

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сочинский государственный университет»

На правах рукописи



Карамова Аида Саркисовна

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством:
экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,
комплексными – сфера услуг**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:

доктор экономических наук, профессор
Чуваткин Петр Петрович

Сочи – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.....	12
1.1 Экономическая сущность конкуренции и конкурентоспособности медицинских организаций.....	12
1.2 Факторы и критерии конкурентоспособности медицинских организаций...	27
1.3 Методические подходы к оценке конкурентоспособности медицинских организаций.....	37
Глава 2 Современные тенденции развития конкуренции на рынке медицинских услуг.....	52
2.1 Характеристика и тенденции развития российского рынка медицинских услуг.....	52
2.2 Анализ конкурентной среды на рынке медицинских услуг (на примере Краснодарского края).....	74
2.3 Оценка конкурентоспособности медицинских организаций.....	86
Глава 3 Формирование организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.....	97
3.1 Модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.....	97
3.2 Стратегические направления обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.....	109
3.3 Ресурсное обеспечение реализации стратегических направлений конкурентоспособности медицинских организаций.....	123
Заключение.....	136
Список литературы.....	139

Приложение А Обзор классификации факторов конкурентоспособности предприятия различными авторами.....	158
Приложение Б Характеристика состояния медицинской организации, определяющая уровень конкурентоспособности по «системе семи функций».....	161
Приложение В Методика оценки конкурентоспособности организации.....	163
Приложение Г Зарубежные методы определения конкурентоспособности фирмы.....	165
Приложение Д Мировые рейтинги оценки конкурентоспособности предприятий (фирм) с помощью различных индексов.....	167
Приложение Е Алгоритм оценки конкурентоспособности медицинских услуг на основе методов управления качеством.....	168
Приложение Ж Ретроспективный анализ развития рынка медицинских услуг в России.....	169
Приложение И Анализ технического состояния зданий медицинских организаций.....	171
Приложение К Классификация медицинских услуг.....	172
Приложение Л Справка о внедрении результатов диссертационного исследования для МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 4»	173
Приложение М Справка о внедрении результатов диссертационного исследования для предприятия ООО «Виа Мед»	174
Приложение Н Справка о внедрении результатов диссертационного исследования для Департамента экономики и стратегического развития Администрации г. Сочи.....	175
Приложение П Справка об использовании результатов диссертационного исследования в учебном процессе ФГБОУ ВО «Сочинский государственный университет»	176

Введение

Актуальность темы исследования. Укрепление и поддержание здоровья населения является приоритетной задачей социально ориентированной политики государства, ежегодно направляющего значительное количество ресурсов на здоровьесбережение, профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию граждан.

Рынок медицинских услуг на сегодняшний день активно развивается. По данным Федеральной службы государственной статистики РФ, объем рынка медицинских услуг в России в 2017 г. превысил 591 млрд руб., что на 8% больше, чем в 2016 г. Из-за уменьшения количества государственных медицинских организаций почти в два раза, с 10,7 тыс. в 2000 г. до 5,4 тыс. в 2017 г. и снижения качества медицинских услуг для негосударственных медицинских организаций, наступает период, когда растущий спрос позволяет больше зарабатывать, реинвестировать прибыль в современные медицинские технологии и т.д. В этих условиях медицинские организации должны оказывать пациентам такие медицинские услуги, которые по своим характеристикам превосходят услуги конкурентов и позволяют завоевывать и удерживать желаемую долю рынка медицинских услуг.

Проблема повышения конкурентоспособности организаций была сформулирована и в Указе Президента РФ от 21 декабря 2017 г. № 618 «Об основных направлениях государственной политики по развитию конкуренции», где сказано, что основной целью совершенствования государственной политики по развитию конкуренции является «...повышение экономической эффективности и конкурентоспособности хозяйствующих субъектов».

Для достижения поставленной Президентом РФ цели в сфере здравоохранения Правительство РФ утвердило план мероприятий («дорожную карту») «Развитие конкуренции в здравоохранении». Мероприятия, предусмотренные «дорожной картой»,

нацелены на повышение конкурентоспособности организаций здравоохранения и формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

Однако выполнение поставленных задач, несмотря на все предпринимаемые усилия, не привело к существенному повышению конкуренции на рынке медицинских услуг из-за проблем организации взаимодействия медицинских организаций, непроработанности отдельных положений нормативно-правовой базы, регулирующей взаимоотношения субъектов рынка медицинских услуг, смешения платности и бесплатности медицинских услуг в государственных и муниципальных организациях здравоохранения, отсутствия системного научно-методического обеспечения.

Подобная ситуация приводит к снижению качества медицинских услуг, стимулирует неформальные платежи в государственных и муниципальных медицинских организациях и ставит негосударственные медицинские организации в неравное положение на рынке медицинских услуг.

Таким образом, актуальность темы диссертационного исследования обусловлена наличием объективно существующих изменений на развивающемся рынке медицинских услуг, недостаточной разработкой теоретического и методического обеспечения, отсутствием организационного и экономического механизмов адаптации медицинских организаций к новым социально-экономическим вызовам.

Степень разработанности проблемы. Существенный вклад в развитие теории конкуренции внесли А. Смит, П. Друкер, Дж. М. Кларк, С. Л. Брю, Ф. Котлер, М. Портер, Д. Рикардо, Дж. Стиглер, П. Самуэльсон, Ф. А. Хайек, П. Хайне, Э. Чемберлин, Й. Шумпетер и др. В исследованиях этих учёных были описаны математические модели, различные формы и теории конкурентных отношений.

Среди российских специалистов, посвятивших свои исследования проблемам конкуренции и развитию конкурентной среды, можно отметить труды таких авторов, как А.С. Головачев, И.М. Лифиц, Ю. Адлер, Р.А. Фатхутдинов, В.В. Квасников, О.Н. Жучкевич, В.М. Круглик, Г.Д. Антонов, О.П. Иванов, В.М. Тумин, В.В. Царев и др.

Среди работ, в которых анализируются особенности современной ситуации в сфере здравоохранения, обсуждаются приоритеты государственной политики в новых экономических условиях, рассматриваются вопросы повышения качества медицинских услуг, можно выделить работы И.Н. Баранова, С.Г. Боярского, С.Д. Волкова, П.А. Герасимова, А.Л. Линденбратена, И.Н. Молчанова, И.А. Тогунова, С.В. Сажинной, В.Д. Селезнева, К.А. Филиппова, С.В. Шишкина и др.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных общетеоретическим вопросам конкурентоспособности организаций, в настоящее время не существует целостной научно-методологической основы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций на рынке медицинских услуг. Отсутствует также общепринятое определение самой категории «конкурентоспособность медицинской организации».

Актуальность, недостаточная степень разработанности проблемы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, а также теоретическая и практическая значимость дальнейшего развития исследований по обозначенной проблематике определили выбор темы, цель и задачи диссертационного исследования.

Объект исследования – медицинские организации всех форм собственности амбулаторно-поликлинического типа, осуществляющие свою деятельность на рынке медицинских услуг с целью удовлетворения потребностей населения, направленных на профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию.

Предмет исследования – организационно-экономические отношения в сфере обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

Целью диссертационного исследования является разработка организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

Поставленная цель обусловила необходимость достижения следующих задач исследования:

1. Уточнить и раскрыть сущность понятия «конкурентоспособность медицинской организации».

2. Исследовать теоретические и методические подходы к оценке конкурентоспособности медицинских организаций.

3. Выявить и определить тенденции формирования рынка медицинских услуг, определить его характеристики, основные параметры и тренды его развития.

4. Разработать модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

5. Обосновать стратегические направления обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

6. Определить элементы ресурсного обеспечения реализации стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в развитии существующих теоретико-методических и научно-прикладных подходов к формированию организационно-экономического обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

К числу наиболее значимых результатов, определяющих новизну проведенного исследования, можно отнести следующие:

– в авторской интерпретации раскрыто понятие «конкурентоспособность медицинской организации» как модель соперничества и ограниченного взаимодействия организаций, оказывающих медицинские услуги по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и реабилитации пациентов, и, тем самым, обеспечивающих социально-экономическую эффективность и инвестиционную привлекательность организаций на рынке медицинских услуг;

– на основе детерминации факторов внешнего и внутреннего воздействия на деятельность медицинских организаций разработан авторский научно-методический подход к оценке конкурентоспособности медицинской организации, содержащий

предложенную систему критериев и показателей для оценки конкурентоспособности медицинской организации;

– разработан организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинской организации, базирующийся на иерархизации целевых приоритетов развития медицинской организации, реализация которых опирается на использование совокупности институциональных, организационных и экономических методов воздействия на процессы оказания медицинских услуг;

– предложены и обоснованы стратегические направления ресурсного обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций на основе выделения стратегических императивов повышения качества медицинских услуг с учетом специфики ожиданий заинтересованных сторон.

Теоретическая значимость результатов исследования определяется развитием теоретических положений и концепций общей конкуренции и конкурентоспособности организаций, приращением научного знания в сфере обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций на рынке медицинских услуг. Основные выводы и результаты исследования развивают и дополняют положения теории управления конкурентоспособностью организаций, теории оценки конкурентоспособности организаций, теории управления конкурентоспособностью медицинских услуг, теории управления медицинской организацией и сферой здравоохранения в целом.

Практическая значимость проведенного исследования определяется самой направленностью работы и состоит в том, что результаты исследования и конкретные рекомендации могут быть использованы при выборе методов и инструментов обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций органами государственной и муниципальной власти.

Отдельные результаты, полученные в ходе исследования, легли в основу Плана мероприятий («дорожной карты») по содействию развитию конкуренции и развитию конкурентной среды г. Сочи и использованы в медицинских организациях Краснодарского края.

Материалы диссертации используются в учебном процессе ФГБОУ ВО «Сочинский государственный университет» при изучении дисциплины «Управление конкурентоспособностью организации».

Эмпирическую базу исследования составили данные официальных органов Федеральной службы государственной статистики РФ, Министерства здравоохранения РФ, Федеральной антимонопольной службы РФ, Министерства здравоохранения Краснодарского края, законодательные и подзаконные правовые акты, справочные и аналитические материалы Минздрава России и Всемирной организации здравоохранения, Интернет-ресурсы, информационно-аналитические материалы медицинских организаций Краснодарского края.

Методология и инструментарий исследования. Основные методологические принципы, заложенные в основу диссертационного исследования, опираются на фундаментальные исследования отечественных и зарубежных ученых в области конкурентоспособности организаций.

В ходе подготовки диссертационной работы были использованы современные концептуальные положения и теоретические исследования, основанные на системном анализе организационно-экономических процессов в медицинских организациях.

При решении задач диссертационного исследования использовалось сочетание разнообразных методов научного познания, таких как системно-функциональный, сравнительный, экономико-статистический, экономико-математический и другие инструментальные методы анализа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Уточнено понятие «конкурентоспособность медицинской организации», учитывающее отличительные особенности медицинских услуг (общественная ценность, неосязаемость, непостоянство качества и т.д.), степень взаимодействия и уровень соперничества за потребительский выбор, доступ к ресурсам для обеспечения социально-экономической эффективности медицинских организаций.

2. Разработана методика оценки конкурентоспособности медицинской организации, включающая алгоритм оценки, расчет интегрального показателя конкурентоспособности на основе комплексного показателя качества медицинских услуг и среднего индекса цен медицинских услуг в медицинских организациях.

3. Предложена модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, отражающая состав элементов субъекта и объекта управления, их взаимосвязи, цели, институциональные, организационные, экономические методы и инструменты их достижения, ресурсное обеспечение процесса предоставления медицинских услуг.

4. Обоснован выбор стратегического направления обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций в части разработки стратегии обеспечения качества медицинских услуг, позволяющей укрепить конкурентные позиции медицинских организаций на основе внедрения «Программы повышения качества медицинских услуг» и ее ресурсного обеспечения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа выполнена в соответствии с паспортом специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг: п.1.6.123. Обеспечение конкурентоспособности предприятий сферы услуг.

Обоснованность и достоверность исследования обеспечена методологическими приемами и методами исследования, адекватными предмету, цели и задачам диссертационного исследования, проведением исследований на теоретическом и практическом уровнях, применением теоретической и методической базы научного исследования, использованием современных достижений, полученных отечественной и зарубежной наукой в области управления конкурентоспособностью медицинских организаций, которые подтверждают в полной мере полученные результаты.

Достоверность результатов исследования подтверждена использованием обширной информационной базы Федеральной службы государственной статистики,

Министерства здравоохранения РФ, Федеральной антимонопольной службы России, Федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования, Администрации Краснодарского края, Министерства здравоохранения Краснодарского края, законодательных и нормативных актов РФ по рассматриваемой проблематике, а также использованием данных, представленных на официальных сайтах Всемирной организации здравоохранения.

Апробация основных результатов диссертации. Основные теоретические выводы и практические положения диссертации получили апробацию на IV международной научно-практической конференции «Современные технологии управления и инновационная экономика туристско- рекреационных территорий» (г. Сочи, 07–11 декабря 2016 г.), международной научно-практической конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» (г. Стерлитамак, 2017 г.), международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной научной деятельности» (г. Воронеж, декабрь 2017 г.), международной научно-практической конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» (г. Оренбург, декабрь 2017 г.), V международной научно-практической конференции «Экономика современного общества: актуальные вопросы антикризисного управления» (г. Саратов, 26 января 2017 г.), II Международной научно-практической конференции «Наука на современном этапе: вопросы, достижения, инновации» (г. Тюмень, 24 февраля 2018 г.).

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 11 работ общим объемом 4,96 п. л. (в т. ч. автора – 4,14 п. л.), в том числе 3 статьи общим объемом 2,06 п. л. (в т. ч. автора 1,95 п. л.) в рецензируемых научных журналах из перечня ВАК, 1 публикация – в зарубежном рецензируемом научном журнале.

Структура и объем работы. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. Работа содержит 157 страниц основного машинописного текста, 26 рисунков, 13 таблиц, 19 страниц приложений, список литературы из 155 наименований.

Глава 1 Теоретические основы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций

1.1 Экономическая сущность конкуренции и конкурентоспособности медицинских организаций

Происходящие в мировой экономике процессы характеризуются значительным ужесточением конкуренции, превращением ее в гиперконкуренцию. Основными факторами ужесточения конкуренции между производителями продукции (услуг) являются использование достижений научно-технического прогресса; привлечение инвестиций, вкладываемых в развитие производства для увеличения роста производительности труда и повышения качества выпускаемой продукции (услуг); внедрение инновационных и информационных технологий.

Конкуренция является неотъемлемым атрибутом рыночной экономики. Она побуждает предпринимателей в короткие сроки внедрять новые продукты и услуги, которые появляются в результате научных исследований и достижений научно-технического прогресса. Именно благодаря конкуренции на рынке обеспечиваются:

- сбалансированность планов производства товаров (услуг) с потребностями потенциальных потребителей;
- рациональное расходование ресурсов, используемых при производстве товаров и оказании услуг;
- распределение доходов (прибыли) между товаропроизводителями в соответствии с достигнутыми ими экономическими результатами финансово-хозяйственной деятельности.

Конкуренция представляет собой рыночный способ хозяйствования и форму соперничества капиталов между собой и является той самой «невидимой рукой», которая координирует деятельность всех участников рыночных отношений.

«...Не имеется никакого точного мерила, – писал Смит, – и дело решает рыночная конкуренция в соответствии с той грубой справедливостью, которая, не будучи вполне точной, достаточна все же для обычных житейских дел» [93, с. 33].

В основе концепции «невидимой руки рыночной конкуренции», изложенной в фундаментальном труде А. Смита «Исследование о богатствах народов», автор затронул проблему, имеющую самое непосредственное отношение к конкуренции и к сущности рыночного механизма. Он отмечал, что «...те товаропроизводители, индивидуальная стоимость продукции которых выше ее единой рыночной цены, несут убытки и вынуждены переключаться на производство таких товаров, которые дадут им прибыль. В противном случае они разоряются. И напротив, те производители, затраты которых на единицу товара ниже единой цены, процветают и обогащаются. Именно этот рыночный механизм экономического принуждения к эффективному ведению хозяйства, приспособления производства к изменяющемуся платежеспособному спросу лежит в основе рыночной конкуренции» [93, с. 35].

Сущность «конкуренции» А. Смит описывал следующим образом: «Разумеется, богатый человек, если он сам владелец мануфактуры, является очень опасным соседом для всех тех, кто занят этим же делом. Но все остальные соседи, подавляющее большинство их, выгадывают благодаря тому хорошему рынку, который создают для них его расходы. Они даже выгадывают от того, что он побивает более бедных работников, которые производят те же продукты, что и он» [93, с. 608].

В своем исследовании ученый также изложил трактовку важнейших определений, таких как:

– определение «свободной конкуренции». Он писал: «...где конкуренция свободна, соперничество конкурентов, которые все стараются вытеснить друг друга, вынуждает каждого стараться выполнять свою работу с известной степенью точности» [93, с. 913];

– преимущества конкуренции: «...конкуренция выгодна главной массе народа, которая, помимо того, много выигрывает благодаря хорошему рынку сбыта, создаваемому для нее во всех других отношениях большими расходами такой нации» [93, с. 46];

– сущность «недобросовестной конкуренции»: «...предприниматели, будучи менее многочисленны, гораздо легче могут сговориться между собою, и притом закон разрешает или, по крайней мере, не запрещает им входить в соглашение, между тем как он запрещает это делать рабочим» [93, с. 136];

– условия эффективной конкуренции: «...конкуренция сейчас же начнется среди покупателей, если произойдет сокращение предложения, что повлечет за собой повышение цен, но, когда предложение слишком велико, цена будет падать тем ниже, чем больше конкуренция между продавцами, «или, смотря по тому, насколько окажется для них быстрее сбыть этот товар» [93, с. 58].

Таким образом, А. Смит в сочинении «Исследование о богатствах народов» проанализировал основной регулирующий механизм рыночной экономики – конкуренцию, ее сущность и механизм функционирования; определил условия действенной конкуренции, а именно: наличие большого количества продавцов и покупателей; маневренность используемых ресурсов; всестороннюю информацию.

Значительный вклад в развитие теории конкуренции внесли: Д. Рикардо, Дж. С. Милль, Дж. Робинсон, Дж. Кейнс, Й. Шумпетер, Ф. А. Хайек, Ф. Найт, К. Р. Макконнелл, С. Л. Брю, М. Портер, А. С. Головачев, И. М. Лифиц, Г. Фидельман, С. Дедиков, Ю. Адлер, Р. А. Фатхутдинов, В. В. Царев и др.

В России решению проблем конкуренции посвящено множество учебников, монографий и статей в различных периодических изданиях. В проанализированных источниках были найдены многочисленные определения понятия «конкуренция». Все исследователи характеризуют конкуренцию как сложное экономическое явление, отмечая ее огромное влияние на деятельность любой организации и предпочтения потребителей.

Эта закономерность подтверждает значимость рассмотренной экономической категории для фундаментальных экономических исследований и, что особенно актуально, для практического использования в деятельности организаций. Вариации определения «конкуренция» в литературных источниках представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1 – Вариации определения «конкуренция» в литературных источниках (составлено автором)

Автор	Определение
1	2
Й. Шумпетер	Конкуренция как соперничество старого с новым, с инновациями [134].
Дж. Стиглер	Конкуренция – это процесс реакции на новую силу и способ достижения нового равновесия, сущностью которого является борьба конкурентов за относительные преимущества [95].
Р. А. Фатхутдинов	Конкуренция – это процесс управления субъектом своими конкурентными преимуществами на конкретном рынке (территории) для одержания победы или достижения других целей в борьбе с конкурентами за удовлетворение объективных или субъективных потребностей в рамках законодательства либо в естественных условиях [116].
М. Портер	Конкуренция – динамичный и развивающийся процесс появления новых товаров, новых путей маркетинга, новых производственных процессов и новых рыночных сегментов [67].
В. М. Круглик	Конкуренция – механизм регулирования пропорций общественного производства, поскольку благодаря конкуренции происходит перераспределение капиталов между отраслями [38].
Г. Д. Антонов, О. П. Иванова, В. М. Тумин	Конкуренция может рассматриваться как форма состязательности субъектов, элемент рыночного механизма, критерий определения типа отраслевого рынка, комплексная характеристика деятельности субъекта в рыночной среде [111].
А. С. Головачев	Конкуренция проявляется только в процессе соперничества и рыночных отношений, характеризуется конкурентными преимуществами исследуемого объекта, т.е. степенью удовлетворения потребностей покупателей по сравнению с аналогичными объектами, представленными на рынке [37].
И. Лифиц	Конкуренция – это форма взаимного соперничества субъектов рыночной экономики [46].
В. В. Квасникова, О. Н. Жучкевич	Конкуренция – это соревнование организаций на рынке за предпочтения потребителей с целью получения максимальной прибыли или дохода [39].

В ходе эволюции содержание понятия «конкуренция» модифицировалось: от трактовки советского периода «... антагонистическая форма экономического соревнования частных товаропроизводителей...» до толкования «...как экономического

процесса взаимодействия, взаимосвязи и борьбы между выступающими на рынке предприятиями в целях обеспечения наилучших возможностей сбыта своей продукции, удовлетворения разнообразных потребностей клиентов» [135].

Итак, в рамках настоящего исследования, конкуренция может быть определена как соперничество между хозяйствующими субъектами, заинтересованными в достижении однородных целей при условии ограниченности ресурсов, способствующих достижению поставленной цели.

Многочисленные теоретические исследования и практические работы в данной области таких известных ученых, как Г. Л. Багиев, Ф. Вирсем, А. С. Головачев, Ж. Ж. Ламбен, М. Портер, М. Треси, Р. А. Фатхутдинов, В. В. Царев и др. раскрывают понятие «конкурентоспособность организаций и товаров (услуг)», акцентируя внимание на различных ее аспектах:

- конкурентоспособность предприятия и товаров (услуг) взаимосвязаны, так как предприятие опосредованно переносит конкурентоспособность через свои товары (услуги);

- конкурентоспособность является динамичной категорией, зависит от факторов внутренней и внешней среды, часть которых может быть управляемыми элементами;

- конкурентоспособность может рассматриваться относительно таких объектов, как нормативные акты, научно-методические документы, технология, производство, товар (услуги), персонал, информация, регион, отрасль, страна в целом и другие;

- конкурентоспособность любого объекта может быть определена только путем сравнения с другими аналогичными объектами, что означает относительность конкурентоспособности.

- конкурентоспособность объекта зависит от деятельности конкурентов;

- на конкурентоспособность организации или товара (услуги) влияют предпочтения потребителей, требования к качеству и стоимости товара как индивидуального продукта фирмы, так и по сравнению с другими конкурентами;

– между конкурентоспособностью объекта и экономической эффективностью коммерческой организации существует прямая зависимость.

В научных публикациях можно встретить различные варианты классификаций конкуренции по критериям и видам.

Самой известной и популярной классификацией является деление конкуренции по состоянию на рынке: на свободную (совершенную), регулируемую и несовершенную конкуренцию. Последняя, в свою очередь, подразделяется на чистую монополию, олигополию, дуополию, монополию, монополистическую конкуренцию с дифференциацией продукта и на естественную монополию.

Известный специалист в области маркетинга Ф. Котлер выделял четыре направления конкуренции: конкуренция торговых марок; отраслевая конкуренция; формальная конкуренция; общая конкуренция. Для профессионалов и исследователей классификация конкуренции Р. А. Фатхутдинова представляет особый интерес.

Автор приводит следующее деление конкуренции по:

– *интенсивности*: привлекательная, умеренная, ожесточенная по отношению к объекту конкуренции, ожесточенная для субъекта конкуренции.

– *формам конкуренции*: предметная, функциональная.

– *методам конкуренции на основе критериев*: повышения качества товаров и сервиса для потребителей товаров; снижения цены, эксплуатационных затрат у потребителя; использования динамичных факторов, в большей мере характеризующих качество процессов управления – факторов времени (продолжительность, сроки, скорость, ускорение) и др.

– *уровням*: местном, региональном; национальном; межнациональном; глобальном [116].

В. В. Царев в учебном пособии «Оценка конкурентоспособности предприятий (организаций)» рассматривает деление конкуренции по признакам и масштабам развития:

- признак соблюдения этических норм в бизнесе (добросовестная – недобросовестная);
- признак рыночного соперничества (ценовая – неценовая);
- временной признак (временная – постоянная);
- признак наличия целеполагания (целенаправленная – хаотичная);
- признак, учитывающий развитие (свободная – регулируемая) [65].

Таким образом, анализ исследований в области конкуренции показал, что существует объективная необходимость расширения классификации видов конкуренции по такому критерию, как финальные результаты конкуренции для потребителя.

Одним из первых проблему конкуренции в здравоохранении стал исследовать М. Портер. В третьей части «Конкурентные решения социальных проблем» книги «Конкуренция» ученый ищет ответ на непростой вопрос: «Существуют ли проблемы с конкуренцией в здравоохранении?». М. Портер писал: «Конкуренция в сфере здравоохранения в США развита значительно сильнее, чем в любой другой индустриальной стране Запада» [67, с. 535].

Р. Б. Салтман и Дж. Фигейрас в книге «Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий» рассматривают различные аспекты конкурентной борьбы, в том числе конкуренцию на рынках частного медицинского страхования между страховщиками. Они пишут: «Даже в тех случаях, когда взносы скорректированы с учетом риска, конкуренция между страховыми компаниями все равно сфокусирована скорее на поиске и привлечении клиентуры с низкой степенью риска, нежели просто на рыночной борьбе за цены.

Через процесс отбора по негативным признакам лица, считающие себя благополучными с точки зрения риска, предпочитают отказываться от тех планов страхования, которые взимают слишком высокие взносы, чтобы обезопасить себя от безнадежных рисков.

В результате этого взносы для тех, кто «откровенно признает себя безнадежным риском» и вынужден оставаться в фонде, возрастают. Страховые компании, которые

не пытаются найти клиентов с низкой степенью риска и предлагают невысокие ставки взносов, могут оказаться привлекательными для «рискованной» клиентуры и поэтому вытесняются с рынка» [90].

Среди российских работ, в которых рассматриваются конкурентные механизмы в здравоохранении можно выделить работы А. А. Абдина., И. Н. Баранова, С. Г. Боярского, С. Д. Волкова, П. А. Герасимова, И. А. Тогунова, С. В. Сажинной, В. Д. Селезнева, С. В. Шишкина и др.

Многие исследователи адаптировали отдельные положения уже сформированной теории конкуренции к аналогичному процессу в сфере здравоохранения. Существуют убедительные аргументы, свидетельствующие как в пользу конкуренции между поставщиками медицинских услуг в системе здравоохранения, так и против нее.

В частности, М. Портер высказал следующую точку зрения: «Загадка, столь озадачивающая реформаторов, заключается в том, что, несмотря на впечатляющие успехи, обусловленные конкуренцией, во внедрении инноваций, повышающих качество медицинского обслуживания, ее результаты в снижении издержек более чем скромные.

Однако внимательный анализ ситуации показывает, что это связано вовсе не с недостатками, присущими самой конкуренции, а с системой стимулов, вошедшей в противоречие с фундаментальными законами конкурентной борьбы» [67, с. 521].

Таким образом, убедительным доводом в пользу развития конкуренции в здравоохранении является тот факт, что она создает эффективные стимулы, побуждающие медицинские организации разрабатывать и внедрять инновационные продукты, благодаря которым они будут предоставлять медицинские услуги более высокого качества по меньшей цене.

В исследовании П. А. Герасимова рассмотрены процесс взаимодействия участников мирового рынка медицинских услуг, анализ конкурентоспособности поставщиков на мировом рынке медицинских услуг, порядок доступа к инвестициям, процесс

разработки и внедрения инновационных и уникальных медицинских услуг, уровень государственной поддержки экспорта медицинских услуг [13].

В монографии «Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении» И. М. Шеймана рассматриваются возможности использования рыночных механизмов в здравоохранении, в том числе различные версии концепции «регулируемой конкуренции».

Анализируя конкурентную модель обязательного медицинского страхования с участием большого числа страховых медицинских организаций, выполняющих функции страховщиков, И. М. Шейман пришел к выводу, что бюджетные учреждения здравоохранения практически не конкурируют между собой за заключение договоров в системе общеобязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Что же касается деятельности страховых медицинских организаций, то «...конкуренция между ними концентрируется на привлечении крупных страхователей и практически не связана с потребительским выбором, что существенно снижает потенциал их воздействия на показатели деятельности поставщиков медицинских услуг» [127, с. 292].

Вопросы конкуренции между страховыми медицинскими организациями за застрахованных, влияние страховых медицинских организаций на планирование объемов медицинской помощи и улучшение ее качества отражены в работе С. В. Шишкина, С. В. Сажина и Е. В. Селезневой «Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы?».

Под руководством профессора С. В. Шишкина подготовлено исследование по проблемам развития системы здравоохранения, которое посвящено анализу современной ситуации в сфере здравоохранения, обсуждению приоритетов государственной политики в условиях экономического кризиса и в посткризисный период, изучению вопросов повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи,

а также перспективам развития страховых принципов финансирования здравоохранения.

Ряд работ группы С. В. Шишкина посвящен исследованию конкуренции на рынке платных медицинских услуг. Так, в статье «Конкуренция на рынке платных услуг: что нужно знать о частных ЛПУ?» рассмотрены характеристика услуг, оказываемых в негосударственных медицинских организациях, структура кадров, состояние материально-технической базы в частных медицинских организациях; определены преимущества и недостатки частных медицинских организаций, их конкурентное положение на отраслевом рынке.

Авторы отмечают: «Основное преимущество услуг частной медицины – большая ориентированность на нужды клиентов и лучшие немедицинские (сервисные) характеристики. Это определяет достаточно высокий спрос на такие услуги и обеспечивает возможность рассчитывать на получение дохода» [41].

В большинстве работ отмечается неоднозначное отношение к возможности развития конкуренции на рынке медицинских услуг и вообще в сфере здравоохранения. И если конкуренция, характерная для негосударственных медицинских организаций, анализируется в рамках традиционных подходов, то в отношении государственного сектора возникают серьезные трудности не только методологического порядка, но и трудности в возможности проведения необходимых эмпирических исследований.

Таким образом, можно констатировать, что общетеоретические аспекты функционирования рыночных отношений в здравоохранении, модели конкуренции, механизмы конкуренции между предприятиями частной системы здравоохранения, страховыми медицинскими организациями и другие вопросы рассматривались в ряде исследований И. А. Тогунова, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина, но такая область исследования, как обеспечение конкурентоспособности медицинской организации с учетом специфики медицинских услуг, остается недостаточно изученной и определяет дальнейшие горизонты исследований в данной области.

Эффективное функционирование в условиях ужесточения конкуренции на национальном, региональном или местном уровнях возможно лишь при достаточно высоком уровне конкурентоспособности организации. Именно в конкурентоспособности организации концентрируются основные экономические категории – качество продукции и цена, товарная политика и маркетинг, научно-технический и производственно-технологический потенциал предприятия и уровень его производства, основанные на современных формах и методах управления предприятиями в жесткой рыночной среде.

В соответствии с целью и задачами проводимого исследования понятие «конкурентоспособность» будем рассматривать в аспекте «конкурентоспособность медицинских услуг».

В. В. Квасникова и О. Н. Жучкевич предлагают следующее определение: «Конкурентоспособность товара (услуг) – это комплексная многоаспектная его характеристика, определяющая предпочтение товара на рынке по сравнению с аналогичным товаром конкурентов как по степени соответствия конкретным потребностям потребителей, так и по затратам на их удовлетворение» [39].

А. Г. Мокроносов и И. Н. Маврина предлагают следующее определение: «конкурентоспособность товара (услуги) определяется, в отличие от его качества, совокупностью только тех конкретных свойств, которые представляют явный интерес для данного покупателя и обеспечивают удовлетворение данной конкретной потребности – прочие характеристики во внимание не принимаются» [40].

По определению И. К. Шахбановой, «конкурентоспособность – это свойство, необходимое для успешного развития любой организации, заключающееся в способности выдерживать конкуренцию и получать большую прибыль в сравнении с другими организациями этой же сферы. На конкурентоспособность влияют такие факторы, как качество предоставляемых услуг, маркетинговая система, кадровые ресурсы, налоговая среда, технологический уровень производства, источники финансирования» [61].

Группа авторов учебного пособия «Оценка конкурентоспособности предприятий (организаций). Теория и методология» рассматривает конкурентоспособность товара (услуг) как одну из составных (пусть и важных) компонент системы оценки уровня конкурентоспособности предприятий (организаций)» [65].

А. С. Головачев различает потенциальную и реальную конкурентоспособность. По его мнению, *потенциальная конкурентоспособность* проявляется в процессе конструирования, проектирования, прогнозирования, планирования, степени удовлетворения параметров и свойств продукции требованиям будущего рынка, а *реальная* определяется в результате сравнения конкурентных преимуществ не менее чем двух товаров в данный момент времени и на данном рынке [37].

Таким образом, конкурентоспособность объекта (организации или товара (услуги)) классифицируется по отношению к конкретному рынку либо к конкретной группе потребителей, формируемой по соответствующим признакам стратегической сегментации рынка.

Конкуренция в сфере здравоохранения является следствием эволюции рынка медицинских услуг.

Федеральный закон № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) трактует медицинскую услугу как «...мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость» [119].

К специфическим свойствам медицинской услуги можно отнести:

– Общественную ценность. Общественная ценность медицинской услуги определяется, во-первых, ценностью отдельной человеческой жизни. Во-вторых, высокая миграционная активность населения, интенсивный межгосударственный обмен продуктами питания и т. д. могут привести к распространению заразных болезней и эпидемий. Что определяет ее общественную ценность.

– Неосвязаемость. До момента посещения медицинской организации или специалиста пациент не имеет представления о потребительских свойствах оказываемых ему медицинских услугах.

– Неотделимость от источника и объекта услуги. Медицинская услуга не может быть оказана без присутствия специалиста (кто оказывает услугу) и пациента (кто получает услугу). Кроме того, оказание медицинской услуги может быть связано с местом жительства пациента, наличием полиса обязательного медицинского страхования, соблюдением санитарно-гигиенических требований и т. д.

– Неотделимость медицинской услуги означает также, что и пациент является ее частью, потому что успех лечения во многом зависит от соблюдения рекомендаций врача, от психологического настроя пациента на выздоровление.

– Непостоянство качества. Качество медицинских услуг зависит от того, кто оказывает, где и при каких условиях услуга предоставляется. Даже один и тот же специалист в течение дня может оказывать услуги по-разному. Непостоянство спроса. Спрогнозировать спрос на медицинские услуги с очень сложно, потому что потребители не могут предвидеть, когда им потребуется медицинские услуги. Кроме того, на него влияют климатические условия, время года и т. д.

– Несохраняемость. Медицинские услуги нельзя складировать. В условиях колебания спроса в зависимости от эпидемиологической обстановки, сезонности заболеваний, периодов массовых отпусков и т. п. медицинские организации вынуждены резервировать свои мощности, чтобы иметь возможность оказать медицинские услуги в период повышенного спроса.

– Видовое разнообразие. Медицинские услуги разнообразны по видам (в номенклатуре медицинских услуг их более 1000 видов), по категориям пациентов (мужчины, женщины, дети; работающие, неработающие; граждане РФ или другой страны и т. д.), по цели посещения медицинской организации; требованиям к качеству медицинских услуг, их стоимости, уровню информированности и т. д.

– Комплексность. Медицинская услуга складывается для пациента из целого комплекса услуг (как материальных, так и нематериальных), которые являются специфическим медицинским продуктом, начиная от записи на прием к врачу (или вызова врача на дом) и заканчивая выпиской при стационарном лечении.

– Информационная асимметрия. Потребитель не имеет адекватной информации о характере своего заболевания, методах его лечения, не может самостоятельно определить перечень необходимых медицинских услуг.

Таким образом, медицинская услуга – это услуга «на доверии», которая имеет свои специфические особенности: потребитель - пациент не предполагает, какие именно услуги, направленные на профилактику, диагностику или лечение заболеваний будут применены и как они впоследствии повлияют на его здоровье. При этом некачественно оказанные медицинские услуги могут привести к непоправимым последствиям.

