DOI: 10.29141/2218-5003-2019-10-2-7

Медицинская услуга в системе управления качеством человеческих ресурсов

А.А. Мальцев, А.О. Фечина

Аннотация. Статья посвящена влиянию концептуально нового подхода к определению медицинской услуги на сохранение, воспроизводство и развитие человеческих ресурсов. Методологической базой исследования послужила эволюция концепций управления человеческими ресурсами. Основными методами исследования стали теоретический анализ эволюции подходов к определению места и роли человека в национальной экономике, контент-анализ понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», компаративная оценка опыта стран в вопросе организации системы здравоохранения. Определено, что наиболее заметные трансформации наблюдались в периоды между промышленными революциями: от восприятия человека как инструмента до отнесения личности к основному драйверу экономического развития. Выявлено, что человек выступает не только в качестве объекта системы здравоохранения, но и как ее основной субъект (формирование спроса, контроль, оценка результата). Авторами предложена принципиально новая методика организации системы российского здравоохранения, в которой «медицинская услуга» является строго индивидуализированным комплексом мероприятий по выявлению, формированию и удовлетворению спроса пациентов на поддержание здоровья в течение всей жизни. Отмечается, что индустриально развитые страны уже активно применяют в своей практике индивидуализированный подход к лечению. Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в обосновании корреляции уровня здравоохранения как системообразующего элемента управления человеческими ресурсами с основными макроэкономическими показателями. Это предопределяет как влияние здоровья населения и здравоохранения на развитие экономики в целом и отдельных ее отраслей, так и влияние экономики на здоровье граждан страны.

Ключевые слова: человеческие ресурсы; управление человеческими ресурсами, качество человеческих ресурсов, рынок медицинских услуг; инновационная экономика; производительность труда, макроэкономические показатели.

JEL Classification: E24

Финансирование. Статья подготовлена при поддержке РФФИ (проект № 18-010-00056).

Дата поступления статьи: 7 февраля 2019 г.

Ссылка для цитирования: Мальцев А.А., Фечина А.О. Медицинская услуга в системе управления качеством человеческих ресурсов // Управленец. 2019. Т. 10. № 2. С. 62-72. DOI: 10.29141/2218-5003-2019-10-2-7.

ВВЕДЕНИЕ

В начале XXI века человеческие ресурсы признаны основным драйвером развития экономики. Причем данная зависимость существовала всегда. Успешное создание инновационной экономики предполагает наличие достаточного уровня здоровья, образования и культуры. Таким образом, для новой научно-технической революции в стране должен быть достигнут значительный уровень развития человеческих ресурсов. В противном случае переход на этап следующего технологического уклада невозможен.

Состояние мирового рынка лечебно-оздоровительных услуг и национальных систем здравоохранения, как системообразующего элемента управления человеческими ресурсами, влияет на уровень благосостояния как отдельных экономик, так и мира в целом. С каждым годом становится все более тесной взаимозависимость социально-экономических показателей и уровня национального здоровья страны. Учитывая определяющее влияние здравоохранения на социально-экономическое благосостояние нации первоочередной задачей является выбор оптимальной модели здравоохранения. Грамотное государственное и частное планирование инвестиций в здравоохранение позволит наращивать качество человеческих ресурсов за счет сохранения работоспособности населения путем уменьшения заболеваемости и увеличения продуктивного периода жизни.

Цель исследования заключается в определении взаимозависимости социально-экономических показателей и уровня национального здоровья страны, а также в разработке предложений по выбору приоритетных направлений развития системы здравоохранения.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- исследовать подходы к роли человеческих ресурсов в экономике;
- уточнить понятие «медицинская услуга»;
- представить в динамике значения социально-экономических показателей ряда стран;
- выявить глубину взаимозависимости социально-экономических показателей и уровня развития человеческих ресурсов;
- изучить опыт индустриально развитых стран по реализации комплексного индивидуализированного подхода к предоставлению медицинских услуг;
- сформулировать рекомендации по приоритетным направлениям в части развития человеческих ресурсов.

ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИЙ УПРАВЛЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ

Споры о роли человеческих ресурсов в экономике ведутся с момента становления мировой экономики. На наш взгляд, можно провести аналогию трансформации подхо-

дов к роли человеческих ресурсов в приращении экономического богатства со сменой технологических укладов экономики. В качестве отсечек для отслеживания изменений нами выбраны промежутки между промышленными революциями (рис. 1).

Начиная с XVII века экономисты пытались определить роль труда в структурных сдвигах экономики. Исторически человек рассматривался учеными как действующая сила, а не капитал. В работах У. Петти содержится первая попытка осмысления роли человека в экономике. Ученый называет труд основным инструментом для создания богатства в различных сферах материального производства, а земля и природа, по его мнению, являются материальной базой достатка [Petty, 1992]. Британский экономист Дж. С. Милль настаивал, что сам человек служит целью, ради которой богатство существует [1980]. Ф. Лист признавал, что рост производительности труда зависит от качественного использования знаний и навыков в той же степени, что и от природно-географических условий, а главная цель государства – координация индивидуальной деятельности в национальных интересах [2017].

