих воздействий, необходимо обеспечить

---

<sup>132</sup> Концепция развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года // Официальный портал Правительства Ростовской области. URL: <http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=75189&mid=128186&itemId=134>

сопряжение инструментов разработки и принятия управленческих решений с комплексом воздействий институционального, инфраструктурного и социально-экономического характера. Соответственно в рамках стратегии (целевой программы) развития партнерских взаимодействий в здравоохранении можно выделить следующие ее основные блоки:

- объектная стратегия;
- проектно-процессная стратегия;
- инфраструктурная стратегия;
- институциональная стратегия.

*Объектная стратегия.* Принимая во внимание, что объектом управления трудовыми взаимодействиями в учреждениях здравоохранения является трудовой потенциал, представляется, что объектная стратегия должна включать его количественные и качественные характеристики для соответствующего уровня разработки стратегии (отраслевого, регионального, отдельного медицинского учреждения). В частности, такими характеристиками могут выступать численность работников по специальностям, уровню квалификации и пр., показатели инновационной активности работников сферы здравоохранения, количество используемых новых технологий, уровень коммерциализации научных исследований и разработок, размер доходов, получаемых из различных источников трудовой деятельности (лечебно-диагностической, научной, консультационно-образовательной и т.д.). При этом объектная стратегия должна содержать как показатели, которые отражают существующее состояние социально-трудового потенциала, так и целевые ориентиры ее развития, а также ожидаемые эффекты, проявляющиеся наряду с внутрисистемными – внешними (мультипликативными) эффектами.

Однако рассматривая трудовой потенциал как объект управления, нельзя ограничиться только описанием его характеристик (существующих и ожидаемых), а также эффектов, возникающих при реализации данного потенциала. Следует также исследовать вопросы формирования эффективной

системы партнерских взаимодействий государства и бизнеса в целях решения задач стратегического развития на основе модернизации и инноватизации всей сферы трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, определяющей качество происходящих в ней производственных процессов. Это обуславливает необходимость реализации комплекса управляющих воздействий различного характера, отражаемых в проектно-процессной, инфраструктурной и институциональной стратегиях.

*Проектно-процессная стратегия* должна включать перечень процессов, которые позволяют «связать» ресурсы и возможности сотрудничающих субъектов в рамках реализации той или иной формы взаимодействия. При этом формирование различных моделей взаимодействий в рамках данной стратегии позволяет наглядно оценить преимущества каждой для повышения эффективности трудовых отношений, а также лимитирующие факторы их реализации.

Формирование проектно-процессной стратегии в соответствии с процессным подходом предполагает концентрацию усилий на достижение конечного результата и увязку данных усилий, представленных в виде отдельных проектов, в единый сквозной процесс. При разработке проектно-процессной стратегии важно предусмотреть следующие важные моменты:

- постановку целей и задач развития трудовых отношений с учетом как целей конкретных участников взаимодействий, так и отраслевых и региональных стратегических приоритетов;
- формирование интегрированной системы трудовых отношений участников партнерства;
- согласование целевых ориентиров развития трудовых отношений участников партнерства, а также механизмов и инструментов их регулирования;
- разработку механизмов, стимулирующих учреждения здравоохранения к реализации проектов партнерства государства и бизнеса. Несмотря на

то, что подобные механизмы существуют, они практически не ориентированы на развитие системы трудовых отношений.

В рамках проектно-процессной стратегии формируются проектные мероприятия (для отдельных медицинских учреждений, для отдельных территорий региона, для развития отдельных направлений медицинской деятельности, для реализации отдельных этапов процессов воспроизводства трудового потенциала и пр.), предполагающие реализацию различных форм партнерских взаимодействий государства и бизнеса. Применение «сквозного» подхода к разработке проектно-процессной стратегии позволяет обеспечить согласованность использования данного инструментария, его увязку по уровням иерархии управляемых и управляющих объектов, а также сопряжение с конкретными проблемами воспроизводства трудового потенциала учреждений здравоохранения, характерными для данной территории. Сам процесс регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий может быть представлен как некий алгоритм интеграции потенциалов государства и бизнеса, обеспечивающая осуществление сорегулирования трудовой деятельности медицинских работников.

Для обеспечения эффективности реализации проектно-процессной стратегии необходима ее тесная увязка с объектной стратегией на основе построения объектно-реляционной системы связей-отношений<sup>133</sup>. В развитие данной идеи представляется целесообразным дополнить данную систему связей-отношений «дорожными картами», которые будут рассмотрены далее. Данные карты могут стать инструментальной базой оценки, реализующей функции контроля состояния социально-трудовых отношений. Кроме того, исследование системы связей-отношений можно проследить на основе использования инструментария когнитивного моделирования, представленного в главе 2 данного исследования.

---

<sup>133</sup> Меркулова Ю.В. О комплексной системе связей между регионом, отраслью и фирмой при формировании стратегий их развития // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. №3. С. 141-146.

*Инфраструктурная стратегия* содержательно должна быть наполнена средовыми характеристиками системы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения. Ряд ученых, характеризуя инфраструктурную среду развития трудовых взаимодействий, отмечают ее интегрирующую роль, позволяющую получить некоторый синергетический эффект<sup>134</sup>. Как отмечают данные авторы, основное значение инфраструктурной среды состоит в снятии барьеров взаимодействия субъектов отношений при реализации совместных проектов, приводящее к экономии на транзакционных издержках реализации трудового контракта. Важно, чтобы формируемая инфраструктурная среда обеспечивала ориентированность развития трудовых отношений в рамках проектов партнерства на цели модернизации и инноватизации всей системы здравоохранения.

В качестве основных направлений инфраструктурной стратегии можно предложить следующие:

- развитие новых эффективных форм трудовых отношений в рамках реализации проектов партнерства государства и бизнеса;
- реализацию механизмов, обеспечивающих процессы воспроизводства трудового потенциала в здравоохранении, базирующихся на совместном участии партнеров в данном процессе с совместной ответственностью за его результаты;
- создание благоприятных институциональных условий для развития различных форм трудовых взаимодействий;
- формирование информационной среды партнерского взаимодействия в здравоохранении, организующей административное пространство реализации трудовых отношений.

*Институциональная стратегия.* Учитывая, что модернизацию системы трудовых отношений в здравоохранении следует рассматривать не

---

<sup>134</sup> Данилова И. В., Лавров В.Н., Илюхина С. В. Социальная инфраструктура села как фактор управления качеством трудовых ресурсов // Вестник ЮУрГУ. Серия: Экономика и менеджмент. 2010. №26 (202) С.113-117; Черновалова Г. А. Интегрированный центр компетенций предприятия как инфраструктурный механизм управления инновационным развитием персонала // Фундаментальные исследования. 2015. №3-0 С.217-223.

как единичную самостоятельную задачу, а в совокупности с преобразованиями во всей системе воспроизводства трудового потенциала данной сферы, предполагающих качественные структурные изменения, необходимы соответствующие институциональные преобразования, их формализующие. Значимость институциональных факторов в условиях модернизации трудовых отношений неоднократно подчеркивается в работах Т.В. Игнатовой, Е.В. Нехода, А.В. Карпушкиной и других ученых<sup>135</sup>. При этом, как справедливо отмечает Е.В. Нехода, «сама сущностная характеристика социально-трудовых отношений уже предполагает их институционализацию, то есть формирование устойчивых правил, процедур, норм, линий поведения и взаимодействия основных субъектов»<sup>136</sup>.

В рамках институциональной стратегии следует предусмотреть стратегию институциональных изменений в сфере трудовых отношений в здравоохранении. С институциональной точки зрения изменения в содержании трудовых отношений в здравоохранении должны в рамках реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса, должны проявляться, прежде всего, в изменении мотивации к инновационной деятельности, к постоянному саморазвитию, в формировании индивидуальных стратегий экономического поведения медицинских работников, базирующихся на представлении о возможности создания и реализации новых технологий в своей трудовой деятельности.

В настоящее время институциональная среда модернизации здравоохранения представлена совокупностью локальных институциональных сред (институт найма, институт эффективного контракта, институт государственно-частного партнерства, институт

---

<sup>135</sup> Винокурова А.М. Особенности институциональной среды здравоохранения // Известия ИГЭА. 2013. №3 С.61-65; Игнатова Т.В. Формирование инновационных качеств работника как ключевая проблема модернизации российского рынка труда // Социальная политика и социальное партнерство. 2011. № 11. С. 43-51; Карпушкина А.В. Институциональная среда социально-трудовых отношений: монография. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2011; Нехода Е.В. Институциональные преобразования социально-трудовых отношений в России: анализ эволюции // Вестник Томского государственного университета. 2008. №317 С.198-205; Овчинников В.Н., Кетова Н.П. Системодополняющий эффект взаимодействия инновационного потенциала и институциональной среды региона // Экономика региона. 2016. №2 С.537-546.

<sup>136</sup> Нехода Е.В. Институциональные преобразования социально-трудовых отношений в России: анализ эволюции // Вестник Томского государственного университета. 2008. №317 С.198-205.

целевого набора и пр.), которые различаются по регулирующим поведением работников механизмам и нормам:

- во-первых, данные институты ориентируют работника на разные целевые установки поведения (экономические, связанные с обеспечением «выживания» в рыночных условиях и социальные, обусловленные социальной значимостью отрасли);
- во-вторых, институциональные механизмы оказываются локализованными в отдельных сферах трудовой деятельности и слабо пересекаются, не обеспечивая ее комплексную, системную модернизацию.

В этой связи в рамках институциональной стратегии следует обеспечить увязку отдельных институциональных механизмов в единую систему, ориентированную на рост капитализации трудового потенциала сферы здравоохранения, достигаемый в том числе на основе развития партнерских взаимодействий государства и бизнеса.

Следующий инструмент разработки и принятия управленческих решений в сфере регулирования трудовых отношений в здравоохранении, имеющий непосредственное отношение к их мониторингу, - это «дорожная карта». *Дорожные карты* в последние годы находят широкое применение при организации действий по осуществлению мониторинга за состоянием управляемых процессов. В них фиксируются этапы реализации разрабатываемых стратегий, а также обеспечивающие каждый этап ресурсы и механизмы, отражаются ожидаемые показатели эффектов.

Дорожную карту модернизации сферы трудовых отношений в рамках реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса можно представить в виде совокупности увязанных между собой мероприятий, нацеленных на развитие трудового потенциала работников медицинского учреждения (если проект реализуется на уровне отдельной организации), либо на развитие трудового потенциала учреждений здравоохранения в

регионе (при реализации проекта на уровне региона). Пример возможного представления дорожной карты представлен на рисунке 23.

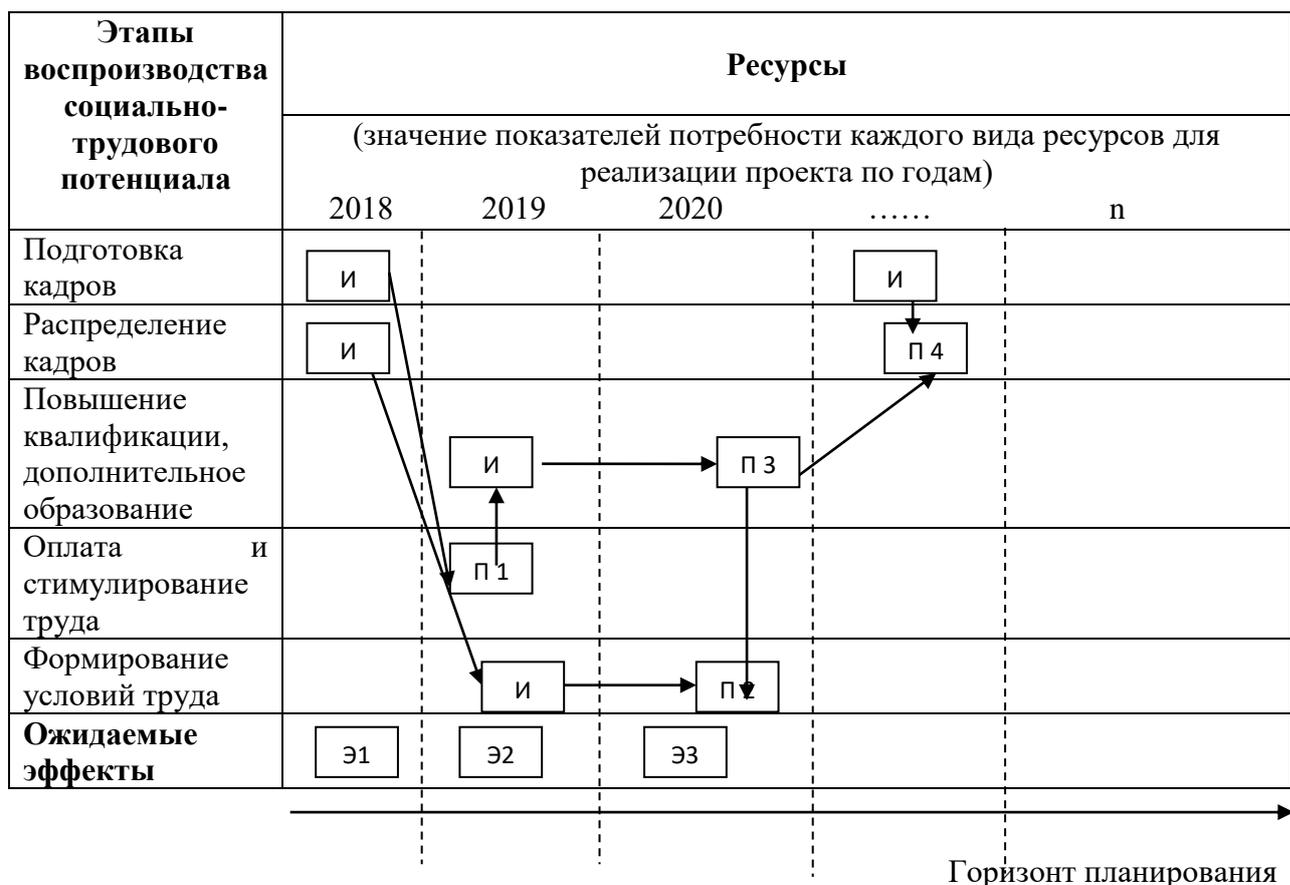


Рисунок 23. Пример представления «дорожной карты» развития трудового потенциала учреждений здравоохранения<sup>137</sup>

Представленная схема содержит основные блоки работ (И – мероприятия институционального характера, П – проектные мероприятия), а также ожидаемые эффекты (Э) на каждом этапе горизонта планирования. Содержание дорожной карты предполагает выделение основных этапов воспроизводства социально-трудового потенциала. Состав показателей дорожной карты, задающих траекторию развития сферы социально-трудовых взаимодействий, может быть определен исходя из перечня, установленного для проведения учетно-отчетной и проблемно ориентированной оценки (глава 2 данного диссертационного исследования). Например: доля медицинских работников, прошедших переподготовку и/или повышение квалификации для работы с высокотехнологичным оборудованием,

<sup>137</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

количество освоенных инновационных технологий в медицинском учреждении и пр.