Варианты определения понятия «конкурентоспособность медицинских организаций», сформулированные различными авторами в отечественных источниках представлены в табл. 1.2.

В результате проведенного анализа было установлено, что рассмотренные определения требуют дальнейшей конкретизации, т.к. не позволяют в полной мере охарактеризовать такие сложные категории, как медицинские организации и медицинские услуги, и не учитывают специфические свойства и ценностно-ориентационные компоненты медицинских услуг.

Таблица 1.2 – Варианты определения понятия «конкурентоспособность медицинских организаций» (составлено автором)

Автор определения	Определение понятия
1	2
Всемирная организация здравоохранения	Конкурентоспособность на рынке медуслуг определяется следующим: регулирование качества и эффективности предоставляемых услуг, аккредитация поставщиков, профессиональная кадровая подготовка, оценка экономической эффективности медицинских технологий, регулирование доступа пациентов к услугам, регулирование фармацевтического рынка, регулирование цен на медуслуги в государственном секторе, регулирование плательщиков, регулирование врачей [87].
К. Н. Арабчиков	Конкурентоспособность предприятия здравоохранения представляет собой сравнительное преимущество частного предприятия здравоохранения на рынке медицинских услуг в определённый период времени, позволяющее продавать качественные медицинские услуги по рыночным ценам, обеспечивая социально-экономическую эффективность и собственную инвестиционную привлекательность [2].
О. К. Коробкова	Конкурентоспособность медицинских организаций – понятие относительное, которое зависит от конкретных условий, складывающихся на рынке: состояние рынка медицинских услуг, виды услуг, цены, зависимости спроса от цены, условий предоставления медицинской услуги пациенту [42].
В. Д. Селезнев, С. Д. Волков	Конкурентоспособность поставщиков медицинских услуг является их соперничеством, направленным на достижение желаемых результатов деятельности в условиях меняющихся ограничений. Ограничения касаются различных сторон деятельности, начиная с доступа к ресурсам и кончая возможностью влиять на те или иные государственные структуры [91].
И. М. Шейман	Конкуренция покупателей и поставщиков медицинских услуг способна дополнять и усиливать целенаправленные действия всех субъектов здравоохранения по формированию более рациональной системы оказания медицинской помощи [127].
К. А. Филиппов	Конкуренцию в здравоохранении трактуют как состояние и процесс взаимоотношений производителей и потребителей мед. услуг, в рамках которого идет соперничество между ОЗ или медработниками с целью удовлетворения потребностей пациента [82].

На основании вышеизложенного, автор предлагает использовать следующее уточнённое определение «конкурентоспособность медицинских организаций», разработанное на основе контент-анализа определений, представленных в рассмотренных

источниках: «конкурентоспособность медицинской организации – это модель соперничества и ограниченного взаимодействия организаций, оказывающих медицинские услуги, которые в свою очередь обладают совокупностью специфических свойств (общественной ценностью, неосязаемостью, непостоянством качества и т. д.), удовлетворяют потребности общества, направленные на профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию пациентов, и тем самым обеспечивают организации социально-экономическую эффективность и инвестиционную привлекательность».

1.2 Факторы и критерии конкурентоспособности медицинских организаций

Современное состояние рынка медицинских услуг характеризуется значительным ужесточением конкуренции на целевом и внешнем рынке. Поэтому для достижения коммерческого успеха организации необходимо учитывать факторы внешней и внутренней среды и реализовывать преимущества, влияющие на ее конкурентоспособность.

Изучением и анализом факторов конкурентоспособности организаций занимались как зарубежные, так и отечественные ученые такие, как Артур А. Томпсон, А. Дж. Стрикленд, М. Портер, А. С. Головачев, А. Г. Мокроносов, И. Н. Маврина, В. В. Кантарович, А. А. Царев, Р. А. Фатхутдинов и другие.

В зависимости от мировоззренческой позиции и научных взглядов ученые по-разному формировали группы факторов, влияющих на конкурентоспособность организаций.

Профессор Гарвардской школы М. Портер предлагает делить факторы, влияющие на конкурентоспособность отрасли или организации, в зависимости от базовых условий их функционирования: с низким уровнем концентрации, в новых отраслях, в

период перехода к зрелости, в период спада, в период превращения отрасли в глобальную [44].

В ходе анализа развития российского рынка медицинских услуг было установлено, что современное состояние можно охарактеризовать как формирующееся или перестраивающееся под воздействием новых потребительских запросов, технологических инноваций и других экономических и социальных изменений, создающих потенциальные возможности для дальнейшего развития рынка.

М. Портер отмечает, что «несмотря на то, что новые отрасли могут существенно различаться по своей структуре, существуют некоторые общие структурные факторы, характерные для многих отраслей на этапе их становления. Большинство из них связаны либо с отсутствием сложившихся принципов конкуренции или других правил игры, либо с изначально малыми размерами и новизной отрасли» [44, с. 271].

Определение ключевых факторов, влияющих на конкурентоспособность новых отраслей (в нашем случае это новое состояние рынка медицинских услуг), даст возможность рассмотреть основные альтернативы стратегического выбора, стоящего перед организациями. К ключевым факторам можно отнести следующие группы:

- структурные особенности отрасли (стратегическая неопределенность; высокие первоначальные издержки; значительная доля компаний, созданная путем отделения (спин-оф); технологическая неопределенность; формирование первоначальной группы покупателей; короткий горизонт прогнозирования; доступ к субсидиям);
- первоначальные барьеры мобильности (собственные технологии, доступ к каналам распределения и сбыта, доступ к ресурсам, преимущества в издержках, благодаря конкурентной неопределенности и т. д.);
- факторы, ограничивающие развитие отрасли (отсутствие инфраструктуры, неуверенность потребителей, рост цен на сырье, неустойчивое качество услуг, недоверие со стороны потребителя, высокие издержки и т. д.).

Таким образом, организации, функционирующие на формирующемся или переформирующемся рынке медицинских услуг, сталкиваются с ограничениями и проблемами различной сложности. Причинами их являются зависимость организаций от экономических факторов и внешних условий развития, связанных с необходимостью побуждения покупателей к переходу на их продукт или услугу.

Далее рассмотрим более подробно структурные факторы конкуренции на этапе спада, потому что именно в таких условиях сейчас находятся медицинские организации из-за сложной экономической ситуации в стране.

Как отмечает М. Портер, «важнейшее влияние на конкуренцию на этапе спада оказывают процесс снижения спроса и характеристики остающихся сегментов рынка» [44, с. 311].

К факторам спроса он относит неопределённость, темпы и характер падения, структуру остающегося спроса, причины падения спроса (технологическое замещение, демографические факторы изменения потребностей). Определение наиболее вероятной причины падения спроса может служить ключом к правильной оценке организациями вероятного уровня будущего или отложенного спроса, а также индикатором уровня прибыли его остающихся сегментов.

Барьеры для выхода, еще одна группа факторов, влияние которой нельзя недооценивать: «... чем выше барьеры для выхода, тем менее благоприятными будут условия для функционирования в отрасли остающихся в ней фирм» [44, с. 314].

К барьерам для выхода можно отнести:

- специализированные активы и активы длительного пользования (основной и оборотный капитал);
- постоянные издержки выхода (низкая фактическая ликвидационная стоимость бизнеса, издержки по урегулированию трудовых отношений и т. д.);
- стратегические барьеры для выхода (взаимосвязанность различных видов бизнеса, доступ к финансовым рынкам, вертикальная интеграция);
- информационные барьеры;

- управленческие или психологические барьеры (удар по самолюбию, разрыв связи с бизнесом и т. д.);
- барьеры, связанные с государственной политикой и социальными последствиями;
- механизм ликвидации активов.

Неустойчивость соперничества – это еще один фактор конкуренции на этапе спада. Неустойчивое состояние конкуренции может еще более обостряться под влиянием поставщиков и каналов сбыта.

Итак, вышерассмотренные группы факторов дают возможность определить ряд аналитических шагов для установления позиций медицинских организаций, переживающих фазу экономического спада.

Под факторами конкурентоспособности организаций понимают процессы производственно-хозяйственной деятельности и явления социально-экономической жизни общества, которые порождают изменения величины затрат (абсолютной и (или) относительной) на производство продукции, работ (услуг), а в последствии – меняют уровень конкурентоспособности самих организаций.

Анализ классификаций факторов конкурентоспособности организаций, представленный в Приложении А, позволил автору сделать следующие выводы. Наиболее распространёнными факторами конкурентоспособности организаций являются:

- производственные: себестоимость и качество продукции (услуг), месторасположение предприятия, наличие квалифицированных кадров и т. д.;
- технологические: применение инноваций и современных технологий в производственном процессе, разработка новых товаров и т. д.;
- сбытовые: быстрая доставка товаров потребителю, широкая сеть оптовых дистрибьюторов, доля завоёванного рынка, низкие издержки на реализацию товаров и т. д.;
- организационно-управленческие: доступ на финансовые рынки, экономическая безопасность предпринимательской деятельности, патентная защита, внедрение

системы всеобщего управления качеством, эффективное логистическое обеспечение и т.д.

Следует разделять понятия «фактор конкурентоспособности» и «критерий (показатель) конкурентоспособности», потому что одна и та же характеристика субъекта рынка с разных точек зрения может выступать и как фактор, и как критерий конкурентоспособности. Например, важным фактором конкурентоспособности является «наличие системы управления качеством услуг», при этом «качество услуг» может одновременно является и показателем конкурентоспособности организаций.

Каждому фактору соответствует вполне определенный состав критериев или показателей конкурентоспособности организаций. Например, А. А. Царев, В. В. Кантарович и В. В. Черныш выделяют следующие показатели:

- доля завоёванного целевого рынка (или его сегмента);
- относительная доля рынка (равна отношению доли рынка данного предприятия к доле рынка самого опасного конкурента);
- динамика завоевания доли рынка;
- характеристика качества поставляемой на рынок продукции;
- цена продукции;
- развитость сбытовой сети;
- объемы средств, затраченных на проведение рекламных кампаний [65].

А. С. Головачев считает, что «факторы успеха организации отражаются в показателях его конкурентоспособности, к числу которых относятся: качество продукции; репутация (имидж) организации; производственные возможности; технологический уровень; дилерская сеть (система сбыта); маркетинг и реклама; финансовая устойчивость организации; относительное положение по издержкам; обслуживание потребителей (сервис). Стратегическими индикаторами конкурентоспособности организации являются показатели: ее доля на рынке; рост продаж; рост чистой прибыли; рост прибыли на акционерный капитал; рентабельность реализованной продукции; рентабельность труда – особенно для трудоемких производств; рентабельность основных

средств (капитала) (особенно для капиталоемких производств); рентабельность материальных затрат (особенно для материалоемких производств); рентабельность оборотных средств (для материалоемких и других производств); рентабельность производства (всех активов организации)» [37].

Таким образом, каждый критерий (показатель) конкурентоспособности организации должен воспроизводить информацию о степени удовлетворения товарами (услугами), о потребностях покупателя и эффективности производства.

Анализ основных теоретических положений по проблеме определения критериев (показателей) и состава факторов конкурентоспособности с учетом специфики медицинских организаций, представлен автором ниже.

М. Портер считает, что к основным факторам конкурентоспособности медицинских организаций можно отнести требовательных клиентов; качество услуг, стоимость услуг и наконец, инновации. Автор отмечает: «Эффективная конкуренция характеризуется наличием требовательных клиентов, обладающих волей, достаточной, чтобы заставить провайдеров улучшить качество услуг при одновременном снижении их стоимости. Но когда клиенты разрознены, как в случае здравоохранения, их возможности существенно снижаются. Инновации, стимулируемые жесткой конкуренцией, – это ключ к успешным реформам. Несмотря на уникальность здравоохранения, во многих отношениях оно ничем не отличается от любой другой отрасли» [67].

И. А. Тогунов в статье «Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению» отмечает, что «поиск и исследование определенных критериев конкурентоспособности внутри самого лечебно-профилактического учреждения (врачебной практики) сегодня наиболее доступен и результативен в плане реализации управленческого решения по организации опережающего («реактивного») производства медицинских услуг» [105].

Автор выделяет характеристики состояния медицинских организаций, определяющие уровень конкурентоспособности на основе «Системы семи функций». Более

детальная характеристика состояния медицинских организаций, определяющая уровень конкурентоспособности по «Системе семи функций» представлена в Приложении Б.

К. Н. Арабчиков выделяет две группы факторов, определяющих уровень конкурентоспособности негосударственных медицинских организаций [120].

Первая группа факторов формируется на уровне внутренней среды. Ее К. Н. Арабчиков предлагает оценивать через относительные показатели эффективности использования ресурсов (показатели, взятые из финансовой отчетности). В зависимости от сущности описываемых ими факторов автор выделяет две группы: показатели, используемые на практике в качестве характеристик эффективности производственно-хозяйственной деятельности, и показатели пропорциональности.

Вторая – складывается на оперативном и стратегическом уровнях. Она формирует конкурентную рыночную среду здравоохранения, определяет условия, при которых обеспечение конкурентоспособности негосударственных медицинских организаций принципиально различается на оперативном и стратегическом уровнях.

Важными показателями конкурентоспособности на оперативном уровне могут быть показатели эффективности, деловой активности и пр. В то время как конкурентоспособность негосударственных медицинских организаций в стратегическом плане определяется инвестиционной привлекательностью, критерием которой является рост рыночной цены [120].

С нашей точки зрения, подход к группировке факторов конкурентоспособности негосударственных медицинских организаций, предложенный К. Н. Арабчиковым, является наиболее приемлемым. Потому что негосударственные медицинские организации можно рассматривать как открытую систему, на которую оказывают влияние факторы на уровне внутренней среды, подразделяемые, в свою очередь, на показатели, используемые на практике в качестве характеристик эффективности производственно-хозяйственной деятельности и показатели пропорциональности. Помимо этого, негосударственные медицинские организации имеют конкурентную рыночную

среду здравоохранения, состоящую из взаимосвязанных переменных, оказывающих влияние на его функционирование.

На основании результатов проведенного исследования автором была произведена дополнительная систематизация внешних факторов обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций в зависимости от масштаба их влияния на медицинские организации (международный уровень, федеральный уровень, региональный и муниципальный) и внутренних – с учетом специфики отрасли, а также определен состав показателей конкурентоспособности медицинских организаций (таблица 1.3).

Из таблицы 1.3 видно, что к внешним факторам, влияющим на конкурентоспособность медицинских организаций, относятся те факторы, на которые организации не могут оказывать воздействия.

В зависимости от масштаба влияния на медицинские организации внешние факторы можно разделить на уровни: международный уровень, макроуровень (федеральный уровень), мезоуровень (региональный) и микроуровень (муниципальный).

Основными факторами обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций на международном уровне являются: повышение роли России в международных организациях в сфере охраны здоровья; продвижение российской медицинской продукции (услуг) на рынки зарубежных стран; совершенствование нормативно-правовой и институциональной базы в сфере охраны здоровья; участие в международных проектах в сфере охраны здоровья; развитие международных многосторонних исследовательских проектов и т. д.

Международный уровень взаимосвязан с процессами, происходящими на федеральном (макро-) уровне.

Таблица 1.3 – Факторы конкурентоспособности медицинских организаций (составлено автором)

<p>ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ</p>	<p>✓ международный уровень (участие России в деятельности международных организаций, совершенствование нормативно-правовой и институциональной базы в сфере охраны здоровья и т.д.);</p> <p>✓ федеральный уровень (государственная политика в области здравоохранения развитие новых медицинских и информационных технологий, формирование интегрированного здравоохранения, укрепление кадрового потенциала; развитие государственно-частного партнерства, реформирование системы медицинского и дополнительного профессионального образования, инвестиции в новые информационно-медицинские технологии и т.д.);</p> <p>✓ региональный (природные, климатические факторы, состояние ресурсной базы, инфраструктура, демографическая и социальная политика в регионе, склонность населения к здоровому образу жизни, профилактике болезней и укреплению здоровья и т.д.);</p> <p>✓ муниципальный уровень (количество медицинских организаций различных форм собственности, состояние инфраструктуры, состояние конкурентной среды, потенциальный спрос и т.д.).</p>	
<p>ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ</p>	<p>РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ</p>	<p>✓ финансовый (эффективность использования ресурсов; выполнение государственного задания; участие организации здравоохранения в системе ОМС, объем стационарной помощи и т.д.);</p> <p>✓ кадровый (состав кадров, профессиональное развитие персонала, наличие действующей системы мотивации и т.д.);</p> <p>✓ материально-технический (уровень оснащения диагностическим оборудованием; структура коечного фонда, наличие лекарственных препаратов и медицинских изделий и т.д.);</p> <p>✓ доступность и качество медицинских услуг (организация логистики пациентов, вежливое и внимательное отношение к пациентам, комфортность пребывания);</p> <p>✓ профессионализм медицинского персонала.</p> <p>✓ применение информационных технологий (телемедицина, система электронного здравоохранения и т.д.);</p> <p>✓ развитие стационарзамещающей медицинской помощи;</p> <p>✓ развитие высокотехнологичной медицинской помощи.</p>

Основными факторами являются: социально-демографическая, экономическая политика и политика государства в сфере здравоохранения, включающие такие

направления, как совершенствование Программы государственных гарантий; развитие обязательного и дополнительного медицинского страхования, введение обязательной аккредитации медицинских работников, выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения, развитие информатизации здравоохранения, ускоренное инновационное развитие здравоохранения и другие факторы.

Среди внешних факторов автор отмечает важную роль критерия «государственная политика в области здравоохранения», так как именно государство выступает рычагом влияния на деятельность медицинских организаций вне зависимости от формы собственности.

Региональный, или мезоуровень, занимает промежуточное положение между макро- и микроуровнем. К факторам этого уровня можно отнести: природно-климатические условия, демографическое положение и экономический потенциал региона, состояние и условия функционирования конкурентного рынка медицинских услуг, уровень науки и образования в регионе. Все эти факторы тесно взаимосвязаны между собой, однако уровень их влияния отличается из-за специфики и особенностей региона.

Внешними факторами, определяющими конкурентоспособность медицинских организаций на микроуровне, являются основные группы стейкхолдеров (учредители (собственники организаций), страховые компании, надзорные органы, пациенты и т.д.) и взаимосвязи между ними.

Внутренние факторы зависят непосредственно от состояния медицинской организации и ее конкурентного потенциала. В частности, это ресурсный потенциал организации, то есть то, чем медицинские организации способны самостоятельно управлять. Например, «потребительский потенциал» состоит из нескольких составляющих, прежде всего это доступность и качество медицинских услуг. Для привлечения потребителей (пациентов) организации должны повышать качество предоставляемых услуг, использовать новые технологии и современное медицинское оборудование.

«Инновационный потенциал» включает в себя такие показатели, как применение в организации информационных технологий, в том числе системы электронного здравоохранения, проведения телемедицинских консультаций и т. д.

Итак, на основании представленных выше внешних и внутренних факторов конкурентоспособности медицинских организаций, представляется возможным сформировать показатели конкурентоспособности и на их основе разработать методику оценки конкурентоспособности медицинских организаций.

1.3 Методические подходы к оценке конкурентоспособности медицинских организаций

Разработка и применение методов количественной оценки конкурентоспособности является одним из главных условий эффективного управления уровнем конкурентоспособности медицинских организаций и основой для проведения сравнительного анализа конкурентоспособности субъектов рынка.

В настоящее время в России отсутствует не только единая номенклатура критериев конкурентоспособности, но и общепринятая методика оценки уровня конкурентоспособности организаций, что создает серьезные проблемы в процессе принятия решений по управлению конкурентоспособностью организации.

Сложность внедрения единого методологического подхода к оценке уровня конкурентоспособности организаций обуславливается следующими причинами:

– сущность и содержание понятия «конкурентоспособность предприятия» трактуется в различных источниках по-разному, а иногда определения имеют абсолютно противоречивый характер, так как авторы рассматривают различные формы поведения организаций в аналогичных ситуациях;

– многочисленные методы измерения конкурентоспособности, апробированные в мировой практике и используемые организациями, не основаны на научных подходах и теоретических положениях;

– для оценки конкурентоспособности некоторые организации применяют методики собственной разработки. Вместе с тем они остаются неизвестными для других организаций, поэтому установить достоверность полученных результатов не представляется возможным;

– в зависимости от целей, задач и условий проведения оценки существенно варьируется количество критериев, участвующих в оценке уровня конкурентоспособности организации;

– в процессе анализа факторов конкурентоспособности организации наряду с количественными показателями применяются и качественные, что усложняет применение методов сравнительного анализа для оценки уровня конкурентоспособности.

В отечественной и зарубежной научной литературе представлено большое количество подходов к оценке конкурентоспособности, с помощью которых рекомендуется рассчитывать уровень конкурентоспособности организаций. Исследователи оценивают конкурентоспособность организаций с помощью маркетингового, факторного, комплексного и других научных подходов.

Например, Р. А. Фатхутдинов пишет: «Подходы к оценке конкурентоспособности не могут быть одними и теми же для стадий стратегического и тактического маркетинга. На стадии стратегического маркетинга как первой стадии жизненного цикла товаров (пространственный аспект) и первой функции управления (временной аспект) разрабатываются нормативы конкурентоспособности на длительный период, а на стадии тактического маркетинга выполняются работы по материализации у изготовителя и реализации на рынке нормативов стратегической конкурентоспособности, а также по корректировке этих нормативов. Поэтому при измерении конкурентоспособности

организации на стадии стратегического маркетинга приоритет должен отдаваться динамическому подходу, прогнозированию будущих состояний в настоящем на базе прошлого» [116].

В. В. Царев, А. А. Кантарович, В. В. Черныш предлагают все методики объединить в следующие группы. «В соответствии с первой группой методов оценка конкурентоспособности предприятия сводится к определению конкурентоспособности выпускаемой им продукции, а в соответствии со второй группой методов – к выбору системы показателей (экономических, финансовых, инвестиционных, социальных и т. д.), установлению их числовых оценок и на их основе получению интегральной оценки» [65].

Первую группу авторы называют необоснованной, поскольку на конкурентоспособность организации оказывает влияние множество разных по экономической, финансовой и социальной природе факторов.

Вторую – считают научно аргументированной на основании того, что представленные методики базируются на системном подходе к решению экономических задач и научно обосновывают состав подвергаемых анализу показателей и рекомендуемых методов расчета интегрированного показателя конкурентоспособности.

А. С. Головачёв выделяет три наиболее востребованных, по его мнению, метода оценки конкурентоспособности организаций [37].

К первому автор относит методы формализации факторов (показателей), определяющих конкурентоспособность организаций. Данная методика основана на использовании показателей конкурентоспособности товаров и эффективности производства.

Матричные методы оценки конкурентоспособности он объединяет во вторую группу. Методика основана на выявлении внешних и внутренних факторов конкурентоспособности и определении зоны хозяйствования (сегмента на рынке), на котором организация имеет или хочет получить конкурентные преимущества.

И наконец, к третьей группе, относится метод определения конкурентоспособности товаров. Он основан на оценке конкурентоспособности товаров с учетом весо-мости их реализации на различных рынках.

А. С. Головачёв отмечает, что, «...абстрагируясь от конкурентоспособности внешней среды организации, качества управления, задачи организации по обеспечению своего социально-экономического развития, можно заключить, что если товары конкурентоспособны, то и предприятие конкурентоспособно. Весь вопрос сводится к разработке и реализации конкурентоспособной стратегии организации, определению конкурентоспособности товаров» [37].

Итак, рассмотренные выше подходы к оценке уровня конкурентоспособности организаций основаны на определении некоторого набора показателей и последующем их интегрировании.

Анализ отечественных и зарубежных источников показал, что существует множество различных методик оценки конкурентоспособности организаций с использованием различных параметров. Обзор методик оценки конкурентоспособности организации представлен в Приложении В.

Из зарубежных методик определения конкурентоспособности фирмы наиболее востребованными являются методика Ж. Ж. Ламбена; методика оценки конкурентоспособности организации на базе «4Р»; матрица Бостонской консалтинговой группы и др. Зарубежные методы определения конкурентоспособности фирмы представлены в Приложении Г.

Вместе тем, существуют методики для оценки рейтинга организаций, использование которых в российской практике весьма ограничено. Это связано с нестабильностью российской экономики (не представляется возможным оценить среднесрочные перспективы экономического развития не только организаций, но и страны) и недо-стоверностью информации о результатах финансово-хозяйственной деятельности организаций.

К мировым рейтингам оценки конкурентоспособности фирм с помощью различных индексов можно отнести рейтинг WEF (World Economic Forum), индекс GCL (Growth Competitiveness Index), индекс MCI (Microeconomic Competitiveness Index) и индекс IMD (Institute of Management Development) и другие. Мировые рейтинги оценки конкурентоспособности предприятий (фирм) с помощью различных индексов представлены в Приложении Д.

Итак, проведенный анализ перечисленных выше подходов и методов показывает, что в современных отечественных и зарубежных публикациях проблемы количественной оценки уровня конкурентоспособности организаций освещены достаточно обширно.

В своих трудах исследователи, исходя из своих научных взглядов и в зависимости от области исследований, аргументируют применение различных подходов для расчета показателей конкурентоспособности; преимущества и недостатки отдельных методик оценки; необходимость учета различных факторов для оценки уровня конкурентоспособности организаций и т. д.

Кроме того, авторами предлагаются разные способы применения метода экспертных оценок при определении уровня конкурентоспособности организаций, использование которого в определенной степени снижает достоверность и объективность результатов исследования. Тем не менее, применение метода экспертных оценок объясняется тем обстоятельством, что данная задача представляет собой сложную, многофакторную экономико-математическую модель с большим количеством качественных параметров.

В целом оценка уровня конкурентоспособности осуществляется с учетом влияния рыночных факторов, которые, как правило, дают неполную характеристику оцениваемых организаций. Поэтому для получения достоверных результатов оценки конкурентоспособности необходимо применять систему комплексных факторов, учитывающих специфику не только отечественных медицинских организаций, но и медицинских услуг.

Таким образом, можно констатировать, что методологические подходы, связанные с оценкой конкурентоспособности организации разработаны довольно глубоко. Однако, не считая разработок зарубежных авторов, в основном опирающихся на изучение своих национальных систем здравоохранения, исследования в области обеспечения конкурентоспособности отечественных медицинских организаций и медицинских услуг, которые они оказывают, крайне лаконичны, так как данная сфера деятельности имеет свои специфические особенности, которые необходимо учитывать при оценке конкурентоспособности организаций.

И. А. Тогунов предлагает оценивать конкурентоспособность с двух позиций: в сравнении с подобными организациями (конкурентами) и в рамках внутренней среды самой организации. В данном подходе автором использована «система семи функций», по которым оценивается уровень конкурентоспособности организации. К преимуществам такого подхода можно отнести использование объективных показателей, основанных на оценке конкретных параметров и состояний; возможность оценки конкурентоспособности с другими организациями схожими по профилю деятельности. К недостаткам – отсутствие возможности сравнения государственных организаций с частными [105, с. 34–37].

Схожие особенности оценки конкурентоспособности медицинских организаций выделяет другие исследователи. Они считают, что «...оценка конкурентоспособности медицинских услуг заключается в следующем: объектом оценки является деятельность организации (лечебно-профилактического учреждения, лечебной, профилактической, просветительской практики и др.), предоставляющей медицинские услуги; оценка услуг связана с определением качества лечебно-профилактического процесса и технологии обслуживания; оценка деятельности медицинских работников производится непосредственно потребителем.

К недостаткам рассмотренных выше методик можно отнести невозможность сравнения государственных медицинских организаций с частными.

К. Н. Арабчиков предлагает использовать двухэтапную методику оценки конкурентоспособности частного предприятия здравоохранения, базирующуюся на оценке финансово-экономических показателей и финансовых потоков [120].

Первый этап представляет собой оценку внутренней конкурентоспособности частного предприятия здравоохранения. Этот этап имеет ряд особенностей:

- объектом данной оценки являются внутренние механизмы конкурентоспособности самого предприятия в динамическом ряду. При этом в ходе оценки основную роль играют внутренние факторы конкурентоспособности, как наиболее гибкие и поддающиеся оперативному управленческому воздействию, в отличие от внешних – более статичных и трудно управляемых;

- субъектом оценки являются службы и должностные лица предприятия здравоохранения, участвующие в принятии управленческих решений;

- целью оценки является разработка мероприятий и механизмов поддержания и повышения конкурентоспособности в рамках стратегии и тактики рыночного позиционирования предприятия.

В рамках второго этапа производится оценка рыночной стоимости (внешняя конкурентоспособность) предприятия здравоохранения, которая также имеет ряд отличительных черт и базируется на данных первого этапа:

- объектом данной оценки являются как внутренние, так и внешние механизмы конкурентоспособности предприятия здравоохранения, способные влиять на формирование его рыночной стоимости, в стоимостном выражении, в моментном ряду (на определённую дату) в сравнении с аналогичными предприятиями отрасли;

- субъектом оценки являются потенциальные инвесторы или деловые партнёры, заинтересованные в определении рыночной стоимости предприятия здравоохранения для инвестирования в него своего капитала;

– целью оценки является определение уровня внешней конкурентоспособности, выраженного в реальной рыночной стоимости предприятия здравоохранения и раскрывающего потенциал его развития на данный момент времени, для обоснования целесообразности инвестирования средств в данный вид бизнеса [120].

Оценка внутренней конкурентоспособности предприятия здравоохранения проводится по следующему алгоритму:

- анализ доходов предприятия здравоохранения;
- анализ расходов предприятия здравоохранения;
- анализ финансовых результатов деятельности предприятия здравоохранения;
- анализ ликвидности ресурсов предприятия здравоохранения;
- анализ эффективности функционирования предприятия здравоохранения;
- построение выводов (на основе динамики оценочных показателей) об уровне конкурентоспособности и факторах, оказывающих влияние на конкурентные преимущества предприятия здравоохранения, что служит базой для оценки внешней конкурентоспособности. [120].

Внешняя (рыночная) оценка базируется на результатах внутренней оценки и является необходимым (вторым) этапом комплексной оценки конкурентоспособности предприятия здравоохранения.

В качестве преимуществ данной методики автор отмечает комплексность подхода к оценке конкурентоспособности предприятия здравоохранения. Однако, ввиду использования авторами значительного количества показателей, очевидно, что оценка конкурентоспособности предприятия здравоохранения будет очень трудоемкой, а результаты неточными.

И. В. Оловянишникова предлагает систему показателей, основанную на оценке конкурентоспособности медицинских платных услуг, включающую в себя время, качество, издержки, степень удовлетворенности.

И. В. Оловянишникова выделяет индивидуальную оценку качества платных медицинских услуг, которая учитывает не только профессионализм медицинского персонала, используемые медицинские технологии и другие объективные характеристики и обстоятельства, но и индивидуальные особенности пациента, его субъективное восприятие оказанных медицинских услуг, внимание медицинского персонала, забота и индивидуальный подход к пациенту [64, с. 211–213].

Алгоритм оценки конкурентоспособности медицинских услуг на основе методов управления качеством предлагает Н. В. Данилюк [21].

Предложенный Н. В. Данилюк алгоритм состоит из десяти этапов оценки конкурентоспособности, каждый из которых имеет определенную последовательность действий. Алгоритм оценки конкурентоспособности представлен в Приложении Е.

Для расчета интегрального индекса конкурентоспособности Н. В. Данилюк предлагает применять различные формулы в зависимости от ситуации. Достоинствами данного метода оценки конкурентоспособности автор считает применение простой структуры поиска атрибутов услуги; учет соотношения *удовлетворенности* по каждому атрибуту, оцениваемому потребителями [21].

Алгоритм оценки конкурентоспособности медицинских услуг на основе методов управления качеством, предложенный автором, учитывает только специфику рынка платных услуг, где существенную роль играет степень удовлетворенности пациента от предоставленной ему медицинской услуги, и наоборот, игнорирует специфику государственных медицинских организаций.

На рисунке 1.1 представлен алгоритм методики оценки конкурентоспособности медицинских организаций.

Для подтверждения теоретических исследований и дальнейшего выбора базового варианта конкурентной стратегии автором была разработана методика оценки конкурентоспособности медицинских организаций, которая позволяет:

- определить реальное положение организации на рынке медицинских услуг;

- установить «проблемные точки», негативно влияющие на конкурентоспособность;
- сформировать стратегические направления обеспечения конкурентоспособности организации.

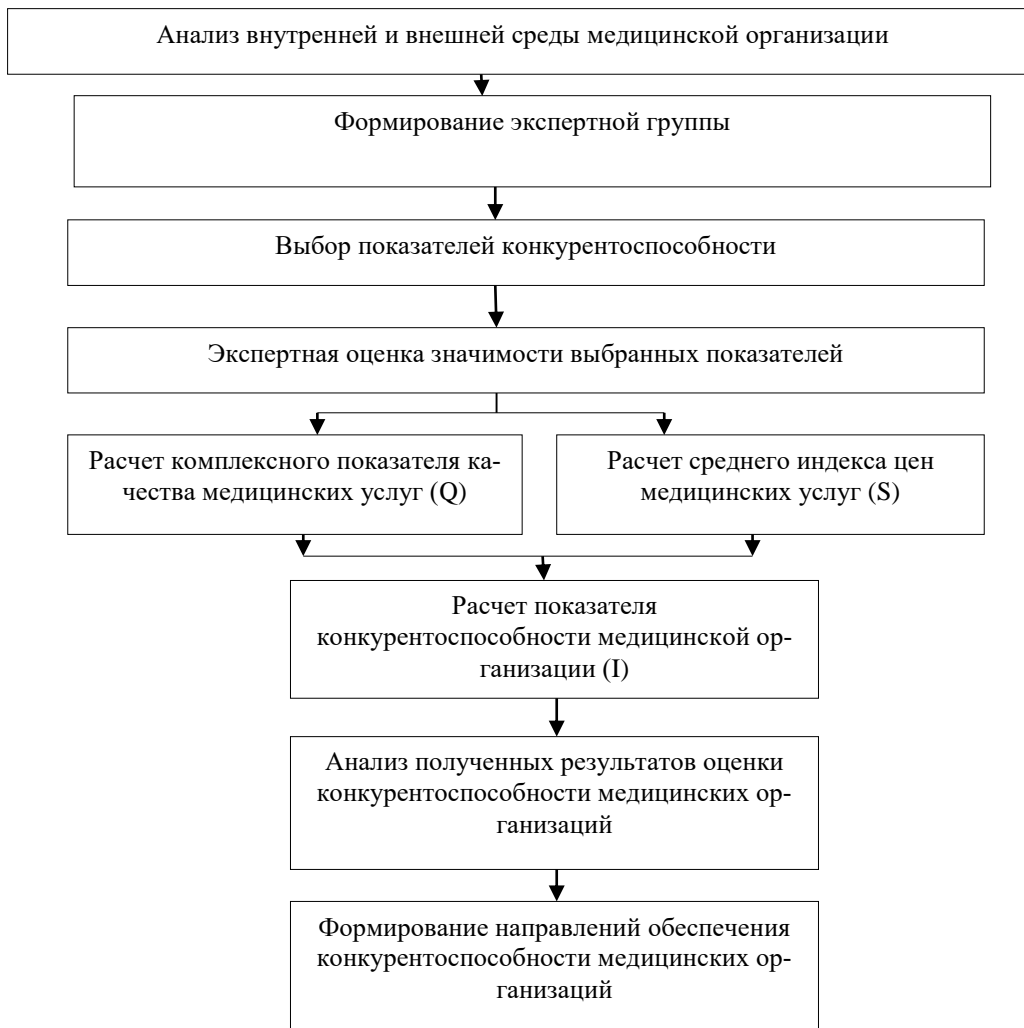


Рисунок 1.1 – Алгоритм методики оценки конкурентоспособности медицинских организаций (составлено автором)

Анализ существующих показателей оценки конкурентоспособности медицинских организаций позволяет сформировать систему показателей, которая может быть разделена на две группы показателей: качества медицинских услуг и стоимости медицинских услуг (рисунок 1.2).