Со структурными изменениями, имевшими место в экономике отдельных стран в начале XIX века, трансформировалось отношение к роли человека в экономике. Постепенно пришло осознание, что предпосылкой перехода от ручного труда к мануфактуре стало накопление знаний и развитие общественной культуры. К. Маркс рассматривал человека как капитал и считал, что на ранних стадиях развития капитализма труд умелого работника дополняли инструменты, в то время как с развитием машинного производства человек как «простая рабочая сила» стал приложением к сложным механизмам [1974]. И. Фишер, в свою очередь, утверждал, что «человек также материален, как материальны лошадь и бык. Человек может принадлежать другому лицу (в случае рабства) или же самому себе. И в том, и в другом случае он полезен своему собственнику» [Fisher, 1927, p. 51–52]. Ж.-Б. Сэй, предполагая, что способности человека, приобретенные посредством затрат, способны к накоплению и ведут

к росту производительности, считал их капиталом [2000]. Отличительной особенностью управления человеческими ресурсами на данном этапе была работа с кадрами на уровне найма и увольнения работников, выдача заработной платы.

Основой второй промышленной революции (конец XIX – начало XX века) являлся быстрый рост качества человеческих ресурсов. Развитие профессионального образования, эволюция науки и культуры ознаменовали создание развитого индустриального общества с высокой производительностью труда. Научные исследования классиков мировой экономической мысли в совокупности с развитием рыночного хозяйства послужили предпосылкой к формированию теории человеческого капитала в 1950–1960-е годы. Понятие, согласно которому человеческий капитал это «знания, навыки и способности людей, работающих в организации», ввел Т. Шульц [Schultz, 1961, p. 140]. Первоначально его определение несло в себе некоторые ограничения, так как не учитывало стоимость человеческих ресурсов и важность инвестиций в человеческий капитал. Впоследствии ученый расширил свое определение. Согласно ему, человеческий капитал – это «все способности человека – врожденные или приобретенные. Атрибуты... которые являются ценными и могут быть дополнены соответствующими инвестициями...» [Schultz, 1971, p. 62]. Г. Беккер развил теорию и определил человеческий капитал как «знания, информацию, идеи, навыки и здоровье людей» [Becker, 1993, p. 3]. Несмотря на то что определение Г. Беккера, как и первоначальная классификация Т. Шульца, не полностью раскрывает суть понятия, оно имеет значительное приращение – измерение человеческого капитала с точки зрения «здоровья людей». Л. Туроу, определяя человеческий капитал как «их (людей) способность производить предметы и услуги» [Thurou, 1970, p. 116–117], предполагал, что обладание человеческим капиталом не является врожденным свойством, а способности человека рассматривал как фактор формирования и накопления человеческих ресурсов [1999]. В менеджменте наблюдается смещение от

Рис. 1. Эволюция концепций управления человеческими ресурсами
Fig. 1. The evolution of the Human Resources Management concepts

простого использования рабочей силы в сторону управления персоналом путем индивидуального развития работника.

XXI век ознаменовал переход от экономики производства к экономике знаний, возникло информационное общество. Ведущей отраслью экономики стала индустрия знаний. Экономическая наука признала человеческие ресурсы сложным интенсивным фактором развития, а в сочетании с инновациями и новыми технологиями – фундаментом роста ВВП.

По мнению российского ученого С.М. Климова, человеческие ресурсы – это неотъемлемая категория современной интеллектуализированной экономики. Структурным элементом он определяет биофизический капитал, социальные и интеллектуальные ресурсы личности, а также приводит подтверждение зависимости эффективности использования человеческого капитала в производстве от факторов общественной среды [2008, с. 78]. С точки зрения Ф. Ротермеля, человеческие ресурсы дают небольшую выгоду организациям, потому что их можно легко покупать и продавать на открытом рынке [Rothaermel, 2012, p. 5]. В экономике знаний именно нематериальные способности и навыки рабочей силы могут внести вклад в капитал фирм. Наиболее актуальные определения человеческого капитала характеризуют его как «людей, их производительность и их потенциал в организации» [Thomas, Smith, Diez, 2013, p. 3]. Включение термина «потенциал» в определение является ключевым, так как указывает на возможность развивать человеческие навыки и способности с течением времени посредством обучения. Таким образом, качество человеческих ресурсов и циклы их развития являются главными факторами возбуждения инновационных волн и циклического развития отдельных стран и мировой экономики в целом.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ

Качество человеческих ресурсов выражается в совокупности характеристик, отражающих уровень развития физической, интеллектуальной, социальной составляющих, определяющих объем участия индивидуума в обеспечении социально-экономического развития и реализации инновационных преобразований в экономике. Главная цель управления качеством человеческих ресурсов на макроуровне – обеспечение национальной экономики человеческими ресурсами в количестве и качестве, необходимых и достаточных для осуществления перехода

к следующему технологическому укладу. При этом результативность управления определяется путем измерения социально-экономических показателей и их сравнения с аналогичными данными ведущих стран. Менеджмент на государственном уровне должен реализовываться на всех этапах жизни человека (а не только в конкретный период времени), создавая, таким образом, предпосылки для стабильного развития качества в долгосрочной перспективе и реализации концепции всеобщей ответственности за его состояние.

Здоровье является одной из главных составляющих качества человеческих ресурсов. Увеличение продуктивности трудоспособного населения напрямую связано с физическими возможностями человека, такими как выносливость, а также умственными способностями.

Механизм взаимного влияния экономического роста и здоровья населения представлен на рис. 2. Основными элементами, задействованными в данном механизме, являются: производительность труда (рост физической и умственной активности прямо повышает производительность труда), предложение на рынке труда (падение производительности труда при снижении уровня здоровья приводит к снижению заработной платы и, как следствие, негативно влияет на предложение труда), образование (чем выше уровень образования, тем выше производительность труда), накопление сбережений и инвестиций. В структуру этого механизма в последнее время все активнее встраивается экономический феномен под названием «медицинские услуги».

В принципе, проблема определения медицинской услуги в современной науке до настоящего времени является дискуссионной. Подходы к детерминации данного явления в отечественной и иностранной научной литературе у авторов существенно разнятся. Однако понимание сущности и природы понятия «медицинская услуга» имеет принципиально важное значение не только для поставщика данной услуги, но и для каждого индивидуума, являющегося потенциальным пациентом от момента рождения и до момента смерти, и для социума в целом. Медицинские услуги обладают следующими характеристиками особенностями: носят ярко выраженный индивидуальный характер, обусловленный состоянием здоровья конкретного пациента; могут быть как материальными (осязаемыми), так и нематериальными (неосязаемыми); предполагают непосредственный контакт производителя и потребителя; не имеют свойств к накоплению и сохранению в течение определенного отрезка времени, что

Рис. 2. Взаимозависимость здоровья и экономики [Bloom, Canning, Jamison, 2004]

Fig. 2. Interdependence of health and economy

делает невозможным их сравнение и оценку до момента получения; не подлежат возврату; зачастую имеют сложную структуру и высокую социальную приоритетность при относительно низкой эластичности спроса на них.

Исторически здравоохранение в нашей стране было под полной юрисдикцией государства – финансирование осуществлялось исключительно из государственных источников, целевые показатели устанавливались в рамках государственного плана социально-экономического развития, государство выступало гарантом качества медицинской помощи, осуществляло снабжение медицинских учреждений. С 1991 г. одновременно с перестройкой, переводом российской экономики «на рыночные рельсы» началась децентрализация системы здравоохранения: изменение источников финансирования, появление системы медицинского страхования, трансформация отношений врач – пациент, где пациент выступает не только как больной, но и как потребитель услуги. Современное состояние и проводимые реформы системы здравоохранения усиливают дискуссионность в отношении терминов «медицинская помощь» и «медицинская услуга». В этой связи представляется целесообразным уточнение этих двух понятий. Существуют три основные точки зрения на соотношение медицинской помощи и медицинской услуги: отождествление, разотождествление, поиск общего и частного (табл. 1).

РОЛЬ НОВОГО ПОДХОДА К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

В понимании авторов медицинская услуга может трактоваться не просто как единойжды выполненная услуга, а как строго индивидуализированный комплекс мероприятий по выявлению, формированию и удовлетворению спроса пациента, сопровождающий его в течение всей жизни. Данный подход является перспективным, поскольку позволяет оценивать каждого индивидуума и как субъект, и как объект медицины. Ответственность за поддержание и сохранение здоровья, а также отчасти за его возвращение, в первую очередь лежит на личности. Обладая максимально полной информацией (электронные и бумажные носители, память) о своем анамнезе, человек принимает решение о профилактике (выполнение физических упражнений, чистка зубов, правильное питание), самолечении (прием безрецептурных лекарственных препаратов) или обращении к специалистам (госпитализация, амбулаторное лечение).