При реализации проектов партнерства государства и бизнеса дорожные карты могут составляться для каждого участника взаимодействий, а затем, на основе нескольких карт может быть сформирована общая дорожная карта. Поскольку все участники партнерства в той или иной мере связаны трудовыми взаимодействиями, то при изменении составных компонентов их дорожных карт необходима корректировка и итоговой карты. Так же при изменении итоговой дорожной карты (например, в результате изменения общего стратегического видения направлений развития отдельных компонент трудового потенциала) необходима коррекция дорожных карт взаимодействующих субъектов.

Основным преимуществом дорожных карт по сравнению с календарным графиком планирования с методической точки зрения является ориентация реализуемых мероприятий на конечную цель – повышение эффективности регулирования трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения, развитию на инновационной основе трудового потенциала. Регулярное сопоставление на каждом шаге горизонта планирования величины полученных эффектов с ожидаемыми позволяет своевременно внести коррективы в проекты развития партнерских взаимодействий. Представляется, что информация дорожных карт развития трудового потенциала учреждений здравоохранения может быть использована представителями регионального и муниципального управления при разработке целевых программных документов социально-экономического развития. Таким образом, дорожные карты могут стать действенным инструментом повышения эффективности регулирования трудовых взаимодействий в здравоохранении.

Роль дорожных карт в модернизации системы трудовых отношений в здравоохранении и в региональном стратегировании в схематичном виде представлена на рис. 24.

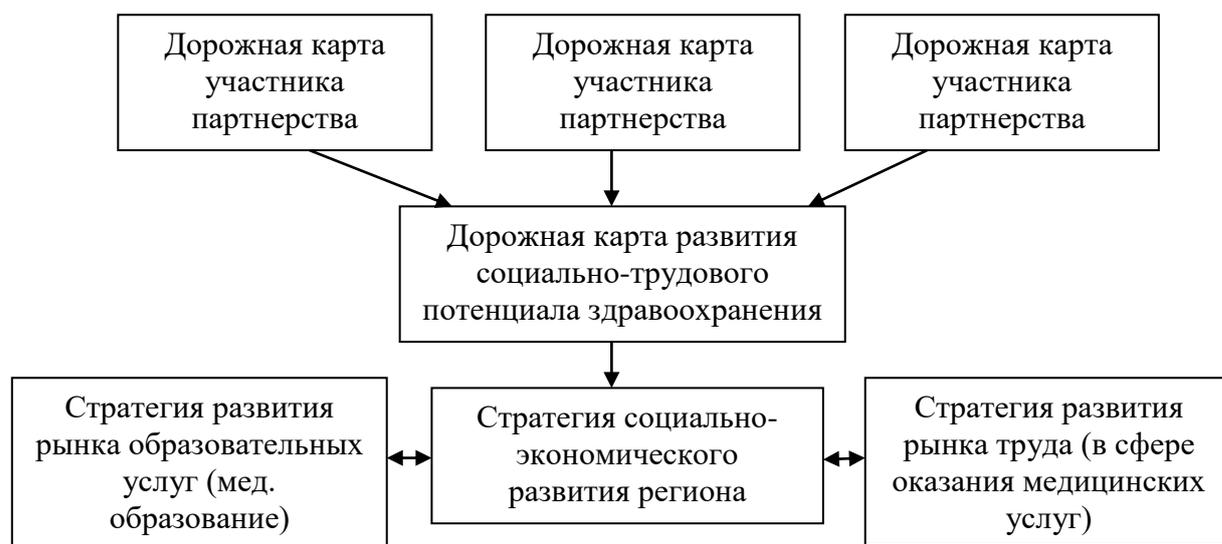


Рисунок 24. Роль дорожных карт в отраслевом и региональном стратегировании<sup>138</sup>

Обобщая вышеизложенное, следует сказать, что представленный методический инструмент мониторинга трудовых отношений в учреждениях здравоохранения представляет собой взаимосвязанную совокупность инструментов, призванных обеспечить комплексное использование потенциалов государства и бизнеса в повышении эффективности регулирования труда медицинских работников на основе использования перспективных форм взаимодействия, задавая в качестве одного из основных критериев эффективности формирование рациональных демографических и профессионально-квалификационных пропорций в структуре трудового потенциала здравоохранения. Инструментарий предполагает использование проблемно-ориентированных оценок, результатом чего станет модернизация трудовых отношений в здравоохранении, снижение имеющихся противоречий. Он позволяет сфокусировать внимание субъекта управления на стратегических направлениях развития системы здравоохранения, в числе которых:

- снижение диспропорций в пространственном размещении социально-трудового потенциала здравоохранения;

<sup>138</sup> Разработано автором на основе материалов исследования.

- повышение инновационной активности работников учреждений здравоохранения;
- повышение качества и доступности оказания медицинских услуг населению;
- повышение уровня мотивированности медицинских работников к получению дополнительных знаний с целью использования инновационных технологий и высокотехнологичного оборудования в своей трудовой деятельности.

Очевидно, что представленные инструменты могут быть востребованы в стратегическом управлении модернизационным развитием сферы трудовых отношений в здравоохранении. Их использование позволит существенно расширить сферу взаимодействия государства и бизнеса, а на основе увеличения количества и состава отслеживаемых в рамках мониторинга параметров повысить эффективность указанных взаимодействий в отношении регулирования трудовой деятельности медицинских работников.

### **3.3. Технологии обработки данных для выявления скрытой информации об эффектах партнерских взаимодействий в здравоохранении**

Статистические данные, характеризующие деятельность учреждений здравоохранения, свидетельствуют о том, что усиление партнерских взаимодействий государства и бизнеса в данной сфере позволяет в значительной мере повысить конкурентоспособность отечественной медицины, существенно минимизировать рыночные риски функционирования. Эффекты партнерства проявляются и в сфере трудовых отношений в здравоохранении, продуцируя при этом положительные социально-экономические импульсы и во внешнюю среду. В то же время, в силу неявного характера проявления эффектов, информация о них не отражается в официальных источниках. Обычно, при оценке эффективности

реализации проектов партнерства государства и бизнеса в здравоохранении речь идет, прежде всего, об экономической и бюджетной эффективности реализуемых проектов<sup>139</sup>. Тем не менее, официальные источники информации могут стать полноценным источником получения скрытой в них информации об эффектах партнерских взаимодействий в сфере трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при использовании современных средств и технологии обработки данных.

Проблема получения скрытой информации связана с тем, что наличие большого объема данных с большим количеством узлов распределенных данных не позволяет обработать их традиционными способами. Решение данной проблемы стало возможным благодаря появлению технологий BigData («больших данных»), позволяющих совершать междисциплинарные исследования, изучая различные его аспекты. Следует отметить постоянно возрастающий интерес к данной технологии, о чем свидетельствуют данные о динамике поисковых запросов с ключевым словом «Big Data» (синий цвет на графике), «Apache Hadoop» (красный цвет на графике), «MapReduce» (желтый цвет на графике), NoSQL (зеленый цвет на графике) (рис. 25). При этом по прогнозам экспертов популярность данных запросов будет возрастать.

Используя технологии «Big Data», по мнению ряда исследователей в различных областях знаний, можно получить вторичную информацию более высокого структурного уровня, что позволяет считать ее новой информационной базой<sup>140</sup>.

Сам термин «большие данные» используется по отношению к наборам данных, объем которых превосходит возможности типичных баз данных по управлению и анализу информации. Несмотря на то, что цикл обработки

---

<sup>139</sup> Авдеева О. В. Развитие государственно-частного партнерства в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2008. №2 С.141-150; Козлова О. А., Шеломенцев А. Г., Петровская А. А. Методические вопросы оценки социальной результативности проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Вестник ОГУ. 2014. №8 (169). С.20-23; Разумовский А. В., Полина Н. А., Коптева Л. Н. Перспективы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении // Медицинский альманах. 2013. №2 (26) С.19-23; Позднякова С.В., Какушкина М.А. О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении // Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ. 2016. №5 С.183-195 и др.

<sup>140</sup> Грехов А.В. Квантификационный метод: поиск латентной информации // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2012. №1 (3). С. 94-100.

информации данных включает те же этапы, что и при использовании традиционных технологий (сбор, анализ, представление результатов анализа), тем не менее, содержательно данные этапы несколько различаются.

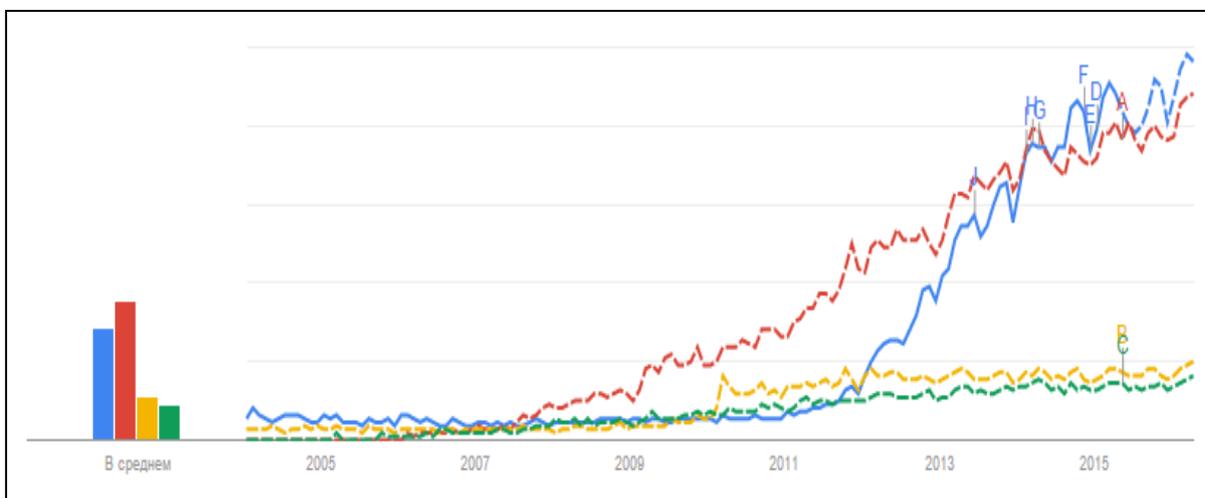


Рисунок 25. Динамика популярности поисковых запросов, связанных с использованием технологий «Big Data»<sup>141</sup>

Рассмотрим подробнее содержание каждого этапа обработки больших данных применительно к проблематике выявления эффектов в сфере трудовых взаимодействий в здравоохранении при реализации проектов партнерства государства и бизнеса.

*Этап сбора данных.* В отличие от информационных хранилищ, информация которых оперативными базами данных с определенной периодичностью (например, ежегодные формы статистической отчетности), сведения, позволяющие получить информацию об изменениях в сфере трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения и продуцируемых ими внешних эффектах, поступают потоками. В этой связи, при внедрении описанной выше системы мониторинга трудовых отношений одной из приоритетных является задача выявления и структурирования большого объема данных, достаточно часто представленных в неформализованном виде. В частности, речь идет об отзывах и комментариях пациентов о

<sup>141</sup> Сервис GoogleTrends.URL: <https://www.google.com/trends>

качестве оказания медицинских услуг, сведениях по госзакупкам в сфере здравоохранения, выставленные в Интернет-сети фотографии, иллюстрирующие условия деятельности медицинских работников и пр.

В отличие от традиционных информационных хранилищ, в которых все данные проходят через один логический блок, решение проблемы сбора больших данных, выявление авторитетных источников информации обеспечивается работой распределенных серверов.

*Этап анализа.* Анализ больших объемов данных может осуществляться с использованием статистических методов, многие из которых реализованы в программных продуктах AsterData, SAPHANA, nCluster, Greenplum Chorus. Таких методов достаточно много. Основные из них приведены в таблице 29 с указанием основных задач, которые они позволяют решать при мониторинге трудовых взаимодействий в здравоохранении. Некоторые из перечисленных методов могут быть использованы и при анализе небольших объемов данных, однако наибольшую свою эффективность они демонстрируют при анализе больших выборок.

Таблица 29

Методы анализа больших данных<sup>142</sup>

| Метод  | Характеристика метода  | Пример решаемой задачи при мониторинге трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения        |
|--|--|---|
| Статистический анализ:<br>A/BTesting         | поочередное сравнение контрольной выборки с другими выборками  | выявление оптимальной формы партнерских взаимодействий, исходя из наибольшего проявления эффектов   |
| Статистический анализ:<br>TimeSeriesAnalysis | анализ последовательности данных, повторяющихся во времени   | отслеживание уровня напряженности труда медицинских работников                                      |
| Пространственный анализ                      | предполагает использование топологической и географической информации                                  | выявление территорий, имеющих дефицит медицинских кадров определенной специальности                 |
| Классификация                                | категоризация новых данных в соответствии с принципами, используемыми в отношении уже имеющихся данных | возможность предсказать поведенческую модель сотрудников, например, при изменении системы мотивации |

<sup>142</sup> Составлено автором на основе материалов исследования.

| Метод   | Характеристика метода  | Пример решаемой задачи при мониторинге трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения                                 |
|---|--|--|
| Кластерный анализ   | классификация исследуемых объектов на группы в соответствии с выявленными ранее неизвестными признаками                  | определение особенностей проявления эффектов при разных типах партнерских взаимодействий                                     |
| Регрессионный анализ  | выявление закономерностей между переменными  | прогнозирование появления эффектов при реализации определенного проекта  |
| Смешение и интеграция данных (Data Fusion and Data Integration) | использование набора методов, позволяющих сопоставлять объективные и субъективные оценки                                 | оценка качества оказания медицинских услуг населению при реализации партнерских отношений государства и бизнеса              |
| Predictive modeling   | Прогнозная методика, предполагающая построение математической модели вероятного сценария развития событий                | выявление условий трудовой деятельности, которые могут повлиять на выпускника медучреждения при выборе места трудоустройства |
| Оптимизация   | набор методов, позволяющих проводить реструктуризацию сложной системы для улучшения одного или нескольких ее компонентов | определение составных мероприятий проекта партнерства, обеспечивающих максимальное проявление определенного эффекта          |
| Сетевой анализ  | совокупность методов анализа связей между узлами определенной сети   | анализ наличия взаимосвязи между реализацией проектов партнерства и качеством трудовой деятельности                          |

*Представление результатов анализа.* Традиционными инструментами представления результатов обработки данных являются отчеты, диаграммы, схемы. Однако при обработке больших объемов данных указанные инструменты не всегда возможно применить. В связи с этим в практике представления информации для больших объемов данных находят распространение разнообразные методы визуализации, в числе которых можно выделить следующие: кластерограммы, пространственный поток, граф.