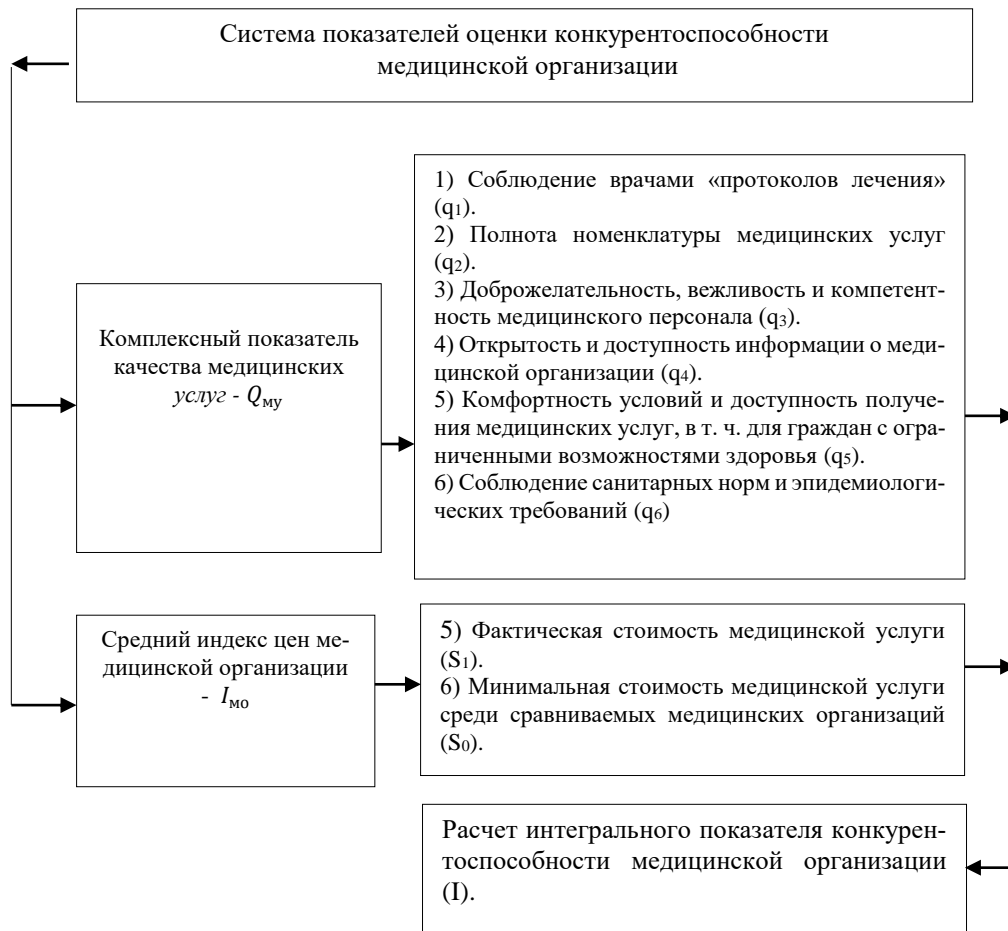


Рисунок 1.2 – Система показателей оценки конкурентоспособности медицинской организации (составлено автором)

Алгоритм методики оценки конкурентоспособности медицинских организаций состоит из анализа внутренней и внешней среды медицинской организации; формирования экспертной группы; выбора показателей для оценки конкурентоспособности;

расчета показателя конкурентоспособности; анализа полученных результатов и на их основе формирования направлений обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

Исходные данные для расчета показателей можно получить из бухгалтерской и статистической отчетности медицинских организаций, аналитических отчетов экспертов страховых компаний и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, данных социологических опросов.

Комплексный показатель качества медицинских услуг предлагается рассчитывать на основе следующих показателей: соблюдение врачами «протоколов лечения»; полнота номенклатуры медицинских услуг; доброжелательность, вежливость и компетентность медицинского персонала; открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в т. ч. для граждан с ограниченными возможностями здоровья, соблюдение санитарных норм и эпидемиологических требований.

Далее дадим краткую характеристику каждому показателю.

1) Соблюдение врачами «протоколов лечения» в соответствии с условиями оказания медицинских услуг и группам заболеваний. Рассчитывается на основании критериев оценки качества, установленных Приказом № 203н от 10 мая 2017 г. Министерства здравоохранения РФ.

2) Полнота номенклатуры медицинских услуг. Основные виды услуг, оказываемые медицинскими организациями, утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

3) Доброжелательность, вежливость и компетентность медицинского персонала. Определяется долей пациентов, которые высоко оценивают доброжелательность, вежливость и внимательность работников медицинской организации и их компетентность.

4) Открытость и доступность информации о медицинской организации.

Характеризуются полнотой, актуальностью и понятностью информации о медицинской организации, размещаемой на официальном сайте; наличием способов обратной связи с пациентами; уровнем рейтинга на сайте www.bus.gov.ru.

Информация на сайте медицинской организации должна соответствовать общим требованиям к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (Приложение 2 к Приказу Минздрава России № 956 от 30.12.2014).

5) Комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в т. ч. для граждан с ограниченными возможностями здоровья. Характеризуется средней длительностью ожидания посещения врача с момента записи на прием; доступностью записи на прием к врачу по телефону, с использованием сети Интернет, в регистратуре, посредством личного общения с лечащим врачом; время ожидания посещения врача в очереди; время ожидания результатов диагностического исследования, микроклимат в помещениях; наличие условия для удобного доступа и комфортного пребывания маломобильных групп населения.

6) Выполнение санитарных и эпидемиологических правил и норм. Характеризуется соблюдением санитарно-эпидемиологических требований к размещению, устройству, оборудованию помещений, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала в медицинских организациях в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10».

Каждый показатель качества медицинских услуг оценивается членами экспертной группы по 5-балльной шкале. Количественная оценка q_i - показателя определяется как среднеарифметическая по формуле (1.1):

$$q_i = \frac{\sum_{j=1}^n q_{ij}}{n}, \quad (1.1),$$

где q_i - средневзвешенная оценка i -го показателя качества медицинской услуги; q_{ij} – балльная оценка i -го показателя качества медицинской услуги j - экспертом; n – количество экспертов, чел.

Далее экспертным путем определяются коэффициенты весомости показателей качества медицинских услуг.

Комплексный показатель качества медицинских услуг ($Q_{\text{му}}$), предлагается рассчитывать по формуле (1.2):

$$Q_{\text{му}} = \sum_j^n q_j \times k_i, \quad (1.2),$$

где $Q_{\text{му}}$ – комплексный показатель качества медицинских услуг; q_i – балльная оценка i – показателя качества медицинской услуги; k_i – коэффициент весомости i – показателя качества медицинской услуги.

При определении коэффициента весомости будет использован экспертный метод определения весовых коэффициентов. Коэффициент весомости предлагается рассчитывать по формуле (2.3):

$$k_i = \int \left(\frac{\sum_{k=1}^n k_{ij}}{n} \right), \quad (1.3),$$

где n – количество экспертов, участвующих в оценке, чел.; k_j – коэффициент весомости i – показателя качества медицинской услуги; k_{ij} – весомость i – показателя качества медицинской услуги, данная j -м экспертом

Каждый эксперт располагает все показатели качества в порядке их весомости. Коэффициенты весомости должны находиться в интервале от 0 до 1.

Средний индекс цен для каждой медицинской организации рассчитывается следующим образом.

Определяются индивидуальные индексы цен на платные медицинские услуги, входящие в номенклатуру медицинских услуг медицинской организации по формуле 1.4:

$$I_{yi} = \frac{S_{yi}}{S_{yi_0}}, \quad (1.4),$$

где I_{yi} – индивидуальный индекс цены i -медицинской услуги; S_{yi} – фактическое значение цены i -медицинской услуги, руб.; S_{yi_0} – наименьшее значение цены i -медицинской услуги в медицинской организации, принимаемое за базу для сравнения и равное единице, руб.

Средний индекс цен в медицинской организации определяется по формуле (1.5) средней взвешенной арифметической:

$$I_{MO} = \sum_{i=0}^{n_y} I_{yi} \div n_y, \quad (1.5),$$

где I_{MO} – средний индекс цен в медицинской организации; I_{yi} – индивидуальный индекс цен i -медицинской услуги; n_y – количество медицинских услуг в номенклатуре организации.

По формуле 1.6 рассчитаем интегральный показатель конкурентоспособности медицинской организации (I):

$$I = \frac{Q_{му}}{I_{MO}}, \quad (1.6),$$

где I – показатель конкурентоспособности медицинской организации; $Q_{му}$ – комплексный показатель качества медицинских услуг; I_{MO} – средний индекс цен в медицинской организации.

Предложенная автором методика расчета конкурентоспособности медицинских организаций позволит не только оценить конкурентное положение организации, но и разработать эффективную конкурентную стратегию с учетом имеющихся ресурсов, внешних условий, социальных ожиданий, а при наличии дополнительной информации провести сравнение позиций организаций-конкурентов на рынке медицинских услуг.

Глава 2 Современные тенденции развития конкуренции на рынке медицинских услуг

2.1 Характеристика и тенденции развития российского рынка медицинских услуг

Эволюционные изменения в экономике РФ, системах здравоохранения и медицинского страхования привели к формированию российского рынка медицинских услуг. Рынок медицинских услуг включает в себя взаимосвязанные между собой субрынки медицинских организаций, медицинского оборудования и инструментария, лекарственных препаратов, научно-технических разработок и интеллектуального труда.

Для того чтобы понять сущность всех социально-экономических отношений, возникающих на рынке медицинских услуг, в первую очередь необходимо провести ретроспективный анализ исследуемого рынка, так как именно он поможет раскрыть основные факторы, влияющие на его современное состояние.

Характер и специфика развития российского рынка медицинских услуг определяется многочисленными факторами, которые были характерны для экономики страны на разных этапах ее развития.

Первый этап (1985 г.) характеризуется внедрением нового хозяйственного механизма в здравоохранении, появлением хозрасчетных стоматологических поликлиник, консультативных центров, медицинских кооперативов, оказывающих платные медицинские услуги.

На втором этапе «Зарождение рынка медицинских услуг» (1990–1993 гг.) происходит демонополизация государственного сектора здравоохранения, принятие Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», внедрение рыночных механизмов в сфере медицинских услуг.

Третий этап можно назвать становлением рынка медицинских услуг. Он начинается с 1997 г. В это время государственным и муниципальным медицинским учреждениям разрешают оказывать платные медицинские услуги населению.

В 2012 г. негосударственные медицинские организации стали полноправными участниками Территориальных программ ОМС. В этот период происходит трансформация государственной монополии в олигополию.

Итак, ретроспективный анализ развития рынка медицинских услуг в России, показал, что на различных этапах формирования рынка медицинских услуг усиливается конкуренция между медицинскими организациями, а характер рынка – изменяется.

Более детальный ретроспективный анализ развития рынка медицинских услуг в России представлен в Приложении Ж.

Анализ современного состояния и определение тенденций развития российского рынка медицинских услуг невозможно проводить без исследования конкурентоспособности медицинских организаций, которые занимают там приоритетное положение.

При проведении исследования рынка медицинских услуг важное значение имеют такие показатели, как количество и структура хозяйственных субъектов, особенности спроса на предлагаемые медицинские услуги и их характеристика, состояние материально-технической базы и инфраструктуры медицинских организаций и т.д.

В соответствии с формулировкой, представленной в ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 2 п.11, медицинская организация – это «юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ» [119].

В диссертационном исследовании под медицинской организацией предлагается

понимать хозяйствующий субъект (организация или индивидуальный предприниматель), действующий на основании лицензии, оказывающий медицинские услуги, удовлетворяющие потребность населения в диагностике, лечении, профилактике заболеваний и реабилитации пациентов.

Медицинские организации в соответствии с Приказом № 529н Министерства здравоохранения РФ классифицируются по виду медицинской деятельности на три группы:

- лечебно-профилактические медицинские организации (больничные и амбулаторно-поликлинические организации, женские консультации, медицинские центры и т. д.);
- медицинские организации особого типа (центры медицины катастроф, бюро медико-социальной экспертизы, клиничко-диагностические лаборатории и т. д.);
- медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Государство является учредителем и собственником 68 % медицинской инфраструктуры [97]. Структура медицинских организаций по формам собственности представлена на рисунке 2.1.

Для ее эффективного использования государство реализует целевые программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг. и 2014–2016 гг.), региональные программы развития отрасли. Эти программы позволили обновить и совершенствовать материально-техническую базу государственных медицинских организаций, внедрить в практическую деятельность организаций инновационные медицинские технологии и тем самым повысить качество медицинских услуг, в том числе высокотехнологичных.

В 2014 г. начался процесс реорганизации государственных бюджетных медицинских организаций. Маломощные организации были объединены с крупными государственными медицинскими организациями.



Рисунок 2.1 – Структура медицинских организаций в РФ по формам собственности (составлено автором на основе [29])

В процессе преобразований в сфере здравоохранения, проводимых органами исполнительной власти субъектов РФ, в 2016 г. были получены следующие результаты:

- общее число медицинских организаций сократилось на 3,2 %, в том числе: диспансеров – на 2,8 %, самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций – на 6,35 % и стоматологических поликлиник – на 2,7 % и больничных организаций – на 2,4 %;

- коечный фонд стационаров уменьшился на 2,1 % и составил 1 074 382 койки;
- обеспеченность койками снизилась с 75,0 до 73,3 на 10 тыс. населения [16].

На рисунке 2.2 представлена динамика изменения коечного фонда в государственных и негосударственных медицинских организациях.

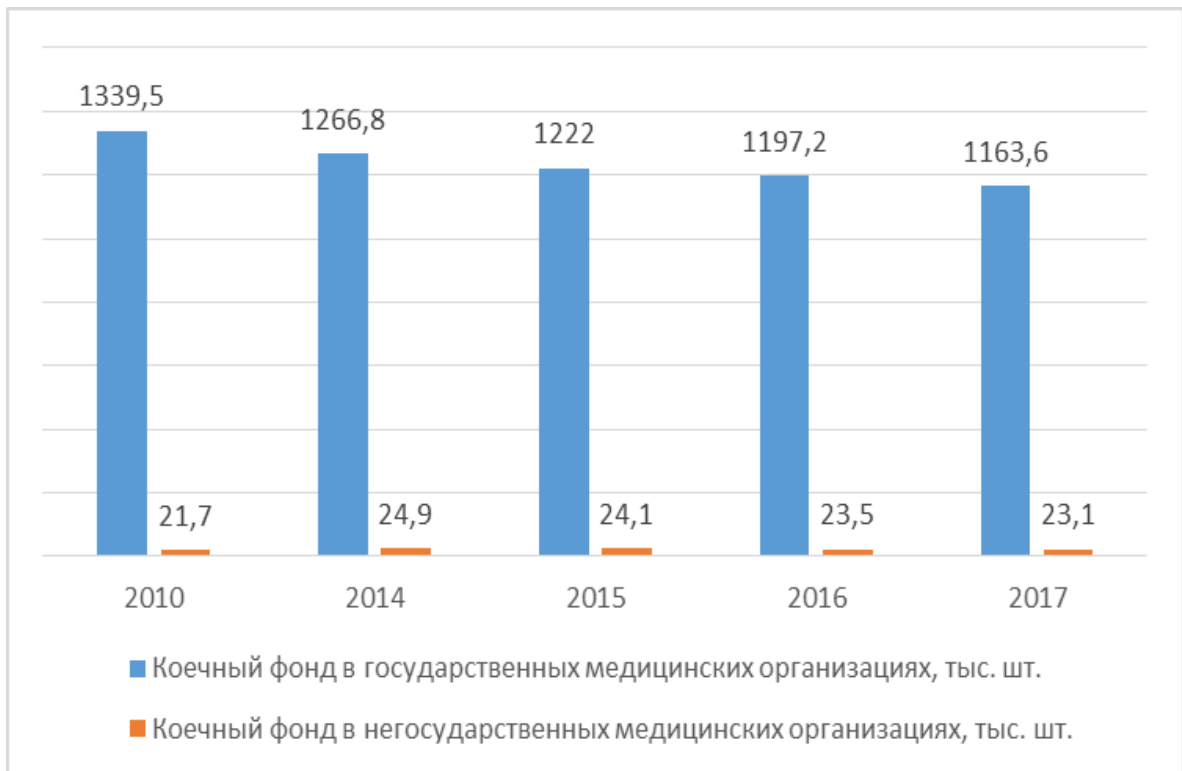


Рисунок 2.2 – Количество коек в медицинских организациях в РФ, шт.
(составлено автором на основе [29])

Из рисунка 2.2 видно, что с 2010 г. наблюдается устойчивая тенденция сокращения больничных коек в медицинских организациях. Эта закономерность объясняется несколькими причинами:

- неблагоприятной экономической ситуацией в стране и как следствие уменьшение реальных расходов государства на здравоохранение;
- дефицитом бюджетных средств необходимых для повышения заработной платы медицинским работникам;
- повышением структурной эффективности системы оказания медицинских услуг.

В исследовании Высшей школы экономики «Российское здравоохранение в новых экономических условиях», отмечено, что «...при проведении реструктуризации

(сокращение объемов стационарной помощи при адекватном увеличении объемов амбулаторной помощи) объем средств, которые за счет этого можно было бы привлечь для повышения заработной платы, составляет всего лишь 10,5 % требуемого прироста средств на повышение оплаты труда в 2013–2018 годах, при условии сохранения прежней численности медицинских работников» [89].

Процесс реорганизации может стать эффективным, если в медицинских организациях будут созданы условия для увеличения объемов оказания медицинских услуг. В обратном случае, эффект от реформ негативно отразится не только на качестве и доступности медицинских услуг, но и на состоянии конкурентной среды, что приведет к интенсивному развитию рынка платных медицинских услуг.

Важнейшей движущей силой, стимулирующей рост рынка медицинских услуг в России, может стать увеличение государственного финансирования здравоохранения.

В период экономического роста с 2010 по 2015 годы расходы консолидированного бюджета на здравоохранение постоянно увеличились в 1,67 раза в реальном выражении (рисунок 2.3).

В этот период были реализованы федеральные проекты, программы и концепции в области здравоохранения: приоритетный национальный проект «Здоровье»; государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»; федеральные целевые программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» и «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения, образования и культуры в 2011–2014 годах», региональные программы модернизации здравоохранения.

Кроме того, правительством РФ было утверждено распоряжение от 28.12.2012 № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» и разработан комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г.



Рисунок 2.3 – Расходы консолидированного бюджета РФ по уровням бюджетной системы на здравоохранение, млрд руб. (составлено автором на основе [88])

Во исполнение поручения Президента РФ от 2 апреля 2014 г. № Пр-675 были обозначены и реализованы направления повышения эффективности здравоохранения, которые позволили обеспечить медицинские организации современным оборудованием, увеличить объемы медицинской услуг населению, повысить заработную плату медицинским работникам.

Не остались незамеченными и позитивные изменения в состоянии здоровья населения: естественный прирост населения в 2015 г. составил 32 038 человек, ожидаемая продолжительность жизни достигла 71,39 лет, что на 2,45 года больше чем в 2010 г. (ожидаемая продолжительность жизни в 2010 г. – 68,94 лет), а в 2016 г. этот показатель составил 71,9 года [88].

С 2014 г. рождаемость стала сокращаться, в последующие годы (2015–2017гг.) отмечено снижение менее чем на 1 %. В целом демографическая картина в стране отражает ситуацию экономического кризиса. Положительным моментом является то, что на этом фоне не наблюдается резкого всплеска смертности (рисунок 2.4).



Рисунок 2.4 – Основные демографические показатели РФ, чел.
(составлено автором на основе [88])

Рисунок 2.4 наглядно иллюстрирует основные демографические изменения в РФ с 2010 по 2017 годы. Несмотря на довольно оптимистическую картину в 75 субъектах РФ отмечено снижение рождаемости: в Чеченской Республике – на 8,2 %, республиках Ингушетия и Калмыкия – на 8,1 %, Омской области – на 7,6 %, Курганской области – на 6,8 %, Ямало-Ненецком автономном округе – на 6,7 %. Минимальный уровень рождаемости зарегистрирован в Ленинградской области 9,2 на 1000 населения (2015 г. – 9,1), максимальный – 23,4 в Республике Тыва (2015 г. – 23,7) [16].

В рассматриваемый период времени (с 2010 по 2017 годы) наблюдается очевидная корреляционная зависимость показателей государственного финансирования здравоохранения и состояния здоровья населения. Однако заявлять о прямой связи между этими показателями было бы некорректно, так как влияние величины финансирования на уровень заболеваемости, рождаемости и смертности населения, может быть опосредовано и с другими факторами.

Положительные изменения затронули и систему обязательного медицинского страхования (ОМС), созданную в начале 1990-х годов, как новый финансовый механизм медицинской помощи, основанный на страховых принципах.

Вместе с тем, при разработке законодательства об обязательном медицинском страховании не были учтены некоторые институциональные проблемы, которые сдерживают развитие конкуренции на рынке медицинских услуг, тем самым снижая качество и доступность медицинских услуг, а именно:

– порядок распределения объемов медицинских услуг (подлежащих оплате из фондов ОМС) между медицинскими организациями не регулируется. Это приводит к дискриминации частных медицинских организаций при распределении бюджетных ресурсов;

– потребитель (пациент) не может воспользоваться правом на выбор медицинской организации из-за отсутствия действующего механизма реализации этого права. Это недоработка в законодательстве лишила медицинские организации возможности конкурировать при оказании медицинских услуг в рамках ОМС.

Президент РФ В. В. Путин, выступая с Посланием Федеральному Собранию 3 декабря 2015 г., определил: «Со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы. Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС»¹.

Начиная с 2016 г. оказание населению почти всех видов медицинских услуг, гарантируемых государством, полностью финансируется из средств Федерального

¹Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 3 декабря 2015г [Электронный ресурс]. URL<http://www.garant.ru/products> (дата обращения: 20.04.2017г)

фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Поступление и расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования с 2010 по 2017 гг. представлено на рисунке 2.5.

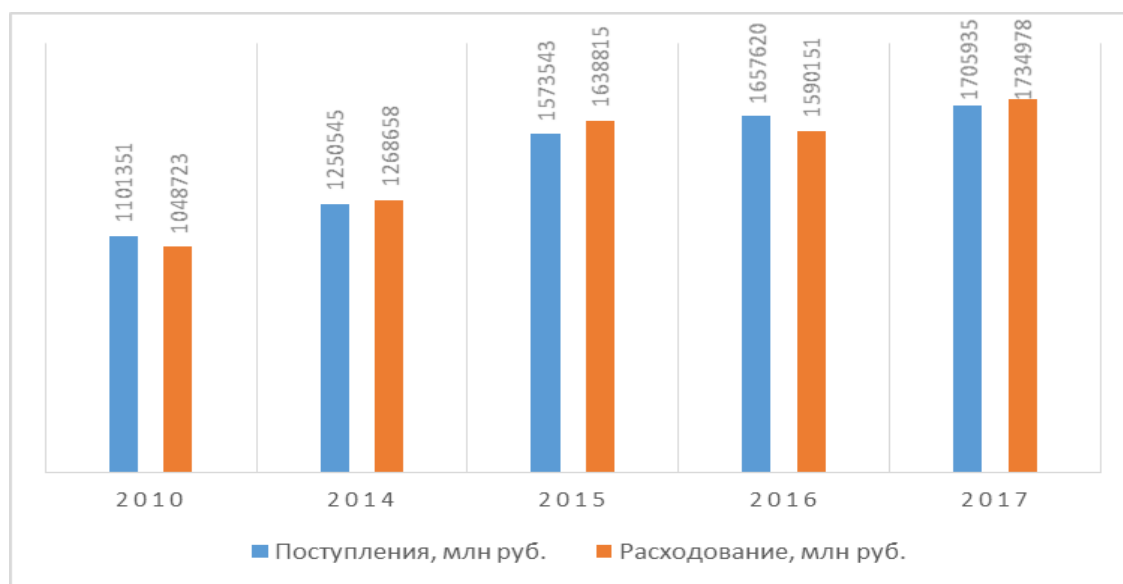


Рисунок 2.5 – Поступление и расходование средств Федерального фонда ОМС, млн. руб. (составлено автором на основе [29])

Из рисунка 2.5 видно, что в 2015 г. бюджет ФФОМС в доходной части исполнен на 97,1 % от размера, утвержденного Федеральным законом (1638815,0 млн руб.), а в 2016 г. – на 100,4 % (от млн руб.). По сравнению с 2015 г. доходы увеличились на 84076,2 млн. рублей, или на 5,3 %.

Бюджет ФФОМС за 2016 г. исполнен с профицитом в размере 67468,7 млн рублей. Расходы бюджета Фонда за 2017 г. составили 1734978 млн рублей, или 98,8 % от размера поступления, утвержденного Федеральным законом, и от уточненной сводной росписи (1705935 млн руб.) [29].

Фактические расходы средств ФФОМС на реализацию территориальных программ ОМС на одного гражданина составили 10449,3 руб., без учета влияния коэффи-

циентов дифференциации – 8859,9 руб., что на 5,0 % выше установленного Программой подушевого норматива финансирования (8438,9 руб.). Однако в отдельных субъектах РФ рассмотренный выше показатель не достиг величины установленного Программой норматива. Например, в республиках Калмыкии (–19,9 %), Ингушетии (–14,2 %), Карачаево-Черкесской Республике (–10,9 %), Еврейской автономной области (–11,2 %) и г. Байконуре (–35,5 %) отмечен наименьший уровень указанных расходов [16].

Стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и частичная ликвидация территориальных различий в части оплаты оказанной медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо стали наиболее заметными преобразованиями в системе обязательного медицинского страхования за последние годы. Анализ поступления и расходования средств Территориальных фондов обязательного медицинского страхования в РФ представлен на рисунке 2.6.

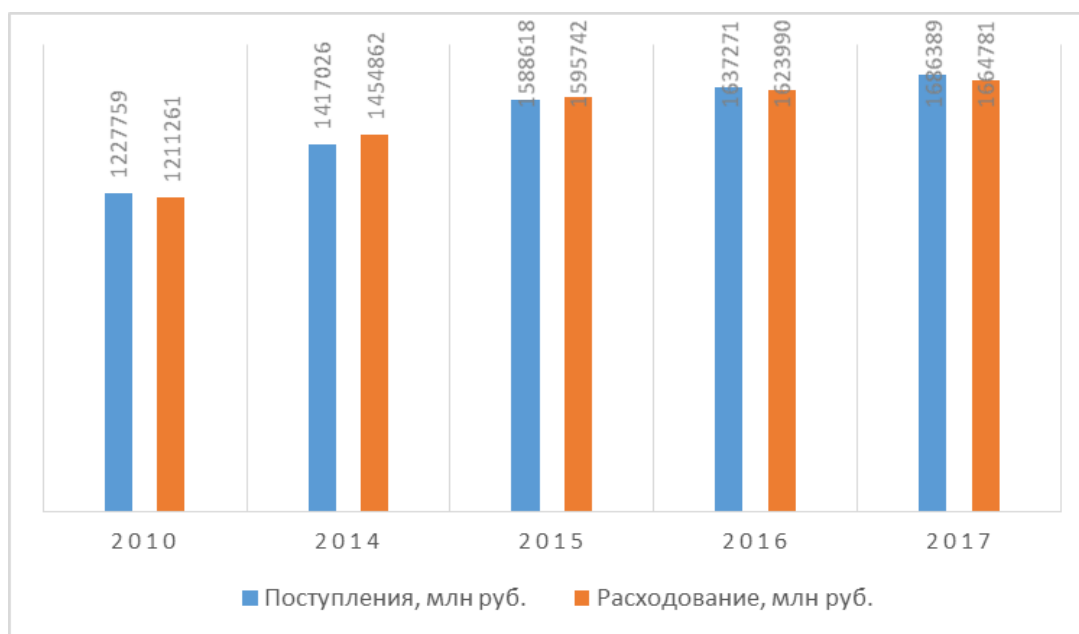


Рисунок 2.6 – Поступление и расходование средств Территориальных фондов обязательного медицинского страхования, млн. руб.

(составлено автором на основе [29])

Исходя из рисунка 2.6, можно сделать вывод о наглядности демонстрации стабилизации финансовых потоков в Территориальные фонды ОМС. Это стабильность вызвана ростом государственного финансирования системы здравоохранения РФ, реализацией приоритетного национального проекта, государственных целевых программ и региональных программ модернизации здравоохранения.

Итак, рассматриваемый период времени (с 2010 по 2017 гг.) стал периодом реформирования системы здравоохранения. Неэффективные медицинские организации были объединены с крупными государственными медицинскими организациями. В результате количество медицинских организаций уменьшилось, а коечный фонд стационаров сократился.

Важнейшими критериями, характеризующими состояние рынка медицинских услуг, является размер инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения, техническое и санитарное состояние зданий, уровень оснащённости организаций медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, без применения которых невозможно оказание качественных медицинских услуг (рисунок 2.7).

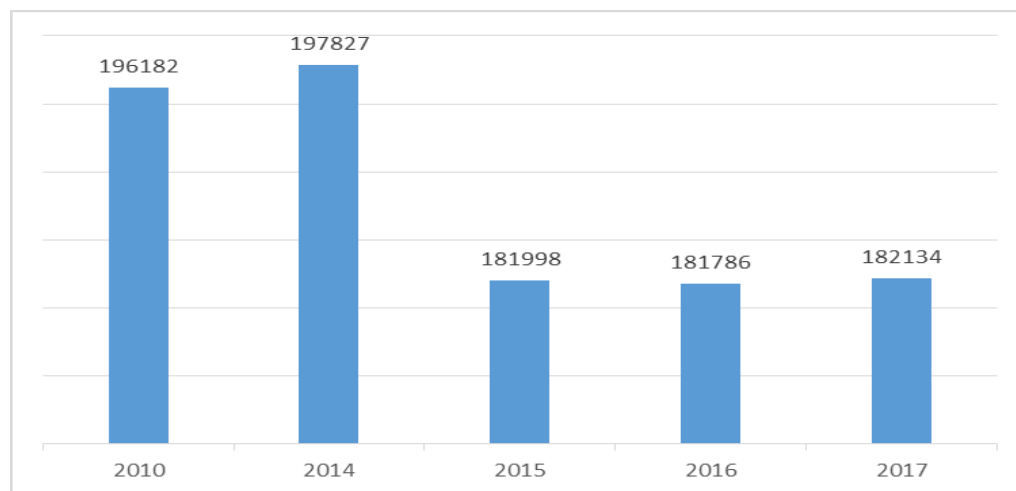


Рисунок 2.7 – Инвестиции в основной капитал в здравоохранение, млн руб.

(составлено автором на основе [29])

На рисунке 2.7 наглядно видно, что в период с 2010 по 2017 гг. размер инвестиций в основной капитал в сферу здравоохранения имеет стабильную тенденцию к росту. Однако техническое состояние зданий некоторых медицинских организаций, оставляет желать лучшего: степень износа основных фондов в 2010 г. составляла 53,3 %, а в 2017 г. этот показатель увеличился до 57,6 % (рисунок 2.8).

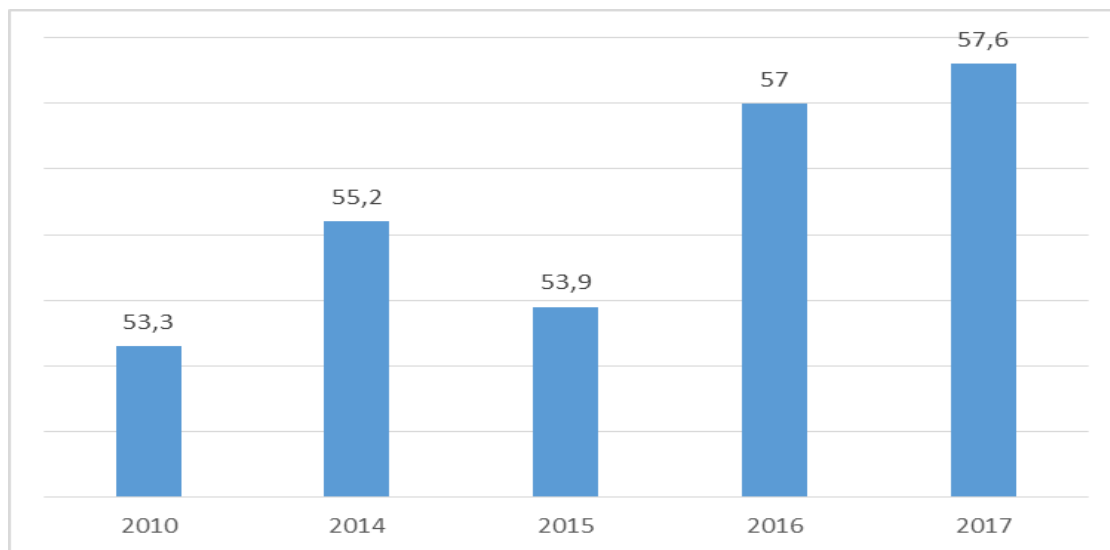


Рисунок 2.8 – Состояние основных фондов в здравоохранении, в %
(составлено автором на основе [29])

Следует подчеркнуть, что 21,1 % зданий, в которых размещаются медицинские организации, оказывающие медицинские услуги в стационарных условиях, требуют капитального ремонта; 18,5 % не имеют системы горячего водоснабжения и 6,2 % – не имеют телефонной связи.

Если рассматривать состояние медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в амбулаторных условиях, то из 19,7 тыс. зданий 27,7 % не имеют системы горячего водоснабжения; 19,7 – не имеют центрального отопления и канализации и 5,3 % – телефонной связи [29]. Анализ технического состояния зданий медицинских организаций представлен в Приложении И.

Анализ технического состояния зданий, в которых расположены медицинские организации, показал, что значительная часть этих объектов не соответствует требованиям законодательства о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и техническим нормам: используется полностью изношенное медицинское оборудование; отсутствует необходимая медицинская техника; условия пользования помещениями, доступность зданий для инвалидов, защита жизни и здоровья граждан, имущества физических лиц находятся в ненадлежащем состоянии, что приводит к неудовлетворенности потребителей и снижает спрос на медицинские услуги.

Кроме того, из-за отсутствия достаточного количества специалистов и денежных средств на покупку расходных материалов эффективность использования дорогостоящего медицинского оборудования на 10–30 % ниже, чем в странах ОЭСР [30].

Для достижения целевых показателей уровня оснащенности медицинским оборудованием в развитых странах необходимо развивать отечественную медицинскую промышленность, которая «...утратила главенствующее положение. На российском рынке медицинской техники и изделий медицинского назначения около 80 процентов рынка занимают иностранные компании, – констатировал вице-премьер Д. Рогозин [52].

Снижение доли отечественного медицинского оборудования и изделий медицинского назначения на рынке вызвано следующими причинами:

- слабым уровнем конкурентоспособности из-за низких потребительских свойств и качеств техники;
- несоответствием техники современным стандартам;
- отсутствием собственной современной базы НИОКР.

Для изменения текущей ситуации была принята «Стратегия развития медицинской промышленности...», согласно которой:

- объем производства отечественных медицинских изделий должен составить 737 млрд руб.;
- объем привлеченных внебюджетных средств – 565 млрд руб.;

- суммарный объем экспорта медицинских изделий – 39,7 млрд руб.;
- технологическое перевооружение производства в медицинской промышленности – 85 предприятий;
- создано 7 научно-исследовательских центров по разработке медицинских изделий мирового уровня;
- 5 000 специалистов должны пройти подготовку и переподготовку [81].

В 2016 г. объем российского рынка медицинских изделий составил 245,5 млрд рублей (+10 % к 2015г.), что составляет 20,2 % общего объема российского рынка медицинских изделий. Экспорт продукции российской медицинской промышленности (включая принадлежности) составил 75,36 млн долларов США (+4 % к 2015 г.), а объем импорта – 2,87 млрд долларов США, что на 3,5 % меньше, чем в 2015 г.).

По состоянию на 1 января 2017 г. разработано и выведено на рынок 65 видов импортозамещающих медицинских изделий и 10 видов инновационных изделий [52].

Таким образом, состояние рынка медицинских изделий обладает значительным потенциалом роста, что обусловлено высокой численностью населения, наличием финансовых ресурсов и потребностью в технологическом перевооружении сферы здравоохранения.

Наблюдается устойчивая тенденция увеличения доли отечественных производителей в общем объеме российского рынка медицинских услуг. В то же время по критерию «потребительские качества – цена» отечественные средства диагностики и лабораторной техники не соответствуют уровню мировых производителей.

Для изменения сложившейся ситуации на рынке медицинских услуг необходимо уровень развития медицинской промышленности в РФ довести до уровня развитых стран за счет технологического перевооружения отрасли, интеграции в мировую индустрию производства и разработки медицинских изделий, развития инновационной среды и создания системы трансфера разработок.

Одной из приоритетных, с точки зрения развития российского рынка медицинских услуг, является проблема обеспечения населения высококвалифицированными

медицинскими кадрами. В соответствии с Указом Президента РФ № 598 был разработан комплекс мероприятий по обеспечению системы здравоохранения страны медицинскими кадрами, среди них: повышение квалификации работников и престижа медицинской профессии; подготовка кадров по наиболее дефицитным специальностям; меры по расширению социальной поддержки медицинских работников. Принимаемые меры позволили достичь положительной динамики численности занятых в здравоохранении (рисунки 2.9, 2.10).

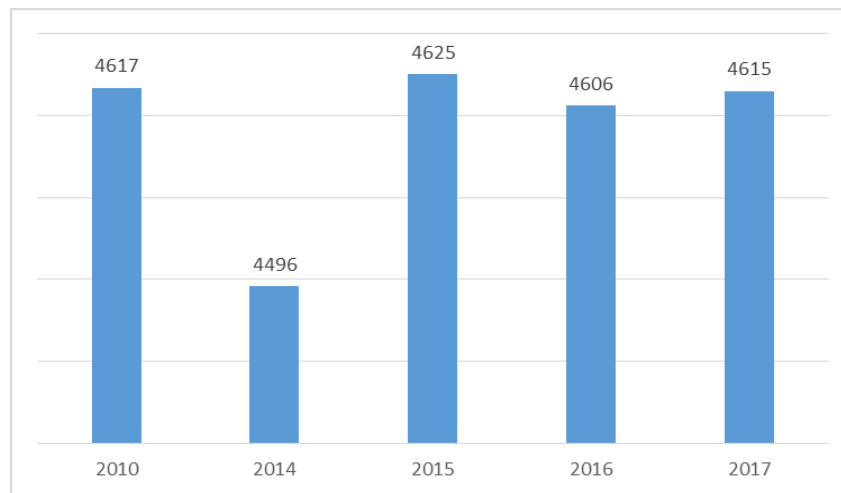


Рисунок 2.9 – Среднегодовая численность занятых в здравоохранении, тыс. чел. (составлено автором на основе [29])

В медицинских организациях в 2016 г. работали 544 458 врачей и 1 291 948 медицинских работников со средним медицинским образованием. При этом численность медицинских работников со средним медицинским образованием в 2016 г. снизилась на 1,4 % по сравнению с 2015 г. В 2016 г. численность врачей, работающих в сельской местности, увеличилась на 2,6 % по сравнению с 2015 г. и составила 55 822 человека [16].

Положительная динамика увеличения численности врачей в сельской местности обусловлена реализацией программы «Земский доктор». Особенности реализации программы в 2016 г. стало:

- увеличение возраста участников программы до 50 лет (до 2014 г. – 35 лет);

- расширение территориальных границ программы (стала действовать и в поселках городского типа);
- увеличение уровня софинансирования до 60 % Фондом обязательного медицинского страхования.

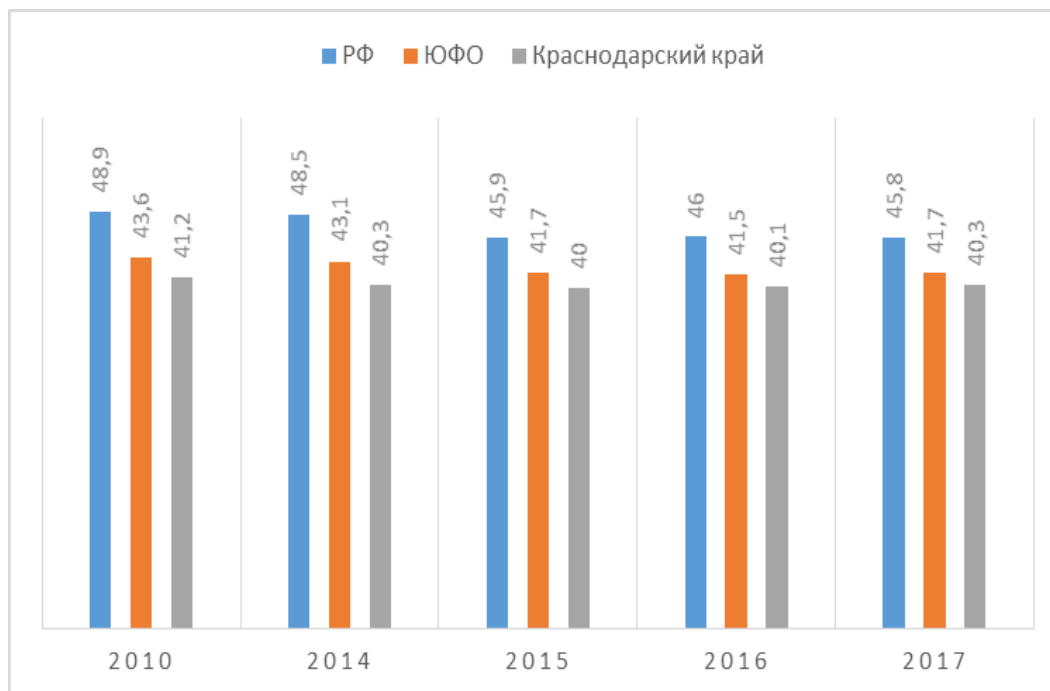


Рисунок 2.10 – Численность врачей на 10000 населения по субъектам РФ (составлено автором на основе [88])

Таким образом, в 2016 г. уровень исполнения программы «Земский доктор» составил 92,3 %. Наибольшее число участников программы было зафиксировано в Краснодарском крае (2 197 человек), Республике Башкортостан (1 197 человек), Алтайском крае (837 человек), Московской области (807 человек), Ставропольском крае (721 человек), Республике Дагестан (642 человека), Республике Бурятия (641 человек) [16].

Повышение оплаты труда медицинских работников – еще одна первостепенная задача в сфере здравоохранения. К 2018 г. заработная плата врачей должна быть повышена до 200 % от средней заработной платы в соответствующих регионах, а заработная плата среднего и младшего медицинского персонала – до 100 %.

С 2013 г. оплата труда медицинских работников существенно выросла, при этом целевые показатели, установленные для врачей и среднего медицинского персонала, были достигнуты (рисунок 2.11).

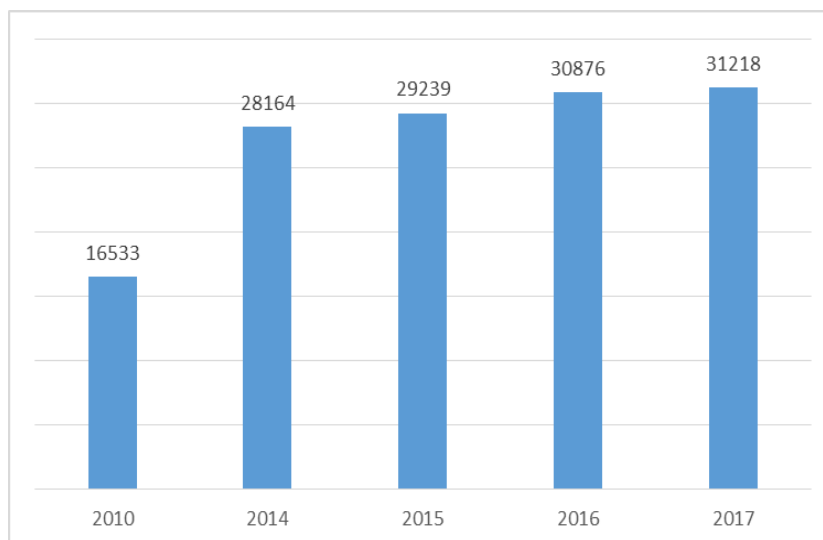


Рисунок 2.11 - Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, занятых в здравоохранении, руб.
(составлено автором на основе [29])

Однако в 2014–2015 гг. размер среднемесячной начисленной заработной платы работников организаций в сфере здравоохранения изменялся незначительно, рост составил 4,1 % (рисунок 2.11).

Как показано на рисунке 2.11, среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, занятых в здравоохранении, растет ежегодно. Подводя итоги 2017 г., можно отметить, что заработная плата по сравнению с 2016 г. увеличилась незначительно на 1,1 %. В 2016 г. рост данного показателя был более заметным. Среднемесячная заработная плата медицинских работников в 2016 г. по сравнению с 2015 г. увеличилась на:

– 5,9 % (составила 50 667 руб.) – врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское образование;

– 4,4 % (составила 28 174 руб.) – средний медицинский (фармацевтический) персонал;

– 9,6 % (составила 18 436 руб.) – младший медицинский персонал.

В результате принимаемых мер по повышению конкурентоспособности заработных плат медицинских работников с 2012 по 2016 гг. среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 48,7 %, 46,2 %, 75,3 % [16].

Вместе с тем, в 2016 г. по сравнению с 2015 г. в некоторых регионах отмечено незначительное снижение номинальной начисленной средней заработной платы, это такие регионы, как республики Адыгея, Ингушетия, Архангельская, Воронежская, Калининградская, Магаданская, Псковская области (снижение в пределах 1 %) и Еврейская автономная область (снижение в пределах 4 %).

Выступая на расширенном совещании Совета директоров фонда обязательного медицинского страхования, председатель Фонда Н. Н. Стадченко отмечала, что «...в соответствии с «дорожной картой», которая утверждена правительством, в 2017 г. заработная плата врачей составит 180 % к средней по экономике региона, среднего медицинского персонала – 90 %, младшего медицинского персонала – 80 %; в 2018 году: 200 %, 100 % и 100 % – соответственно. В 2019 г. будет поддерживаться достигнутый уровень заработной платы» [86].

В целях повышения средней заработной платы медицинских работников при одновременном повышении качества медицинских услуг продолжается работа по созданию систем оплаты труда, стимулирующих к результату – перевод работников на «эффективный контракт». Контракт нацеливает работника на выполнение задач учреждения при соблюдении собственных интересов, что улучшает качество оказываемых услуг. По данным субъектов РФ по состоянию на 1 января 2017 г., на «эффективный контракт» переведено более 80 % работников, занятых в здравоохранении (около 2,3 млн чел.).

Итак, анализ современного состояния российского рынка медицинских услуг в последние годы характеризуется, с одной стороны, трансформационными тенденциями: с одной стороны, реформированием и институциональными изменениями, направленными на демонополизацию рынков медицинских услуг, а с другой – появление «искусственных» барьеров для организаций, оказывающих медицинские услуги, таких, как многоуровневая система проверок (например, порядок предоставления платных медицинских услуг проверяют Роспотребнадзор, органы исполнительной власти субъектов РФ и Росздравнадзор); наличие у главного врача сертификата по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и т. д. Таким образом, имеются признаки ограничения конкуренции на рынке медицинских услуг.

С другой стороны, растущий спрос, появление новых потребностей у населения, инновационных направлений профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов таких, как молекулярно-генетическая диагностика, производство биочипов, создание аналитических методов лечения и т. д., активно привлекают на рынок медицинских услуг новых «поставщиков». Поэтому понятно стремление уже сформировавшихся «поставщиков медицинских услуг» всеми возможными средствами минимизировать вероятность появления на рынке потенциальных конкурентов, ограничить предложение, максимизировать цены и доходы.

Итак, на основании рассмотренной выше информации, автором были определены ключевые характеристики российского рынка медицинских услуг. В качестве эталона для сравнения представлены характеристики рынка совершенной (чистой) конкуренции такие, как число продавцов и покупателей на рынке, характеристика медицинских услуг и их качество, уровень участия государства в регулировании рынка и другие (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Ключевые характеристики российского рынка медицинских услуг
(составлено автором)

Показатели	Характеристика рынка в зависимости от соотношения спроса и предложения	
	совершенная конкуренция (эталон)	рынок медицинских услуг
1	2	3
Число продавцов (производителей)	Большое	Ограниченное, из-за трудностей «входа» на рынок (в основном административные барьеры)
Число покупателей	Большое	Неограниченное
Характеристика услуг	Однородные	Неоднородные (медицинские услуги имеют специфические особенности: индивидуальность, уникальность и т.д.)
Информированность покупателей	Имеют неограниченное количество информации.	Имеются сложности с получением объективной информации. Восприятие информации ограничено из-за профессиональной некомпетентности
Возможность сопоставить качество услуги с ее стоимостью	Существует возможность сопоставления качества услуги и ее ценой.	Из-за отсутствия четких критериев качества медицинских услуг сопоставление невозможно.
Качество официальной информации о состоянии конкурентной среды	Высокое, уровень информации достаточный.	Низкое, уровень информации недостаточный.
Участие государства	Минимально, на уровне установления общего регламента деятельности	Максимальное, государство регламентирует и контролирует порядок оказания медицинских услуг для всех субъектов рынка.
Контроль качества и безопасности услуг	Регулируется законами, системой лицензирования и стандартами качества	Регулируется многочисленными надзорами органами, имеет место дублирование функций государственных органов.
Политика ценообразования	Цены устанавливает рынок	Цены устанавливают, как медицинские организации, так и государство.
Возможность	Отсутствие «теневого рынка»	Имеют место в государственных и муниципальных организациях.
Ориентация рынка	Ориентация на интересы потребителя услуг	Ориентация на интересы поставщика услуг

Продолжение таблицы 2.1

Удовлетворенность потребителей качеством услуг	Потребители полностью удовлетворены качеством услуг	Потребители не удовлетворены качеством медицинских услуг
Стремление к получению прибыли	Производители стремятся к максимизации прибыли	Государственные (муниципальные) медицинские организации – «дотационные», негосударственные организации – государство регулирует тарифы на отдельные виды платных медицинских услуг.

Представленные в таблице 2.1 ключевые характеристики означают, что российский рынок медицинских услуг не имеет ничего общего с рынком совершенной конкуренции. По структуре его можно отнести к рынку несовершенной конкуренции, при котором доминирует небольшое число продавцов, а вход на рынок медицинских услуг для новых продавцов (производителей) ограничен высокими административными барьерами.

Для преодоления этих барьеров участники рынка должны располагать современной материально-технической базой и ресурсным обеспечением, пройти все этапы административного согласования, получить лицензию на оказание медицинских услуг и т. д. В противном случае, медицинские организации не смогут занять лидирующие позиции на рынке и рассчитывать на высокий уровень доходов.

На основании вышеизложенных характеристик можно заключить, что российский рынок медицинских услуг является олигополистическим.

Оценивая вектор перспективных направлений развития рынка, можно отметить, что главными приоритетами должны стать демонополизация рынка медицинских услуг, развитие системы государственно-частного партнерства в рамках обязательного медицинского страхования; реализация программ повышения качества медицинских услуг; повышение уровня оснащённости медицинских организаций – все это обеспечит долгосрочный устойчивый спрос на российском рынке медицинских услуг.

2.2 Анализ состояния конкурентной среды на рынке медицинских услуг (на примере Краснодарского края)

Д. А. Медведев в своем выступлении на заседании Правительства РФ от 29 октября 2015 г. говорил: «Только наличие развитой конкурентной среды позволяет повышать качество медицинской помощи, её доступность, качество лекарственного обеспечения, медицинских изделий. Конкуренция должна стимулировать бизнес-проекты, государственно-частное партнёрство в этой сфере. Оно в принципе существует здесь, может быть, даже более активно развивается, чем в других отраслях. Благодаря этому в отрасль приходят инвестиции, создаются условия для внедрения современных технологий. От этого должно выиграть и здравоохранение в целом, и, самое главное, люди, которые пользуются услугами медицины» [94].

Наиболее эффективным механизмом достижения стратегических целей в сфере охраны здоровья населения таких, как повышение качества медицинских услуг и снижение цен на медицинские услуги, лекарственные препараты и медицинское оборудование, является развитие конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

Как было отмечено в первой главе диссертационного исследования, к медицинским услугам относятся услуги по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и реабилитации пациентов, обладающие специфическими свойствами и ценностно-ориентационными компонентами.

Перед тем как проводить анализ конкурентной среды на рынке медицинских услуг отметим существующие противоречия и особенности процесса их предоставления:

1. Медицинская услуга в отличие от других видов услуг имеет приоритетную позицию, потому что ценность сохранения жизни и здоровья не может определяться возможными расходами.

2. На олигопольном рынке медицинские услуги всегда востребованы, несмотря на завышенные цены и низкое качество медицинских услуг, потому что у потребителей нет выбора.

3. При большом количестве поставщиков медицинских услуг на рынке имеет место несоответствие равновесной и фактической цены.

4. Потребители не имеют достаточной официальной информации о способах и методах лечения непосредственно у лечащего врача, ценах на медицинские услуги в различных медицинских организациях и у разных специалистов.

5. Существует противоречие между стоимостью медицинских услуг, направленных на профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию, и их доступностью в системе обязательного или добровольного медицинского страхования.

6. Качество медицинских услуг, направленных на профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию пациентов, не зависит от стоимости услуги и количества потребителей.

7. Ситуация на российском рынке медицинских услуг не может стимулировать внедрение инноваций, развитие новых биомедицинских и информационно-медицинских технологий и повышать качество медицинских услуг без увеличения стоимости медицинских услуг.

Наиболее полный перечень медицинских услуг представлен в номенклатуре медицинских услуг, где все услуги разделены на два класса А и В. К классу А относятся «Простые и комплексные медицинские услуги», их более 6 000 видов, а к классу В – «Сложные медицинские услуги» (около 500 видов услуг). К простой медицинской услуге отнесены неделимые услуги, выполняемые по формуле: «пациент плюс специалист равно один элемент профилактики, диагностики, лечения или реабилитации».

К комплексным медицинским услугам отнесены услуги, выполнение которых включает применение нескольких простых медицинских услуг. В основном это диагностические и лечебные услуги, где наряду с выполнением определенных диагностических и лечебных мероприятий включается расшифровка и/или описание результатов проведенных мероприятий.

К сложным медицинским услугам отнесены услуги, которые включают выполнение простых и комплексных медицинских услуг, формирующих этапы оказания медицинской помощи, диагностические, лечебные или реабилитационные комплексы [77].

Данная номенклатура медицинских услуг является, по нашему мнению, очень объемной и узкоспециализированной. Поэтому в диссертационном исследовании автор предлагает использовать классификацию медицинских услуг в соответствии с приоритетным профилем (специализацией) медицинской организации. Классификация медицинских услуг представлена в Приложении К.

Медицинские услуги могут предоставляться пациентам на безвозмездной и возмездной основе.

На безвозмездной основе (за счет средств ОМС или ДМС) пациентам могут оказать медицинские услуги в:

- государственных, муниципальных медицинских организациях;
- ведомственных организациях, имеющих собственные медицинские центры, или на основе заключенных договоров;
- в негосударственных медицинских организациях, входящих в систему ОМС или ДМС.

На возмездной основе (за счет собственных средств) пациентам могут оказать медицинские услуги в:

- государственных, муниципальных медицинских организациях;
- ведомственных или аналогичных медицинских организациях – на основе заключенных договоров;

– негосударственных медицинских организациях или у индивидуальных предпринимателей.

Итак, представленная классификация медицинских услуг отражает не только приоритетный профиль (специализацию) медицинской организации, но объединяет все медицинские услуги в укрупненные видовые группы, что значительно упростит структурный анализ при исследовании рынка медицинских услуг.

Для получения достоверных научных результатов и сделанных на их основе выводов при проведении анализа конкурентной среды на рынке медицинских услуг в исследовании применялись статистический и социологический методы исследования.

Самым доступным и результативным средством получения социальной статистики является метод массового опроса, который автор использовал при анализе конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

Опрос проводился в 2015–2017 гг. среди двух групп респондентов. В первую группу вошли представители медицинских организаций различных форм собственности, осуществляющих свою деятельность на территории Краснодарского края, а во вторую – пациенты-жители региона.

Анкетирование проводилось в он-лайн режиме, анкеты для респондентов были размещены на сайте «Testograf» (www.testograf.ru). Опрос проводился в рамках выполнения задания Министерства экономики Краснодарского края (распоряжение Главы администрации Краснодарского края от 15.03.2015 г. № 79-р).

Цель опроса заключалась в изучении мнения респондентов о состоянии и развитии конкурентной среды на рынке медицинских услуг Краснодарского края. В соответствии с общепринятой методикой была определена выборочная совокупность респондентов, состоящая из 3 179 человек, из которых 523 человека представляли медицинские организации различных форм собственности. В процессе работы был собран, обработан и проанализирован массив эмпирических данных, на основе которого сформулированы основные результаты исследования, в том числе проведен анализ конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

Развитие конкурентной среды на рынке медицинских услуг Краснодарского края зависит от состояния его основных элементов: предложения, спроса и цены. Применительно к рынку медицинских услуг предложение – это количество услуг, которые могут предложить медицинские организации жителям края в определенный период времени. По данным Министерства экономического развития Краснодарского края общее количество медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории региона, по итогам 2017 г. составляет 5822 единицы, из них негосударственных медицинских организаций - 2622; индивидуальных предпринимателей – 1394 (рисунок 2.12).



Рисунок 2.12 – Количество негосударственных медицинских организаций в Краснодарском крае, ед. (составлено автором на основе [55])

Такое соотношение медицинских организаций дает положительную оценку состоянию конкуренции на рынке медицинских услуг и определяет современные тренды потребительского спроса, а именно:

– негосударственные медицинские организации охватывают все новые сегменты рынка медицинских услуг, открываются новые специализированные и многопрофильные клиники, кабинеты;

– наблюдается рост спроса на комплексные медицинские услуги, в негосударственных медицинских организациях. Это связано со стремлением пациентов получать полный спектр услуг высокого качества в одном месте и за приемлемую цену;

– спрос на дорогостоящие медицинские услуги (услуги в области ортопедии, имплантологии и т.д.), предоставляемые в клиниках премиум-класса, имеет тенденцию к снижению.

Это не только усиливает конкуренцию на рынке медицинских услуг, но и меняет условия функционирования последних, ранее функционировавших в более «комфортных» условиях.

Если анализировать динамику изменения объема оказанных платных медицинских услуг по Краснодарскому краю, то можно заметить устойчивую тенденцию увеличения их объема с 2010 по 2017 гг., при этом в 2016 г. рост составил 23,9 %, а в 2017 г. – всего 4,2 % (рисунок 2.13).

Согласно данным, представленным на рисунке 2.13, можно наблюдать ежегодный рост рынка платных медицинских услуг в Краснодарском крае.

Анкетный опрос, проведенный автором с использованием Интернет – ресурсов, 523 представителей медицинских организаций различных форм собственности, осуществляющих свою деятельность на территории Краснодарского края в 2017 г., показал, что подавляющее большинство опрошенных (49%) определили темп роста рынка платных медицинских услуг региона, как «высокий». Более одной трети респондентов (36%) охарактеризовали темп роста рынка, как «низкий», остальные (15%) - считают, что рынок находится в «стагнации».

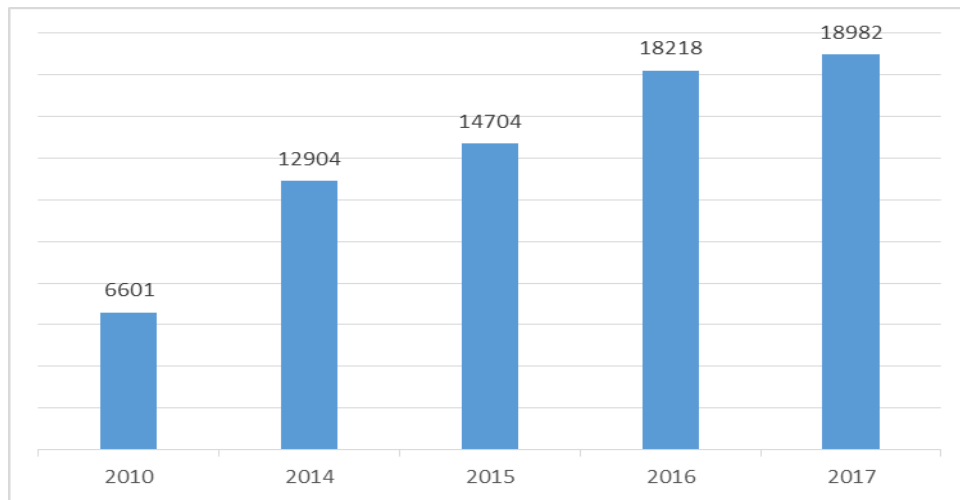


Рисунок 2.13 – Анализ динамики объема платных медицинских услуг в Краснодарском крае, млн руб. (составлено автором на основе [58])

По мнению респондентов, главной причиной роста рынка платных медицинских услуг является ненадлежащее качество медицинских услуг в муниципальных медицинских организациях в последние годы. В сложившейся ситуации все больше граждан готовы платить за качественно оказанные медицинские услуги, а не идти на прием в муниципальные медицинские организации.

Цена является еще одним важным элементом конкурентной среды на рынке медицинских услуг, и ее влияние на конкурентоспособность медицинских организаций нельзя недооценивать.

Возвращаясь к результатам опроса респондентов, хочется выделить следующее: 32 % представителей медицинских организаций отметили, что их клиники в 2016 г. не поднимали тарифы для физических лиц, а 7 % – рассказали, что их организации даже снизили тарифы на отдельные виды медицинских услуг до 5 %.

Анализ статистических данных об изменении индекса потребительских цен на медицинские услуги в Краснодарском крае с 2010 по 2017 гг. представлен на рисунке 2.14.

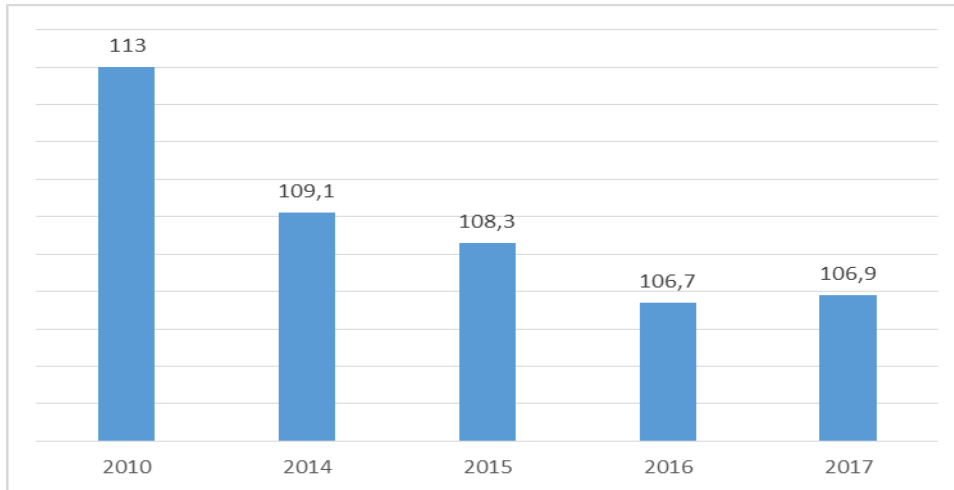


Рисунок 2.14 – Анализ изменения индекса потребительских цен на медицинские услуги в Краснодарском крае, % (составлено автором на основе [32])

Из рисунка 2.14 видно, что колебания индекса потребительских цен на медицинские услуги в Краснодарском крае в 2016 г. были незначительными из-за низкого уровня инфляции (5,38 %), а в 2015 г. – даже ниже уровня инфляционного давления (12,91 %) [103].

Важным инструментом, позволяющим максимально объективно охарактеризовать конкурентную среду в регионе, является анализ участия медицинских организаций различных форм собственности в Программе госгарантий. В реализации Территориальной программы госгарантий на 2018 г. в крае примут участие 303 медицинские организации, что на 0,4 % меньше, чем в 2016 г., в том числе в Территориальной программе ОМС (ТП) – 233 организации [28].

Анализ участия медицинских организаций в Территориальной программе ОМС в 2017 г. в отдельных муниципальных образованиях Краснодарского края представлен в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Структура медицинских организаций, участвующих в Территориальной программе ОМС (составлено автором на основе [28])

Муниципальное образование	Структура медицинских организаций по формам собственности	
	организации государственной, муниципальной форм собственности	организации частной формы собственности
г. Анапа	18 (85,7 %)	3 (14,3 %)
г. Армавир	12 (80,0 %)	3 (20 %)
г. Геленджик	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)
г. Горячий Ключ	70 (92,1 %)	6 (7,9 %)
г. Новороссийск	25 (96,1 %)	1 (3,9 %)
г. Краснодар	70 (90,9 %)	7 (9,1 %)
г. Сочи	24 (75 %)	8 (25 %)

Проведенный в таблице 2.2 анализ показал, что доля медицинских организаций частной формы собственности, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (ТП ОМС) в муниципальных образованиях Краснодарского края варьируется от 3,9 % в г. Новороссийске до 28,6 % в Геленджике.

Среди негосударственных организаций, участвующих в ТП ОМС, работающих на территории края и имеющих филиальную сеть в муниципальных образованиях, можно выделить следующие: негосударственное учреждение здравоохранения «Узловая поликлиника» ОАО «Российские железные дороги», ООО «Три-3», ООО «МРТ-Эксперт», ООО «Медицинский центр «МастерСлух», ООО «Медицинский центр «Диагностика Экстра», ООО Медицинский центр экстракорпорального оплодотворения «ЭМБРИО» и т. д.

Таким образом, негосударственные медицинские организации, участвующие в ТП ОМС могут оказывать населению амбулаторно-поликлинические услуги, участвовать в предоставлении высокотехнологичных медицинских услуг (например, проводить ПЭТ/КТ-диагностику), оказывать услуги экстракорпорального оплодотворения и другие.

Вместе с тем, по мнению отдельных представителей частных клиник (24 % респондентов) их организации не планируют участвовать в ТП ОМС на территории края, объясняя это:

- низкими государственными тарифами на оказание амбулаторно-поликлинических услуг;
- незначительным количеством (около 5 %) прикрепленных пациентов;
- отсутствием льгот у частных медицинских организаций по сравнению с государственными и муниципальными организациями;
- ужесточением требований к хранению персональных данных пациентов.

Анализ спроса на медицинские услуги жителей Краснодарского края в 2016–2017 гг. представлен на рисунке 2.15.



Рисунок 2.15 – Анализ спроса на медицинские услуги жителей Краснодарского края в 2016–2017 гг. (составлено автором)

Анализируя спрос жителей Краснодарского края на медицинские услуги в 2016 и 2017 гг., можно проследить следующие тенденции:

– рост спроса на комплексные медицинские услуги, оказываемые на возмездной основе. Этот рост вызван стремлением пациентов получать полный спектр услуг в одном месте и за приемлемую цену – от стандартных лабораторных исследований до консультации врача-специалиста;

– качество медицинских услуг стало главным критерием при выборе медицинской организации. Это связано с тем, что пациенты стали более информированными и имеют возможность выбирать медицинские организации по рейтингу, в том числе с помощью сайта <http://www.minzdravkk.ru>;

– спрос на медицинские услуги, предоставляемые в клиниках премиум-класса, по мнению респондентов, снизился на 5 % по сравнению с 2016 г. Это касается дорогостоящих услуг (услуги в области косметологии, ортопедии, имплантологии и т. д.) и курсовых процедур (массаж, мануальная терапия, отказ от потребления табака и т.д.).

Таким образом, анализ спроса на медицинские услуги в Краснодарском крае в 2016–2017 гг. показал, что рынок медицинских услуг становится более зрелым. Информированность пациентов выросла, они стали предъявлять более высокие требования к качеству медицинских услуг и уровню сервиса в медицинских организациях.

Жители Краснодарского края стали проявлять интерес к медицинским услугам, направленным на профилактику заболеваний. Возможно, это связано с реализацией губернаторской стратегии «Будьте здоровы!» и профилактических проектов: «Кубань – край здоровых улыбок» и т. д.

Итак, проведенный анализ выявил основные проблемы развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг (снижение платежеспособного спроса населения, высокие требования пациентов к качеству медицинских услуг) и определил перспективные тренды развития, а именно:

– в структуре спроса на медицинские услуги по гендерному признаку преобладают женщины (в Анапе, Абинске, Краснодаре, Тихорецке и Сочи их доля достигает 76 %). Эта особенность спроса требует от медицинских организаций внедрять новые

услуги и стимулирующие мероприятия, в первую очередь ориентированные на данную категорию пациентов;

– сокращение количества визитов и сроков лечения. Пациенты стремятся в минимальные сроки решить проблему, связанную с диагностикой и лечением заболеваний, и желательно с наименьшим количеством повторных визитов к врачу;

– пациенты стали чаще обращаться в платные медицинские организации к специалистам узкого профиля, так как там не требуется первичный прием врача-терапевта;

– пациенты предпочитают медицинские организации, где используются высокотехнологичные методы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов, в том числе с использованием телекоммуникационных технологий. Потому что все это повышает результативность и сокращает сроки лечения, уменьшает стоимость услуг;

– актуальным трендом последнего времени стал переход медицинских организаций на круглосуточный режим работы и работу в нерабочие часы и выходные дни. Это связано с нежеланием пациентов трудоспособного возраста отпрашиваться с работы для посещения врача, оформлять листы временной нетрудоспособности, так как это скажется на их материальном благополучии;

– представители региональных клиник отмечали растущий спрос (13–17% ежегодно) на диагностические услуги, в том числе исследования, направленные на диагностику язвы желудка, двенадцатиперстной кишки и онкологические чек-ап программы;

– респонденты отмечают восприимчивость пациентов к различным акциям и скидкам на медицинские услуги. В период проведения рекламных кампаний пациентопоток в негосударственных медицинских организациях увеличивается на 15–23 %.

– наблюдается экономическая цикличность и сезонность спроса на медицинские услуги. Как отмечают респонденты, количество посещений медицинских организаций

в первой декаде месяца увеличивается и уменьшается в последней, что напрямую связано с периодом выплаты заработной платы. Кроме того, количество обращений в медицинские организации в период летних отпусков и зимних каникул имеет тенденцию к снижению. Таким образом, происходит смещение традиционных периодов обращений в медицинские организации.

2.3 Оценка конкурентоспособности медицинских организаций

Оценка конкурентоспособности является неотъемлемым элементом стратегического планирования деятельности медицинской организации. Изучение конкурентных позиций и условий конкуренции на рынке медицинских услуг необходимо медицинской организации для того, чтобы определить преимущества и недостатки перед конкурентами, направления перспективного развития, которые помогут в разработке собственной успешной конкурентной стратегии и обеспечении конкурентного преимущества.

В соответствии с разработанным в главе 1 пункт 3 алгоритмом проведем оценку конкурентоспособности медицинских организаций г. Сочи.

Для обеспечения сопоставимости условий сравнительного анализа были выбраны медицинские организации амбулаторного типа.

Наиболее востребованными медицинскими организациями этого типа среди жителей и гостей г. Сочи является поликлиники. Мощность поликлинических организаций города составляет 9 101 посещение в смену.

В поликлиниках проводится диагностика, лечение, профилактика заболеваний, а также медицинская реабилитация пациентов. Медицинские услуги оказываются как в амбулаторных условиях, так и на дому, за счет средств Территориальной программы

обязательного медицинского страхования, программы добровольного медицинского страхования или личных средств пациентов. В поликлиниках ведут приём врачи различных специальностей, имеются кабинеты для проведения диагностики, лабораторных исследований, физиотерапевтических процедур, консультаций и другие.