Таким образом, технологии Data Mining являются сложными, многослойными, многоаспектными, сочетая в себе инструменты статистики, теории баз данных, искусственный интеллект и др. Одной из важнейших характеристик данной технологии является возможность обнаружения

неочевидных и неожиданных закономерностей, которые составляют скрытые знания. Как видно из содержания методов анализа больших данных, представленного в таблице 24, они позволяют выявить следующие основные типы закономерностей.

- Последовательность. Например, исследования показали, что 15% выпускников медицинских вузов выбирают трудоустройство в сельской местности, однако обеспечение молодых специалистов сельской местности собственным жильем с высокой степенью вероятности повысит данный процент до 25%.
- Классификация и кластеризация. Позволяет структурировать проекты ГЧП в соответствии с некоторым набором правил, которые либо заранее определены (классификация), либо выявлены в процессе обработки данных (кластеризация).
- Прогнозирование. Предсказание возможного варианта развития событий. Например, прогнозирование проявления определенного вида эффектов в сфере социально-трудовых взаимодействий.

Как было отмечено ранее, реализация технологий больших данных для поиска скрытой информации реализуется с использованием программных продуктов. В частности, решение обозначенных выше задач в отношении проведения мониторинга системы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения предполагает использование:

- средств построения хранилища данных;
- системы оперативной аналитической обработки;
- информационно-аналитические системы;
- средства интеллектуального анализа;
- инструменты выполнения запросов и построения отчетов.

Процесс обработки данных сводится к следующей последовательности действий (рис. 26).



Рисунок 26. Процесс обработки информации с использованием программных продуктов<sup>143</sup>

Процесс обработки информации начинается с регистрации данных, поступающих из различных источников, корпоративных информационных систем ERP, CRM и пр. Затем при помощи ETL-инструментов проводится извлечение данных из внешних источников, осуществляется их трансформация и очистка в соответствии с поставленной задачей проводимого исследования. Анализ накопленных данных выполняется при помощи OLAP инструментов, а также инструментов генерации отчетов. Следующим этапом является распределение проанализированной информации по порталам, сформированным наборами информации. Обычно для этого применяются EBIS системы. Полученные наборы информации предоставляются соответствующим субъектам управления для выработки стратегического решения на основе полученной информации. Обратная связь позволяет отдельным категориям пользователей взаимодействовать друг с другом. Реагирование пользователя на информацию, получаемую из наборов информации, заключается в принятии управленческих решений в отношении исследуемого объекта (в рассматриваемом случае – система регулирования социально-трудовых взаимодействий в здравоохранении), а также

<sup>143</sup>Составлено автором.

предполагает возможность внесения изменений в сам процесс функционирования информационной системы.

Несмотря на все преимущества применения технологий Data Mining в исследовании эффективности реализации трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения, их широкое распространение сдерживается рядом факторов, обусловленных:

- наличие закрытых данных, вызванных спецификой функционирования организаций сферы здравоохранения;
- разрозненностью и значительным разнообразием источников информации, характеризующих сферу трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения;
- отсутствие системы единого учета проектов партнерства, а также различных видов партнерских взаимодействий государства и бизнеса, реализуемых в сфере здравоохранения;
- отсутствием у медицинских работников необходимых компетенций для использования аналитических систем обработки информации.

В то же время в отечественной практике уже имеются примеры успешного использования современных технологий обработки информации.

Так, одним из важнейших аспектов повышения эффективности регулирования труда в здравоохранении является анализ пространственной организации трудовой деятельности медицинских работников, выявление дефицита кадров на отдельных территориях, оценка географических факторов здоровья населения. Решение обозначенных задач может быть осуществлено на основе применения медицинской географической информационной системы.

Так, например, данные медицинской статистики, классифицированные по различным видам заболеваний, могут быть использованы для целевой подготовки медицинских работников определенной специальности и трудоустройства их в определенных регионах. Пример выходного отчета

медицинской ГИС, составленный по динамике изменения заболеваний нервной системы представлен на рисунке 27.

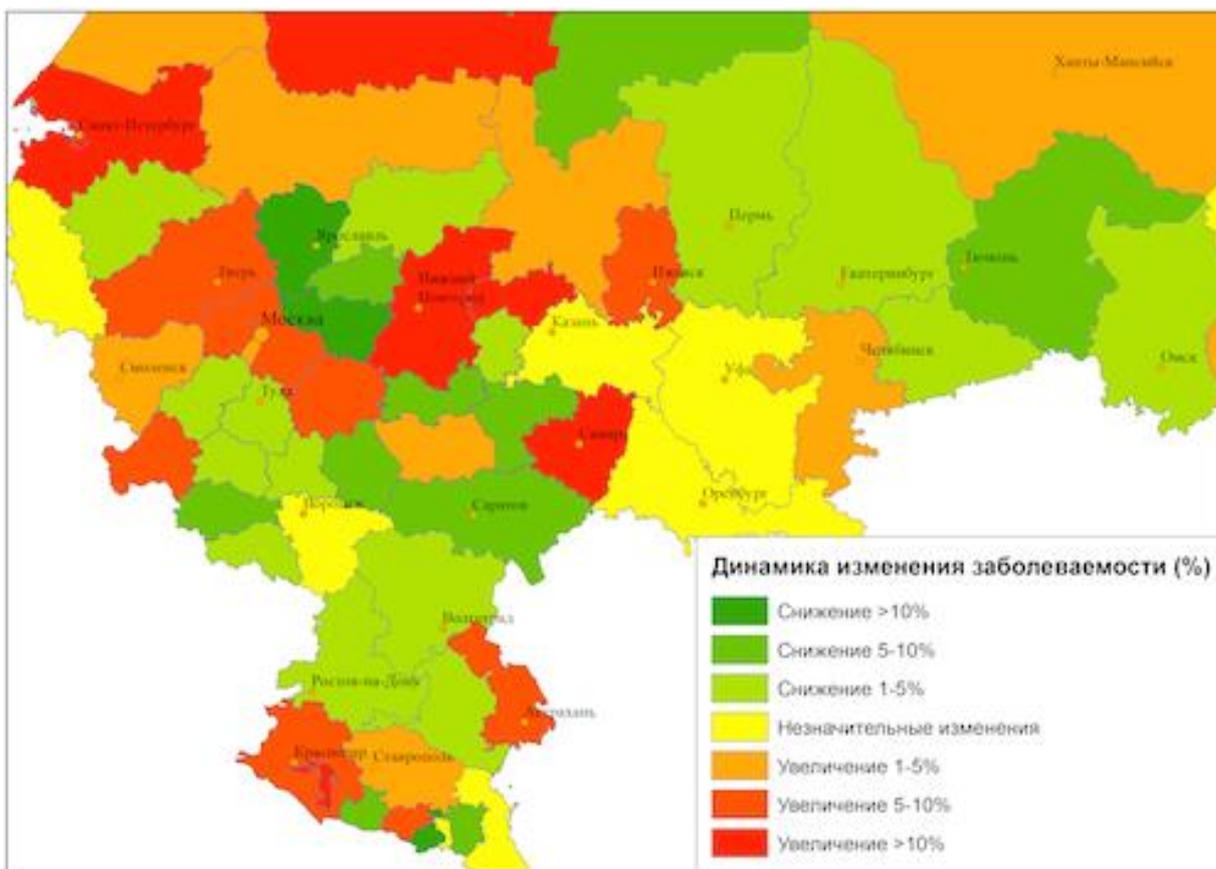


Рисунок 27. Пример выходного отчета медицинской ГИС, составленный по динамике изменения заболеваний нервной системы<sup>144</sup>

В соответствии с представленными данными можно принять решение о необходимости целевой подготовки специалистов в сфере заболеваний нервной системы в регионах, обозначенных красным и оранжевым цветом. Для реализации такой подготовки и обеспечения социальной поддержки населения возможно стимулирование развития партнерских взаимодействий медицинских образовательных учреждений, бизнеса, и медицинских организаций в указанных регионах. Кроме того, перспективным может стать выделение грантовой поддержки со стороны государства медицинским организациям на осуществление научных разработок в сфере болезней нервной системы.

<sup>144</sup> Источник: Медицинская геоинформатика: как оценить здоровье региона. [Электронный ресурс]. URL: <http://bigdata.cnews.ru/reviews/index.shtml?2013/09/12/542854>

Чтобы продемонстрировать возможности применения технологий анализа больших данных в практике исследования эффектов в сфере трудовых отношений, воспользуемся базами данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области, а также данными Росстата.

На основе данных о заболеваемости населения Ростовской области выявим скрытые зависимости, которые позволят получить информацию, имеющую отношение к кадровому составу медицинских работников и обеспеченности медицинских учреждений специалистами определенного профиля. При проведении анализа были использованы данные ЦРБ по Азовскому, Шолоховскому, Волгодонскому, Ремонтненскому и Батайскому районах Ростовской области. Заметим, что при необходимости приведенную методику можно масштабировать на любое количество объектов. Выборка территорий региона была проведена таким образом, чтобы сравнить различные условия проживания населения: безводная территория Ремонтненского района, территория вблизи Волгодонской АЭС, а также территории вблизи крупных городов – Азовский и Батайский районы.

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, каждый класс болезней имеет кодовое обозначение. Данные о количестве заболеваний по отдельным классам болезней для выбранных территорий представлены в таблице 30.

Согласно предварительной оценке количества заболеваний, приведенных в таблице 30, наибольшее количество болезней приходится на класс заболеваний органов дыхания и органов пищеварения, а также заболеваний системы кровообращения.

Для обеспечения возможности сопоставления показателей проведем расчет структуры заболеваемости на 1000 застрахованных. Результаты расчета представлены в таблице 31 и проиллюстрированы на рисунке 28.

Таблица 30

Данные о количестве заболеваний по отдельным классам болезней для отдельных территорий Ростовской области<sup>145</sup>

| Классы заболеваний                   | Количество зарегистрированных страховых случаев |                   |                    |                     |                 |
|--------------------------------------|---|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
|                                      | Азовский район                                  | Шолоховский район | Волгодонский район | Ремонтненский район | Батайский район |
| I                                    | 1 068   | 284               | 535                | 235                 | 3 204           |
| II                                   | 5 293   | 3 167             | 2 062              | 3 223               | 9 450           |
| III                                  | 575   | 1 059             | 329                | 196                 | 685             |
| IV                                   | 11 060  | 8 747             | 4 267              | 3 142               | 14 266          |
| V                                    | 3   | 33                | 1                  | 5                   | 8               |
| VI                                   | 8 278   | 6 696             | 4 153              | 7 104               | 15 058          |
| VII                                  | 8 539   | 9 562             | 3 461              | 3 278               | 14 060          |
| VIII                                 | 2 262   | 2 553             | 734                | 2 059               | 5 214           |
| IX                                   | 30 306  | 20 702            | 12 323             | 9 370               | 40 048          |
| X                                    | 36 464  | 22 748            | 13 405             | 16 512              | 85 850          |
| XI                                   | 22 657  | 19 192            | 10 082             | 12 064              | 13 621          |
| XII                                  | 2 375   | 146               | 968                | 1 599               | 3 706           |
| XIII                                 | 19 323  | 12 843            | 5 619              | 6 045               | 19 397          |
| XIV                                  | 11 231  | 13 339            | 6 421              | 7 165               | 15 850          |
| XV                                   | 3 893   | 4 048             | 2 230              | 1 707               | 18 133          |
| XVI                                  | 50  | 10                |                    |                     | 61              |
| XVII                                 | 129   | 95                | 10                 | 2                   | 2 166           |
| XVIII                                | 140   | 71                | 16                 | 64                  | 343             |
| XIX                                  | 4 623   | 3 501             | 2 584              | 1 711               | 24 176          |
| XX                                   | 1   | 5                 |                    |                     | 5               |
| XXI                                  | 49 076  | 31 573            | 25 429             | 23 302              | 102 326         |
| <b>Общее число страховых случаев</b> | <b>217 346</b>                                  | <b>160 374</b>    | <b>94 629</b>      | <b>98 783</b>       | <b>387 627</b>  |

Таблица 31

Структура заболеваемости на 1000 страховых случаев<sup>146</sup>

| Классы заболеваний | Количество заболеваний класса на 1000 заболевших |                   |                    |                     |                 |
|--------------------|--|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
|                    | Азовский район                                   | Шолоховский район | Волгодонский район | Ремонтненский район | Батайский район |
| I                  | 4,91   | 1,77              | 5,65               | 2,38                | 8,27            |
| II                 | 24,35  | 19,75             | 21,78              | 32,62               | 24,38           |
| III                | 2,65   | 6,60              | 3,48               | 1,98                | 1,77            |
| IV                 | 50,89  | 54,54             | 45,07              | 31,80               | 36,80           |
| V                  | 0,01   | 0,21              | 0,01               | 0,05                | 0,02            |
| VI                 | 38,09  | 41,75             | 43,87              | 71,91               | 38,85           |

<sup>145</sup> Составлено на основании данных ТФОМС Ростовской области

<sup>146</sup> Составлено на основании данных ТФОМС Ростовской области

| Классы заболеваний | Количество заболеваний класса на 1000 заболевших |                   |                    |                     |                 |
|--------------------|--|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
|                    | Азовский район                                   | Шолоховский район | Волгодонский район | Ремонтненский район | Батайский район |
| VII                | 39,29  | 59,62             | 36,56              | 33,18               | 36,27           |
| VIII               | 10,41  | 15,92             | 7,75               | 20,84               | 13,45           |
| IX                 | 139,44   | 129,09            | 130,17             | 94,85               | 103,32          |
| X                  | 167,77   | 141,84            | 141,60             | 167,14              | 221,48          |
| XI                 | 104,24   | 119,67            | 106,50             | 122,12              | 35,14           |
| XII                | 10,93  | 0,91              | 10,22              | 16,19               | 9,56            |
| XIII               | 88,90  | 80,08             | 59,35              | 61,19               | 50,04           |
| XIV                | 51,67  | 83,17             | 67,83              | 72,53               | 40,89           |
| XV                 | 17,91  | 25,24             | 23,56              | 17,28               | 46,78           |
| XVI                | 0,23   | 0,06              | 0,00               | 0,00                | 0,16            |
| XVII               | 0,59   | 0,59              | 0,11               | 0,02                | 5,59            |
| XVIII              | 0,64   | 0,44              | 0,17               | 0,65                | 0,88            |
| XIX                | 21,27  | 21,83             | 27,29              | 17,32               | 62,37           |
| XX                 | 0,00   | 0,03              | 0,00               | 0,00                | 0,01            |
| XXI                | 225,80   | 196,87            | 268,61             | 235,87              | 263,98          |
| <b>ИТОГО</b>       | <b>1 000</b>                                     | <b>1 000</b>      | <b>1 000</b>       | <b>1 000</b>        | <b>1 000</b>    |

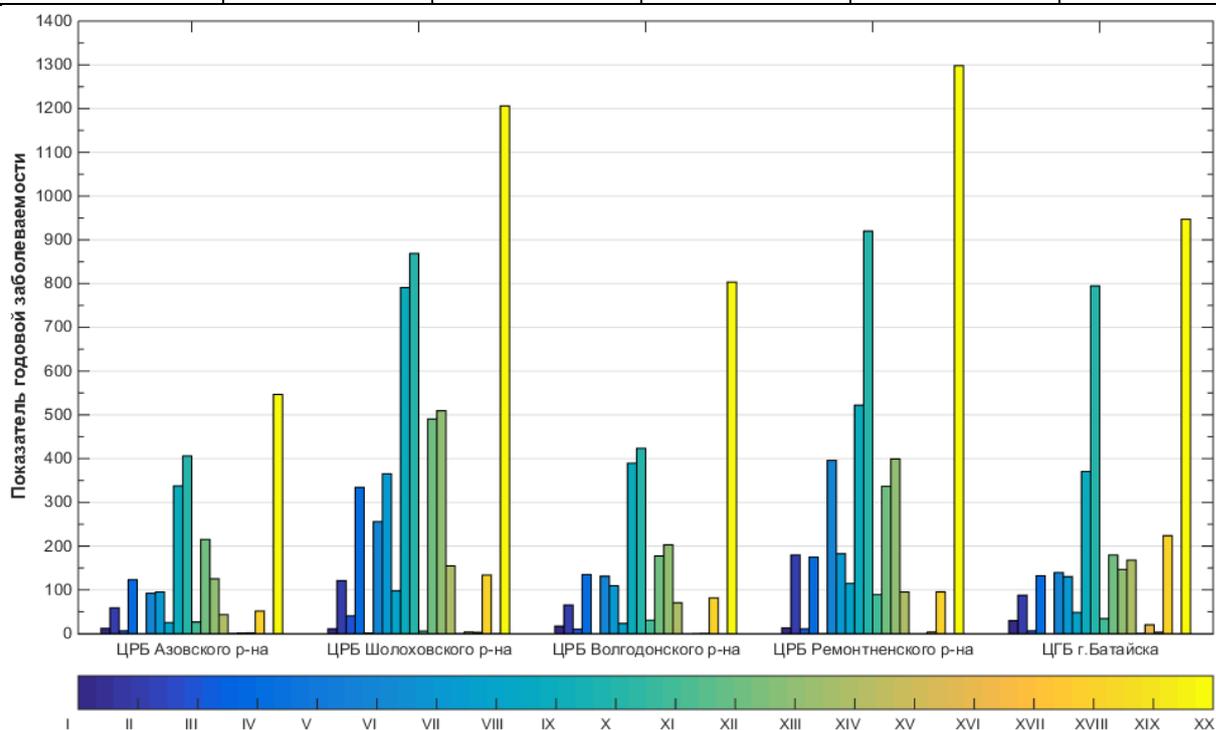


Рисунок 28. Показатели заболеваемости населения в отдельных районах Ростовской области на 1000 человек<sup>147</sup>

<sup>147</sup> Составлено в программе MATLAB на основании данных ТФОМС Ростовской области.

Далее проанализируем сезонность заболеваемости. Графическое отображение показателей сезонности заболеваемости для выбранных районов Ростовской области представлено на рисунке 29.

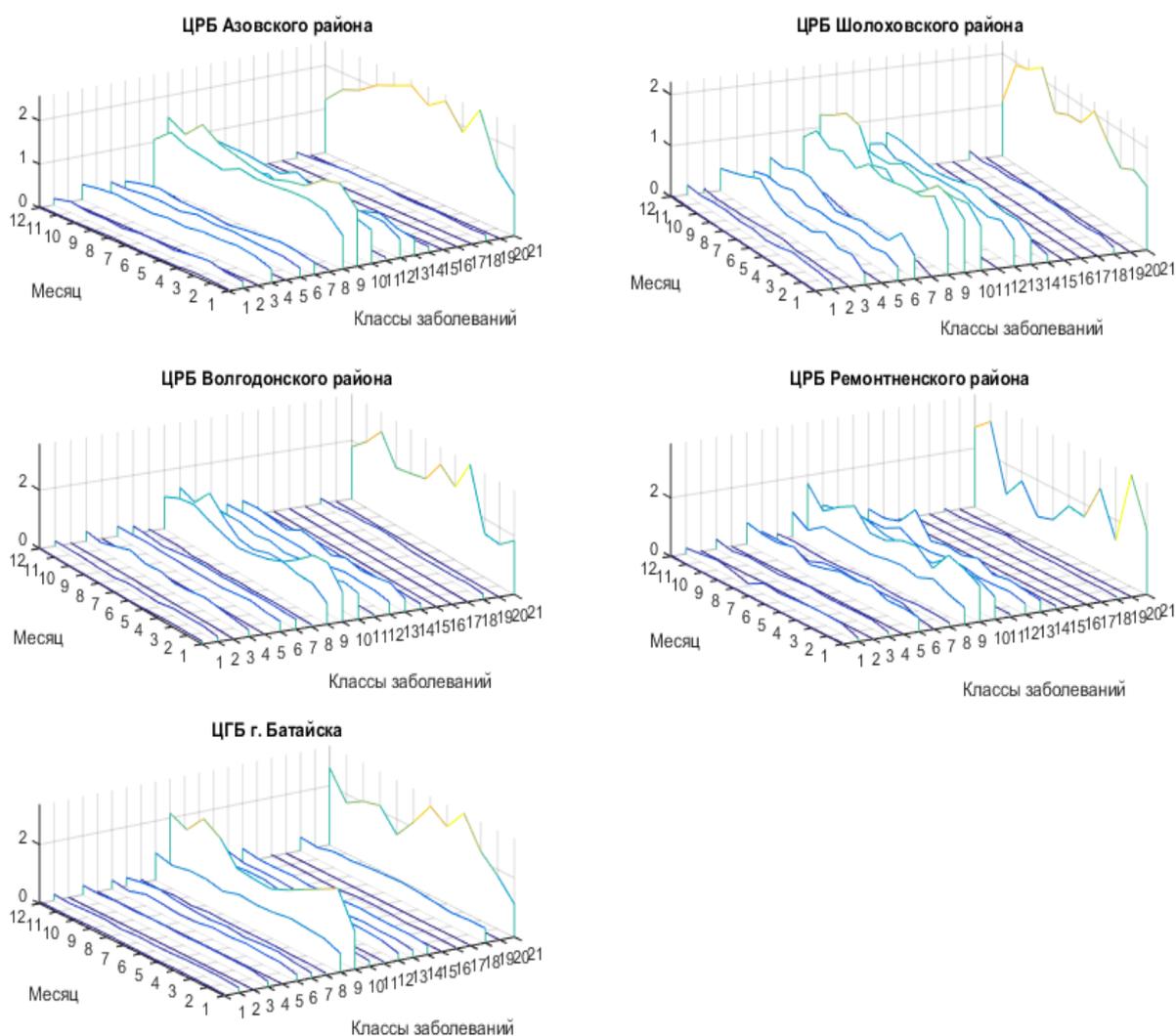


Рисунок 29. Графики сезонности заболеваемости для выбранных районов Ростовской области<sup>148</sup>

Приведенные данные демонстрируют значительное увеличение болезней органов дыхания в период с января и апрель, а также с октября по ноябрь. С конца июля по октябрь отмечается обострение аллергических ринитов. При этом наличие схожих тенденций во всех исследуемых районах подтверждает предположение о том, что приведенные болезни носят сезонный характер. Данная информация имеет значение в системе регулирования труда медицинских работников, поскольку позволяет принять

<sup>148</sup> Построено в программе MATLAB на основании данных ТФОМС Ростовской области

решение об объемах закупки медицинских препаратов, о загрузке медицинского персонала, о необходимости проведения профилактических, а возможно, и выездных мероприятий. Соответственно эта информация позволяет сформировать мероприятия в рамках партнерских взаимодействий медицинских учреждений, бизнеса, образовательных учреждений в отношении проведения определенных профилактических действий, дополнительных закупок оборудования и прочие.

Также представляется возможным рассмотрение характера заболеваемости с учетом особенностей экологической ситуации, размещением определенных видов производств, особенностей климата и пр. Полученные данные о наличии таких взаимосвязей позволят принять решение о перспективах проведения совместных научных разработок в отношении разработки новых медицинских технологий, оборудования для лечения определенных типов болезней и построении на этой основе партнерских отношений государства и бизнеса.

Заметим, что полученная информация может быть интересна и для других субъектов региональной системы. То есть, речь идет о проявлении синергетических эффектов использования медицинской информации. В частности, из данных заболеваемости по районам Ростовской области можно заметить значительно большее по сравнению с другими районами количество заболеваний и смертности по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин». Сопоставление этих данных с показателями дорожно-транспортных происшествий в данном районе позволит сделать вывод о том, в какой мере рост травм связан с организацией дорожно-транспортного движения. Соответственно будут приняты меры о дополнительном контроле движения в данном районе.

На следующем этапе обработки данных необходимо подтвердить сформированные гипотезы о наличии взаимосвязи между рассматриваемыми явлениями (процессами, событиями), а также оценить силу этой связи. Решение данной задачи обеспечивается инструментами регрессионного

анализа. В качестве примера таких причинно-следственных связей можно назвать следующие:

- объемы инвестиций в развитие медицинского учреждения – удовлетворенность населения предоставляемыми услугами здравоохранения;
- объемы инвестиций в развитие медицинского учреждения – обеспеченность медицинскими кадрами соответствующей квалификации и др.

Результатом такого анализа будет построение поля корреляции для исследуемой модели по примеру изображенного на рисунке 30.

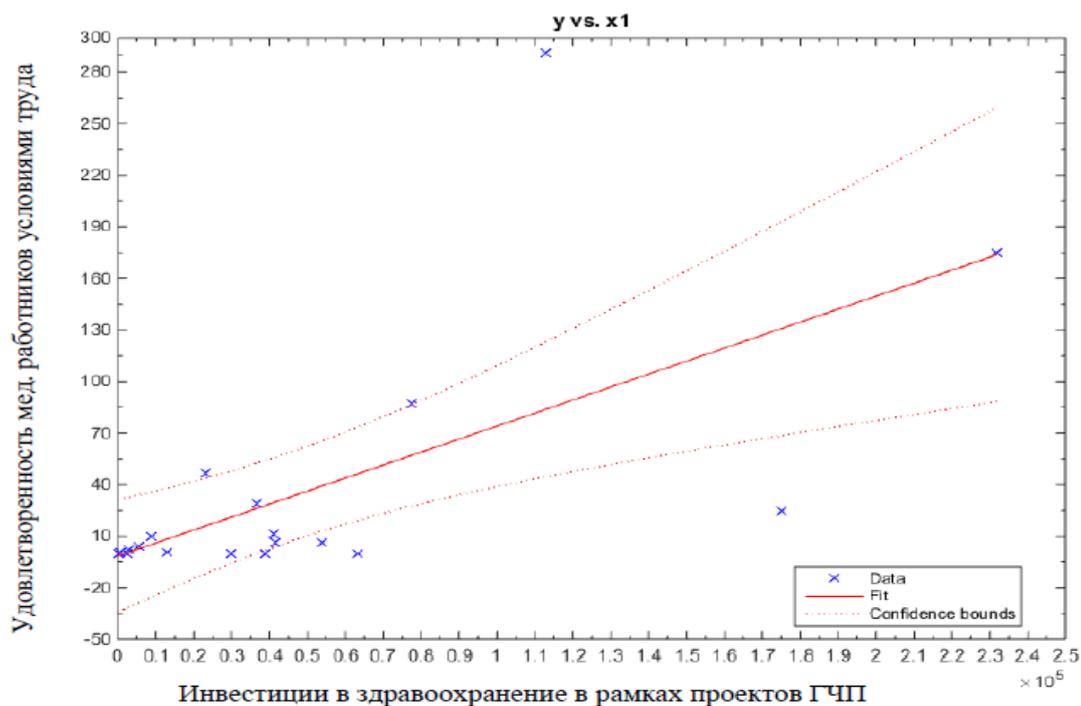


Рисунок 30. Поле корреляции исследуемой модели<sup>149</sup>

В частности, на графике приведена приближенная кривая линейной регрессии (fit) с границами доверительных интервалов 95%. Как видно из графика, между рассматриваемыми показателями существует связь, которую можно охарактеризовать как умеренную.

<sup>149</sup>Построено автором в программе MATLAB на основании данных ТФОМС Ростовской области

Таким образом, можно сделать вывод, что при проведении мониторинга сферы трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения, в том числе в целях оценки эффектов, возникающих при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса, возможно использование современных технологий обработки больших данных. Основным достоинством данных технологий является то, что они позволяют выявить в исходных данных (например, данных статистической отчетности) ранее неизвестных зависимостей и закономерностей, знание которых позволит повысить эффективность системы регулирования трудовых отношений в здравоохранении.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные тенденции демонстрируют масштабное проникновение рыночных механизмов в сферу регулирования трудовых отношений в медицине, которое ведет к изменению управленческих основ всей системы здравоохранения и выражается в существенных трансформациях в содержании и характеристиках труда медицинских работников, в появлении новых субъектов отношений и новых объектов регулирования, в изменении принципов управления трудом, а также в появлении новых механизмов управления. При этом тот факт, что здравоохранение, как и любая другая отрасль, не является сферой исключительно рыночных отношений, но представляет собой социально-значимую отрасль, стало причиной проявления ряда проблем в сложившейся системе трудовых отношений, в числе которых: снижение мотивации медицинского персонала к труду, увеличение оттока работников из отрасли; диспропорции на рынке труда в здравоохранении, выражающиеся в неравномерном размещении и распределении трудовых ресурсов; недостаточность финансовых ресурсов для модернизационного развития; недостаточность профессиональных знаний, умений и навыков медицинских работников для эффективного использования современного высокотехнологичного оборудования.

В диссертации показано, что совершенствование механизмов и инструментов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения в условиях конфликта императивов развития данной сферы как социально-значимой отрасли и императивов рыночной экономики возможно посредством эффективного сочетания рыночных и нерыночных рычагов регулирования. Исследование эффективности использования рыночных и нерыночных методов и механизмов в системе регулирования трудовых отношений в здравоохранении проводилось в рамках воспроизводственного подхода по направлениям, связанным с обеспечением функционирования следующих подсистем: формирование, распределение и использование трудовых ресурсов: а) подготовка кадров для сферы

здравоохранения; б) формирование численности медицинского персонала с учетом основных аспектов нормирования труда и оптимизация структуры кадров; в) материальное и моральное стимулирование труда медицинских работников, в том числе в применении новейших технологий и оборудования.