Работа муниципальных поликлиник ведется по участково-территориальному принципу. Поликлиники оказывают медицинские услуги населению, проживающему в районе её деятельности. В настоящее время размеры территориального терапевтического участка определяются в зависимости от протяженности, удаленности от поликлиники, численности взрослого населения в возрасте от 18 лет и старше (норматив 1 600–1 700 человек).

Негосударственные поликлиники оказывают медицинские услуги всем гражданам вне зависимости от места проживания за счет личных средств, средств Территориальной программы обязательного медицинского страхования или средств, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования (далее - ДМС).

Медицинские организации, участвующие в исследовании, и их характеристики представлены в таблице 2.3.

Окончательный выбор был сделан после проверки соответствия медицинских организаций лицензионным требованиям на наличие:

- а) зданий, строений, сооружений, отвечающих установленным требованиям;
- б) медицинского оборудования, аппаратов, приборов, инструментов, зарегистрированных в установленном порядке;
- в) уровня образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам в сфере здравоохранения;
- г) системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Таблица 2.3 – Характеристика медицинских организаций, участвующих в исследовании (составлено автором)

Наименование медицинских организаций	Адрес организации	Количество видов медицинских услуг	Количество медицинских услуг, в рамках ТП ОМС	Количество врачей в соответствии с графиком работы	Наличие сайта организации	Рейтинг организации на yandex.ru (по 5 шкале)
Группа 1 – Муниципальные медицинские организации						
МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №1, подразделение № 1»	г. Сочи, улица Конституции, 24	241	193	39	+	3,5
МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №2 подразделение № 2 (Адлер)»	г. Сочи, улица Гудаутская, 3	229	195	37	+	3,5
МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 4» (пос. Дагомыс)	г. Сочи, улица Армавирская, 108 А	217	198	42	+	2,8
Группа 2 – Негосударственные медицинские организации						
НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД»	г. Сочи, улица Горького, 48	257	-	27	+	3,4
ООО «АРМЕД»	г. Сочи, улица Гагарина, 19а	305	2	39	+	4,1
ООО «Клиника Семейной Медицины «Надежда»	г. Сочи, улица Комсомольская, 1	198	4	23	+	4,0

В соответствии с разработанной автором методикой оценка конкурентоспособности медицинских организаций г. Сочи проводилась экспертным методом. При выборе экспертов учитывались следующие характеристики: квалификация, компетентность, опыт работы в здравоохранении, занимаемая должность, наличие ученой степени и др. Общая численность экспертов составила шесть человек.

Состав экспертов, участвующих в оценке конкурентоспособности медицинских организаций, представлен на рисунке 2.16.

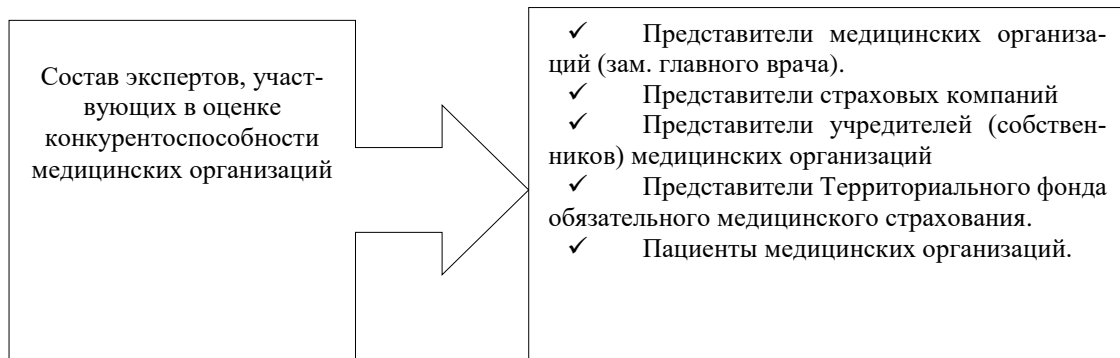


Рисунок 2.16 - Состав экспертов, участвующих в оценке конкурентоспособности медицинских организаций (составлено автором)

Оценка конкурентоспособности медицинских организаций проводилась путем анкетного опроса экспертов с ранжированием показателей и определением коэффициента их весомости.

При ранжировании эксперт располагал предложенные ему показатели в порядке, который представляется ему наиболее рациональным, и присваивал каждому из них числа натурального ряда. При этом ранг 1 получает наиболее предпочтительный объект, а ранг 5 – наименее предпочтительный. Каждый эксперт самостоятельно проверял правильность ранжирования.

В первую очередь эксперты оценивали качество медицинских услуг по таким показателям, как соблюдение врачами «протоколов лечения» (k_1); полнота номенклатуры медицинских услуг (k_2); доброжелательность, вежливость и компетентность медицинского персонала (k_3); открытость и доступность информации о медицинской организации (k_4); комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в т. ч. для граждан с ограниченными возможностями здоровья (k_5); соблюдение санитарных норм и эпидемиологических требований (k_6).

На основе полученных экспертных оценок был рассчитан комплексный показатель качества медицинских услуг. Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг в медицинских организациях г. Сочи представлены на рисунках 2.17 и 2.18.

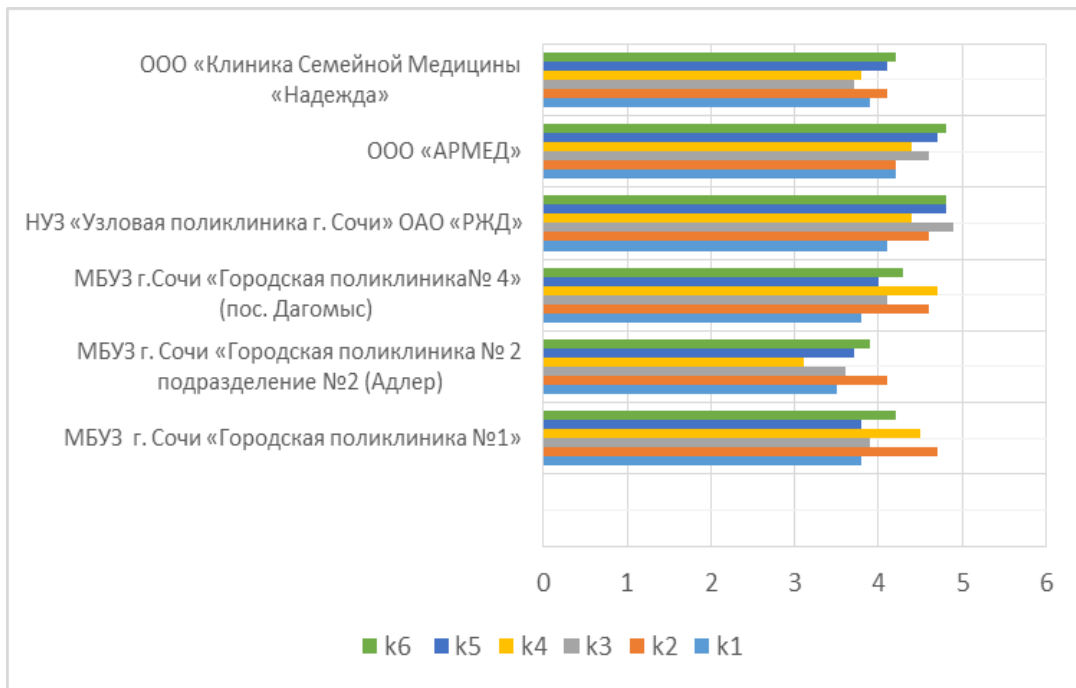


Рисунок 2.17 – Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг медицинских организаций г. Сочи (составлено автором)

По результатам оценки качества медицинских услуг было установлено, что в муниципальных медицинских организациях города практически все эксперты очень низко оценили такие показатели качества, как «вежливость и компетентность медицинского персонала (k_3)» и «комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья (k_5)».

Экспертная оценка качества медицинских услуг в негосударственных медицинских организациях была более высокая, кроме ООО «Клиника семейной медицины «Надежда». В данной организации такие показатели, как «соблюдение врачами «протоколов лечения» (k_1), «полнота номенклатуры медицинских услуг» (k_2) и «открытость и доступность информации о медицинской организации» (k_4) получили более

низкие оценки (3,9; 4,1; 3,8 соответственно), чем конкуренты НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД» и ООО «АРМЕД» (рисунок 2.18).

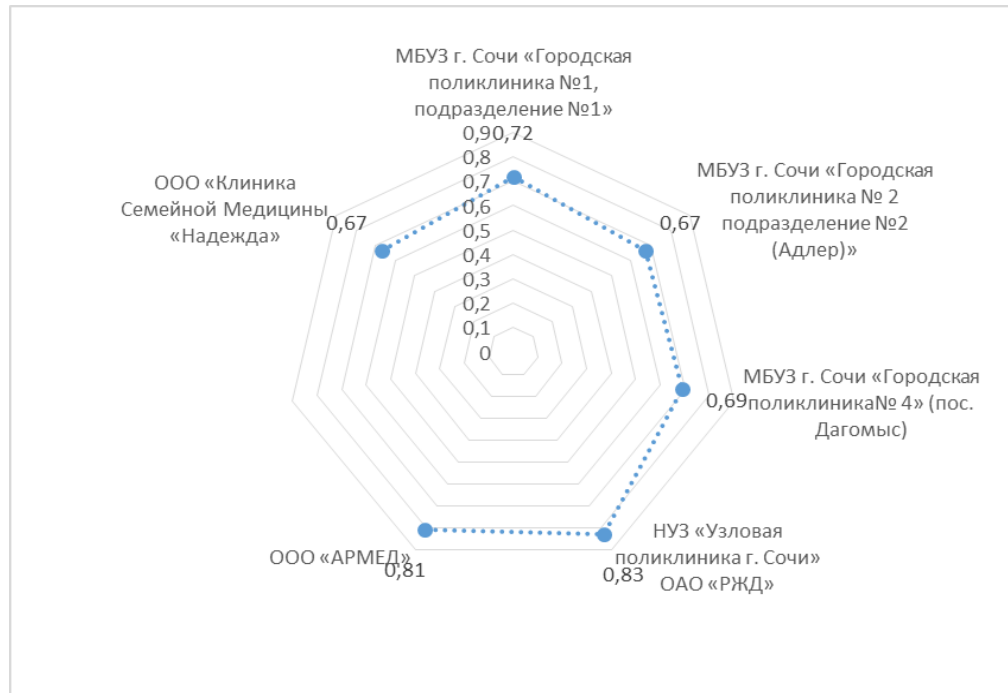


Рисунок 2.18 – Значение комплексного показателя качества медицинских услуг в медицинских организациях г. Сочи (составлено автором)

На рисунке 2.18 наглядно показано, что максимальное значение комплексного показателя качества медицинских услуг среди обследованных муниципальных медицинских организаций имеет МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1, подразделение № 1», а минимальное – МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 2 подразделение № 2 (Адлер)».

Среди негосударственных медицинских организаций максимальное значение комплексного показателя качества медицинских услуг получено у НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД», а минимальное – ООО «Клиника семейной меди-

цины «Надежда». Однако, как отмечают эксперты, в исследуемых медицинских организациях качество медицинских услуг находится на достаточно высоком уровне. Это связано, прежде всего, с тем, что организации стремятся сохранять свои конкурентные преимущества за счет предоставления медицинских услуг более высокого качества.

Перед тем, как перейти к расчету среднего индекса цен в исследуемых медицинских организациях, рассмотрим прейскуранты цен на платные медицинские услуги, размещенные на интернет-сайтах медицинских организаций. Цены на наиболее востребованные медицинские услуги в медицинских организациях г. Сочи приведены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Цены на медицинские услуги, входящие в номенклатуру медицинских организаций, (руб.)

Наименование медицинской услуги	Наименование медицинской организации					
	МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №1, подразделение №1»	МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №2 подразделение №2 (Адлер)»	МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №4» (пос. Дагомыс)	НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД»	ООО «АРМЕД»	ООО «Клиника семейной медицины «Надежда»
Прием врача-терапевта первичный	310,0	269,0	223,0	650,0	1 100,0	1 650,0
Обслуживание врачом на дому	396,0	345,0	337,0	2 650,0	3 000,0	3 200,0
Прием врача-хирурга первичный	125,0	110,0	98,0	550,0	1 000,0	1 650,0
Общий анализ крови: 5 показателей (ручной метод)	419,0	347,0	381,0	310,0	370,0	375,0
Инъекция внутривенная 10 мл шприцем	194,0	152,0	147,0	180,0	400,0	400,0
Инъекция внутримышечная 5 мл шприцем	103,0	88,0	75,0	100,0	250,0	250,0
УЗИ щитовидной железы	388,0	260,0	343,0	1 000,0	860,0	875,0

Из таблицы 2.4 видно, что цены на медицинские услуги в негосударственных медицинских организациях намного выше, чем в муниципальных организациях. Это

связано с высоким уровнем затрат на оказание медицинских услуг в негосударственных медицинских организациях.

Однако даже среди муниципальных организаций существует значительная разница в тарифах. Это ситуация объясняется тем, что медицинские организации в соответствии с действующими федеральными нормативно-правовыми актами имеют право самостоятельно устанавливать цены на платные медицинские услуги. Значение индивидуальных индексов цен медицинских услуг в медицинских организациях г. Сочи представлено на рисунке 2.19.

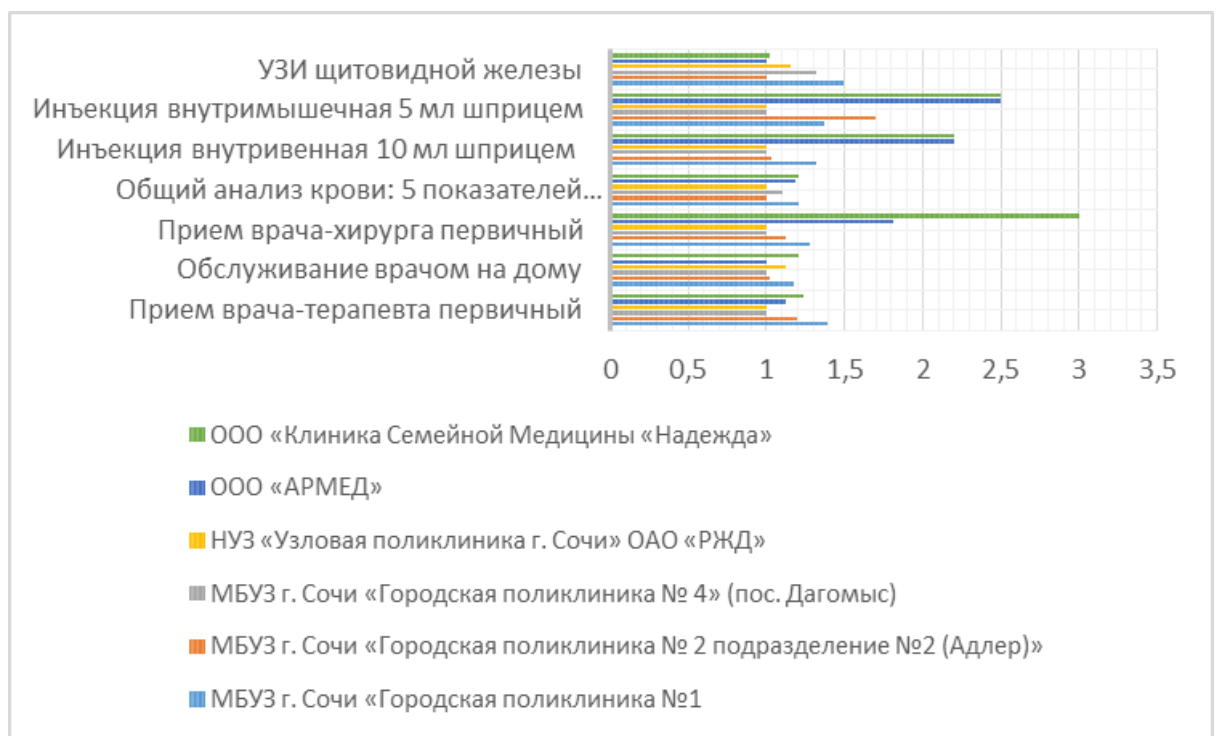


Рисунок 2.19 – Значение индивидуальных индексов цен медицинских услуг в медицинских организациях г. Сочи (составлено автором)

Проведенный анализ показал, что самые низкие цены на медицинские услуги предлагает МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 4» (пос. Дагомыс), а самые высокие – МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1». Особенно эта разница заметна по таким услугам, как «Прием врача-терапевта первичный» и «Прием врача-хирурга

первичный». Что касается негосударственных медицинских организаций – самые высокие цены были выявлены в ООО «Клиника семейной медицины «Надежда», а самые низкие – в НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД».

Результаты расчета среднего индекса цен для каждой медицинской организации показаны на рисунке 2.20.

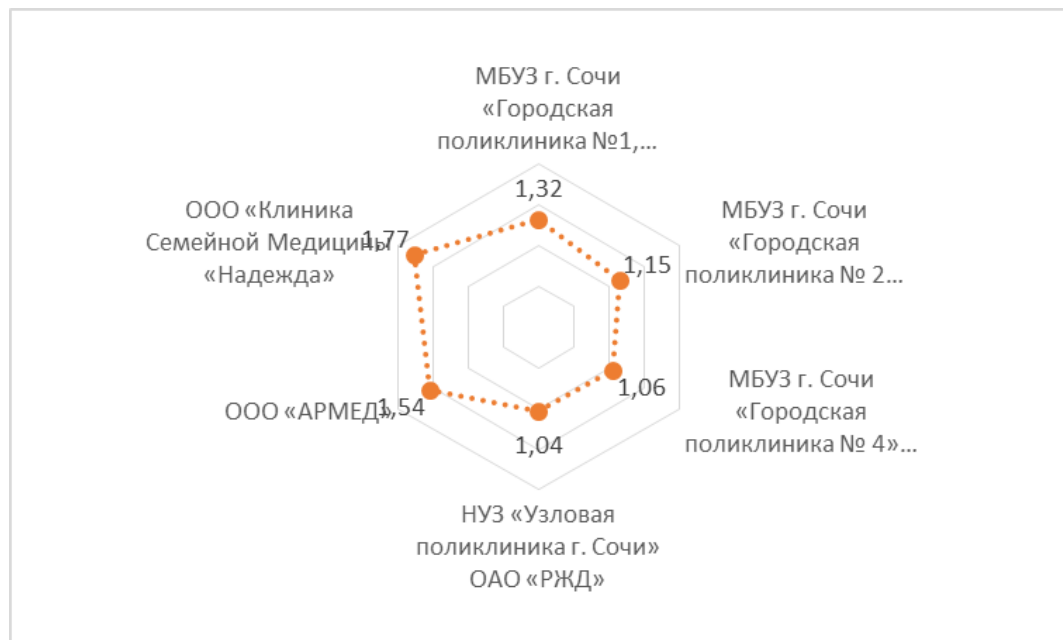


Рисунок 2.20 – Результаты расчета среднего индекса цен для каждой медицинской организации (составлено автором)

Результаты расчета среднего индекса цен для муниципальных медицинских организаций показали, что самые низкие цены на медицинские услуги зафиксированы в МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 4» (пос. Дагомыс), среди негосударственных медицинских организаций в НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД».

Далее по формуле 6 алгоритма был рассчитан интегральный показатель конкурентоспособности каждой медицинской организации. Результаты оценки конкурентоспособности медицинских организаций г. Сочи представлены на рисунке 2.21.

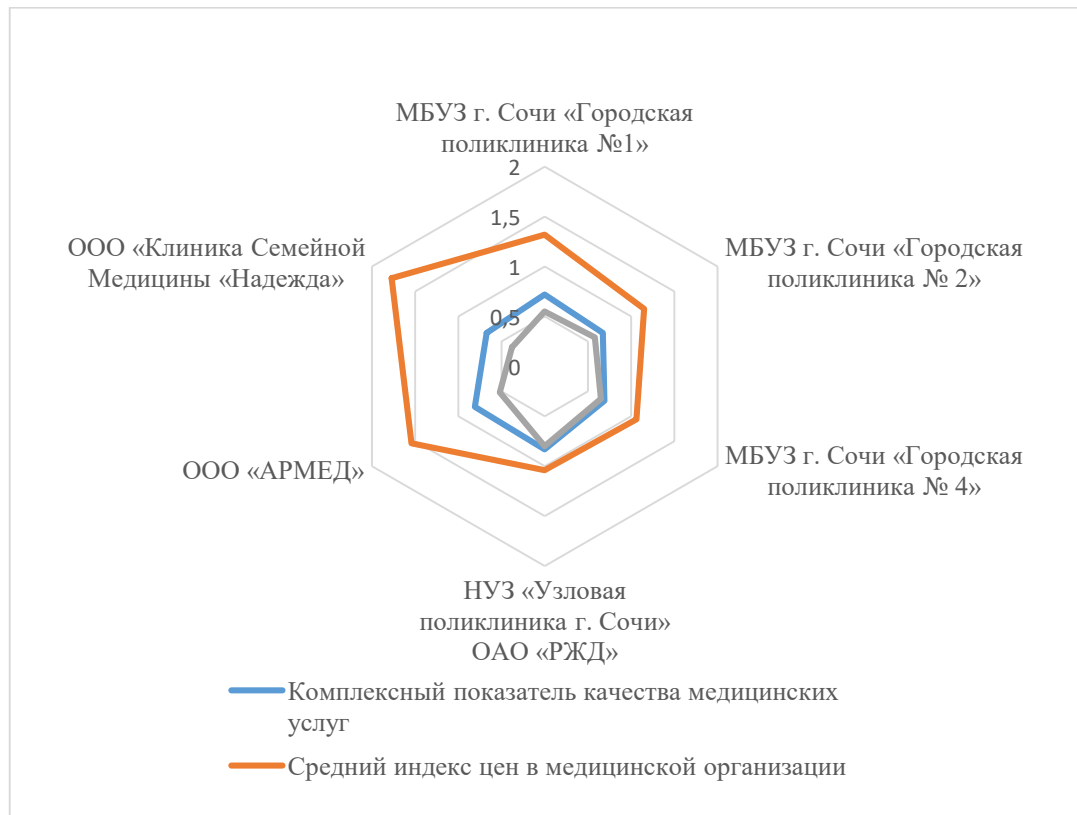


Рисунок 2.21 – Результаты оценки конкурентоспособности медицинских организаций г. Сочи (составлено автором)

В таблице 2.5 представлено соотношение значения интегрального показателя конкурентоспособности с уровнем конкурентоспособности медицинской организации.

Таблица 2.5 – Оценка уровня конкурентоспособности медицинской организации (составлена автором)

Значение показателя конкурентоспособности медицинской организации	Уровень конкурентоспособности медицинской организации
0	Нулевой
$0,25 \geq 0$	Низкий
$0,5 \geq 0,26$	Средний
$0,75 \geq 0,51$	Высокий
$1 \geq 0,76$	Очень высокий/абсолютный уровень конкурентоспособности =1

В результате проведённой оценки конкурентоспособности медицинских организаций г. Сочи было установлено следующее.

Уровень конкурентоспособности всех муниципальных медицинских организаций достаточно высокий. При этом максимальное значение интегрального показателя конкурентоспособности зафиксировано в МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 4» (пос. Дагомыс), а минимальное – в МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1, подразделение № 1». Такая оценка конкурентоспособности МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1, подразделение № 1» обусловлена высокими тарифами на медицинские услуги по сравнению с тарифами конкурентов.

Уровень конкурентоспособности ООО «Клиника семейной медицины «Надежда» существенно ниже уровня конкурентоспособности НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД», являющегося его основным конкурентом. ООО «Клиника семейной медицины «Надежда» уступает своему конкуренту в большей части оцениваемых параметров, в частности, средний индекс цен на 0,73 пункта выше, чем у лидера, а оценка качества медицинских услуг ниже, чем у НУЗ «Узловая поликлиника г. Сочи» ОАО «РЖД» и ООО «АРМЕД».

ООО «Клиника семейной медицины «Надежда» является «рыночным последователем». Ее стратегия – стратегия следования за лидером. Организация не инвестирует средства в новые медицинские технологии диагностики, лечения и профилактики заболеваний, не стремится повышать качество медицинских услуг, поэтому получает прибыль существенно ниже по сравнению с основными конкурентами.

На основании полученных результатов автором будет сформирован организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, в основе которого лежит единство целей, совокупность ресурсов, методов, средств, инструментов и рычагов воздействия на организационно-экономические процессы, связанные с обеспечением конкурентоспособности медицинских организаций, разработана стратегия и ее ресурсное обеспечение.

Глава 3 Формирование организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций

3.1 Модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций

В условиях становления конкурентного рынка медицинских услуг перед медицинскими организациями встает проблема формирования эффективного организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности.

Вопрос об определении, структуре, функционировании, инструментах механизма обеспечения конкурентоспособности организаций на сегодняшний день остается дискуссионным.

Организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций можно рассматривать в различных аспектах.

В развернутом смысле – это форма сотрудничества и взаимодействия участников рынка медицинских услуг, структур и отделов медицинской организации, внутренних бизнес-процессов с использованием организационно-экономических методов и механизмов обеспечения этого сотрудничества. В ограниченном – это система организационно-административных и экономических мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинских услуг.

Важным элементом организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций является постановка целей. Они должны быть направлены на развитие стратегической конкурентоспособности медицинской организации и соответствовать определенным требованиям, а именно, цели должны быть:

– реальными для выполнения и совместимыми с другими целями;

– четкими и измеримыми. Следует точно определять, какой результат и когда должен быть достигнут;

– конкретными. Должны четко фиксировать, что необходимо получить, в какие сроки, кто должен ее достигать.

С учетом вышеизложенных требований для обеспечения конкурентоспособности медицинской организации формулируется приоритетная цель и цели более низкого уровня. После того как цели разного уровня сформулированы, можно построить «Дерево целей», которое представляет собой структурированный иерархический перечень целей организации. Проектирование «Дерева целей» строится по методу «декомпозиции», то есть цель максимально высокого уровня достигается при реализации целей более низкого уровня.

Графическая модель «Дерево целей» обеспечения конкурентоспособности медицинской организации представлена на рисунке 3.1.

Из рисунка 3.1 видно, что приоритетной целью обеспечения конкурентоспособности медицинской организации является обеспечение качества и доступности медицинских услуг, внедрения инновационных технологий оказания медицинских услуг.

При создании организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций необходимо учитывать внешние и внутренние факторы, которые оказывают непосредственное влияние на конкурентное положение медицинской организации. Рассмотрим более подробно факторы внешней среды.

В первую очередь это развитие конкуренции и состояние конкурентной среды на рынке медицинских услуг. Чем быстрее развивается рынок, тем больше создается возможностей для роста организации и повышения уровня ее конкурентоспособности.

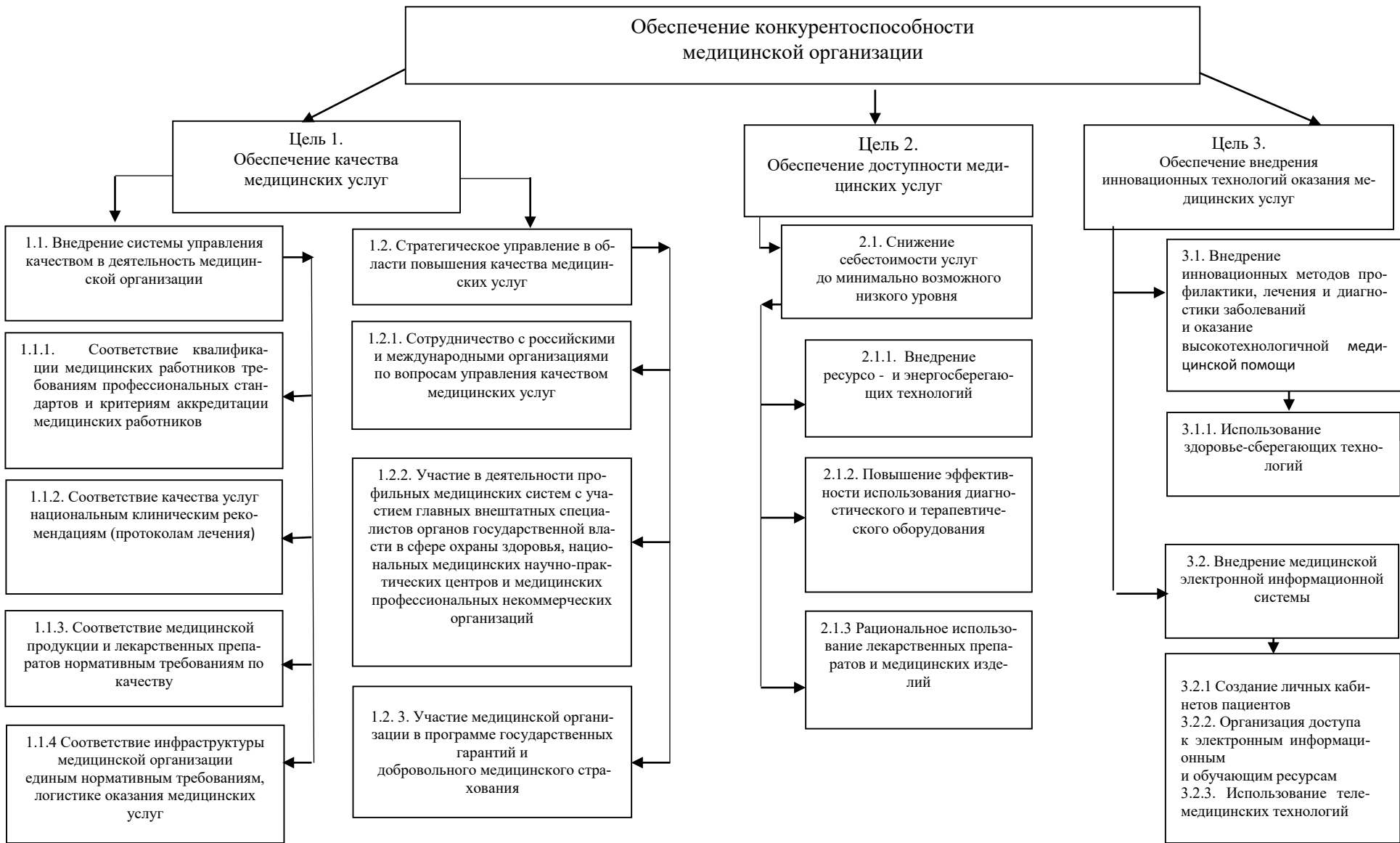


Рисунок 3.1 – Модель «Дерево целей» обеспечения конкурентоспособности медицинской организации

Как было установлено в первой главе диссертационного исследования, рынок медицинских услуг в настоящее время может характеризоваться как рынок «конечного потребителя». Поэтому основополагающей задачей медицинской организации является удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах.

Состояние конкурентной среды на рынке медицинских услуг необходимо рассматривать с различных позиций. В настоящее время на рынке медицинских услуг функционирует ограниченное количество медицинских организаций, каждая из которых действует в рамках занимаемого сегмента.

Анализируя состояние конкурентной среды на рынке медицинских услуг, необходимо выделить два направления развития: это «разрушение» барьеров для входа на рынок новых медицинских организаций и создание организационно-экономических условий, обеспечивающих добросовестную конкуренцию медицинских организаций.

Государственная политика в области развития конкуренции является ключевым фактором, определяющим конкурентоспособность медицинских организаций, и поэтому является основным инструментом достижения целей медицинских организаций.

Обеспечение внедрения инновационных технологий оказания медицинских услуг – это еще один важный фактор, который необходимо учитывать при формировании организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

В последнее время всё большее количество инновационных технологий появляется на рынке медицинских услуг. Это современные технологии создания и использования фармацевтических и диагностических средств, инструментов и методик с высочайшим стандартом качества по отношению к имеющимся аналогам.

Не обходится рынок медицинских услуг и без активного внедрения IT-технологий. В частности, это медицинские приложения, мобильные диагностические устройства, программное обеспечение электронных карт здоровья пациента и т. д.

Еще одним значительным фактором является «потребительское восприятие» медицинской организации у пациентов. Это имидж медицинской организации, который формируется с использованием инструментов брендинга.

К факторам внутренней среды медицинской организации относят кадровый потенциал, материально-техническое состояние, имидж медицинской организации и другие.

Кадровый потенциал медицинской организации, уровень задач, которые могут быть решены персоналом, определяет ее конкурентоспособность на рынке медицинских услуг.

Материально-техническое состояние медицинской организации обеспечивает высокое качество и эффективность оказания медицинских услуг населению.

Инновационный потенциал медицинской организации обеспечивает возможность повышать эффективность оказания медицинских услуг за счет снижения затрат на профилактику, диагностику, лечение заболеваний и реабилитацию пациентов, и повышение качества оказываемых услуг.

Организация бизнес-процессов в медицинской организации (производственных, сбытовых, логистических, управленческих, коммуникационных) определяет эффективность ее деятельности и конкурентное положение на рынке медицинских услуг.

Положительный имидж медицинской организации формируется с момента ее создания. Зависит от множества факторов и прежде всего от кадровой составляющей медицинского персонала.

При определении факторов обеспечения конкурентоспособности организации нельзя не учитывать степень влияния субъектов рынка. Можно выделить следующие группы влияния: органы государственной (региональной, муниципальной) власти и управления; контролирующие и надзорные органы в сфере здравоохранения, фонд обязательного медицинского страхования, страховые компании, общественные организации, потребители (пациенты) медицинских организаций и т. д.

Для реализации поставленных целей обеспечения конкурентоспособности медицинской организации необходимы ресурсы. Совокупность организационных,

финансово-экономических, трудовых, информационных, технологических и других ресурсов медицинской организации составляет конкурентоспособный потенциал предприятия.

Модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций представлена на рис. 3.2.

Основу организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций составляет совокупность методов регулирования и инструментов воздействия.

Основные методы и инструменты организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций представлены в таблице 3.1.

Методы, используемые для обеспечения конкурентоспособности медицинской организации, подразделяются на институциональные, организационные, экономические и другие.

Институциональные методы обеспечения конкурентоспособности медицинской организации представлены инструментами лицензирования медицинской деятельности, выделением квот на приобретение медицинского оборудования и лекарственных препаратов, организацией системы государственных закупок, организацией контрольных и инспекционных проверок и т. д.

Эта группа методов оказывает регулирующее воздействие и обеспечивает нормативно-правовую инфраструктуру, их цель – создание наиболее благоприятных условий для развития конкуренции и конкурентной среды. Они призваны обеспечить правовую стабильность для защиты конкуренции, развития конкурентной среды, гарантирование прав собственности и свободы принятия экономических решений и т. д.

Они основаны на обязательном исполнении, генерируются в форме законов, постановлений, правил, норм, распоряжений, стандартов, приказов и обязательны для исполнения всеми участниками рынка медицинских услуг.

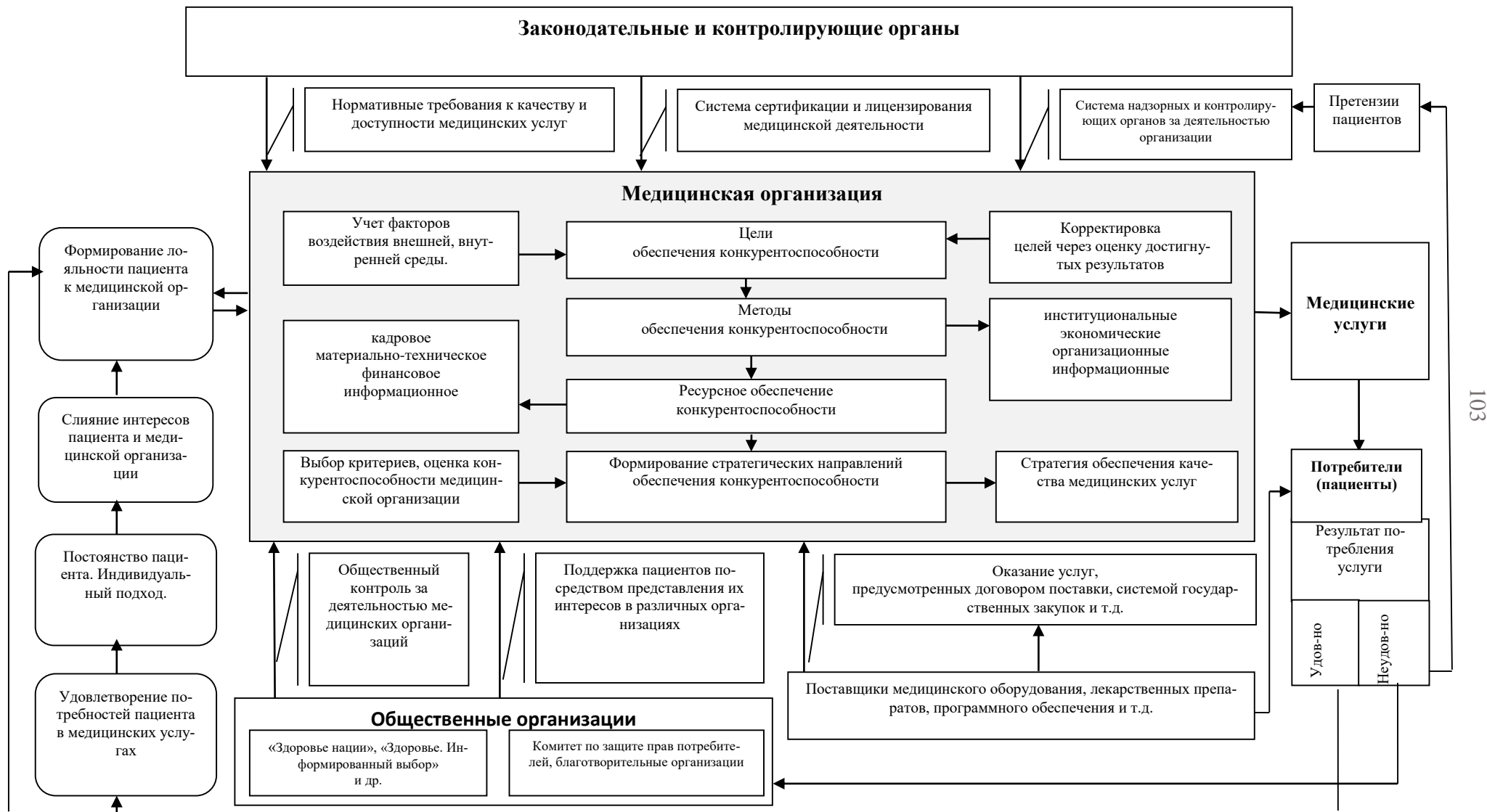


Рисунок 3.2 – Модель организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций (составлено автором)

Необходимо акцентировать внимание на том, что институциональные методы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций связаны, на наш взгляд, с реализацией следующих основных обеспечивающих направлений за счет совершенствования:

– системы нормативно-правового обеспечения, включающей нормативно-правовую и управленческую информацию, механизмы реализации управленческих решений и анализ эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Иными словами, оказание медицинских услуг по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и реабилитации пациентов должно регулироваться не только отраслевыми инструкциями, стандартами и нормами, но и законодательными документами, обязательными к исполнению всеми гражданами, организациями здравоохранения и органами управления, независимо от их ведомственной принадлежности. При этом особое значение имеет законодательное обеспечение прав пациентов и медицинских работников и их соотнесение с принятыми международными правовыми нормами;

– антимонопольного законодательства. Это возможно за счет создания конкурентных механизмов формирования заказов на оказание медицинских услуг (суверенитет потребителя; договоры, заключаемые в результате переговоров; открытые торги), внедрения новых подходов распределения объемов медицинских услуг по ОМС с учетом реальных затрат и качества медицинских услуг; повышение ответственности за планирование и распределение ресурсов;

– механизма, гарантирующего качество оказания гражданам медицинских услуг и создание условий для добросовестной конкуренции на рынке медицинских услуг; правил соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи;

– системы нормативно-правового обеспечения обязательного и добровольного медицинского страхования. Это возможно за счет регулирования процедуры распределения объемов медицинских услуг, подлежащих оплате из фондов ОМС, между медицинскими организациями различных форм собственности; создания

эффективного механизма реализации права пациента на выбор медицинской организации и лечащего врача;

– механизмов допуска негосударственных медицинских организаций для участия в территориальных программах ОМС; создание нормативно-правового обеспечения системы осуществления государственного (муниципального) контроля и надзора в сфере здравоохранения.

Экономические методы предполагают использование материальных интересов в процессе обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций. Они включают в себя вопросы ценообразования, оплаты труда, материального стимулирования сотрудников, государственной поддержки научной деятельности, получения материальных льгот, финансирования социально значимых проектов и программ и т.д.

Регулирующее воздействие осуществляется при помощи соглашений, контрактов, договоров в виде обязательств, условий и т. д.

Организационные методы представляют собой совокупность способов административного воздействия на процессы обеспечения конкурентоспособности медицинской организации для более эффективного использования имеющихся ресурсов.

Они основываются на организационных отношениях между всеми заинтересованными участниками рынка медицинских услуг и используются для установления регламента деловых взаимоотношений, распределения ответственности, полномочий, функций, обязанностей и т. д.

Организационные методы помогают оперативно реагировать на изменения во внешней и внутренней среде, оперативно исправлять допущенные просчеты в планировании, внося коррективы, выводить объект управления (медицинские организации, научно-исследовательские организации, общественные организации и т. д.) на новый уровень путем издания директив, приказов, указаний, распоряжений, резолюций, предписаний и т. д.

Таблица 3.1 – Методы и инструменты организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций (составлено автором)

	Цели управления	Методы и инструменты управления			Объекты управления
		институциональные	организационные	экономические	
<p>Субъекты системы управления</p> <p>Федеральные органы управления</p>	<p>Обеспечение международной конкурентоспособности национальной системы здравоохранения, медицинских организаций.</p>	<p>Нормативно-правовое обеспечение охраны здоровья граждан.</p> <p>Законодательное обеспечение прав пациентов и медицинских работников медицинских организаций.</p> <p>Законодательное обеспечение обязательного и добровольного медицинского страхования.</p> <p>Антимонопольное законодательство.</p> <p>Правовая защита института собственности.</p> <p>Правовая защита авторских прав на интеллектуальную собственность.</p> <p>Развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.</p> <p>Нормативно-правовая поддержка негосударственных медицинских организаций.</p>	<p>Формирование национальной системы здравоохранения.</p> <p>Формирование инфраструктуры медицинских организаций.</p> <p>Создание национальных клинических рекомендаций.</p> <p>Организация фундаментальных научных исследований в сфере здравоохранения.</p> <p>Организация медицинского страхования.</p> <p>Организация системы сертификации, лицензирования и аккредитации.</p> <p>Организация системы стандартизации в сфере здравоохранения.</p> <p>Поддержка экспорта медицинских услуг.</p>	<p>Государственное финансирование и субсидирование медицинских организаций;</p> <p>Налоговое регулирование деятельности медицинских организаций</p> <p>Таможенное регулирование материально-технического обеспечения медицинских организаций</p> <p>Регулирование тарифной политики на медицинские услуги.</p> <p>Регулирование ценообразования на лекарственное, материально-техническое обеспечение медицинских организаций.</p> <p>Регулирование кредитной политики для медицинских организаций.</p> <p>Регулирование оплаты труда в медицинских организациях.</p>	<p>Федеральные медицинские организации.</p> <p>Региональные медицинские организации.</p> <p>Муниципальные медицинские организации.</p> <p>Организации, осуществляющие подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников.</p> <p>Научно-исследовательские организации.</p> <p>Общественные организации.</p> <p>Предприятия.</p> <p>Население.</p>

Продолжение таблицы 3.1

<p>Региональные органы управления</p>	<p>Обеспечение конкурентоспособности медицинских организаций на уровне региона. Формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг.</p>	<p>Создание и поддержка региональных медицинских организаций. Правовая поддержка и защита прав собственности. Лицензирование и аккредитация медицинских организаций. Нормативно-правовая поддержка негосударственных медицинских организаций. Институциональное обеспечение обязательного и добровольного медицинского страхования. Обеспечение реализации антимонопольного законодательства. Нормативно-правовая поддержка негосударственных медицинских организаций. Развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.</p>	<p>Формированием сети межмуниципальных, межрайонных центров специализированной помощи. Организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Организация материально-технического обеспечения медицинских организаций Организация и поддержка информационной инфраструктуры медицинских организаций Организация системы сертификации, лицензирования и аккредитации Разработка программ социально-экономического развития региона Обеспечение благоприятной экологической среды проживания</p>	<p>Региональное финансирование и субсидирование медицинских организаций. Финансовое обеспечение проектов государственно-частного партнерства. Финансовое обеспечение медицинских услуг льготным категориям граждан. Обеспечение льготного кредитования медицинских организаций. Финансирование программ социально-экономического развития региона. Содействие в доступе инвесторов к долгосрочным заемным источникам финансирования. Экономическое обеспечение здорового образа жизни. Финансовое обеспечение благоприятной среды проживания.</p>	<p>Региональные медицинские организации Муниципальные медицинские организации Организации, осуществляющие подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников. Научно-исследовательские организации. Общественные организации. Предприятия. Население.</p>
<p>Муниципальные органы управления</p>	<p>Обеспечение муниципальной конкурентоспособности медицинских организаций. Формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг.</p>	<p>Создание и поддержка муниципальных медицинских организаций. Правовая поддержка и защита прав собственности. Правовая поддержка негосударственных медицинских организаций. Правовая поддержка негосударственных медицинских организаций. Обеспечение реализации антимонопольного законодательства.</p>	<p>Создание и внедрение системы менеджмента качества медицинских услуг в медицинских организациях. Внедрение медицинской электронной информационной системы. Развитие системы общественного контроля. Организационное обеспечение здорового образа жизни населения. Организационное обеспечение благоприятной экологической среды проживания.</p>	<p>Финансирование и субсидирование муниципальных медицинских организаций. Финансирование программ социально-экономического развития муниципального образования. Экономическое обеспечение здорового образа жизни населения. Финансовое обеспечение благоприятной среды проживания.</p>	<p>Муниципальные медицинские организации. Организации, осуществляющие подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников. Научно-исследовательские организации. Общественные организации. Предприятия. Население.</p>

На уровне медицинской организации они обеспечивают взаимодействие между лечебно-диагностическим, профилактическим, реабилитационным отделениями и другими структурными подразделениями.

Одним из важнейших элементов механизма обеспечения конкурентоспособности является организационная структура управления медицинской организацией.

Информационные методы. Речь идет о формировании единого информационно-аналитического пространства, в котором будут коммуницировать органы государственной власти и управления, медицинские организации, страховые компании, пациенты и другие заинтересованные лица.

Оперативное доведение до медицинских организаций и пациентов правовой информации, организация повышения квалификации медицинского персонала и руководящих работников, предоставление прогнозной информации о конъюнктурных колебаниях рынка, спросе и предложения на рынке медицинских услуг и т. д.

Отдельно можно отметить социально-психологические методы. В их основе лежат морально-этические нормы общества: взаимопонимание, взаимоуважение, сотрудничество, сочувствие, сострадание, применяемые в государственных и негосударственных медицинских организациях. Они проявляются в удовлетворении запросов пациентов, обеспечении качества медицинских услуг и т. д.

Инструменты, применяемые для обеспечения конкурентоспособности медицинской организации, включают административные регламенты оказания медицинских услуг; систему государственных стандартов в сфере здравоохранения; Программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; лицензирование медицинской деятельности; подготовку медицинских работников и организацию квалификационных экзаменов для них; сертификацию медицинских услуг и т.д.

В качестве рычагов и стимулов для обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций могут использоваться налоговые льготы, льготное кредитование, нормы амортизационных отчислений, штрафы и пени, участие в государственных программах другие.

Таким образом, используя модель организационно-экономического механизма, включающую в себя методы, инструменты и механизмы воздействия на процессы обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, представляется возможным определить стратегические направления обеспечения устойчивых конкурентных позиций медицинской организации, исходя из реальных возможностей организации, состояния внешней среды, сложившихся отношений с конкурентами и т. д.

3.2 Стратегические направления обеспечения конкурентоспособности медицинской организации

Формирование стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинской организации является одной из главных и сложных задач процесса стратегического управления.

Реализация стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинской организации возможна в форме стратегии.

По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) наиболее широкой документированной программой развития здравоохранения является Стратегия, реализованная в Соединенном Королевстве в 1998 г., а наиболее продолжительной – норвежская стратегия, осуществляемая с 1995 г. [155].

Представление о широте и диапазоне возможных стратегических решений дает стратегия обеспечения качества Medicare, которая действует в Соединенных Штатах с 1990 г.

Стратегия «Рамки действий», разработанная в 2010 г. медицинским институтом в Вашингтоне, не предлагает плана действий, а представляет собой набор целей, принципов и правил для американской системы здравоохранения [156].

В Российской Федерации наиболее масштабным проектом в сфере здравоохранения является Национальный проект «Здоровье». В его реализации в 2018 г. принимает участие 85 регионов страны. Федеральный проект направлен на повышение качества и доступности медицинских услуг, конкурентоспособности медицинских организаций и т. д.

Среди региональных стратегических программ можно отметить стратегию «Будьте здоровы!», реализуемую в Краснодарском крае. Данный проект признан лучшим и рекомендован Министерством здравоохранения РФ для внедрения в других субъектах страны.

На основании проведенного анализа можно с уверенностью утверждать, что главное требование к стратегии – это эффективность, которая зависит от множества взаимодополняющих факторов (уникальность, ситуационность, адекватность и т. д.).

При определении стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций был использован SWOT – анализ. Общая схема определения направлений стратегического развития медицинской организации состоит в согласовании сильных и слабых сторон организации с возможностями и угрозам, заключенными в ее окружении.

Концепция структурного анализа для разработки стратегии и методика анализа конкурентов, изложенные в трудах М. Портера [44], позволили автору конкретизировать позиции организаций на рынке медицинских услуг, уточнить, что

именно представляют собой сильные и слабые стороны, их специфические компетенции, раскрыть возможности и угрозы организаций, определить направления обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

SWOT – анализ был проведен на основе результатов структурированного интервью у руководящих работников органов управления здравоохранением, медицинских организаций, сотрудников научных организаций Краснодарского края.

Респондентам было предложено ранжировать факторы конкурентоспособности медицинских организаций на благоприятные и неблагоприятные факторы внешней среды; факторы, являющиеся слабыми (отрицательными) и наоборот – сильными (положительными) в работе медицинских организаций и определить направления обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

SWOT – анализ конкурентоспособности медицинских организаций Краснодарского края представлен в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – SWOT – анализ конкурентоспособности медицинских организаций Краснодарского края (составлено автором по материалам исследования)

<p style="text-align: center;">Сильные стороны</p> <p>Высокая квалификация врачей и персонала. Участие организации в Территориальной программе обязательного медицинского страхования. Широкая номенклатура медицинских услуг. Информатизация медицинских организаций.</p>	<p style="text-align: center;">Слабые стороны</p> <p>Низкая укомплектованность штатных единиц участковых врачей. Дефицит узких специалистов. Низкий уровень мотивации медицинских работников. Низкое качество медицинских услуг. Нехватка современной диагностической техники и оборудования. Нерациональная структура управления организацией. Высокая стоимость медицинских услуг в негосударственных организациях здравоохранения.</p>
<p style="text-align: center;">Возможности</p> <p>Диверсификация медицинских услуг. Развитие системы добровольного медицинского страхования. Закупка нового современного медицинского оборудования Внедрение медицинской электронной информационной системы. Развитие стационарозамещающих технологий и новых видов платных медицинских услуг.</p>	<p style="text-align: center;">Угрозы</p> <p>Снижение численности врачей общей практики в общей численности врачебных кадров. Слабое кадровое обеспечение и невысокая квалификация врачей. Рост цен на лекарственные препараты и медицинские изделия для населения. Снижение платежеспособности населения. Сокращение ресурсной базы в муниципальных медицинских организациях. Уменьшение финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Создание новых «административных барьеров».</p>

В качестве благоприятных факторов внешней среды респондентами были отмечены: развитие стационарозамещающих технологий и новых видов платных медицинских услуг, диверсификация медицинских услуг, внедрение медицинской электронной информационной системы.

Среди неблагоприятных факторов, которые влияют на уровень конкурентоспособности медицинских организаций, респондентами были выделены: недостаточное бюджетное финансирование государственных и муниципальных медицинских организаций, нехватка врачей общей практики; снижение платежеспособности населения, рост цен на лекарственные препараты и медицинские изделия для населения и т.д.

Среди благоприятных факторов, имеющихся внутри медицинских организаций, респонденты отметили: высокую квалификацию врачей и персонала, участие организаций в Территориальной программе обязательного медицинского страхования, широкий перечень платных медицинских услуг.

Как неблагоприятные факторы - респондентами были выделены: не достаточный уровень мотивации медицинских работников, низкое качество медицинских услуг, нерациональная структура управления организацией, нехватка современной диагностической техники.

На основе проведенного анализа по определению сильных и слабых сторон, возможностей и угроз можно сформировать SWOT-матрицу, отражающую связи между этими блоками (рисунок 3.3). Исходя из результатов проведенного анализа, представленного в таблице 3.2 и рисунке 3.3, можно сделать вывод, что в сложившихся экономических условиях, в соответствии со стратегическими целями, приоритетными направлениями обеспечения конкурентоспособности являются:

- внедрение системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников;
- повышение качества медицинских услуг;
- совершенствование материально-технической базы медицинских организаций.

Сильные стороны (S)		Слабые стороны (W)	
<p>Высокая квалификация врачей и персонала. Участие организации в Территориальной программе обязательного медицинского страхования. Широкая номенклатура медицинских услуг. Информатизация медицинских организаций.</p>		<p>Низкая укомплектованность штатных единиц участковых врачей. Дефицит узких специалистов. Низкий уровень мотивации медицинских работников. Низкое качество медицинских услуг. Нехватка современной диагностической техники и оборудования. Нерациональная структура управления организацией. Высокая стоимость медицинских услуг в негосударственных организациях здравоохранения.</p>	
Возможности (O)		SO - стратегия	WO - стратегия
<p>Диверсификация медицинских услуг. Развитие системы добровольного медицинского страхования. Закупка нового современного медицинского оборудования Внедрение медицинской электронной информационной системы. Развитие стационарозамещающих технологий и новых видов платных медицинских услуг.</p>		<p>Расширение номенклатуры медицинских услуг. Оказание дополнительных медицинских услуг пациентам, участвующим в программах добровольного медицинского страхования. Развитие материально-технической базы медицинских организаций. Развитие инновационных методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов. Пропаганда здорового образа жизни.</p>	<p>Привлечение на работу врачей и медицинского персонала из других регионов. Внедрение системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Применение новейших технологических систем и оборудования в области профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов. Реорганизация существующей организационной структуры. Проведение рекламных кампаний (акции, скидки на медицинские услуги, внедрение бонусных программ для пациентов организаций).</p>
Угрозы (T)		ST-стратегия	WT- стратегия
<p>Снижение численности врачей общей практики в общей численности врачебных кадров. Слабое кадровое обеспечение и невысокая квалификация врачей. Рост цен на лекарственные препараты и медицинские изделия для населения. Снижение платежеспособности населения. Сокращение ресурсной базы в муниципальных медицинских организациях. Уменьшение финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Создание новых «административных барьеров».</p>		<p>Повышение конкурентоспособности организаций за счет повышения их качества и доступности медицинских услуг. Проведение рекламных кампаний (акции, скидки на медицинские услуги, внедрение бонусных программ для пациентов организаций). Повышение квалификации медицинских работников. Создание системы менеджмента качества, соответствующей требованиям международных стандартов ИСО 9000.</p>	<p>Создание системы менеджмента качества, соответствующей требованиям международных стандартов ИСО 9000. Развитие дополнительного медицинского страхования при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских услуг. Повышение профессиональных компетенций врачей и среднего медицинского персонала.</p>

Рисунок 3.3 – Матрица SWOT- анализа конкурентоспособности медицинских организаций Краснодарского края (составлено автором по материалам исследования)

Все эти направления могут быть включены в стратегию обеспечения качества медицинских услуг.

В докладе Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечено, что: «...стратегия улучшения качества является одной из самых популярных в Европе» [155 С. 18].

Программы повышения качества медицинских услуг реализуется в медицинских организациях: Райнер де Грааф Делфта и Маастрихта (Голландия), Хёугесу-

нна, Кристиансанна, Тромсё и Тронхейма (Норвегия), Дандерид и Худдинге (Стокгольм, Швеция), в Королевском госпитале Лейстера, Соединенное Королевство, в Мюнхене (Германия), в больницах Падуи и Реджио-Эмилии (Италия). На протяжении десяти лет продолжается мониторинг шести стратегий обеспечения качества, осуществляемых в стационарах Норвегии [155].

Аналогичную стратегию осуществляют ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», ГУАЗ «Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко», ГУЗ «Психиатрическая больница № 10 Департамента здравоохранения г. Москвы» и другие медицинские организации.

Анализ программ повышения качества, реализуемых в негосударственных медицинских организациях ООО «Медицинский центр «Здоровье», ООО «Три-3», ММЦ «УРО-ПРО» на местном уровне, свидетельствует о том, что подходы «непрерывного улучшения качества» эффективны и способствуют повышению конкурентоспособности медицинских организаций.

Поэтому стратегия обеспечения качества медицинских услуг является наиболее приемлемым вариантом стратегического развития медицинской организации, позволяющим достичь стратегических целей организации во всем их разнообразии. Другими словами, это возможное стратегическое направления движения организации для обеспечения конкурентного преимущества.

Стратегия обеспечения качества медицинских услуг характеризуется следующими моментами:

– обеспечение качества медицинских услуг – это комплекс мероприятий по обеспечению гарантированного уровня качества медицинских услуг, в котором задействованы все сотрудники медицинской организации;

– для обеспечения качества медицинских услуг необходимо взаимодействие организационной структуры, процессов, процедур и ресурсов медицинской организации;

– обеспечение качества медицинских услуг актуально не только в рамках лечебно-диагностического процесса, но и в процессе разработки и внедрения новых методик профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов и т. д.;

– качество медицинских услуг должно быть ориентировано на удовлетворение требований пациентов, а не медицинской организации;

– повышение качества медицинских услуг требует применения инновационных методов и методик профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов, использования современного медицинского оборудования, создания комфортных условий получения медицинских услуг, в т. ч. для граждан с ограниченными возможностями здоровья; информационных систем, обеспечивающих персонализированный учет пациентов; системы внутреннего контроля качества медицинских услуг и т. д.;

– качество медицинских услуг достигается только за счет участия всех сотрудников медицинской организации.

Реализация данной стратегии возможна только тогда, когда в медицинской организации существует система управления качеством, разработанная на основе стандартов ИСО серии 9000, которая направлена на удовлетворение требований пациентов, принимается всем персоналом медицинской организации и затрагивает интересы всех заинтересованных сторон - групп «стейкхолдеров» (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Анализ интересов основных групп «стейкхолдеров» при реализации стратегии (составлено автором по материалам исследования)

Группа стейкхолдеров	Интерес стейкхолдера	Участие в реализации стратегии
1	2	3
Государственные (муниципальные) медицинские организации	Удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах, покупка медикаментов и оборудования. Завоевание лидирующих позиций на рынке медицинских услуг.	Максимальное вовлечение с целью реализации стратегии.
Негосударственные (частные) медицинские организации, в т. ч. с участием иностранного капитала	Удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах, покупка медикаментов и оборудования. Завоевание лидирующих позиций на рынке медицинских услуг. Получение прибыли.	Максимальное вовлечение с целью реализации стратегии.
Государственные (муниципальные) предприятия медицинской промышленности	Производство и реализация медицинского оборудования, лекарственных препаратов Завоевание лидирующих позиций на рынке медицинских услуг. Получение прибыли.	Сотрудничество. Обеспечение ресурсами по разумным ценам и в оптимально короткие сроки.
Негосударственные (частные) предприятия медицинской промышленности, в т. ч. с участием иностранного капитала	Производство и реализация медицинского оборудования, товаров и лекарственных препаратов. Завоевание лидирующих позиций на рынке медицинских услуг. Получение прибыли.	Максимальное вовлечение с целью реализации стратегии.
Врачи, средний и младший медицинский персонал	Оказание медицинских услуг. Повышение квалификации и профессиональных компетенций. Участие в деятельности организации в части повышения конкурентоспособности.	Максимальное вовлечение с целью реализации стратегии.
Пациенты медицинских организаций	Удовлетворение потребностей в медицинских услугах с учетом их специфических особенностей	Сотрудничество или взаимодействие между пациентом и врачом.
Инвесторы	Изучение особенностей функционирования рынка медицинских услуг с целью открытия новых медицинских организаций и завоевания конкурентных позиций на рынке.	Максимальное вовлечение с целью реализации стратегии
Страховые компании	Предоставление услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, оплата услуг медицинских организаций, контроль за качеством оказываемых услуг.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса.
Предприятия-страхователи	Удовлетворение потребностей работников в медицинских услугах. Оплата взносов в ТФОМС по обязательному медицинскому страхованию за своих сотрудников.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса

Продолжение таблицы 3.3

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования	Аккумуляирование средств ОМС и их распределение между страховыми компаниями и медицинскими организациями. Контроль за качеством и доступностью медицинских услуг в медицинских организациях.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса
Фонды добровольного медицинского страхования	Аккумуляирование средств ДМС, оплата счетов застрахованных. Завоевание лидирующих позиций на рынке медицинских услуг. Контроль за качеством и доступностью медицинских услуг в медицинских организациях.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса
Органы государственной власти управления в сфере здравоохранением различных уровней.	Регулирование рынка медицинских услуг. Контроль за качеством медицинских услуг и лекарственных препаратов. Создание условий для развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг.	Сотрудничество. Получение максимальной финансовой, правовой и др. видов поддержки.
Правоохранительные органы, прокуратура	Контроль за законностью деятельности всех участников рынка медицинских услуг в рамках своих полномочий.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса
Комитет по защите прав потребителей.	Защита интересов потребителей медицинских услуг и лекарственных препаратов. Регулирование рынка медицинских услуг.	Сотрудничество. При необоснованных претензиях - защита или достижение компромисса
Профессиональные медицинские ассоциации	Разработка единой политики здравоохранения, влияние на государственные структуры, регулирование деятельности своих членов, контроль за качеством услуг и товаров, повышение квалификации медицинских работников.	Сотрудничество. Поиск поддержки
Комиссии по лицензированию и аккредитации	Лицензирование и аккредитация медицинских организаций и предприятий. Контроль за качеством и доступностью медицинских услуг. Регулирование рынка медицинских услуг.	Сотрудничество. Получение максимальной правовой и др. видов поддержки.
Научно-исследовательские институты в сфере здравоохранения	Разработка и внедрение новых методов и технологий диагностики и лечения заболеваний, медицинского оборудования и лекарственных препаратов, повышение квалификации медицинских работников.	Сотрудничество. Реализация совместных проектов НИОКР и подготовка (переподготовка) медицинских кадров. Совместная реализация проекта наставничества.
Высшие и средние профессиональные учебные заведения	Подготовка и повышение квалификации кадров для медицинских организаций.	Сотрудничество. Реализация совместных проектов НИОКР и подготовка (переподготовка) медицинских кадров. Совместная реализация проекта наставничества

Помимо выделенных групп можно предположить, что определенный интерес при реализации Стратегии имеют и другие группы стейкхолдеров: предприятия и организации различных форм собственности, использующие трудовые ресурсы; министерства и ведомства, косвенно регулирующие деятельность активных участников рынка медицинских услуг; международные фонды и организации и т.д.

В таблице 3.4 представлен паспорт стратегии обеспечения качества медицинских услуг.

Таблица 3.4– Стратегия обеспечения качества медицинских услуг (составлено автором)

1. Основание для разработки	<p>Основополагающие документы, определяющие порядок реализации стратегии:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; ✓ Приказ МЗ РФ № 905 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи»; ✓ Постановлением Правительства РФ № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»; ✓ Стратегия развития здравоохранения в РФ до 2030 г. ✓ Стандарты серии ИСО 9000 и т. д.
2. Проблемы, решаемые в стратегии	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Обеспечение конкурентоспособности медицинской организации. ✓ Удовлетворение потребностей населения за счет повышения качества медицинских услуг
3. Цель стратегии	Обеспечение конкурентоспособности медицинской организации на основе инструментов повышения качества медицинских услуг.
4. Задачи стратегии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработать систему управления качеством медицинских услуг, основанную на положениях стандартов серии ИСО 9000 2. Сформировать схему взаимодействия процессов системы менеджмента качества в медицинской организации.
5. Этапы реализации стратегии	<p>I этап – Разработка системы управления качеством медицинских услуг;</p> <p>II этап – Проведение самоконтроля качества медицинских услуг в медицинской организации.</p> <p>III этап - Внедрение системы процессного управления в деятельность медицинской организации.</p>
6. Источники финансирования	Финансирование осуществляется за счет собственных средств или из внебюджетного фонда медицинских организаций.
7. Ожидаемые результаты	Обеспечение конкурентоспособности медицинской организации за счет достижения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг

Для реализации данной стратегии разработана «Программа повышения качества медицинских услуг». Она предполагает создание системы менеджмента качеством, соответствующей требованиям международных стандартов ИСО 9001:2015.

Внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации предлагается проводить в два этапа. На первом этапе предлагается ввести двухуровневую систему дифференцированной оплаты труда персонала для осуществления контроля качества медицинских услуг.

На первом уровне (в подразделениях) подводятся итоги деятельности персонала по утвержденным оценочным критериям за предшествующий месяц с оформлением протокола.

На втором уровне необходимо сформировать Совет по качеству медицинской организации, который будет анализировать результаты деятельности структурных подразделений и на их основе каждому сотруднику дифференцированно устанавливать стимулирующие выплаты. Размер стимулирующих выплат будет зависеть от количества набранных сотрудником баллов в соответствии с заданными критериями.

Приоритетной задачей руководства медицинской организации на данном этапе является создание условий для работы медицинского персонала по принципу «Сотрудничество в команде».

По итогам первого этапа будут выявлены «Зоны неэффективности», определены причины их возникновения, создан механизм коллективной ответственности («сотрудничество в команде») и сформирована зависимость конечного результата труда и размера стимулирующей выплаты.

На втором этапе с целью реализации принципа гарантированного качества медицинских услуг предлагается внедрить в деятельность медицинской организации систему менеджмента качества в соответствии с международным стандартом ИСО 9000.

При создании системы менеджмента качества предлагается использовать следующие стандарты: ГОСТ Р ИСО 9000-2001 «Системы менеджмента качества.

Основные положения и словарь», ГОСТ Р ИСО 9001-2001 «Системы менеджмента качества. Требования», ГОСТ Р ИСО 9004-2001 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности», IWA 1:2001 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в организациях здравоохранения», разработанный на основе стандарта ИСО 9004:2000.

Основными принципами системы менеджмента качества, в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001:2015, являются процессный подход при формировании и оказании медицинских услуг; системный подход к управлению медицинской организацией; лидерство; ориентация на потребителя; вовлечение людей; непрерывное улучшение. На рисунке 3.4 представлена схема взаимодействия процессов менеджмента качества в медицинской организации.



Рисунок 3.4 – Схема взаимодействия процессов системы менеджмента качества в медицинской организации (составлено автором)

В рамках реализации процессного подхода выделены основные и вспомогательные процессы управления. По каждому процессу должны быть определены показатели результативности и порядок проведения их ежемесячного мониторинга.

«Владельцем» процесса «Развертывание целей в области качества» является руководитель организации. Владельцами остальных процессов могут быть заместители руководителя.

В соответствии с требованиями стандартов медицинской организации необходимо разработать следующие документы: «Руководство по качеству», «Управление документацией», «Управление записями о качестве», «Управление несоответствиями», «Корректирующие и предупреждающие действия», «Анализ со стороны руководства». Они устанавливают единый порядок оформления и описания технологических процессов, регистрации записей по качеству, ответственность и полномочия должностных лиц, движение информационных потоков для медицинской организации.

Кроме того, необходимо разработать алгоритмы оказания отдельных медицинских услуг и маршруты пациентов, которые улучшат взаимодействие персонала различных подразделений в процессе оказания медицинских услуг.

Проведение самооценки качества медицинских услуг является одним из обязательных требований стандарта. Основной целью самооценки качества медицинских услуг является выявление «Зон для улучшения».

В случае выявления несоответствий при проведении самооценки качества устанавливаются причины их возникновения, определяется возможность проведения корректирующих и предупреждающих действий.

Владельцем процесса «Самооценка качества» является заместитель руководителя по медицинской работе – главный врач.

Самооценка качества проводится сотрудниками медицинской организации в соответствии с утвержденным графиком. Результаты проверки служат основанием

для оценки эффективности системы качества, ее соответствия политике и заявленным целям, а планируемые мероприятия направлены на обеспечение гарантированного качества медицинских услуг (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Преимущества самооценки перед системой внешнего контроля качества медицинских услуг (составлено автором)

Показатели	Самооценка качества	Внешний контроль качества
Выявление несоответствий	+	+
Выявление свидетельств соответствия деятельности стандартам и инструкциям	+	-
Предупреждение несоответствий	+	-
Выявление зон улучшения деятельности	+	-
Наказание (штрафные санкции)	-	+
Разработка плана корректирующих (предупреждающих действий) /коррекция (исправление несоответствий)	+/+	-/+
Заинтересованность персонала в выявлении несоответствий	+	-

Основой для обеспечения гарантированного качества медицинских услуг является система эффективной обратной связи с пациентами и сотрудниками организации.

Мониторинг степени удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг проводится путем их анкетирования в организации или на ее сайте, или на заседаниях Совета по качеству медицинской организации, на котором пациенты и сотрудники имеют возможность открыто высказывать свое мнение по данной теме. Кроме того, рекомендуется проводить анализ жалоб и обращений пациентов.

Внутренними потребителями системы менеджмента качества являются сотрудники медицинской организации. Для повышения уровня удовлетворенности сотрудников предлагается внедрить эффективную систему оплаты труда, программы социальной поддержки и вовлечения персонала в процесс управления медицинской организацией.

Результаты самооценки, анализа удовлетворенности пациентов и сотрудников могут использоваться для анализа функционирования системы менеджмента качества в медицинской организации.

Таким образом, внедрение международных стандартов серии ИСО, принципов тотального менеджмента качества в систему управления медицинской организации является важным инструментом в реализации стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

3.3 Ресурсное обеспечение реализации стратегических направлений конкурентоспособности медицинских организаций

Реализация стратегических направлений обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, а именно стратегии обеспечения качества медицинских услуг, невозможна без соответствующего кадрового материально-технического, организационного, финансового и информационного обеспечений.

Кадровое обеспечение.

Конкурентоспособность медицинских организаций в значительной степени зависит от уровня профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала и обеспеченности организации медицинскими кадрами.

Растущий дефицит медицинских кадров, в частности, участковых врачей, узких специалистов оказывают негативное влияние на конкурентоспособность медицинских организаций. Причинами этого являются: несоответствие заработной платы затрачиваемому труду, социальная незащищенность медицинских работни-

ков, снижение престижа профессии, повышение требований к качеству медицинских услуг на фоне увеличения объема работ и нагрузки, нежелание молодежи обучаться медицинским профессиям с высоким уровнем риска.

Реализация данного обеспечивающего мероприятия должна охватить следующие направления.

Первое направление – обеспечение кадрами медицинских организаций. Оно включает в себя осуществление целевой подготовки медицинского персонала; внедрение системы непрерывного медицинского образования (ординатура, переподготовка, повышение квалификации) с применением информационных и телекоммуникационных технологий; организация стажировок врачей в ведущих зарубежных клиниках.