Результаты проведенного анализа показали, что важной проблемой совместного использования рыночных и нерыночных механизмов регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения является отсутствие их согласованности в отношении апеллирования к противоположным по своей сути мотивам поведения работников: рыночные механизмы – к экономическим мотивам и интересам, а нерыночные – к социально-нравственным. Это приводит к конфликту интересов, ведущему к дисфункциональным последствиям, которые выражаются в снижении как качества деятельности отдельного медицинского работника (и, как следствие, качества предоставляемых услуг), так и в снижении эффективности развития всей системы здравоохранения.

В диссертационном исследовании выстроена аргументация о целесообразности использования механизмов партнерства государства и бизнеса для повышения эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения. Показано, что участие медицинских учреждений в проектах партнерства приводит не только к изменению объемов и структуры финансирования их деятельности, но и к трансформациям в сфере трудовых отношений, связанным с изменением материально-технического оснащения труда, а также с возможностями привлечения частных инвестиций к финансированию программ формирования кадрового потенциала. Это позволило в целях повышения эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения обосновать принципиально новые задачи в развитии механизмов партнерства государства и бизнеса, соответствующие основным этапам воспроизводства трудового потенциала: задачи, связанные с реализацией программ подготовки и повышения квалификации кадров; задачи, связанные с ликвидацией диспропорций на

рынке труда в здравоохранении; задачи в сфере улучшения условий профессиональной деятельности, стимулирования инновационной активности медработников и обеспечения адекватной результатам работы оплаты труда. В исследовании детально проанализирована роль механизма партнерства государства и бизнеса в реализации указанных задач.

Существенное место в работе отведено исследованию синергетических эффектов повышения качества регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий государства и бизнеса, проявляемых на макро- мезо- и микроуровнях национальной экономики. Показано, что данные эффекты имеют реальное проявление во всех подсистемах системы регулирования трудовых отношений в здравоохранении: формирование кадрового потенциала, функционирование рынка труда, мотивация и стимулирование труда.

Выделение таких синергетических эффектов, а также эффектов реализации интересов участников партнерства обусловили необходимость разработки соответствующего инструментария их оценки. А именно, реализация партнерских взаимодействий государства и бизнеса создает условия для разумной конкуренции между медицинскими работниками, способствует изменению системы мотивации через управление профессиональной конкурентоспособностью, апеллирует к гибкому встраиванию в систему трудовых отношений новых технологий и форм деятельности и усилению научной составляющей деятельности работников. Кроме того, возникающие в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения мультипликативные и синергетические эффекты формируют условия для положительной экономической динамики, что выражается, во-первых, в содействии развитию человеческого капитала, во-вторых, во взаимосвязи процессов совершенствования механизмов регулирования трудовых отношений с инновационными организационными, техническими и технологическими процессами в производственно-экономических системах различного уровня.

Постановка задач, связанных с возможностями использования партнерских взаимодействий в здравоохранении для повышения эффективности регулирования трудовых отношений в данной сфере, обусловила необходимость разработки методического инструментария оценки возникающих эффектов как внутри самой системы трудовых отношений, так и мультипликативных и синергетических эффектов, определяющих экономическую динамику. Разработка данного инструментария включала решение следующих этапных задач: 1) выявление возникающих эффектов; б) установление определеие показателей, позволяющих измерить величину данных эффектов; в) определение индикаторов и критериев оценивания эффектов.

В ходе исследования были выделены экономические, социальные и институциональные эффекты, возникающие в системе трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации проектов партнерства государства и бизнеса, а также рассмотрено их качественное наполнение. Выбор показателей оценки величины выделенных автором экономических, социальных и институциональных эффектов осуществлялся исходя из постановки задач формирования конкурентоспособной отечественной медицины на основе интенсивного типа расширенного воспроизводства трудового потенциала ее работников. При этом были использованы динамические характеристики, позволяющие отразить изменения качественных и количественных показателей состояния системы трудовых взаимодействий в здравоохранении, рассматриваемые как реакции соответствующих компонентов данной подсистемы на реализацию партнерских взаимодействий. Такой подход к разработке инструментария оценки позволил оценить не эффективность самих партнерских взаимодействий, а степень их влияния на развитие трудовых отношений, то есть, эффективность осуществляемых регулятивных воздействий.

Для оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации партнерских взаимодействий

государства и бизнеса предложено использовать паутинообразную модель, позволяющую оценить уровень соответствия проявившихся эффектов в системе трудовых отношений ожидаемым. Разработанный инструментарий оценивания эффективности регулирования трудовых отношений рассматривает понятие эффективности как способ согласованного достижения целей стратегического развития сферы здравоохранения. При этом источником получения экономических, социальных и институциональных эффектов выступает объединенный потенциал материальных и нематериальных ресурсов участников партнерства.

Существенное место в исследовании отведено разработке и апробации инструментария оценки эффективности регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения. В соответствии с авторской концепцией данный инструментарий представляет собой взаимоувязанный комплекс учетно-отчетных и проблемно-ориентированных оценок, сопряженное применение которых позволяет решить задачи определения таких форм и направлений партнерских взаимодействий государства и бизнеса, которые в наибольшей степени способствуют разрешению противоречий в системе трудовых отношений, а также проявлению эффектов, обеспечивающих интенсивное воспроизводство кадрового потенциала в медицинской сфере. Использование оценок учетно-отчетного характера позволяет описать изменение состояния сферы трудовых отношений в здравоохранении. Применение проблемно-ориентированных оценок обеспечивает возможность проанализировать причинно-следственные связи между реализацией партнерских взаимодействий и проявлением экономических, социальных и институциональных эффектов в сфере трудовых отношений. Важной особенностью данного инструментария является то, что он позволяет выявить как внутрисистемные эффекты, так и генерируемые синергетические и мультипликативные эффекты, определяющие экономическую динамику, связанную с осуществлением инновационных преобразований

(организационных, технических, технологических и пр.) в производственно-экономических системах различного уровня.

Для проведения факторного анализа эффективности регулирования трудовых отношений в рамках партнерских взаимодействий государства и бизнеса, принимая во внимание слабую структурированность рассматриваемой управленческой ситуации, предложено использовать когнитивный подход. Проведенная когнитивная структуризация задачи развития трудовых отношений в учреждениях здравоохранения при реализации проектов партнерства государства и бизнеса позволила сконструировать классификационную таблицу факторов, определяющих эффективность данного процесса, позволяющую (на основе выделенных признаков) провести их диагностику и выделить те, которые имеют принципиальное значение для эффективности развития трудовых отношений в рамках реализации проектов партнерства. Принимая во внимание, что проявляемым эффектам в сфере трудовых отношений в здравоохранении присуща иерархичность: уровень государства, региона, сферы здравоохранения и конкретного медицинского учреждения, для отражения такой структуры связей предлагается использовать иерархические когнитивные модели, которые позволяют отразить «раскрываемые» на различных уровнях эффекты, их синергетический и мультипликативный характер. Представленный инструментарий демонстрирует возможности применения когнитивного моделирования для проведения факторного анализа и прогнозирования возможных тенденций развития ситуации в сфере регулирования трудовых отношений.

Для использования представленного инструментария как целостной методологической конструкции в диссертационном исследовании разработана функционально-иерархическая модель мониторинга трудовых отношений в проектах партнерства государства и бизнеса в здравоохранении. Это означает, следующее: вся сфера трудовых взаимодействий в учреждениях здравоохранения представляется в виде взаимосвязанных

функциональных подсистем формирования, распределения и использования трудовых ресурсов: подготовка кадров здравоохранения, формирование численности медицинских кадров, стимулирование труда медицинских работников. А для каждой подсистемы характерно проявление эффектов партнерских взаимодействий на разных уровнях иерархии. Соответственно в данной модели выделены два контура: функциональный и иерархический. Основным достоинством представленной модели мониторинга является то, что она позволяет отразить не только рыночные аспекты функционирования, но и межсистемные связи и взаимодействия, которые возникают в рамках отношений партнерства, а также обуславливаемые данными связями и взаимодействиями разнообразные эффекты.

В рамках разработки модели мониторинга в диссертационном исследовании были определены его участники (субъекты), основные объекты наблюдения на разных уровнях иерархии, а также методы, технологии и инструменты сбора, обработки и анализа информации. В качестве основного инструмента разработки и принятия управленческих решений в сфере регулирования трудовых отношений в учреждениях здравоохранения, имеющих непосредственное отношение к их мониторингу, в работе предложено использовать дорожные карты развития трудового потенциала учреждений здравоохранения.

Для практической реализации предложенной модели мониторинга предложено формирование в структуре Министерств здравоохранения субъектов РФ управлений, координирующих процессы информатизации в учреждениях здравоохранения региона, а также обеспечивающих мониторинг основных показателей модернизационного развития учреждений здравоохранения, включая показатели, отражающие состояние трудовых отношений и эффективность их регулирования. Разработано информационное наполнение интернет-страницы «Мониторинг трудовых отношений в учреждениях здравоохранения», которую предложено разместить на сайте отраслевого министерства. Это позволит оперативно отслеживать и решать

проблемы в сфере развития трудовых взаимодействий, а также прогнозировать тенденции развития системы здравоохранения, а также сопутствующие им изменения в экономических системах разного уровня. Таким образом, отличительной особенностью данной модели мониторинга является ее проактивный характер, позволяющий участникам партнерских взаимодействий не только реагировать на изменения в системе социально-трудовых отношений, но и формировать эти изменения в соответствии поставленными целями и задачами модернизационного развития.

Принимая во внимание неясность проявления эффектов партнерства государства и бизнеса в сфере трудовых взаимодействий в здравоохранении, в работе большое внимание уделено вопросу получения скрытой информации из официальных источников. С этой целью показаны возможности применения технологии «Big Data»: на примере анализа данных о заболеваемости населения отдельных территорий Ростовской области были выявлены скрытые зависимости, позволяющие получить информацию, имеющую отношение к кадровому составу медицинских работников и обеспеченности медицинских учреждений специалистами определенного профиля.

Представленные теоретические разработки автора, а также методический и расчетно-аналитический инструментарий могут быть востребованы в стратегическом управлении модернизационным развитием сферы трудовых отношений в учреждениях здравоохранения. Их использование позволит существенно расширить сферу взаимодействия государства и бизнеса, а на основе увеличения количества и состава отслеживаемых в рамках мониторинга параметров повысить эффективность указанных взаимодействий в отношении регулирования трудовой деятельности медицинских работников.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авдеева О. В. Развитие государственно-частного партнерства в инвестиционных проектах в сфере здравоохранения // Известия ТулГУ. Экономические и юридические науки. 2008. №2.
2. Авдеева З. К., Коврига С. В., Макаренко Д. И., Максимов В. И. Когнитивный подход в управлении // Проблемы управления. 2007. №3 С.2-8.
3. Агузарова Л.А. Методология и инструментарий формирования региональной системы развития социально-трудового потенциала отсталых территорий. Ростов н/Д. 2012.
4. Алешин А.В. Инновационные эффекты развития партнерских отношений в регионе // Народное хозяйство. Вопросы инновационного развития. 2013. № 1.
5. Арбитайло И.Я., Давыденко В.А. Ситуация рынка медицинских услуг в России и в мире: вчера, сегодня, завтра // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические исследования. 2014. №8.
6. Аттаева Л. Ж. Организация и управление работой медицинского коллектива в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №1.
7. Бакулина С.С., Музыченко Е.А., Черноскутов В.Е. Целевой прием в современных условиях // Высшее образование в России. 2011. №8-9. О решениях по итогам совещания о повышении эффективности целевого приема и целевого обучения [электронный ресурс] // Официальный сайт Правительства России. URL: <http://government.ru/orders/selection/401/24962/>
8. Барбашин Е.А., Фомин О.С., Филимонов О.А. Механизмы воздействия социально-трудовых отношений на качество трудовой жизни работников // Вестник Курской гос. с.-х академии. 2012. №1.

9. Барковская Г.Ю. Проблемы повышения качества медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения // Современная экономика: проблемы и решения. 2015. № 10 (70).
10. Барковская Г.Ю. Корпоративный университет в системе стратегического управления качеством рабочей силы // Экономика и предпринимательство. 2015. № 12-4.
11. Барышникова И.А. Анализ систем мотивации и стимулирования труда персонала организации здравоохранения // Экономика, предпринимательство и право. 2014. №2.
12. Батиевская В.Б. Частно-государственное партнерство как механизм оптимизации ресурсной базы здравоохранения // Медицина в Кузбассе. 2013. Т. 12. № 3. С. 16-19.
13. Белокрылов К.А. Система публичного прокьюремента как государственно-частное партнерство. // Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. Журнал. 2016. Т. 1. № 1. С. 23-28.
14. Белокрылов К.А., Кетова Н.П. Институциональная структура взаимодействия государства и бизнеса. Ростов н/Д: Содействие-21 век, 2010. 191с.
15. Белокрылова О.С., Захариadis Э.Ю. Внутренний рынок труда университета в условиях модернизации высшего образования. Ростов н/Д: Содействие-21 век, 2014. 268 с.
16. Белокрылова О.С., Стрельченко О.С., Стрельченко Е.А. Институциональные изменения внутриорганизационной системы социально-трудовых отношений. Монография. Ростов н/Д: Содействие-21 век. 94 с.
17. Бескаравайная Т. Целевой набор в медвузы ужесточат // Медвестник. Портал российского врача. URL: <http://www.medvestnik.ru/content/articles/Celevoi-nabor-v-medvuzy-ujestochat.html>

18. Бечвая М.Р., Боровская М.А., Масыч М.А. Анализ современной системы социально-трудовых отношений // Известия ЮФУ. Технические науки. 2012. №8.
19. Боев В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. №3. Т 58.
20. Болотова Т.Ю. Переход к «эффективному контракту» как ведущая задача модернизации отраслевой системы здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2012. №8.
21. Большаков А.С. Антикризисное управление на предприятии: финансовый и системный аспекты. СПб, 2010. Серия Новое в гуманитарных науках. Выпуск 44.
22. Бурменко Т. Д., Тарханова Е. Г. Состояние сферы социально значимых услуг в мире (на примере здравоохранения и образования) // Известия ИГЭА. 2013. №5.
23. Бурый А.С., Стреха А.А. Когнитивный подход к управлению организационными изменениями предприятий // Транспортное дело России. 2015. №4.
24. Бурыхин Б.С., Раковская В.С. Основные направления регулирования системы социально-трудовых отношений в Российской Федерации // Вестник Томского государственного университета. 2007. № 296.
25. Буянов Б.Я., Верба В.А. Моделирование задач принятия решений по безопасному развитию сложных систем / в сб. Когнитивный анализ и управление развитием ситуаций (CASC'2006). Труды 6-й Международной конференции / Под ред. З.К. Авдеевой, С.В. Ковриги. М.: Институт проблем управления РАН. – 2006.
26. Бюллер Е.А. Развитие персонала как основа современных управленческих инноваций // Сборник научных трудов по материалам III Международной научно-практической конференции «Экономика и управление в

- современных условиях: проблемы и перспективы» / Под научной редакцией А.А. Тамова. 2016. С. 256-260.
27. Бюллер Е.А., Тлехурай-Берзегова Л.Т., Хотова И.Р. Роль индивидуальной системы оплаты труда в повышении трудовой активности работников бюджетной сферы // Экономика и предпринимательство. 2016. №3-1 (68-1). С. 731-734.
28. Бюллер Е.А., Хотова И.Р. Значение бестарифной системы оплаты труда в оценке уровня качества труда работников бюджетной сферы (на примере ФБГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Республики Адыгея») // Экономика и предпринимательство. 2015. №5-1 (58-1). С. 777-781.
29. Веницкий Д.В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении в России // Социально-экономические явления и процессы. 2009. №4.
30. Гаврилова Е. А. Вопросы теории регулирования социально-трудовых отношений // Вестник ТГУ. 2008. №6.
31. Глубоковская Е.Е. Современные проблемы подготовки и профессиональной реализации среднего медицинского персонала // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. №12. Т.3
32. ГЧП в сфере здравоохранения / Журнал стратегия. URL: <http://strategyjournal.ru/news/ekonomika-i-biznes/gchp-v-sfere-zdravoohraneniya/>
33. Горелова Г.В., Горелова И.С., Захарова Е.Н. Теоретико-игровое моделирование взаимодействия сложных систем, представляемых иерархическими когнитивными картами // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 5: Экономика. 2013. №1 (115).
34. Горелова Г.В., Захарова Е.Н., Радченко С.А. Исследование слабоструктурированных проблем социально-экономических систем: когнитивный подход. - Ростов н/Д: Изд-во РГУ, 2006.
35. Горелова Г.В., Мельник Э.В. О когнитивном моделировании развития ситуации в регионе в условиях быстрых изменений среды и противодействия // Известия ЮФУ. Технические науки. 2011. № 3.

36. Государственно-частное партнерство в образовании: сб. / науч. ред. О.П. Молчанова, А.Я. Лившин. М.: КДУ, 2009.
37. Грехов А.В. Квантификационный метод: поиск латентной информации // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2012. №1 (3).
38. Гриненко С.В. Организационно-управленческое моделирование научно-образовательной инфраструктуры профессионального сообщества: от взаимодействия к сотрудничеству. – Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2009.
39. Гузиева Е.В. Методические подходы к оценке эффективности системы управления трудом в здравоохранении // Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 381-384
40. Данилова И. В., Лавров В.Н., Илюхина С. В. Социальная инфраструктура села как фактор управления качеством трудовых ресурсов // Вестник ЮУрГУ. Серия: Экономика и менеджмент. 2010. №26 (202).
41. Ельсиновская С.Ю. Проблемы управления человеческими ресурсами и исследование факторов привлечения и удержания персонала в организациях здравоохранения // Проблемы современной экономики. 2011. №2 (38).
42. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. – М. 2015.
43. Здравоохранение США (взгляд экономиста) [электронный ресурс] // NarCom.ru. URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/574>
44. Землянов Д. А. Развитие человеческого капитала в рамках модернизации института социального партнерства государства и бизнеса // Пространство экономики. 2012. №2-2.
45. Землянов Д.А. Государственно-частное партнерство как инструмент совершенствования взаимодействия бизнеса и власти в сфере социально-трудовых отношений региона // Экономика и менеджмент инновационных технологий. 2014. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/05/5140> (дата обращения: 20.11.2016).

46. Змияк С.С. Особенности развития социального партнерства как основной формы регулирования социально-трудовых отношений // Каспийский регион: политика, экономика, культура. 2011. №4. С.177-187.
47. Змияк С.С. Рынок труда в системе социально-трудовых отношений: приоритеты развития и эффективность регулирования. – Ростов н/Д: Изд-во Северо-Кавказской акад. гос. службы. 2011. - 292 с.
48. Игнатова Т.В. Формирование инновационных качеств работника как ключевая проблема модернизации российского рынка труда // Социальная политика и социальное партнерство. 2011. № 11.
49. Интервью В. Скворцовой на телеканале «Россия 1» от 9.12.2013 г. Источник: Информационный портал МедНовости. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/12/09/157minzdrav/>
50. Исаев Е.А., Корнилов В.В. Проблема обработки и хранения больших объемов научных данных и подходы к ее решению. // Математическая биология и биоинформатика. – М.: ВЭШ, 2013– № 8.
51. Кадыров Ф.Н. Реформы в здравоохранении: проблемы реализации // Менеджер здравоохранения. 2015. №. 1.
52. Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2013. №2.
53. Какушкина М.А. Регулирование социально-трудовых отношений: исторический аспект // Социально-экономические явления и процессы. 2012. №5-6.
54. Калмыков Н.Н., Рехтина Н.В. Проблемы и перспективы развития системы здравоохранения в РФ // Официальный сайт РАНХиГС. URL: <http://www.ranepa.ru/images/docs/nayka/issledovanie-medsina.pdf>
55. Каплунов О.А. Действительно ли мы хотим качественной реформы в здравоохранении и каковы возможные направления и схематичные пути реализации? // Менеджер здравоохранения. 2007. №7.

56. Какатунова Т.В., Жужгина И.А. Методика построения когнитивной модели региональной инновационной системы // Вестник Российской академии естественных наук. 2013. №17(2).
57. Калинина О.В., Бриль А.Р. Коммерческая оценка проектов инвестиций в управление персоналом предприятия // В сборнике научных трудов: Стратегическое управление организациями в XXI веке. Санкт-Петербург, 2016. С. 189-199.
58. Калинина О.В., Бриль А.Р., Ахалая О.А. Управление персоналом организации: экономические и социальные аспекты. – Санкт-Петербург. 2016. - 131 с.
59. Камаев И.А., Орлов О.И., Леванов В.М., Переведенцев О.В., Сергеев Д.В. Возможности и перспективы применения мобильных телемедицинских комплексов в профилактических программах // Медицинский альманах. 2013. №2 (26).
60. Карамышева Н. М. Социальное партнерство как механизм регулирования социально-трудовых отношений в регионе // Вестник Башкирск. ун-та. 2012. №1(1).
61. Карпухин Д.Н., Маслова И.С. Формирование и эффективное использование трудового потенциала // Вопросы экономики. 1998. № 6.
62. Карпушкина А.В. Институциональная среда социально-трудовых отношений: монография. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2011.
63. Киреева А.В., Соколов И.А., Тищенко Т.В., Худько Е.В. Государственно-частное партнерство как инструмент поддержки инноваций // Издательский дом «Дело» РАНХиГС, Москва. 2012. 516 с.
64. Кобринский Б. А. Мониторинг состояния здоровья детей России на основе применения компьютерных технологий // Вестник Росздравнадзора. 2010. №1.
65. Ковалев Д.В., Семькина В.А. Практическое использование технологий BigData в современной практике // Тенденции и перспективы

- использования технологий big data в практике европейского бизнеса Terra Europeana: Альманах научных работ Центра ЕС на Юго-Западе России. Вып.4 / под ред. И.М.Узнародова. – Ростов н/Д.: Издательство ЮФУ, 2014.
66. Козеева Т.Н., Коновалова В.Г. Внедрение эффективных контрактов в организациях здравоохранения: проблемы и условия их преодоления // Вестник университета, 2016. № 11, С.201-204.
67. Козлова О. А., Шеломенцев А. Г., Петровская А. А. Методические вопросы оценки социальной результативности проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Вестник ОГУ. 2014. №8 (169).
68. Колобова А.И., Ларионцева А.М. Некоторые теоретические положения трудовых ресурсов и трудового потенциала // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2006. №5
69. Коноплева Г.И., Борщенко А.С. Понятие кадрового потенциала и стратегия его развития // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2014. №2 (81).
70. Концепция развития здравоохранения Ростовской области до 2020 года // Официальный портал Правительства Ростовской области. URL: <http://www.donland.ru/Donland/Pages/View.aspx?pageid=75189&mid=128186&itemId=134>
71. Королев Д.Ю. Рынок труда: дискуссионные моменты // Проблемы современной экономики. 2013. № 3 (47).
72. Костин А.А., Пономаренко Б.Т., Самсонов Ю.В. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения. М.: Этносоциум, 2015.
73. Кривошеева В.М., Зайцева И.В. Эффективное управление трудовым потенциалом предприятия как фактор повышения его конкурентоспособности // Фундаментальные исследования. 2015. №2-4

74. Кузнецова М.С. Проблемы качества рабочей силы, подготовки, формирования профессиональных компетенций, переподготовки и повышения квалификации кадров // Концепт. 2014. №7.
75. Леденева Е.А. Трудовой потенциал в системе категорий труда // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008. №49.
76. Лобанова Т.Н. Рыночные механизмы мотивации персонала // Управление в кредитной организации. 2015. №10.
77. Магнутов И.С. Теоретические и методические вопросы трудового потенциала персонала как предмета и объекта функционального управления // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2010. №4. Т.6. и др
78. Малышев М. Л., Пахомов В. Н. Мониторинг как инструмент управления социально-трудовой сферой // Ученые записки РГСУ. 2008. №2.
79. Манерова О.А. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения / автореф. на соиск. уч. степени доктора мед.наук. – М., 2005.
80. Матвеева Л.Г., Чернова О.А. Стратегический консорциум как механизм наращивания инновационного потенциала промышленности Юга России // Journal of Economic Regulation. 2013. Т. 4. № 3.
81. Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2014. №12-11.
82. Медицинская геоинформатика: как оценить здоровье региона. [Электронный ресурс]. URL: <http://bigdata.cnews.ru/reviews/index.shtml?2013/09/12/542854>
83. Меркулова Ю.В. О комплексной системе связей между регионом, отраслью и фирмой при формировании стратегий их развития // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. №3.

84. Мисюлин С.С. Платные медицинские услуги в государственных учреждениях в современной системе здравоохранения России // Вестник Росздравнадзора. 2009. №1.
85. Михалкина Е. В., Алешин В. А. Эффективный контракт как институт социально-трудовых отношений в сфере высшего образования // Пространство экономики. 2013. №3 С.89-100.
86. Михалкина Е. В., Андрейченко Н.В. Эффективный контракт как институциональная форма реализации социально-трудовых отношений в учреждениях здравоохранения: ожидания и реальность // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. 2017. № 1. С. 39-47.
87. Непрерывность обучения – важнейшая составляющая системы повышения квалификации медицинских работников / Материалы круглого стола «Качество подготовки медицинских работников. Перспективы реализации новой системы последипломного образования в медицине», проводимом 13 апреля 2015 года Гильдией производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты совместно с Медицинской Консалтинговой Компанией «МЕДИКАЛ ГРУПП» // Официальный сайт Московской ТПП. URL: <http://www.mostpp.ru/media-center/News/2015/April/Gildia-proizvoditeley-med-tovarov-i-uslug-Apr2015>
88. Нехода Е.В. Институциональные преобразования социально-трудовых отношений в России: анализ эволюции // Вестник Томского государственного университета. 2008. №317.
89. Никитаева А.Ю., Алешин А.В. Концептуальная модель межфирменного партнерства для решения актуальных проблем и модернизации экономики регионов Юга России // Journal of Economic Regulation. 2013. Т. 4. № 4.

90. Никитаева А.Ю. Стратегии и механизмы взаимодействия государства и бизнеса в регионах России // Региональная экономика: теория и практика. 2007. № 9 (48). С.19-26.
91. Николюкина Наталья Борисовна, Кондрашова Инна Сергеевна Трудовые ресурсы в здравоохранении современной России // Социально-экономические явления и процессы. 2011. №10 С.157-161.
92. Новиков В.С., Шершунова Н.В. Практика взаимодействия государства и бизнеса в форме государственно-частного партнерства (на примере предприятий сферы медицинских услуг) // Научный вестник Южного института менеджмента. 2016. № 2. С. 9-17.
93. Овчинников В.Н., Кетова Н.П. Системодополняющий эффект взаимодействия инновационного потенциала и институциональной среды региона // Экономика региона. 2016. №2.
94. О межрегиональной трудовой миграции [электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL:  
[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour\\_force/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_force/)
95. Описание модели мониторинга и методов получения данных // Межрегиональный отраслевой ресурс подготовки кадров в сфере энергетики. URL: <http://energy.integral-geo.ru/page-24.html>
96. Отставных Д.В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения // Вестник общественного здоровья и здравоохранения. 2012. №4.
97. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. URL:  
<http://www.rosminzdrav.ru/>
98. Официальный сайт Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. <https://health-economics.hse.ru/data/2016/07/27/1118870677/опрос%20по%20эффективному%20контракту.pdf>

99. Оценки эффективного контракта в здравоохранении глазами медицинских работников. Итоги социологического опроса. 2015. URL: <https://health-economics.hse.ru/owne>
100. Пенчева С.Н. Диспропорции на рынке труда в сельской местности // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2013. №11 (109).
101. Пискунов С.В., Чевтаева Н.Г. Государственно-частное партнерство в управлении здравоохранением // Вопросы управления, 2015. С.38-48.
102. Позднякова С.В., Какушкина М.А. О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении // Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ. 2016. № 5.
103. Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. – М.: ГЭОТАР, 2016.
104. Пшиканоква Н.И. Рынок труда и миграционные процессы в России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4: Естественно-математические и технические науки. 2016. №3 (186). С.97-98.
105. Пшиканоква Н.И., Шалатов В.В. Основные принципы, направления и императивы использования механизма государственно-частного партнерства на мезоуровне // Сборник научных трудов по материалам III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и перспективы социально-экономического развития регионов Юга России» / Под научной редакцией А.А. Тамова. 2017. С. 241-244.
106. Разумовский А. В., Полина Н. А., Коптева Л. Н. Перспективы развития государственного–частного партнерства в здравоохранении // Медицинский альманах. 2013. №2 (26).
107. Регионы России: социально-экономические показатели. 2015 / Росстат. – М.: Росстат, 2015.
108. Резник И. Врачей привлекут новыми контрактами // Газета.ru URL: <https://www.gazeta.ru/social/2013/04/11/5252921.shtml>