В целях повышения престижа медицинской профессии предлагается проводить конкурсы профессионального мастерства «Формула жизни».

Второе – внедрение системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Эта система позволит повысить качество медицинских услуг за счет повышения эффективности деятельности медицинских работников.

При внедрении системы дифференцированной оплаты труда необходимо придерживаться следующих принципов:

– система оплаты труда должна совпадать с приоритетными целями организации – обеспечением конкурентоспособности медицинской организации за счет повышения качества медицинских услуг;

– фонд поощрения в медицинской организации должен формироваться за счет внебюджетных источников финансирования (средства от оказания платных медицинских услуг, депозитные средства, безвозмездные поступления от физических и юридических лиц и т. д., средства от иной деятельности);

– уровень оплаты труда медицинских работников должен зависеть от вида медицинских услуг, качества их оказания, способа их оплаты и ориентировать медицинских работников на достижение установленных количественных и качественных показателей;

– система дифференцированной оплаты труда должна предусматривать не только поощрение за качественно оказанные услуги, но и систему наказания за дефекты в работе, то есть она рассчитана на двустороннюю экономическую мотивацию медицинских работников;

– для повышения уровня индивидуальной ответственности и заинтересованности медицинских работников должна быть предусмотрена система персонального учета трудового вклада каждого отдельного работника.

Основными задачами введения системы дифференцированной оплаты труда на уровне медицинской организации являются повышение:

– конкурентоспособности медицинской организации за счет оказания востребованного объема медицинских услуг максимально высокого качества;

– уровня удовлетворенности пациентов медицинской организации;

– уровня социальной защищенности медицинских работников, создание благоприятного психологического климата в коллективе;

– эффективности социальной, медицинской и финансово-экономической деятельности медицинской организации.

И наконец, третье направление – разработка программы социальной поддержки медицинских работников. Это решение проблем с жильем (компенсация части стоимости жилья, льготное ипотечное кредитование, субсидии на строительство, создание условий для выкупа жилья по приемлемым расценкам, обеспечение служебным жильем) и внеочередное предоставление мест в детских садах для детей медицинских работников. Данная мера позволит привлечь на работу молодых специалистов, которые вынуждены находиться в отпуске по уходу за ребенком.

Все вышерассмотренные направления потребуют дополнительного финансирования, но экономический эффект от их реализации позволит медицинской организации занять высокие конкурентные позиции на рынке медицинских услуг.

Материально-техническое обеспечение.

Низкая оснащенность медицинским оборудованием и значительный его износ вызывают проблемы при аккредитации и лицензировании и отражаются на качестве медицинских услуг (причинение вреда здоровью пациентов, нарушение санитарно-эпидемиологического режима и т. д.).

Реализация данного обеспечивающего мероприятия должна охватить следующие направления.

1. Разработка программ и соответствующих законодательных актов по ежегодному обновлению парка медицинского оборудования в государственных и муниципальных медицинских организациях.

Поскольку данные организации не имеют возможности своевременно обновлять оборудование, необходимое им для выполнения функциональных обязанностей, сроки эксплуатации ранее закупленного оборудования стали увеличиваться и при нормативных сроках эксплуатации от 5 до 10 лет, они достигли 15–20 лет.

2. Совершенствование системы государственных закупок медицинского оборудования и изделий. Модернизация устаревшего медицинского оборудования существенно затрудняется сложившейся к настоящему времени системой государственного заказа (ФЗ - 44 в редакции от 31.12.2017), а именно его продолжительностью (срок проведения внешних формальных процедур может составлять 2–3 месяца) и трудоемкостью (объемом заявочной документации – до нескольких сотен страниц). Кроме того, решения по закупке медицинского оборудования принимаются конкурсными комиссиями, зачастую не знакомыми с работой медицинской организации.

Процесс закупки нового медицинского оборудования должен сопровождаться включением в заявочные спецификации расходов на проектно-сметные и строительно-монтажные работы по подготовке помещений к монтажу оборудования, т. к. отсутствие такого финансирования может явиться причиной длительных задержек его ввода в эксплуатацию. Вместе с тем необходимо предусмотреть ежегодные затраты на техническое обслуживание оборудования на протяжении всего срока эксплуатации. Техническое обслуживание является обязательным условием

безопасной эксплуатации медицинской техники и ее эффективного применения по назначению.

3. Законодательная регламентация доли бюджетного финансирования, выделяемого организациям при закупках медицинского оборудования и изделий российского производства (из-за их более низких ценовых характеристик) с сохранением всех возможностей для приобретения импортного оборудования. Это мера будет стимулом к развитию отечественной медицинской промышленности.

4. Решение проблемы воспроизводства основных фондов медицинских организаций настоятельно требует, по нашему мнению, включения в перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинских услуг, оказываемых по Программе ОМС, статьи «Затраты на амортизацию основных фондов». Данное предложение обусловлено тем, что негосударственные медицинские организации чаще всего рассматривают работу в системе ОМС как неэффективное направление своей деятельности (поскольку за счет средств ОМС не возмещаются затраты по амортизации основных фондов и т. д.).

5. Введение в России международных стандартов качества медицинского оборудования. Эта работа должна осуществляться силами технических комитетов, специалистами Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии и Министерства здравоохранения РФ и экспертами в данной области.

Формирование системы лекарственного обеспечения пациентов включает в себя следующие направления:

1. Защита пациентов от фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных препаратов. Это возможно за счет использования автоматизированной системы мониторинга движения маркированных лекарственных препаратов от производителя до потребителя.

2. Формирование механизма ценообразования на лекарственные препараты. Реализация данного обеспечивающего мероприятия предполагает отказ от применения «затратного» метода к регистрации цен, «чистку» реестра зарегистрирован-

ных предельных отпускных цен производителей, установления предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов к модели финансирования лекарственного обеспечения на основе механизма референтных цен. Предлагаемый механизм устанавливает максимальную величину возмещения цены на лекарственные препараты за счет государства и способствует развитию справедливой конкуренции на рынке медицинских услуг.

3. Организация дистанционной торговли безрецептурными лекарственными препаратами. Для этого необходимо разработать комплекс подзаконных нормативно-правовых актов, закрепляющий порядок доставки покупателям лекарственных препаратов.

Организационное обеспечение.

Реализация данного мероприятия включает в себя мероприятия по формированию унифицированной организационной структуры управления медицинской организацией, которая должна соответствовать стратегическим преобразованиям, осуществляемым в организации.

Организационная структура управления – это совокупность методов и средств, регламентирующих взаимодействие сотрудников медицинской организации между собой в информационной и коммуникационной среде в процессе реализации Стратегии обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

На основе проведенных исследований автор разработал унифицированную организационную структуру управления медицинской организацией (рисунок 3.5).



Рисунок 3.5 – Унифицированная организационная структура управления медицинской организацией (составлено автором)

Принципиальным подходом к построению унифицированной организационной структуры управления является определение новых полномочий руководителя медицинской организации и создание отдела менеджмента качества.

В предложенной автором структуре руководитель медицинской организации (директор, управляющий) должен быть профессиональным управляющим, имеющим как высшее медицинское, так и экономическое образование. Он должен организовывать, и контролировать лечебную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность, следить за выполнением обязательств по коллективному договору, контролировать качество медицинских услуг; анализировать деятельность организаций-конкурентов, информацию о реальных и потенциальных пациентах, осуществлять стратегическое планирование деятельности организации и т.д.

Заместитель руководителя, он же главный врач медицинской организации, будет выполнять только функции, связанные с организацией лечебного и диагностического процессов, и являться руководителем среднего звена.

Такое видение полномочий главного врача будет способствовать более качественному оказанию медицинских услуг пациентам. Кроме того, у него появится возможность развивать новые направления деятельности организации, следить за внедрением новых методик профилактики, диагностики и лечения заболеваний, проведения информационно-образовательной работы с медицинским персоналом и т.д.

В функции заместителя руководителя – главного врача должна быть включена функция по составлению плана закупок, контроля за эффективным использованием лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также информационному обеспечению всей деятельности организации. На основании этого отдел информации и снабжения должен быть функционально связан с главным врачом и со службой финансово-экономического менеджера и иметь двойную подчиненность.

Сотрудники отдела учета персонала также подчиняются главному врачу, потому что большая часть сотрудников организации – это врачи и медицинские работники, и решение о заключении с ними трудового договора принимает главный врач.

В настоящее время ни одна организация не может эффективно функционировать без юридического отдела. Поэтому предлагаем ввести должность заместителя руководителя по нормативно-правовым вопросам и возложить на него функции по организации правовой поддержки на всех этапах оказания услуг: оформление и заключение договора на оказание услуг, оказание медицинских услуг и разрешение возникающих разногласий в процессе оказания медицинских услуг и т. д. Необходимо отметить, что участие юрисконсультов в общении с пациентами или их родственниками будет способствовать повышению качества медицинских услуг.

Введение в организационную структуру управления финансово-экономических менеджеров здравоохранения – специалистов, прошедших углубленную подготовку по вопросам экономики здравоохранения, –необходимое условие для обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

В нашем случае это должность заместителя руководителя – финансово-экономического менеджера. Он должен осуществлять функциональное взаимодействие с органами управления здравоохранением и территориальным фондом обязательного медицинского страхования, при этом размер стимулирующих надбавок к заработной плате финансово-экономического менеджера должен зависеть от результатов оценки территориальным ФОМС его работы на основании определенных показателей.

Отдел менеджмента качества – это новая структура в управлении организацией. В ее состав будут входить эксперты в области качества медицинских услуг, имеющие право на осуществление медицинской и экспертной деятельности. Они будут контролировать объемы, сроки, качество, условия предоставления медицинских услуг, проводить беседы о внедрении принципов Всеобщего управления качеством (TQM) в деятельность организации с врачами и медицинским персоналом, будут функционально связаны с главным врачом и юридическим отделом и должны иметь двойную подчиненность.

К решению задач на первом этапе могут быть привлечены врачи, средний и младший медицинский персонал, что не только повысит качество принимаемых решений, но и будет стимулирующим фактором для сотрудников организации. На втором этапе реализации стратегии будут задействованы руководители среднего звена с необходимым набором компетенций в определенных областях знаний: медицина, экономика и право.

Финансовое обеспечение.

Основными источниками финансирования медицинских организаций являются бюджетные средства, денежные средства населения, финансовые средства предприятий, общественных и благотворительных организаций. В современных

условиях внедрения обязательного и добровольного медицинского страхования, платных медицинских услуг объем и значение бюджетного финансирования снижается, а возрастает значение финансовых средств предприятий и населения. Однако снижение реальных доходов населения и ухудшение финансового состояния предприятий требует для обеспечения доступности медицинских услуг иных источников финансирования, в частности, использование собственных, заемных и привлеченных средств негосударственных медицинских организаций, т. е. частного финансирования. Реализация данного обеспечивающего мероприятия должна охватить следующие направления:

- развитие страховых принципов модели обязательного медицинского страхования. Предлагается система эффективного управления расходами на застрахованных, в том числе путем возложения на страховые компании части финансовых рисков по оплате медицинских услуг.

- создание системы налоговых льгот коммерческим организациям, участвующим в реализации инфраструктурных и инновационных проектов (проектирование, строительство, реконструкция медицинских организаций, научные исследования в приоритетных областях);

- вовлечение потенциальных инвесторов в программы государственного кредитования и создание упрощенной процедуры получения кредита для социального инвестирования;

- развитие государственных программ дополнительного медицинского страхования в сфере лекарственного обеспечения, оказания стоматологических услуг, первичной медико-санитарной помощи, основанной на модели врача общей практики;

- передача функций материально-технического обслуживания и отдельных элементов лечебно-диагностического процесса специализированным коммерческим организациям (диагностические исследования, организация питания больных, транспортные, бытовые и прочие услуги);

– создание системы разделения финансовых рисков между государством и страховыми компаниями, работающими с программами обязательного и добровольного медицинского страхования.

Информационное обеспечение.

Реализация стратегии обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций предполагает успешное внедрение и использование информационно-коммуникационных технологий и создание на их основе единого информационного пространства в сфере здравоохранения.

Использование информационно-коммуникационных технологий создает новые возможности для проведения анализа медицинской, статистической, финансово-экономической информации; определения степени удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах; получения информации по заболеваемости населения в регионе; повышения квалификации медицинского персонала; обеспечения информированности пациентов медицинских организаций и т. д.

Реализация данного обеспечивающего мероприятия включает в себя следующие направления:

– совершенствование единого информационного пространства, посредством которого будет реализовываться комплекс мероприятий, направленных на обеспечение конкурентоспособности медицинских организаций. Это можно реализовать за счет использования свободного программного обеспечения, облачных технологий, создания системы обеспечения информационной безопасности в сфере здравоохранения;

– совершенствование автоматизированной системы лекарственного обеспечения. Предназначена для решения задач в части повышения качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов при лекарственном обеспечении за счет формирования единого эталонного справочника лекарственных препаратов, проведения мониторинга исполнения заявок на поставку и заключенных государственных контрактов, автоматического резервирования доступных остатков товаров под конкретный рецепт и т. д.

– применение в медицинских организациях типовой схемы использования серверов и терминальных станций, включающих в себя серверную и клиентскую части. Она необходима для обеспечения бесперебойной работы персонала медицинских организаций с информационной системой;

– совершенствование информационно-технологической инфраструктуры медицинских организаций возможно за счет внедрения в организациях информационной системы «Интерин – PROMIS». Данная система представляет собой интегрированную информационную и коммуникационную среду, в которой реализуется не только информационная поддержка всех структур медицинской организации – от документооборота, финансового учета, ведения клинических записей о пациенте, интеграции с медицинским оборудованием и поддержки принятия решений до контроля качества медицинских услуг, но и осуществляется коммуникационное взаимодействие с пациентами и другими заинтересованными структурами.

Информационная система включает в себя следующие основные блоки информационного обеспечения:

Блок 1. Создание единой информационной среды организации – комплексного информационного ресурса, обеспечивающего полный спектр функциональных возможностей, направленных на обеспечение лечебно-диагностического процесса: модули и подсистемы «Электронная история болезни», «Товарно-материальный учет», «Кадры», «Статистика», «Касса», «Договорная деятельность», «Аптека», «Аналитика», «Экономика».

Блок 2. Взаимодействие информационной системы с другими имеющимися информационными системами и медицинским оборудованием для обмена информацией (текстовой формат, изображения), в т. ч. электронного документооборота.

Блок 3. Обеспечение образовательной деятельности – создание базы учебных пособий, справочников, стандартов и т. д. для непрерывного обучения и повышения квалификации сотрудников.

Блок 4. Проведение статистического и финансового учета, реализация аналитической и контролирующей функций в практической работе.

Блок 5. Контроль качества медицинских услуг. Формирование системы менеджмента качества в медицинской организации. Оценка качества медицинских услуг. Нормативно-правовая база обеспечения качества медицинских услуг.

Таким образом, использование информационной системы в процессе реализации стратегии обеспечения конкурентоспособности медицинской организации позволит:

- автоматизировать ведение электронных медицинских карт, что улучшает качество медицинской документации, а, следовательно, уровень информированности пациента;

- обеспечить оперативный доступ медицинских работников и пациентов к медицинской информации;

- осуществить полноценное ведение статистического, финансового учета и анализа услуг, оказанных организацией, отдельными подразделениями и конкретными исполнителями, что приведет к оптимизации процесса планирования и эффективному использованию ресурсов (составление графиков работы врачей, графиков использования помещений и оборудования, назначение пациентам времени приема у врача или прохождения процедуры и т. д.);

- генерировать отчетную и аналитическую документацию по всей базе имеющихся данных для принятия своевременных управленческих решений;

- эффективно коммуницировать с пациентами и другими заинтересованными лицами.

Все вышеизложенное положительно отразится на качестве медицинских услуг, увеличении пропускной способности диагностических служб и лечебных отделений, эффективности работы медицинской организации в целом. Кроме того, за счет реализации новых информационных технологий уровень конкурентоспособности медицинской организации значительно повысится. На наш взгляд, предлагаемый подход будет решать задачи в области обеспечения конкурентоспособности медицинской организации за счет повышения качества медицинских услуг.

Заключение

Проведенное исследование и полученные теоретические и практические результаты позволяют сделать следующие выводы.

Государство оказывает огромное влияние на развитие рынка медицинских услуг. Оно является учредителем и собственником 68 % медицинской инфраструктуры, поэтому конкуренция на рынке медицинских услуг носит олигополистический характер. С увеличением количества негосударственных медицинских организаций конкурентное давление на рынок начинает расти, обостряются рыночные формы борьбы за потребителя, усиливается влияние государства на развитие конкурентной среды.

На интенсификацию конкуренции воздействуют и такие факторы, как увеличение продолжительности жизни, ухудшение экологической ситуации, эпидемиологической обстановки в мире, качества продуктов питания, уровня и структуры заболеваемости и т. п., которые формируют устойчивый спрос на рынке медицинских услуг. И как результат – рост инвестиций в сферу здравоохранения, что приводит к увеличению рыночного предложения.

Специфические особенности медицинских услуг (ценность, социальная значимость, неосвязаемость, неотделимость от источника оказания услуги т.д.) делают актуальной потребность в разработке «новых подходов» к обеспечению конкурентоспособности медицинских организаций на формирующемся рынке медицинских услуг.

Оценка конкурентоспособности на основе групповых и единичных показателей конкурентоспособности медицинской организации таких, как соблюдение врачами «протоколов лечения»; полнота номенклатуры медицинских услуг; доброжелательность, вежливость и компетентность медицинского персонала; открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в т. ч. для граждан с ограниченными возможностями здоровья, соблюдение санитарных норм и эпидемиологических

требований и других позволяет дать оценку конкурентоспособности медицинской организации и определить направления, необходимые для обеспечения ее конкурентоспособности.

Для разработки современных подходов к обеспечению конкурентоспособности медицинских организаций важное значение имеет изучение и анализ структуры рынка медицинских услуг. Определение и характеристика основных участников рынка, установление позиций основных игроков на рынке медицинских услуг, обоснование их конкурентных позиций определяют приоритетные направления для разработки организационно-экономического механизма обеспечения конкурентоспособности медицинской организации.

Процессы реформирования сферы здравоохранения и реорганизации государственных бюджетных медицинских организаций оказывают значительное влияние на развитие конкуренции и конкурентной среды на рынке медицинских услуг. В условиях непростой экономической ситуации повышение конкурентоспособности медицинских организаций зависит от конкурентоспособности медицинских услуг, которые они оказывают. При этом на уровень конкурентоспособности влияют различные группы факторов, среди которых наиболее влиятельным оказывается качество медицинских услуг.

Организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинской организации подтверждается теоретическими и эмпирическими исследованиями. На их основе в модели организационно-экономического механизма были выделены цели, методы, ресурсы и инструменты обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

Для эффективного функционирования на рынке медицинских услуг медицинские организации должны иметь научно обоснованные стратегические направления обеспечения конкурентоспособности медицинской организации. Следуя этим стратегическим направлениям, организация обеспечит себе достойное положение на конкурентном рынке медицинских услуг.

Реализация стратегических направлений невозможна без соответствующего кадрового, материально-технического, организационного, финансового и информационного обеспечения.

Важным элементом ресурсного обеспечения является организационная структура управления. Особенностью разработанной структуры управления организации является трансформация роли главного врача организации и определение позиции профессионального управляющего, имеющего как высшее медицинское, так и экономическое образование в организационной структуре управления.

Практическая реализация полученных результатов исследования будет способствовать развитию конкурентной среды на рынке медицинских услуг, повышению качества медицинских услуг, обеспечению конкурентоспособности медицинской организации. В итоге будут решены задачи, направленные на сохранение и укрепление здоровья граждан РФ на основе повышения качества медицинских услуг; увеличение продолжительности жизни, снижение уровня смертности, а также устойчивого развития сферы здравоохранения в РФ.

Проведенное исследование закладывает определенные теоретические и методические основы для проведения новых исследований в области развития конкурентной среды на рынке медицинских услуг, повышения качества медицинских услуг, совершенствования системы управления медицинскими организациями, обеспечения конкурентоспособности медицинской организации, а также процессов государственного регулирования на рынке медицинских услуг.

Список литературы

1. Азоев, Г. Л. Конкуренция: анализ, стратегия и практика [Текст]: учеб. пособие / Г. Л. Азоев. – М.: Центр экономики и маркетинга, 2013. – 208 с.
2. Арабчиков, К. Н. Формирование конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения [Текст] / К.Н. Арабчиков // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 4. – (<http://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-konkurentosposobnosti-predpriyatiy-chastnoy-sistemy-zdravoohraneniya>).
3. Арабчиков, К.Н. Формирование конкурентоспособности предприятий частной системы здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / К. Н. Арабчиков. – М., 2011. – 26 с.
4. Аристов, О. В. Управление качеством [Текст]: учеб. / О. В. Аристов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: НИЦ Инфра-М, 2017. – 224 с.
5. Антонов, Г. Д. Управление конкурентоспособностью организаций и территорий [Текст]: учебное пособие / Г. Д. Антонов. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. – 320 с.
6. Анализ деятельности конкурентов [Текст]: учеб. пособие / Т. Н. Рыжикова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2015. – 267 с.
7. Баранов, И. Н. Конкуренция в сфере здравоохранения [Текст]. -Научные доклады, № 1 (R), 2010. – СПб.: ВШМ СПбГУ, 2010.
8. Белокрылова, О. С. Институционально-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности предпринимательства [Текст]: монография / О. С Белокрылова. – Ростов-на-Дону: Издательство ЮФУ, 2008. – 320 с.
9. Бизнес-планирование [Текст]: учеб. пособие / Под ред. проф. Т. Г. Попадюк, В. Я. Горфинкеля. – М.: Вузовский учебник: НИЦ Инфра-М, 2013. – 296 с.
10. Багданенко, С. Ф. Состояние и перспективы развития медицинского образования специалистов скорой медицинской помощи в Российской Федерации

[Текст]: / С. Ф. Багданенко, И. П. Миннуллин [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 3. – С. 16–19.

11. Баранова, И. П. Дистанционные образовательные технологии при повышении квалификации врачей [Текст]: / И. П. Баранова, О. Н. Лесина [и др.] // Здоровоохранение. – 2012. – № 11. – С. 64–67.

12. Барановский, Г. В. Риск – менеджмент системы здравоохранения [Текст] / Г. В. Барановский, В. Ф. Бадюков // Глобальный научный потенциал. – 2013. – № 9 (30). – С. 103–106.

13. Бедрин, И. В. Проблемы изменения организационно-экономического механизма здравоохранения в современных условиях [Текст] / И. В. Бедрин, А. Д. Макаров // Вестник Национальной академии туризма. – 2011. – № 1–17. – С. 65–67.

14. Герасимов, П. А. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг [Текст]: дис. ...канд. экон. наук: 08.00.14: защищена 17.09.2015: / Герасимов Павел Андреевич. – М., 2015. – 185 с.

15. Герасимов, П. А. К вопросу о конкурентоспособности отечественного рынка медицинских услуг в мировом масштабе. Россия и медицинский туризм [Текст] / П. А. Герасимов // Независимое отраслевое информационно-аналитическое издание для профессионалов здравоохранения. Журнал Ремедиум. – 2014.

16. Гехт, И. А. О мониторинге выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в регионах [Текст] / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 3. – С. 54–57.

17. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyu-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya> (дата обращения 07.01.2018).

18. Гонтмахер, Е. Российское население в период экономических трудностей: проблемы приспособляемости [Текст] / Е. Гонтмахер // Вопросы экономики. – 2014. – № 8. – С. 21–34.

19. Гроздова, Т. Ю. Оптимизация экспертизы качества стационар замещающей медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования [Текст] /Т. Ю. Гроздова, В. А. Дмитриев // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т.2, № 2. – С. 100–104.

20. Данилова, Н. В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения [Текст] / Н. В. Данилова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 3. – С. 20–24.

21. Додонова, В. Управление качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях системы обязательного медицинского страхования [Текст] / В. Додонова // Вопросы экономики и права. – 2011. – № 37. – С.62–66.

22. Данилюк, Н. В. Обеспечение конкурентоспособности организаций сферы услуг на основе методов управления качеством [Текст]: дисс. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Данилюк Н. В. – Санкт-Петербург, 2011. – 153 с.

23. Диканов, М. Ю., Скрынникова, И. А. Формирование и использование инструментария оценки конкурентоспособности организаций [Текст]: монография / М. Ю. Диканов, И. А. Скрынникова. – М.: РИОР: ИНФРА-М, 2012. – 163 с.

24. Доклад о лицензировании отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения по итогам 2016 года [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.roszdravnadzor.ru/about/plans/documents/38679> (дата обращения 17.02.2018).

25. Доклад Федеральной антимонопольной службы о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. ФАС России [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fas.gov.ru/press-center/news/detail.html?id=34359> (дата обращения 07.01.2018).

26. Доклад: «Состояние и развитие конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг Краснодарского края по итогам 2016 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://economy.krasnodar.ru/standart-razvit-konkurencii/files/23_doklad%202016.pdf (дата обращения 21.06.2018).

27. Денежно-кредитная политика и конкурентоспособность компании [Текст] : монография / К. В. Ордов. – М.: Магистр: ИНФРА-М, 2011. – 224 с.
28. Государственное управление экономическими и социальными процессами [Текст]: учебное пособие / Б. А. Райзберг. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 384 с.
29. Закон Краснодарского края от 20 декабря 2017 года № 3709-КЗ «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.kubanoms.ru/_files/normativnaya_baza/zsk_doc/3525-kz.pdf (дата обращения 23.05.2018).
30. Здравоохранение в России. 2017. Статистический сборник. [Текст] / Росстат. – 2017. – 170 с.
31. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития [Текст]: докл. к XVIII Апр. Междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – С. 54.
32. Зенина, Л. А. Экономика и управление в здравоохранении [Текст] / Л. А. Зенина, И. В. Шешунов, О. Б. Чертухина – М.: Academia, 2014. – 210 с.
33. Индексы потребительских цен (тарифов) на отдельные виды услуг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://krsdstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/krsdstat/resources (дата обращения 15.07.2018).
34. Инновации как средство обеспечения конкурентоспособности организации [Текст] / В. П. Медведев; Институт международных экономических связей. – М.: Магистр, 2009. – 159 с.
35. Иорданская, Н. А. и др. Маркетинг в здравоохранении [Текст]: учеб. пособие / Н.А. Иорданская. – Н. Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2008. – 64 с.

36. Информационное обеспечение системы менеджмента качества [Текст]: монография / А. В. Губарев. – М.: Гор. линия-Телеком, 2013. – 132 с.
37. Как ФОМС исполнил бюджет за 2016 год [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://inform-24.com/13178-ispolnenie-byudzheta-za-2016-god-foms.html> (дата обращения 23.05.2018).
38. Конкурентоспособность организации [Текст]: учеб. пособие / А. С. Головачев. – Минск: Выш. шк., 2012. – 319 с.
39. Конкурентоспособность предприятия (фирмы) [Текст]: учеб. пос. / В. М. Круглик.; Под общ. ред. В. М. Круглик. – М.: НИЦ ИНФРА-М; Мн.: Нов. знание, 2013. – 285 с.
40. Конкурентоспособность товаров и организаций. Практикум [Текст]: учеб. пособие / В. В. Квасникова, О. Н. Жучкевич. – Минск: Новое знание; М.: ИНФРА-М, 2013. – 184 с.
41. Конкуренция и конкурентоспособность [Текст]: учебное пособие / А. Г. Мокроносов, И. Н. Маврина. – Екатеринбург: Изд-во Урал ун-та, 2014. – 194 с.
42. Конкуренция на рынке платных услуг: что нужно знать о частных ЛПУ? [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.zdrav.ru/articles/76066-konkurenciya-na-rynke-platnyh-uslug-chto-nujno-znat-ochastnyhlpu?from = PW-Timer&ustp (дата обращения 23.05.2018).
43. Коробкова, О. К. Совершенствование конкуренции на рынке медицинских услуг [Текст] / О.К. Коробкова // Гуманизация образования. – 2015. – №3. – С. 100–106.
44. Криворотов. Конкурентоспособность предприятий и производственных систем [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по направлению подготовки «Экономика»/ В. В. Криворотов, А. В. Калина, С. Е. Ерыпалов. – М: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 351 с.
45. Конкурентная стратегия: Методика анализа отраслей и конкурентов [Текст] / Майкл Е. Портер; Пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 454 с.

46. Лазарев, С. Лицензирование медицинской деятельности по понятиям [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.privatmed.ru/article/34/52/1718/> (дата обращения 02.08.2018).
47. Лифиц, И. М. Конкурентоспособность товаров и услуг [Текст]: учеб. Пособие / И. М. Лифиц. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Высшее образование; Юрайт-Издат, 2009. – 460 с.
48. Линденбратен, А. Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении [Текст]: монография. / А. Л. Линденбратен. Под ред. академика РАМН О. П. Щепина. – М.: Медицина, 2005. – 41с.
49. Линденбратен, А. Л. Теоретические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи [Текст] / А. Л. Линденбратен // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 3. – С. 23–26.
50. Линденбратен, А. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи [Текст] / А. Л. Линденбратен, Н. Д. Дубинин, Г. Р. Фаррахова, Г. Р., Р. Х. Ягудин // ПМ. – 2015. – № 4–2 (89). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-vnedreniya-sistem-upravleniya-kachestvom-meditsinskoj-pomoschi-1> (дата обращения 16.01.2018).
51. Макконелл, К.Р. Экономикс: принципы, проблемы и политика [Текст] / К. Р. Макконелл, С. Л. Брю; пер. с англ. – М.: Республика, 1995.
52. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации [Текст]: монография / А. И. Романов, В. В. Кеворков, – 2-е изд. – М.: ИД Дело РАН-ХиГС, 2016. – 394 с.
53. Малышев, А. Рынок медтехники оказался наиболее перспективным для конверсии предприятий ОПК [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.ng.ru/economics/2017-12-25/100_medtechnic251217 (дата обращения 12.04.2018).

54. Минздрав ответил на обвинения ФАС [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rg.ru/2017/03/01/minzdrav-rossii-otvetil-na-obviniia-antimopropolnoj-sluzhby.html> (дата обращения 13.01.2018).

55. Моргунов, В. И. Конкурентоспособность менеджмента на основе современных форм и методов управления предприятиями [Текст]: монография / В. И. Моргунов, Г. В. Ларионов. – М.: Издательско-торговая корпорация «Маркетинг», 2014. – 160 с.

56. Распределение числа организаций по видам экономической деятельности [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://krsdstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/krsdstat/resources/1d8d338045470aa49c35fe1b0c854b35/2007 (дата обращения 28.03.2018).

57. О развитии конкурентной среды в системе здравоохранения России. [Текст] / И.С. Николаев, В. М. Багинова, К. Ж. Маланов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 1 (77) часть 2. – С. 212.

58. «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 14.05.2018).

59. Объем платных услуг населению [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://krsdstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/krsdstat/resources (дата обращения 02.04.2018).

60. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ [Текст] / В. А. Медик, А. М. Осипов. – М.: ИЦ РИОР: ИНФРА-М, 2012. – 358 с.

61. Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. [Текст] // В. В. Власов, П. А. Воробьев, Е. Ш. Гонтмахер, Ю. М. Комаров, Н. А. Кравченко, А. Л. Линденбрaten, А. В. Рагозин,

А. В. Саверский, Г. Э. Улумбекова // М.: Комитет гражданских инициатив – 2013. – 44 с.

62. Опыт Европейского Союза в области регулирования здравоохранения [Текст]: монография / А. В. Беляков. – М.: Юстицинформ, 2015. – 272 с.

63. Основы экономики здравоохранения [Текст] / под ред. Н. И. Вишнякова. – 2-изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 144 с.

64. Особенности обеспечения конкурентоспособности предприятий, оказывающих медицинские платные услуги. [Текст] / И.В. Оловянишникова. / Вектор науки ТГУ. – 2011. – № 3(17). – С. 211–213.

65. Оценка конкурентоспособности предприятий (организаций). Теория и методология [Текст]: учеб. пособие / В. В. Царев, А. А. Кантарович, В. В. Черныш. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 799 с.

66. Пармененков, К. Н. Управление процессом развития конкуренции и монополизации в условиях повышения конкурентоспособности России [Текст] / К. Н. Парменков. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 80 с.

67. Портер, Майкл, Э. Конкуренция. [Текст]: Пер. с англ. / Майкл Э. Портер. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.

68. Послание Президента РФ В. В. Путина Федеральному Собранию РФ от 3 декабря 2015 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 38.01.2018).

69. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 29.06.2018).

70. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 № 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного

медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 03.01.2018).

71. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 (ред. от 08.12.2016) «О лицензировании медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=239674&fld=134&dst> (дата обращения 12.05.2018).

72. Право на охрану здоровья (социально-правовое исследование) [Текст]: монография / Н. С. Колесова. – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2015. – 144 с.

73. Предупреждение о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://solutions.fas.gov.ru/ca/upravlenie-kontrolya-sotsialnoy-sfery-i-torgovli/tsa-50099-16> (дата обращения 25.06.2018).

74. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Обутверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 12.01.2018).

75. Приказ Минздрава России от 27.02.2016 N 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 06.03.2018).

76. Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 N 804н – Об утверждении номенклатуры медицинских услуг – Действующая первая редакция – Зарегистрировано в Минюсте РФ 07.11.2017 N 48808 [Электронный ресурс]. Режим доступа: – (<http://zdravmedinform.ru/nomenclatura-meditsinskikh-uslug> (дата обращения 02.05.2018)).

77. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» [Электронный ресурс]. Режим доступа: (<http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 28.02.2018)).

78. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 25.03.2018)).

79. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 25.02.2018)).

80. Приказ Министерства промышленности и торговли РФ от 31 января 2013 г. № 118 «Об утверждении Стратегии развития медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года». [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70239972__ (дата обращения 19.01.2018)).

81. Филиппов, К.А. Развитие конкуренции в сфере здравоохранения [Текст] / К. А. Филиппов // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса. – 2013. – № 1 (22). – С. 215–218.

82. Разные подходы к толкованию Приказа Минздрава России от 11.03.2013 № 121н [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://pravo-med.ru/news/13436/> (дата обращения 09.01.2018).

83. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 23.05.2018).

84. Развитие медицинского образования в условиях инновационной экономики [Текст] / Л. Б. Шубина, М. А. Мещерякова, Н. Н. Камынина, Г. Ю. Уткина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т.13, № 1. – С. 13.

85. Расширенное совещание Совета директоров ФОМС обсудило итоги 2016 года и предстоящие изменения на плановый период [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/824.pdf> (дата обращения 16.02.2018).

86. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран [Текст] / ред. Р. Б. Солтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос / Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2002. – 272 с.

87. Российский статистический ежегодник. [Текст]. 2016. Стат. сб. / Росстат. – Р76 М., 2016. – 725 с.

88. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы [Текст]: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / рук. авт. колл. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2016. – 84 с.

89. Солтман, Р. Б. «Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий» [Текст] / Р.Б. Солтман., Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.

90. Селезнев, В.Д. Проблемы конкуренции в российском здравоохранении [Текст] // Экономика и экологический менеджмент / В.Д. Селезнев, С.Д. Волков. – 2016. – №1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-konkurentsii-v-rossiyskom-zdravoohranenii> (дата обращения 16.05.2018).

91. Словарь финансовых и юридических терминов [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/law/ref/ju_dict/word/medicinskie_uslugi (дата обращения 13.04.2018).

92. Смит, А. Исследование о богатствах народов [Текст]. – М.: Ось-89, 1997. – С. 35.

93. Стенограмма заседания Правительства РФ от 29 октября 2015 года. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://fas.gov.ru/publications/1988> (дата обращения 06.01.2018).

94. Стиглер, Дж. Совершенная конкуренция: исторический ракурс [Текст] // Вехи экономической мысли: теория фирмы: В 3 т. / под ред. В. М. Гальперина. – СПб.: Экон. шк., 2000. – Т. 2. – С. 300.