109. Садовая Елена Сергеевна Современные механизмы регулирования социально-трудовых отношений: опыт развитых стран и России // Проблемы прогнозирования. 2010. №5.
110. Сервис GoogleTrends.URL: <https://www.google.com/trends>
111. Скорев М.М., Горьковенко Н.А. Категориальный аппарат квалификационного конфликта: риск в профессии, квалификационный риск, интенсификация квалификаций // Экономика и предпринимательство. 2015. №3 (56).
112. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски // Менеджмент в здравоохранении. 2013. №3.
113. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. – М.: Эксмо, 2007.
114. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (утверждена распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. N 2580-р).
115. Сухарев О.С. Социальные результаты и факторы экономического роста: теоретический и практический аспекты // Экономический анализ: теория и практика. 2011. №6.
116. Труд и занятость в России. 2015: Стат.сб. / Росстат - М.,2015.
117. Флегонтов А.В., Фомин В.В. Система интеллектуальной обработки данных // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2013. №154.
118. Форум «За качественную и доступную медицину» // Общероссийский народный фронт. URL: <https://onf.ru/forum-onf-povoprosam-zdravoohraneniya/>
119. Холод И., Степаненко В., Куприянов М., Барсегян А. Технологии анализа данных: DataMining, VisualMining, TextMining, OLAP. - БХВ-Петербург, 2007.
120. Черновалова Г. А. Интегрированный центр компетенций предприятия как инфраструктурный механизм управления

- инновационным развитием персонала // Фундаментальные исследования. 2015. №3-0.
121. Шаповалов Ю.В., Мамаева В.Ю. Особенности управления персоналом в сфере здравоохранения // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». 2005. №3.
122. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ. 2007.
123. Шейман И.М., Шевский В.И. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. №1.
124. Шубцова Л.В., Махнова Н.А. Проблемы кадрового обеспечения региональной системы здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2014.
125. Abduljawad A., Al-Assaf A.F. Incentives for Better Performance in Health Care. Sultan Qaboos Univ Med J. 2011 May; 11(2): 201–206. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3121024/>
126. Anyaehie U., Nwakoby B., Dim C., Uguru N., Oluka C., Ogugua C. Constraints, Challenges and Prospects of Public-Private Partnership in Health-Care Delivery in a Developing Economy // Ann Med Health Sci Res. 2014. No 4(1). P. 61–66.
127. Armstrong M. Human resource management practice. 10<sup>th</sup> ed. Kogan Page Limited. 2006.
128. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 1963. no. 53 (5).
129. Baliga B.S., Ravikiran S.R., Rao S.S., Coutinho A., Jain A. Public–Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-hospitals, Southern India. J Clin Diagn Res. 2016 Feb; 10(2).

130. Barnes J. Designing Public-Private Partnerships in Health. Primer. Bethesda, MD: SHOPS Project. Abt Associates 2012. URL: <http://www.abtassociates.com/abtassociates/files/49/49a01920-2254-433a-879d-76843f2ecd28.pdf>
131. Barrows D., MacDonald I., Suparol A., Dalton-Jex O., Harvey-Rioux S. Public private partnerships in canadian healthcare: a case study of the Brampton civil hospital. 2011. URL: <https://www.oecd.org/gov/budgeting/47814779.pdf>
132. Basu S., Andrews J., Kishore S., Panjabi R., Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. PLoSMed. 2012 Jun; vol. 9(6).
133. Belle A., Thiagarajan R., Soroushmehr R., Navidi F., Beard, D.A., Najarian K. Big Data Analytics in Healthcare. Biomed Res Int. 2015. 2015: 370194. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503556/>
134. Bhargava A., Jamison D. T., Lau L.J., Murray C.J. Modeling the effects of health on economic growth // Econometrics, Statistics and Computational Approaches in Food and Health Sciences. World Scientific Books, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., 2006. number 6140, 04.
135. Big Data Technologies in Healthcare. Needs, opportunities and challenges. Big Data value association. 2016. URL: <http://www.bdva.eu/sites/default/files/Big%20Data%20Technologies%20in%20Healthcare.pdf>
136. Brito P., Galin P., Novick M. Labour relations, employment conditions and participation in the health sector. World Health Organization, 2001. URL: [http://www.who.int/hrh/documents/en/Labour\\_relations.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/Labour_relations.pdf)
137. Cafazzo J.A., Easty A., Rossos P.G. et al. Complex tele-monitoring: facilitating hospital-at-home. Telemed& e-Health. 2006. № 12. 202 p.
138. Carrin G. Health Systems Policy, Finance, and Organization // Academic Press. 2009.
139. Chahine G., Bitar J., Idnani N. Harnessing the Power of Public-Private Partnerships in Healthcare Imperatives for GCC Governments.

- Report of Booz & Company. 2012. URL: [https://www.strategyand.pwc.com/media/uploads/Strategyand\\_Harnessing-The-Power-Of-Public-Private-Partnerships-In-Healthcare.pdf](https://www.strategyand.pwc.com/media/uploads/Strategyand_Harnessing-The-Power-Of-Public-Private-Partnerships-In-Healthcare.pdf)
140. Fallon L.F., McConnell C.R. Human Resource Management in Health Care: Principles and Practice // Jones and Bartlett Learning, LLC. 2014.
141. Guidelines: incentives for health professionals. Pre-publication copy. World Health Organization, 2008. URL: [http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives\\_Guidelines%20EN.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf)
142. Health and economic analysis for an evaluation of the public-private partnerships in health care delivery across Europe. Expert panel on effective ways of investing in health. Directorate-General for Health and Consumers (European Commission). 2014. URL: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/032ee8ff-9507-4e97-ae3f-c7b534536c59/language-en>
143. Hsiao W. Abnormal Economics in the Health Sector. *Health Policy*, 1995. no. 32.
144. Kabene S.M., Orchard C., Howard J.M., Soriano M.A., Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context // *Hum Resour Health*. 2006. no 4, 20. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1552082/>
145. Katsikides S., Hanappi H. Society and Economics in Europe. Disparity versus Convergence? // Springer International Publishing. Switzerland. 2016. P. 97-100.
146. Kavalier F., Alexander R.S. Risk management in health care institutions: limiting liability and enhancing care. Third edition // Jones and Bartlett Learning, LLC. 2014.
147. Lazes P., Figueroa M., Katz L. How labor-management partnerships improve patient care, cost control, and labor relations. Case Studies of Fletcher Allen Health Care, Kaiser Permanente, and Montefiore Medical Center's Care

- Management Corporation. 2012. URL:  
<https://www.ilr.cornell.edu/sites/ilr.cornell.edu/files/American%20Rights%20at%20Work%20Report%20final.pdf>
148. Matveyeva L.G., MikhalkinaYe.V., Chernova O.A. The possibilities of the Russian regions capacity increasing under the external threats // Экономика региона. 2015. №1 (41).
149. McKee M., Edwards N., Atun R. Public–private partnerships for hospitals // Bulletin of the World Health Organization. November 2006. no 84 (11). P. 890-896.
150. Meier F., Schöffski O., Schmidtke J. Public–private partnership as a solution for integrating genetic services into health care of countries with low and middle incomes // J Community Genet. 2013. no 4(3). P. 309–320.
151. Mitchell M. An Overview of Public Private Partnerships in Health. Harvard School of Public Health. 2001. URL:  
<https://www.colleaga.org/tools/overview-public-private-partnerships-health>
152. Nikolic I.A. Maikisch H. Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector : An Overview with Case Studies from Recent European Experience. HNP Discussion paper series. World Bank, Washington. 2006. URL:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.490.3442&rep=rep1&type=pdf>
153. Park W. Public-Private Investment Partnerships in Health Systems Strengthening. 2008. URL: <https://www.wiltonpark.org.uk/wp-content/uploads/background-reading-globaltrends.pdf>
154. Peck E. Organisational Development in Healthcare: Approaches, Innovations, Achievements // Radcliffe Publishing Ltd. 2005.
155. Pendleton V.A., Wolfe D., Demuth B. et al. Video and data transmission from the ambulance. Telemed& e-Health. 2006. № 12. 191 p.

156. Raghupathi W., Raghupathi V. Big data analytics in healthcare: promise and potential // Health InfSci Syst. 2014. no 2:3. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4341817/>
157. Roehrich J.K., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review // Social Science & Medicine. 2014. no 113. P. 110-119.
158. Sekhri N., Feachem R., Ni A. Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency // Health Affairs. August 2011, vol. 30 no. 8. P. 1498-1507.
159. Schostak J., Davis M., Hanson J., Schostak J., Brown T., Driscoll P., Starke I., Jenkins N. The Effectiveness of Continuing Professional Development. A report prepared on behalf of College of Emergency Medicine, Federation of Royal Colleges of Physicians and Manchester Metropolitan University. 2010. URL: [http://www.gmc-uk.org/Effectiveness\\_of\\_CPD\\_Final\\_Report.pdf\\_34306281.pdf](http://www.gmc-uk.org/Effectiveness_of_CPD_Final_Report.pdf_34306281.pdf)
160. Schumacher E.J. Technology, Skills, and Health Care Labor Markets // Journal of Labor Research. 2002. № 23. P. 397-415.
161. Smith E., Brugha R., Zwi A. Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide. World health organization. URL: <http://www.who.int/management/partnerships/private/private-sector-guide.pdf>
162. Strittmatter A., Sunde U. Health and Economic Development: Evidence from the Introduction of Public Health Care // Journal of Population Economics, 2013, 26 (4).
163. Thadani K.B. Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane // Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014. Vol. 157. P. 307 – 316.
164. Willis-Shattuck M., Bidwell P., Thomas S., Wyness L., Blaauw D., Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a

- systematic review. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 247. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2612662/>
165. Witters L., Marom R., Steinert K. The Role of Public-Private Partnerships in Driving Innovation // The Global Innovation Index. 2012. P. 81-87.
166. Wolper L.F. Health care administration: Managing Organized Delivery System. // Jones and Bartlett Publishers, LLC. 2011.
167. Zenger B. Can Big Data Solve Healthcare's Big Problems? HealthByte, February 2012. 2012.
168. Zerroug M., Sari Z. Telemonitoring in the management of patients with chronic digestive diseases from remote areas. Global telemedicine and eHealth updates: Knowledge resources. Luxembourg: G.D. of Luxembourg. 2009.

Приложение 1

Целевые места в медицинские вузы России в 2016 году<sup>150</sup>

| Вуз  | Количество<br>целевых мест |
|--|----------------------------|
| Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова           | 319                        |
| Первый государственный московский медицинский университет им. И.М.Сеченова                   | 562                        |
| Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г.Москва | 488                        |
| Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет                   | 156                        |
| Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко                         | 255                        |
| Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия                         | 80                         |
| Тверской государственный медицинский университет   | 169                        |
| Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, г.Санкт-Петербург | 241                        |
| Казанский государственный медицинский университет  | 245                        |
| Нижегородская государственная медицинская академия   | 225                        |
| Кубанский государственный медицинский университет, г.Краснодар                               | 268                        |
| Ярославская государственная медицинская академия   | 215                        |
| Южно-Уральский государственный медицинский университет, г.Челябинск                          | 215                        |
| Самарский государственный медицинский университет  | 316                        |
| Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова                            | 278                        |
| Смоленский государственный медицинский университет   | 163                        |
| Уральский государственный медицинский университет, г.Екатеринбург                            | 331                        |
| Московский государственный медико-стоматологический университет                              | 377                        |
| Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа                                    | 316                        |
| Ростовский государственный медицинский университет   | 386                        |
| Ивановская государственная медицинская академия  | 162                        |

<sup>150</sup> Источник: Информационный портал POSTYPLENIE.RU. URL: [http://postyplenie.ru/rates/detail.php?ELEMENT\\_ID=12194](http://postyplenie.ru/rates/detail.php?ELEMENT_ID=12194)

|   |     |
|---|-----|
| Ижевская государственная медицинская академия                                 | 214 |
| Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск                    | 239 |
| Оренбургский государственный медицинский университет                          | 270 |
| Саратовский государственный медицинский университет                           | 332 |
| Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого | 231 |
| Новосибирский государственный медицинский университет                         | 247 |
| Курский государственный медицинский университет                               | 199 |
| Тюменский государственный медицинский университет                             | 287 |
| Волгоградский государственный медицинский университет                         | 214 |
| Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск               | 207 |
| Кировская государственная медицинская академия                                | 215 |
| Пермский государственный медицинский университет                              | 229 |
| Омский государственный медицинский университет                                | 184 |
| Кемеровская государственная медицинская академия                              | 201 |
| Ставропольский государственный медицинский университет                        | 291 |
| Дагестанская государственная медицинская академия, г.Махачкала                | 210 |
| Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г.Владикавказ         | 158 |
| Иркутский государственный медицинский университет                             | 212 |
| Астраханский государственный медицинский университет                          | 233 |
| Ханты-Мансийская государственная медицинская академия                         | 70  |
| Пермская государственная фармацевтическая академия                            | 23  |
| Дальневосточный государственный медицинский университет, г.Хабаровск          | 196 |
| Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул                  | 353 |
| Читинская государственная медицинская академия                                | 160 |
| Тихоокеанский государственный медицинский университет, г.Владивосток          | 177 |
| Амурская государственная медицинская академия, г.Благовещенск                 | 88  |

## **Нормативно-правовая база нормирования труда в здравоохранении**

- Трудовой кодекс Российской Федерации (глава 22)
- Постановление Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2002 г. № 804 «О правилах разработки и утверждения типовых норм труда»
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы»
- Методические рекомендации для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда, утвержденные приказом Минтруда России от 31 мая 2013 г. № 235
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях»
- Приказ Минздрава России от 26 июня 2014 г. № 322 «О методике расчёта потребности во врачебных кадрах»
- Приказ Минздрава России от 2 июня 2015 года № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»

**7.5. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПО СТРАНАМ МИРА**  
(в процентах к ВВП)

|  | Год  | Расходы на здраво-<br>охранение |                                | Год  | Расходы на здраво-<br>охранение |
|--|------|---------------------------------|--------------------------------|------|---------------------------------|
| Россия   | 2014 | 3,5                             | Армения                        | 2014 | 1,6                             |
| <b>Европа</b>                                  |      |                                 | Индия                          | 2013 | 1,3                             |
| Австрия  | 2012 | 8,7                             | Казахстан                      | 2014 | 2,2                             |
| Беларусь                                       | 2014 | 3,8                             | Киргизия                       | 2014 | 3,0                             |
| Бельгия  | 2012 | 8,2                             | Китай                          | 2013 | 3,1                             |
| Болгария                                       | 2012 | 4,2                             | Республика Корея               | 2013 | 3,8                             |
| Венгрия  | 2012 | 5,0                             | Таджикистан                    | 2014 | 2,0                             |
| Германия                                       | 2012 | 8,6                             | Турция                         | 2012 | 4,7                             |
| Дания  | 2012 | 9,6                             | Япония                         | 2013 | 8,5                             |
| Италия   | 2012 | 7,2                             | <b>Африка</b>                  |      |                                 |
| Латвия   | 2012 | 3,4                             | Алжир                          | 2013 | 4,9                             |
| Нидерланды                                     | 2012 | 9,9                             | Египет                         | 2013 | 2,1                             |
| Норвегия                                       | 2012 | 7,7                             | Южно-Африканская<br>Республика | 2013 | 4,3                             |
| Польша   | 2012 | 4,7                             | <b>Америка</b>                 |      |                                 |
| Республика<br>Молдова                          | 2014 | 5,3                             | Аргентина                      | 2013 | 4,9                             |
| Соединенное<br>Королевство<br>(Великобритания) | 2012 | 7,8                             | Бразилия                       | 2013 | 4,7                             |
| Украина  | 2014 | 3,6                             | Канада                         | 2013 | 7,6                             |
| Финляндия                                      | 2012 | 6,9                             | Мексика                        | 2013 | 3,2                             |
| Франция  | 2012 | 9,0                             | США                            | 2013 | 8,1                             |
| Швеция   | 2012 | 7,9                             | <b>Австралия и Океания</b>     |      |                                 |
| Эстония  | 2012 | 4,8                             | Австралия                      | 2013 | 6,3                             |
| <b>Азия</b>                                    |      |                                 | Новая Зеландия                 | 2013 | 8,1                             |
| Азербайджан                                    | 2012 | 1,1                             |                                |      |                                 |

Источник: Здравоохранение в России. 2015.: Стат.сб /Росстат. - М., 2015.