95. Столяров, С. А. [Текст] Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления. – 3-е изд. испр. и дополн. – Барнаул: Аз Бука, 2005. – 269 с.

96. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gigabaza.ru/doc/153687> (дата обращения 23.04.2018).

97. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы? [Текст] / С. В. Шишкин, С. В. Сажина, Е. В. Селезнева; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP8«Государственное и муниципальное управление»). – 34 с.

98. Согласование процессов конкуренции и монополиз. как механизм обеспечения конкурентоспособности предприятий промышленности [Текст]: монография / К. Н. Пармененков. – М.: ИНФРА-М, 2010. – 300 с.
99. Стратегический менеджмент [Текст]: учеб. / В. А. Баринов, В. Л. Харченко. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. – 237 с.
100. Солодкий, В. А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет [Текст] / В. А. Солодкий, В. И. Перхов, Р. В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С.36–48.
101. Строгонова, О. Б. Создание условий оптимизации экономической доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге [Текст] / О. Б. Строгонова // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 6. – С. 55–62.
102. Таблица инфляции в РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://уровеньинфляции.рф/таблица_инфляции.aspx (дата обращения 02.03.2018).
103. Тогунов, И. А. Конкуренция в здравоохранении и медицине (К вопросу разработки теоретических основ и построения модели конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг) [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://genmed.ru/med_bart8_845_03.html (дата обращения 17.02.2018).
104. Тогунов, И. А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению [Текст] / И. А. Тогунов // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 4. – с. 34–37.
105. Тогунов, И. А. Реальна ли конкуренция в здравоохранении? [Текст] / И.А. Тогунов // ЭТАП. – 2011. – №5. . [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/realna-li-konkurenciya-v-zdravoohranenii> (дата обращения 01.02.2018).
106. Томпсон, А. А. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации [Текст]: учеб. для вузов / А. А. Томпсон, А. Дж. Стрикленд III. – М.: ИНФРА-М, IRWIN, 2000. – 412 с.

107. Теория и методология управления конкурентоспособностью бизнес-систем [Текст]: монография / С. А. Баронин, В. А. Андреев и др.; Под ред. С. А. Баронина. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. – 329 с.

108. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 02.03.2018).

109. Улумбекова, Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Ассоциация медицинских обществ по качеству медицинской помощи и образования [Текст]. – М., 2012.

110. Управление конкурентоспособностью организации [Текст]: учеб. пособие / Г. Д. Антонов, В. М. Тумин, О. П. Иванова. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2017. – 300 с.

111. Управление конкурентоспособностью [Текст]: учеб. пособие / В. А. Быков, Е. И. Комаров. – М.: РИОР: ИНФРА-М, 2017. – 242 с.

112. ФАС предупредила Минздрав России о наличии в его действиях признаков ограничения конкуренции на рынках медицинских услуг [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fas.gov.ru/press-center/news/detail.html?id=46721> (дата обращения 23.03.2018).

113. ФАС России возбудила дело в отношении Минздрава России [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fas.gov.ru/press-center/news/detail.html?id=49074> (дата обращения 02.02.2018).

114. ФАС России обращается к медицинским организациям [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fas.gov.ru/press-center/news/detail.html?id=49907> (дата обращения 01.03.2018).

115. Фатхутдинов, Р.А. Управление конкурентоспособностью организации [Текст]: учебник / Р.А. Фатхутдинов. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 544 с.

116. Философова, Т. Г. Конкуренция. Инновации. Конкурентоспособность [Текст]: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлениям «Менеджмент», «Экономика» / Т. Г. Философова, В. А. Быков; под ред. Т. Г. Философовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2012. – 295 с.

117. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 12.01.2018).

118. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/pages/control/requirements/approved1> (дата обращения 11.02.2018).

119. Формирование и использование инструментария оценки конкурентоспособности организ. сферы торговли [Текст]: монография / М. Ю. Диканов, И. А. Скрынникова. – М.: ИЦ РИОР: НИЦ Инфра-М, 2012. – 163 с.

120. Фраймович, В.Б. Управление здоровьем подрастающего поколения // Проблемы развития территории [Текст] / В.Б. Фраймович, О. М. Носырева. – 2007. – № 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-zdoroviem-drastayuschego-pokoleniya> (дата обращения 02.02.2018).

121. Хайек, Ф. А. Познание, конкуренция и свобода [Текст] / Ф. А. Хайек. – СПб.: Пневма, 1999.

122. Хайруллина, И.С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы [Текст] / И. С. Хайруллина // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 10. – С. 41–51.

123. Хальфин, Р. А. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения [Текст] / Р. А. Хальфин, И. Я. Таджиев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 8–18.

124. Четыркина, Н. Ю. Управление конкурентоспособностью организаций сферы услуг [Текст]: учеб. пособие. – СПб: Изд-во СПбГУЭФ, 2009.
125. Шахбанова, И. К. Организационно-экономические аспекты обеспечения конкурентоспособности предприятий сферы услуг [Текст]: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Шахбанова Инара Кадировна; [Место защиты: Дагестан. гос. техн. ун-т]. – Махачкала, 2012. – 25 с.
126. Шейман, И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении [Текст] / И. М. Шейман; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
127. Шейман, И. М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении [Текст] / И.М. Шейман. Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2012.
128. Шемякина, Т. Ю. Система управления инновационной деятельностью предприятия [Текст]: учеб. пособие / Т. Ю. Шемякина. – 2-е изд., доп. – М.: ФЛИНТА: Наука, 2012. – 268 с.
129. Шишкин, С. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития [Текст] / С. Шишкин, Е. Потапчик, Е. Селезнева. – М., Вопросы экономики. 2013. – №4. – С. 96.
130. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики [Текст] / И. М. Шейман, В.И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–163.
131. Шишкин, С. В. Повышение эффективности специализированной медицинской помощи: опыт структурных преобразований [Текст] / С.В. Шишкин, О. И. Аполихин, С. В. Сажина, И. А. Шадеркин, О.В. Золотухин, М. Ю. Просяников // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 2. – С. 79–99.
132. Шишкин, С. В. Практики оплаты медицинской помощи [Текст] / С. В. Шишкин, Н. В. Бондаренко, М. Д. Красильникова // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. – 2015. – № 1(119). – С. 61–80.

133. Шумпетер, И. Теория экономического развития [Текст] / И. Шумпетер; пер. с нем. – М.: Прогресс, 1982. – 455 с.
134. Эданов, А. Ю. Конкуренция: теория и практика [Текст]: учеб.-практич. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Ассоциация авторов и издателей «Тандем», изд-во «ГНОМ-ПРЕСС», 2001.
135. Эксперты озвучили самые востребованные услуги в платной и бесплатной медицине [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://medrussia.org/10442-platnoj-i-besplatnoj-medicine/#hcq=UBHJvYq> (дата обращения 25.04.2018).
136. Эффективность финансового рынка России: выполнение социально-экономических функций и глобальная конкурентоспособность [Текст]: монография / Ю. А. Данилов. – М.: ДелоРАНХиГС, 2017. – 96 с.
137. Экономика инноваций [Текст]: учебник / Под ред. проф. В. Я. Горфинкеля, Т. Г. Попадюк. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Вузовский учебник: НИЦ Инфра-М, 2013. – 336 с.
138. Экономика и управление здравоохранением [Текст]: учеб. пособие / Т. М. Скляр. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2004. – 184 с.
139. Centers of Medicare и Medicaid (CMS), Office of the Actuary, National health Expenditures, 2013 release.
140. В. Irvine, E. Clarke и E. Bidgood, «Healthcare Systems: The USA [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/USABrief.pdf> (дата обращения 25.08.2017).
141. Broadband Expanded, Broadband and Telemedicine [Текст]: Stats, Data and Observations. –January 2013.
142. WHO Global InfoBase: Stroke and Cerebrovascular accidents [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=112&ind=STR&goButton=ress.com/2014/05/30/mercy> (дата обращения 21.08.2017).
143. Gregory P. Marchildon, Canada health system review, [Текст] Vol. 15 –No. 1 – 2013.

144. World Trade Organization, «Health systems» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.who.int/topics/health_systems/en/ (дата обращения 02.08.2017).
145. Frost & Sullivan, «Independent Market Research on the Global Healthcare Services (HCS) Industry» [Текст] – 2012.
146. World Health Organization, «The World Health Report 2000» [Текст] – World Health Organization. – Geneva, 2000.
147. World Health Organization «Investing for a healthier world» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/about-us/planning-finance-and-accountability/financing-campaign>, 2018 (дата обращения 03.08.2017).
148. World Health Organization «The top 10 causes of death» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, 2018 (дата обращения 12.07.2017).
149. World Health Organization «Low quality healthcare is increasing the burden of illness and health costs globally» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/news-room/detail/05-07-2018-low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally> (дата обращения 02.06.2017).
150. World Health Organization «World health report 2013: Research for universal health coverage» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/whr/en/> (дата обращения 02.08.2017).
151. Health IT.gov, Differences between Electronic Medical Records and Electronic Health Records [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.healthit.gov/providers-professionals> (дата обращения 01.06.2018).
152. Olga Kharif, Bloomberg BusinessWeek, Doctor visits via Calls [Электронный ресурс]. Режим доступа: (<http://www.businessweek.com/articles/2014-02-27/health-insurers-add-telemedicine-services-to-cut-costs-nals/electronic-medical-records-emr>) (дата обращения 02.04.2018).

153. Fallon Community Health Plan: FCHP [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.fchp.org/C3conference/~media/Files/c3/Knott-Cost-USHealthCare.ashx> (дата обращения 12.02.2018).

154. Øvretveit J. (2003) Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи? What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf> (дата обращения 02.01.2018).

155. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm [Текст]. – Washington, National Academy Press, 2000.

Приложение А

Обзор классификации факторов конкурентоспособности предприятия различными авторами

Таблица А.1 – Классификации факторов конкурентоспособности предприятия
различными авторами

Автор классификации	Наименование группы факторов	Состав группы факторов	Информационный источник
Артур А. Томпсон. А. Дж. Стрикленд	Ключевые факторы успеха	Качество и характеристики продукции; репутация (имидж); производственные мощности; использование технологий; дилерская сеть и возможности распространения; инновационные возможности; финансовые ресурсы; издержки по сравнению с конкурентами; обслуживание клиентов.	Томпсон, А. А., Стрикленд, А. Дж. Стратегический менеджмент: концепции ситуации: Учебник для вузов. – М.: ИНФРА-М, 2000. – 412 с.
Фатхутдинов Р. А.	Экономические и финансовые	<ul style="list-style-type: none"> – показатели рентабельности активов, продукции, труда персонала, капитала, оборотных средств, производства и продаж; – скорость оборачиваемости всех видов ресурсов; – платежеспособность и финансовая устойчивость функционирования организации; – доля экспорта всех и наукоемких товаров. 	Фатхутдинов, Р. А. Управление конкурентоспособность организации. Учебник.– М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 544 с
	Структурные	<ul style="list-style-type: none"> – прогрессивность производственной структуры организации; – совершенство организационной структуры организации, позволяющей осуществлять вертикальную и горизонтальную интеграцию по производству конкурентного товара; – уровень организации труда, специализации, кооперирования, концентрации и комбинирования производства, обеспечивающих конкурентоспособность товара; – уровень унификации и стандартизации выпускаемой продукции; – уровень управления производственными процессами; – совершенство информационной и нормативно-методической базы управления конкурентоспособным производством. 	
	Ресурсные	<ul style="list-style-type: none"> – уровень эффективности использования трудовых, материальных, нематериальных и финансовых ресурсов; – сила конкуренции среди поставщиков и их конкурентоспособность; – доступ к качественному и относительно дешевому сырью, топливу и другим материальным ресурсам на отслеживаемом рынке. 	
	Технические	<ul style="list-style-type: none"> – уровень качества изготовления продукции; – наукоемкость и новизна продукции; – удельный вес патентованных товаров, прогрессивных технологий и оборудования. 	

Продолжение Приложения А.1

	Управленческие	- уровень конкурентной стратегии организации; - уровень конкурентоспособности менеджмента; - уровень конкурентоспособности служащих (руководителей, специалистов и прежде всего менеджеров и маркетологов); - уровень функционирующей системы управления качеством продукции на предприятии; - уровень организации поставок сырья, материалов и комплектующих изделий; - уровень управления процессами сертификации продукции и систем, их соответствие международным стандартам ИСО 9001 – 2001.	
Портер Майкл	Основные факторы	природные ресурсы, климатические условия, географическое расположение организации, рабочая сила.	Портер, Майкл, Э. Конкуренция.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.
	Развитые факторы	современная инфраструктура обмена информацией, высококвалифицированные кадры (специалисты с высшим образованием, специалисты в области ЭВМ и программирования) и исследовательские институты, отделы университетов, занимающиеся высокотехнологичными направлениями.	
	Общие факторы	система автомобильных дорог, персонал с высшим образованием т. е. могут быть использованы в широком спектре отраслей	
	Специализированные факторы	- узкоспециализированный персонал, специфическая инфраструктура, базы данных в определенных отраслях знания, специализированное программное обеспечение) – факторы, применяемые в одной отрасли	
	Естественные факторы	природные ресурсы, географическое положение - относятся к факторам низшего порядка	
	Созданные факторы	факторы высокого порядка, так как обеспечивают высокую устойчивую конкурентоспособность.	
Головачев А.С.	Внешние факторы	- факторы государственного воздействия экономического характера (амортизационная политика; государственные и межгосударственные дотации и субсидии; таможенная политика и т.д.); - меры административного характера (разработка, совершенствование и реализация законодательных актов, способствующих развитию рыночных отношений и конкуренции, демополизации экономики и т.д.	Конкуренентоспособность организации: учеб. пособие/ А. С. Головачев. – Минск: Выш. шк., 2012. – 319 с. : ил.
	Внутренние факторы	потенциал маркетинговых служб, научно-технический, производственно-технологический, финансово-экономический, кадровый, экологический; уровень материально-технического обеспечения, хранения, упаковки, транспортировки товаров; эффективность производственного контроля, испытаний и обследований; уровень обеспечения пусконаладочных и монтажных работ; уровень технического, сервисного и гарантийного обслуживания и т.д.	

Продолжение Приложения А.1

Мокроносов А. Г. Маврина И. Н.	Технико-технологическая группа	факторы, характеризующие производственное оборудование, предметы труда, состав и технологию выполняемых работ, уровень механизации и автоматизации производства, совершенство применяемых технологий напрямую	Конкуренция и конкурентоспособность: учебное пособие / А. Г. Мокроносов, И. Н. Маврина. – Екатеринбург: Изд-во Урал ун-та, 2014. – 194 с.
	Организационно-управленческая группа	факторы, приводящие в действие технико-технологическую подсистему благодаря организации производства и труда, подбору персонала, внедрению прогрессивной системы оплаты труда	
	Финансово-экономическая группа	факторы функционирования предприятия с позиций эффективного распоряжения ресурсами, доходности и финансовой устойчивости	
	Социально-психологическая группа	охватывает персонал предприятия, его организационную культуру, ценности, потребности и интересы работников.	
	Природно-географическая группа	ресурсный потенциал хозяйствующего субъекта либо масштабы его дефицитности	
	Экологическая группа	состоит из целого комплекса сложных технических и организационных задач, обусловленных необходимостью повышения качества воды, воздуха, земли и т. п.	
	Отраслевая группа	доступ к сырью, конкурентоспособностью поставщиков, общим уровнем отраслевой концентрации, специализации и кооперирования, качеством информационной базы управления в отрасли, системой подготовки и повышения квалификации кадров, внедрением радикальных новшеств, долей экспорта наукоемкой продукции	
Рыночная группа	доступ к рынку ресурсов и новых технологий, уникальность свойств выпускаемых товаров, отлаженность каналов распределения производимой продукции и эффективность системы стимулирования ее сбыта, разнообразие сервисных схем послепродажного обслуживания		
Царев А.А. Кантарович В.В.	Организационные	непрерывное повышение квалификации работников, эффективное управление изменениями на предприятии, бенчмаркинг, производственный лизинг и лизинг персонала, аутсорсинг, контроллинг стратегические альянсы.	Оценка конкурентоспособности предприятий (организаций). Теория и методология : учеб. пособие / В. В. Царев, А. А. Кантарович, В. В. Черныш., – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 799 с.
	Продажи	торговая марка, дизайн товара, бренд, месторасположение торговой точки, форма дистрибуции, квалификация персонала, программа лояльности клиентов, хорошая репутация компании у клиентов, паблик рилейшнз	
	Информационное обеспечение	современные информационные технологии, информационные системы управления производством, конкуренцией и кадровым потенциалом.	

Приложение Б

Характеристика состояния медицинской организации, определяющая уровень конкурентоспособности по «системе семи функций»²

Таблица Б.1 – Функции обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций

№ п/п	Наименование характеристики	Характеристика
1	Целевая функция	Вид производимого продукта, конкретная медицинская услуга, определяемая в соответствии с потребностями общества, рынка медицинских услуг и конкретного пациента и соотнесенная с классификатором болезней (состояний) и классификатором медицинских услуг.
2	Лицензионная функция	Обеспечивается законодательным подтверждением заниматься данным видом деятельности в соответствии с классификаторами медицинских услуг, международным классификатором болезней (МКБ-10), профессиональным классификатором врачебной деятельности и пр.
3	Аккредитационная функция	Область, условные рамки ограничения профессиональной медицинской деятельности – определяется отнесением специалиста к определенной специальности, медико- профессиональной группе
4	Деонтологическая функция	С одной стороны, непосредственно характеризует уровень конкурентоспособности конкретного медицинского учреждения (врачебной практики) по степени квалификационных и субъектно-личностных параметров производителя медицинских услуг, уровень его вознаграждения (доля затрат на заработную плату в тарифе медицинской услуги); с другой – опосредовано характеризует уровень конкурентоспособности медицинского учреждения (врачебной практики) спецификой пациентов (потребителей медицинских услуг), уровнем его платежеспособности, соотнесенным с возможностью оплатить соответствующую медицинскую процедуру.
5	Экономическая функция	Характеризуется уровнем спроса на медицинскую услугу, параметрами, описывающими медицинскую деятельность (система предложения медицинских услуг), закономерно обусловленным соотношением стоимости медицинской процедуры и соответствующей расценкой медицинского труда. Именно в рамках этой функции находится область действия основных экономических законов рыночных отношений.

²Тогунов, И. А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению // Менеджер здравоохранения. – 2006. - № 4. – С. 34-37.

Продолжение Приложения Б.1

6	Технологическая функция	Реализуется в форме конкретной медицинской деятельности. В рамках оценки конкурентоспособности выражается в единицах труда и характеризуется степенью соответствия выполненной медицинской процедуры потребной медицинской услуги, медицинского стандарта и особенностям пациента. Опосредованно характеризуется степенью заявленного удовлетворения/неудовлетворения потребителя медицинских услуг либо его представителей.
7	Функция результативности	Включает в себя интегрированные и структурированные характеристики деятельности медицинского учреждения (врачебной практики), комплексно отображающая степень конкурентоспособности.

Источник: составлено автором на основе: [105]

Приложение В

Методика оценки конкурентоспособности организации

Таблица В.1 – Научные подходы к использованию методики оценки конкурентоспособности организации

Автор/ Источник	Методики оценки
<p>Фатхутдинов Р. А // Фатхутдинов Р. А. Управление конкурентоспособностью организации. Учебник . – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 544 с.</p>	<p>Автор предлагает:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ уровень конкурентоспособности считать как средневзвешенную величину по показателям конкурентоспособности конкретных товаров на конкретных рынках; ✓ отдельно проводить анализ эффективности деятельности организации исходя из конкурентоспособности и эффективности каждого товара на каждом рынке; ✓ отдельно считать показатель устойчивости функционирования организации; ✓ прогнозировать перечисленные три комплексных показателя минимум на пять лет.
<p>Томпсон А. А. Стрикленд А. Дж. // А. А. Томпсон, мл., А. Дж. Стрикленд Стратегический менеджмент: концепции и ситуации: Учебник для вузов. Пер. с 9-го англ. изд. - М.: ИНФРА-М, 2000. - XX, 412 с.</p>	<p>Предложили проводить анализ конкурентоспособности по взвешенным параметрам.</p> <p>При использовании взвешенных рейтингов каждому показателю конкурентной силы присваивается вес в соответствии с его предполагаемым значением для достижения конкурентного успеха.</p> <p>Наибольший вес может определяться значением 0,75 (или даже выше) в ситуации, когда один из факторов является решающим, а низкий вес - значением 0,20, когда два или три показателя оказываются более важными, чем остальные. Наименее важные индикаторы конкурентоспособности могут иметь вес 0,05 или 0,1. Разница между весами не имеет значения, а сумма всех весов должна быть равна 1,0. Взвешенные рейтинги конкурентоспособности рассчитываются после определения рейтинга компании по всем рассматриваемым факторам (от 1 до 10) и умножения их на установленный для каждого фактора вес (рейтинг 4, умноженный на вес 0,20, дает взвешенный рейтинг 0,80).</p>
<p>Головачев А. С.// Конкурентоспособность организации: учеб. Пособие / А. С. Головачев. – Минск: Выш. шк., 2012. – 319 с.</p>	<p>Автор считает, что конкурентоспособность организации целесообразно оценить методами формализации факторов успеха (конкурентных преимуществ). Методика оценки состоит из следующих этапов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формирование ключевых факторов успеха (конкурентных преимуществ), определяющих конкурентоспособность организации; 2) ранжирование факторов успеха, определяющих конкурентоспособность анализируемого организации и конкурентов; 3) определение общего рейтинга конкурентоспособности органи-

	<p>зации по данным индивидуальных рейтингов дифференцированных факторов и индекса рейтингов анализируемой организации и конкурента;</p> <p>4) отношение полученных результатов (по данным рейтингов дифференцированных факторов) анализируемой организации и конкурента: а) по уровню товарной конкурентоспособности; б) по уровню эффективности производства;</p> <p>5) определение интегрального индекса конкурентоспособности организации с учетом коэффициентов весомости товарной конкурентоспособности и показателей эффективности производства.</p>
<p>В. В. Царев, А. А. Кантарович, В. В. Черныш // Оценка конкурентоспособности предприятий (организаций). Теория и методология : учеб. пособие / В. В. Царев, А. А. Кантарович, В. В. Черныш. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015.– 799 с.</p>	<p>Авторы предлагают при определении уровня конкурентоспособности сначала устанавливать числовые оценки по всем рекомендованным показателям, а затем по формуле: $K = (Y_1/2 + Y_2 + Y_3 + \dots + Y_{n-1} + Y_{n/2}) / (n-1)$, вычислять коэффициенты конкурентоспособности с последующим ранжированием по объектам.</p> <p>Авторы внедряют 77 частных показателей, разделив их на шесть групп: финансово-хозяйственной деятельности (28 показателей); производственные (11); качества (10); развития (12); персонала и социальной сферы (14); уровня совершенства управления (2).</p>

Источник: составлено автором на основе проведенного анализа.

Приложение Г

Зарубежные методы определения конкурентоспособности фирмы

Таблица Г.1 – Обзор зарубежных методов определения конкурентоспособности фирмы

Методы определения конкурентоспособности фирмы	Особенности методики	Недостатки
Матрица Бостонской консалтинговой группы (BCG) «доля рынка – темпы роста продаж»	Используется для определения зон хозяйствования мультитоварной организации и в конечном итоге – его конкурентоспособности;	Взаимосвязи факторов и вероятные стратегии развития организации в действительности могут быть гораздо сложнее.
Методика оценки конкурентоспособности организации на базе «4Р»	Основана на сравнительном анализе организации и предприятий-конкурентов по факторам: продукт, цена, продвижение на рынке и каналы сбыта.	В связи с тем, что оценка факторов конкурентоспособности проводится экспертами, она может быть не всегда объективной.
Методика оценки конкурентоспособности фирмы Ж. Ж. Ламбена	Основана на сравнительной оценке конкурентоспособности компаний, действующих на товарном рынке с помощью индикаторов. Индикаторами оценки конкурентоспособности предприятия являются: относительная доля рынка; отличительные свойства товара; издержки; степень освоения технологии; каналы товародвижения; имидж.	В индикаторах оценки не учтено мнение потребителей о качестве товаров, производимых на данном предприятии.
SWOT-анализ	Оценка включает в себя анализ сильных и слабых сторон предприятия, возникающих возможностей и угроз. Показатели конкурентоспособности оцениваются по блокам: финансы, производство, организация и управление, маркетинг, кадровый состав, технология.	Сравнение конкурентных преимуществ предприятий-конкурентов повести сложно и трудоемко.

Продолжение Приложения Г.1

<p>Матрица «Привлекательность рынка/конкурентоспособность» (модель GE/McKinsey)</p>	<p>В основе метода лежит модель BCG.</p> <p>Рассчитывается влияние двух факторов: привлекательность рынка (1) и конкурентоспособность бизнеса (2).</p> <p>Индикаторы 1 фактора: темпы роста рынка; рентабельность; уровень конкуренции; возможность неценовой конкуренции; емкость рынка; государственное регулирование рынка; концентрация клиентов и т.д.</p> <p>Индикаторы 2 фактора: относительная рыночная доля; расходы; уровень цен; привлекательность ассортимента; имидж фирмы.</p>	<p>Процесс сбора и анализа информации, является очень трудоемким.</p> <p>Выбор показателей и определение их значений носит субъективный характер.</p>
<p>Матрица «Направленной политики» (модель Shell/DPM);</p>	<p>Оценивается привлекательность/конкурентоспособность отрасли бизнеса. Рассчитываются количественные и качественные параметры бизнеса: перспективы отрасли бизнеса и конкурентоспособность бизнеса.</p>	<p>Невозможно сравнивать бизнес-единицы, относящиеся к разным отраслям, так как показатели привязаны к определенной отрасли</p>

Источник: составлено автором на основе проведенного анализа

Приложение Д

Мировые рейтинги оценки конкурентоспособности предприятий с помощью различных индексов

Таблица Д.1 – Обзор мировых рейтингов оценки конкурентоспособности предприятий (фирм) с помощью различных индексов

Обозначение рейтинга	Наименование
Рейтинг WEF (World Economics Forum)	Всемирный экономический форум
Индекс GCL (Growth Competitiveness Index)	Индекс перспективной конкурентоспособности, оценивающий перспективы экономического роста на 5-8 лет (Методология Джеффри Сакса)
Индекс MCI (Microeconomic Competitiveness Index)	Индекс микроэкономической конкурентоспособности, оценивающий уровень развития компаний и текущий деловой климат (Методология М. Портера)
Индекс IMD (Institute of Management Development)	Методика института развития управления, Швейцария

Источник: составлено автором на основе: [65]

Приложение Е

Алгоритм оценки конкурентоспособности медицинских услуг на основе методов управления качеством

Таблица Е.1 – Характеристика этапов оценки конкурентоспособности медицинских услуг на основе методов управления качеством

№ этапа	Характеристика этапа
1	Идентификация атрибутов услуги: $i=1$.
2	Оценка атрибутов по шкале важности (весомости), которая устанавливается потребителями посредством выставления балльных оценок в соответствии с 5-балльной шкалой.
3	Оценка атрибутов по 5-балльной шкале потребительской удовлетворенности.
4	Расчет единичных индексов конкурентоспособности атрибута по параметру удовлетворенности.
5	Расчет единичных индексов конкурентоспособности услуги по параметру важности.
6	Расчет комплексных индексов конкурентоспособности атрибута.
7	Применяются для стандартизованных услуг, данные индексы широко известны и применяются многими специалистами для оценки конкурентоспособности, однако для большинства организаций сферы услуг, особенно малого бизнеса, расчет группового индекса конкурентоспособности по экономическим параметрам не представляется возможным в силу необходимости проведения большого объема маркетинговых исследований.
8	
9	Расчет единичных индексов конкурентоспособности услуги по нормативным параметрам, расчет группового индекса по нормативным параметрам.
10	Расчет интегрального индекса конкурентоспособности услуги.

Источник: таблица составлена по материалам: [21]

Приложение Ж

Ретроспективный анализ развития рынка медицинских услуг в России

Таблица Ж.1 – Характеристика этапов развития рынка медицинских услуг в России

Год	Стадия развития рынка	Нормативно-правовое регулирование	Особенности периода
1985 г.	Предпосылки возникновения рынка медицинских услуг	Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении было одобрено Комиссией по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР 23 июня 1989 г. Этому предшествовало проведение экономических экспериментов в здравоохранении, направленных на введение элементов предпринимательства, хозрасчета, экономических методов управления.	Внедрение нового хозяйственного механизма в здравоохранении. Появление первых хозрасчетных стоматологических поликлиник, оказывающих платные медицинские услуги. Введение новых форм работы медицинских учреждений: консультативные центры, медицинские кооперативы, дневные стационары при больницах и поликлиниках, стационары на дому и т.д. – оказание платных медицинских услуг.
1990 - 1993 гг.	Зарождение рынка	Принятие Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Реорганизации монопольной государственной системы здравоохранения и создание бюджетно-страховой медицины. В этот период происходит демополизация государственного сектора здравоохранения, многоканальность финансирования и внедрение рыночных механизмов в сфере медицинских услуг. Характер рынка – государственная монополия.
1997 г.	Становление рынка	Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».	Государственным и муниципальным медицинским учреждениям по специальному разрешению (сертификат) соответствующего органа управления здравоохранением разрешили оказывать платные медицинские услуги населению. Характер рынка – государственная монополия.
2011 г.		21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Закон увязывает оказание медицинской помощи с необходимостью оплаты медицинских услуг. Характер рынка – государственная монополия.

Продолжение Приложения Ж.1

2012 г. - по настоя- щее время		Постановление Правитель- ства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицин- скими организациями плат- ных медицинских услуг»	Негосударственные медицинские организации становятся участниками территориальной программы ОМС. Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими орга- низациями на основании перечня ра- бот (услуг), составляющих медицин- скую деятельность и указанных в ли- цензии на осуществление медицин- ской деятельности, выданной в уста- новленном порядке. Характер рынка – олигополия.
---	--	--	---

Источник: таблица составлена авторам по материалам проведенного исследования.

Приложение И

Анализ технического состояния зданий медицинских организаций

Таблица И.1 – Характеристика технического состояния зданий медицинских организаций

Медицинские организации	2014	2015	2016
В стационарных условиях			
Всего зданий, тыс.	12,2	12,1	11,6
из них по техническому состоянию, процентов:			
имеют аварийное состояние	1,6	1,3	1,0
требуют реконструкции	4,1	2,9	2,4
необходим капитальный ремонт	27,9	23,2	21,1
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий			
водопровод	3,5	4,4	3,9
горячее водоснабжение	17,9	18,7	18,5
центральное отопление	6,7	9,6	9,1
канализация	5,1	6,2	5,2,
телефонная связь	5,1	6,9	6,2
В амбулаторных условиях			
Всего зданий, тыс.	18,1	19,4	19,7
из них по техническому состоянию, процентов:			
имеют аварийное состояние	1,0	0,8	0,6
требуют реконструкции	2,6	1,7	1,2
необходим капитальный ремонт	22,7	18,3	16,3
Удельный вес числа зданий, в которых отсутствуют, в процентах от общего числа зданий			
водопровод	4,9	5,1	4,8
горячее водоснабжение	27,8	28,1	27,7
центральное отопление	11,2	12,3	12,6
канализация	7,5	7,7	7,1
телефонная связь	4,1	5,2	5,3

Источник: Составлено автором на основе: [29]

Приложение К

Классификация услуг, оказываемых медицинскими организациями

Таблица К.1 – Обзор классификации услуг, оказываемых медицинскими организациями

№ п/п	Наименование группы услуг	Виды услуг
1.	Услуги больничных организаций	услуги медицинского и парамедицинского персонала
		услуги лабораторий и технической базы больниц, включая рентгенологические услуги и анестезию
		услуги экстренной помощи;
		предоставление услуг операционной, лекарств, питания и другого стационарного обслуживания
		услуги центров планирования семьи, обеспечивающие медицинское обслуживание с проживанием
2.	Услуги в области медицинской и стоматологической практики	консультационные услуги и лечение в области общей и специальной медицины, предоставляемые врачами общего профиля, врачами-специалистами и хирургами, стоматологами, косметологами и т. д.;
		услуги, оказываемые в поликлиниках и медпунктах при предприятиях, в школах, домах для престарелых, рабочих и прочих объединениях, а также помощь на дому
3.	Услуги в области общей врачебной практики	консультационные услуги и лечение в области общей и специальной медицины, предоставляемые врачами общего профиля
4.	Услуги в области специальной врачебной практики	консультационные услуги и лечение в области специализированной медицины врачами-специалистами и хирургами
5.	Услуги в области стоматологической практики	услуги в области стоматологии, общей или специализированной
6.	Услуги по медицинскому уходу с обеспечением проживания	услуги по медицинскому уходу с обеспечением проживания
7.	Услуги массажных салонов	услуги массажных салонов
8.	Прочие услуги, не включенные в другие группы	прочие услуги

Источник: таблица составлена автором по материалам проведенного исследования.

Приложение Л**Справка о внедрении результатов диссертационного исследования
для МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №4»**

Российская Федерация
Краснодарский край город Сочи
Лазаревский район
Управление здравоохранения администрации г. Сочи
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения г. Сочи
«Городская поликлиника №4»
354207 г. Сочи, Лазаревский район, ул. Армавирская 108 А.
Email: inbox@dagp4sochi.ru Тел./факс 2-522-280

2 июля 2018

СПРАВКА

Дана Карамовой Аиде Саркисовне в том, что результаты диссертации «Организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций» используются в практической деятельности МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника №4» в целях повышения качества медицинского обслуживания населения, внедрения новых методов и технологий лечения. В частности, используются результаты социологических исследований качества медицинских услуг, элементы системы организационного и информационного обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций, показатели конкурентоспособности медицинского персонала.

Справка дана для представления в диссертационный совет Д 900.006.11 при ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского».

Главный врач



У.М.Катриченко

Приложение М

Справка о внедрении результатов диссертационного исследования для предприятия ООО «Виа Мед»



ООО «Виа Мед»
ОГРН 1142367001523 ИНН 2317072142
354340, Краснодарский край, г.Сочи,
Адлерский район, ул. Кирпичная, д. 1/1, корп.3
Тел.: 8 (968) 239-90-30
Факс: 8 (862) 246-48-21
Via-Med@yandex.ru
Лицензия: ЛО23- 01-007493
от 17.10.2014 г., бессрочная

СПРАВКА

Дана Карамовой Аиде Саркисовне в том, что результаты диссертации «Организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций» используются в практической деятельности ООО «Виа Мед» г. Сочи для повышения конкурентоспособности медицинского центра, удовлетворения потребностей жителей и гостей города в медицинских услугах по профилактике, диагностике и лечению заболеваний. В частности, создан Совет по качеству медицинской организации, который анализирует результаты деятельности структурных подразделений центра и механизм коллективной ответственности («сотрудничество в команде»).

Справка дана для представления в диссертационный совет Д 900.006.11 при ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Директор



Календжян С.С.

Приложение Н**Справка о внедрении результатов диссертационного исследования для
Департамента экономики и стратегического развития
Администрации г. Сочи****ДЕПАРТАМЕНТ ЭКОНОМИКИ
И СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА СОЧИ**

Советская ул., д. 26, город Сочи,
Краснодарский край, 354061.
Тел. /факс (862) 264-30-34
e-mail: dep@sochiadm.ru

ДЭСР г.Сочи



2029/-18.07.18

СПРАВКА

Дана, Карамовой Аиде Саркисовне, в том, что отдельные результаты диссертации «Организационно-экономический механизм обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций» использованы при разработке «Плана мероприятий («дорожной карты») по содействию развитию конкуренции и по развитию конкурентной среды муниципального образования город-курорт Сочи» в целях повышения качества медицинского обслуживания населения, внедрения новых методов и технологий лечения. В частности, результаты социологических исследований качества медицинских услуг в г. Сочи; элементы системы организационного и информационного обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций.

Справка дана для представления в диссертационный совет Д 900.006.11 при ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Директор департамента

М.С.Попова