Информация о реализуемых в России проектах ГЧП в здравоохранении<sup>151</sup>

| Регион | Субъект РФ            | Проект   |
|--------|-----------------------|--|
| СФО    | Новосибирская область | Строительство современных объектов для размещения лечебно-профилактических организаций по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи (9 поликлиник) в Новосибирской области   |
| СФО    | Новосибирская область | Первая федеральная концессия в сфере здравоохранения - создание инновационного медико-технологического центра (медицинский технопарк) - первого в РФ специализированного технопарка полного цикла для сферы медицины и здравоохранения |
| СФО    | Новосибирская область | Развитие производственной инфраструктуры в сфере травматологии, ортопедии, нейрохирургии и других сферах медицины путем осуществления реконструкции объекта, расположенного по адресу: г. Новосибирск, ул. Одоевского, д. 3            |
| СФО    | Новосибирская область | Реконструкция помещений в здании роддома по ул. Коммунистической, 17   |
| СФО    | Новосибирская область | Реконструкция помещений КГБУЗ «Краевая клиническая больница» для организации центра амбулаторного гемодиализа  |
| СФО    | Забайкальский край    | Организация медицинского обслуживания населения железнодорожного района городского округа «Город Чита» в количестве около 56 тысяч человек   |
| СФО    | Забайкальский край    | Создание сети гемодиализных центров в Забайкальском крае   |
| СФО    | Алтайский край        | Реконструкция стоматологической поликлиники № 6, расположенной по ул. Нарымской, 5   |
| СФО    | Республика Тыва       | Передача в концессию: здание, находящееся по адресу: Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Оюна Курседи, д.159/1 (реконструкция в высокотехнологичную лабораторию)  |
| СФО    | Томская область       | Реконструкция объектов ГБУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области  |
| ПФО    | Ульяновская область   | Лечебные корпуса ГКУЗ Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница   |
| ПФО    | Ульяновская область   | Реконструкция здания спального корпуса ГУЗ «Костно-туберкулёзный санаторий «Сосновка»  |
| ПФО    | Ульяновская область   | Создание взрослой участковой поликлиники на территории Ульяновской области   |
| ПФО    | Ульяновская область   | Создание стационарного отделения скорой медицинской помощи на базе ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е. М. Чучкалова»                           |
| ПФО    | Ульяновская область   | Строительство терапевтического корпуса ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»  |

<sup>151</sup> Источник: [http://www.pppi.ru/projects?project\\_level=-1&project\\_region=-1&project\\_branch=-1&project\\_form=-1&project\\_etap=-1&project\\_sphere=328&form\\_build\\_id=form-xDN7XiqkJjEY65dFXQFM5wP8Ox9KwBk6VtT58Glw0Sk&form\\_id=pppi\\_project\\_filter\\_form&honeypot\\_time=1480240375%7C\\_-KvpFOubZIE8IUf4J9IA-priIKM7CzlGw7IW6N7yGA&url=](http://www.pppi.ru/projects?project_level=-1&project_region=-1&project_branch=-1&project_form=-1&project_etap=-1&project_sphere=328&form_build_id=form-xDN7XiqkJjEY65dFXQFM5wP8Ox9KwBk6VtT58Glw0Sk&form_id=pppi_project_filter_form&honeypot_time=1480240375%7C_-KvpFOubZIE8IUf4J9IA-priIKM7CzlGw7IW6N7yGA&url=)

|     |                      |   |
|-----|----------------------|---|
| ПФО | Ульяновская область  | Строительство хирургического корпуса ГУЗ «Ульяновский областной клинический онкологический диспансер»   |
| ПФО | Самарская область    | Строительство центра позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии в г. о. Самара  |
| ПФО | Самарская область    | Строительство, реконструкция и эксплуатация объекта здравоохранения (медицинский центр охраны здоровья семьи и репродукции) в г.о. Самара   |
| ПФО | Самарская область    | Создание диагностического центра на территории ГБУЗ «Самарская городская больница №10» в г. о. Самара   |
| ПФО | Самарская область    | Создание диализного центра на базе ГБУЗ «Самарская городская больница № 10» в г. о. Самара  |
| ПФО | Самарская область    | Реконструкция и эксплуатация объекта здравоохранения - стоматологической поликлиники Промышленного района г. Самара   |
| ПФО | Самарская область    | Реконструкция и эксплуатация объекта здравоохранения, предназначено для организации лечебного питания (г. Тольятти, Центральный район, ул. Лесная, д. 1)  |
| ПФО | Самарская область    | Модернизация и эксплуатация нежилых помещений для организации питания пациентов ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. В. Постникова»                        |
| ПФО | Самарская область    | Создание диализного центра на базе ГБУЗ «Сызранская центральная городская больница» в г. о. Сызрань   |
| ПФО | Самарская область    | Организация лечебного питания в ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени М. И. Калинина»  |
| ПФО | Самарская область    | Реконструкция больницы восстановительного лечения в г. Самара   |
| ПФО | Самарская область    | Реконструкция первичного сосудистого отделения расположенного по адресу: г. Самара, Промышленный район, улица Калинина, дом 32, литера Б)   |
| ПФО | Самарская область    | Создание и эксплуатация офтальмологического центра в г. о. Тольятти   |
| ПФО | Самарская область    | Создание современного стерилизационного отделения в структуре учреждения  |
| ПФО | Самарская область    | Строительство и оснащение нового кардиохирургического центра в г. о. Самара   |
| ПФО | Самарская область    | Строительство и эксплуатация отдельного корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии в г. о. Самара  |
| ПФО | Самарская область    | Строительство многофункционального центра в г. о. Самара  |
| ПФО | Республика Татарстан | Создание и организация Медицинского центра в области охраны и восстановления репродуктивного здоровья, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) в Республике Татарстан         |
| ПФО | Республика Татарстан | Создание и организация Центра амбулаторного гемодиализа путем реконструкции, оснащения оборудованием объекта здравоохранения, расположенного по адресу: г. Бугульма, ул. 14 Павших, д. 11, пом. 1 |
| ПФО | Республика Татарстан | Создание и организация Центра амбулаторного гемодиализа путем реконструкции, оснащения оборудованием объекта здравоохранения, расположенного по адресу: г. Набережные                             |

|     |                      |   |
|-----|----------------------|---|
|     |                      | Челны, ул. Мира, д. 12  |
| ПФО | Республика Татарстан | Создание и организация Центра оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан               |
| ПФО | Республика Татарстан | Создание и организация Центра амбулаторного гемодиализа обеспечения оказания услуг амбулаторного гемодиализа населению Республики Татарстан   |
| ПФО | Республика Удмуртия  | Создание отделений нефрологии и диализа на территории Удмуртской Республики   |
| ЦФО | Костромская область  | Модернизация нефрологической службы в Костромской области с открытием современных центров нефрологии и гемодиализа, работающих по программам обязательного медицинского страхования, на принципах государственно-частного партнерства |
| ДФО | Хабаровский край     | Нефрологический центр в г. Комсомольске-на-Амуре  |
| ДФО | Хабаровский край     | Создание центра по обеззараживанию и утилизации медицинских отходов в г. Хабаровске   |
| ДФО | Хабаровский край     | Центр амбулаторного диализа в г. Хабаровске   |
| ЦФО | Липецкая область     | Организация диализных центров в г. Елец и с. Колыбельское Чаплыгин Липецкой области   |
| ЦФО | Липецкая область     | Строительство диализного центра в г. Липецке  |
| ЦФО | Костромская область  | Организация и оказание первичной медико-санитарной помощи населению Костромской области в Центрах общей врачебной практики  |
| ЦФО | Орловская область    | Организация национальной сети диагностических центров позитронно-эмиссионной томографии и формирование инфраструктуры для клинических исследований диагностических препаратов нового поколения в Орловской области                    |
| ЦФО | Орловская область    | Создание объекта здравоохранения для лечения почечной недостаточности в Орловской области   |
| ЦФО | Орловская область    | Создание объекта здравоохранения для проведения циклов экстракорпорального оплодотворения в Орловской области   |
| ЦФО | Рязанская область    | Организация офиса врачей общей практики по адресу: ул. Васильевская, д. 15 а, г. Рязань   |
| ЦФО | Рязанская область    | Организация офиса врачей общей практики по адресу: ул. Сельских Строителей, д. 6, кор. 5, пом. Н1, г. Рязань  |
| ЦФО | Рязанская область    | Строительство диализного центра «Фрезениус» в г. Рязани   |
| ЦФО | г. Москва            | Проект «Доктор рядом»   |
| ЦФО | г. Москва            | Реконструкция «Городской клинической больницы №63»  |
| ЦФО | Московская область   | Создание онкорadiологического центра в г. Балашиха Московской области   |
| ЦФО | Московская область   | Создание онкорadiологического центра в г. Подольск Московской области   |
| ЦФО | Белгородская область | Создание медицинского центра, специализирующегося на оказании высокотехнологической медицинской помощи  |

|      |                                 |   |
|------|---------------------------------|---|
|      |                                 | пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями  |
| ЦФО  | Белгородская область            | Создание онкорadiологического комплекса на базе ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер»   |
| УФО  | Тюменская область               | Программа, направленная на разрешение вопроса организации медицинской помощи больным хронической почечной недостаточностью на территории Тюменской области  |
| УФО  | Ханты-Мансийский АО             | Проектирование, строительство, оснащение и техническая эксплуатация клинического перинатального центра в городе Сургуте   |
| УФО  | Курганская область              | Строительство центра амбулаторного гемодиализа на 29 диализных мест   |
| СЗФО | г. Санкт-Петербург              | Проект создания, использования и содержания лечебно-реабилитационного корпуса СПб ГБУЗ «Городская больница № 40» Курортного района Санкт-Петербурга   |
| СЗФО | Ленинградская область           | Реконструкция объектов недвижимого имущества, расположенных по адресу: Ленинградская область, Гатчинский район, город Коммунар, ул. Строителей, дом 3, под объект здравоохранения «Ленинградский областной центр медицинской реабилитации» и его эксплуатация |
| СЗФО | Псковская область               | Реконструкция автоматизированной клинико-диагностической лаборатории государственного бюджетного учреждения здравоохранения Псковской области «Псковская областная клиническая больница»  |
| СЗФО | Вологодская область             | Реконструкция медицинского центра в г. Череповце  |
| СЗФО | Вологодская область             | Реконструкция, переоборудование отделения гемодиализа на базе областной больницы  |
| ЮФО  | Волгоградская область           | Проектирование, создание и эксплуатация имущества для санаторно-курортного лечения на территории Волгоградской области Эльтон   |
| ЮФО  | Краснодарский край              | Создание на территории Краснодарского края двух онкорadiологических центров ( г. Краснодар и г. Сочи)   |
| СКФО | Кабардино-Балкарская Республика | Создание на территории Кабардино-Балкарской Республики центра амбулаторного диализа   |
| СКФО | Республика Дагестан             | Создание научного центра современных высоких медицинских технологий в области стоматологии  |
| СКФО | Республика Дагестан             | Создание централизованной лабораторной службы на территории Республики Дагестан по адресу: г. Буйнакск, ул. Ломоносова, д. 111  |
| СКФО | Республика Дагестан             | Строительство научного центра современных высоких медицинских технологий в области стоматологии по адресу г.Махачкала, ул.Ермошкина,3.  |
| СКФО | Республика Ингушетия            | Строительство городской поликлиники в г. Карабулак на условиях государственно-частного партнерства  |

## АНКЕТА

**Оценка уровня удовлетворенности работника изменением содержания и условий трудовой деятельности при реализации партнерских взаимодействий государства, науки и бизнеса**

| <b>№</b> | <b>Показатель</b>  | <b>Вес</b> | <b>Диапазон оценок</b> |
|----------|--|------------|------------------------|
| 1        | Размер заработной платы  |            |                        |
| 2        | Уровень материально-технического оснащения трудовой деятельности |            |                        |
| 3        | Объем выполняемой работы, уровень загруженности                  |            |                        |
| 4        | Время на научную деятельность                                    |            |                        |
| 5        | Возможности карьерного роста                                     |            |                        |
| 6        | Возможность повышения квалификации                               |            |                        |
| 7        | Возможность самореализации                                       |            |                        |
| 8        | Трудовые взаимодействия с руководством, коллегами                |            |                        |

**АНКЕТА**

**Оценка уровня удовлетворенности населения качеством оказания услуг  
медицинской организацией**

| <b>№</b> | <b>Показатель</b>   | <b>Вес</b> | <b>Диапазон оценок</b> |
|----------|---|------------|------------------------|
| 1        | Возможность получения медицинской услуги (наличие квалифицированного специалиста) |            |                        |
| 2        | Объем оказания бесплатной медицинской помощи (услуг)                              |            |                        |
| 3        | Стоимость медицинской услуги  |            |                        |
| 4        | Профессиональные качества медицинских работников                                  |            |                        |
| 5        | Информированность о деятельности медицинского учреждения                          |            |                        |
| 6        | Территориальная доступность медицинской услуги                                    |            |                        |
| 7        | Использование современных методов и технологий лечения                            |            |                        |
| 8        | Продолжительность ожидания приема   |            |                        |