Система отношений личности и здравоохранения выглядит следующим образом. В центре всего находится человек с индивидуальной историей болезни и подходом к анамнезу, сформированным окружающим социумом. Именно индивидуум определяет признаки болезни, инициирует диагностику, принимает решение

Таблица 1 – Соотношение дефиниций «медицинская помощь» и «медицинская услуга»
Table 1 – Correlation between the definitions of “medical care” and “medical service”

Подход	Источник	Трактовка
Медицинская помощь = медицинская услуга	Пронин И.А. [2012, с. 58]	«...При отсутствии легальных определений понятий “помощь” и “услуга” применительно к медицине, данные понятия следует считать тождественными»
Медицинская помощь ≠ медицинская услуга	Лисицын Ю.П. [2010, с. 479]	«Услуга – это нематериальное благо, обладающее определенной ценностью; носит товарный характер»
	Комаров Ю.М. [2009]	«...Всё то, что обеспечивает условия для оказания необходимой медицинской помощи, фактически и является услугами, которые в здравоохранении могут иметь сервисный или парамедицинский характер»
	Рашупкина Е.И. [2012, с. 43]	«Эти понятия необходимо разделить ввиду того, что это вступает в противоречие с Конституцией РФ, где в ст. 41 четко написано: “Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно”, и Гражданским кодексом Российской Федерации, который определяющим критерием услуги (в том числе медицинской) указывает ее возмездность»
Медицинская помощь – частное медицинской услуги	Абдуллина В.С. [2007, с. 7–8]	«...Соотношение понятий “медицинская деятельность” – “медицинская услуга” – “медицинская помощь” подчиняется диалектике общего и частного. Медицинская услуга является составной частью медицинской деятельности, в свою очередь, медицинская помощь как категория социально-нравственная является обязательной составляющей медицинской услуги»
Медицинская услуга – частное медицинской помощи	Мелихов А.В. [2006, с. 8]	«...Медицинская помощь чаще всего проявляется посредством медицинской услуги, а ее оказание хозяйствующими субъектами является частным и особым случаем предпринимательской деятельности»
	Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 2	«Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг... медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение»

о лечении, восстановлении или поддержании здоровья. Однако полностью самостоятельно удовлетворить исходящий спрос человек не может, так как, даже будучи медицинским работником, не обладает полной и достаточной информацией во всех сферах охраны здоровья. Спрос может быть удовлетворен с помощью потребления профессиональных услуг (от государственных до частных). Именно в этот момент происходит трансформация личности в пациента. В случае с медициной накопленная информация и опыт требуют частного подхода и могут быть применены исключительно с учетом индивидуальных особенностей.

В постоянно изменяющихся современных условиях трансформируются подходы к предоставлению медицинской услуги. Если середине XX века был присущ индивидуальный подход к работе с пациентом (вызов врача на дом, осмотр с использованием минимального объема переносного оборудования), то в начале XXI века более распространенным стал стандартизированный подход (стандартный комплексный набор исследований на базе медицинского учреждения, реализация стандартных схем лечения, индивидуальный подход только в случае нестандартного течения заболевания или отсутствия достаточного опыта эффективного лечения). Изменение подхода к получению медицинской помощи совместно с инновациями за последние 50 лет привело к обеспечению наивысшей качественной продолжительности жизни за всю историю человечества, а также способствовало значительному росту стоимости медицинского обслуживания и, как следствие, увеличению государственных и частных расходов на здравоохранение. Однако стандартизированный подход, несмотря на значительный вклад в развитие человеческого капитала, также не является совершенным в силу того, что не учитывает индивидуальные особенности и потребности. Перспективный подход предусматривает обращение к нуждам индивидуума для определения потребности нации, выявление причин и профилактику заболеваний, а также гармоничное функционирование автономных частей здравоохранения (пациента, частного и государственного секторов).

Таким образом, перед государством стоит задача не просто увеличить среднюю продолжительность жизни граждан, но и обеспечить ее максимально качественное наполнение. Ценность здорового года жизни как для индивидуума, так и для общества в целом выражается в упущенных выгодах или затратах, понесенных в результате потери здорового года жизни по причине болезни или смерти, под которыми понимаются экономические последствия, социальные расходы, потерянное рабочее время вследствие преждевременной смерти, инвалидности или больничного, потеря качества жизни, потеря продуктивности на работе (презентеизм). В условиях низкой обеспеченности медицинские расходы приводят к быстрому истощению ресурсов домохозяйств, оказывая негативное влияние и повышая уровень бедности как в отдельной стране, так и в мире в целом.

Это требует от государства при планировании бюджета первостепенного внимания к здоровью населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, для полного удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи в соответствии с современным уровнем внедрения медицинских технологий затраты на здравоохранение должны составлять не менее 12% ВВП. Фундаментальные потребности населения с приемлемым уровнем качества могут быть удовлетворены при уровне расходов не менее 6–8% ВВП. Критический порог финансирования здравоохранения определен ВОЗ на уровне 5% ВВП¹. При этом чем больше в стране подушевой доход и объем общих расходов на здравоохранение, тем выше страна находится в рейтинге по индексу развития человеческого потенциала. В большинстве стран с максимальными фактическими значениями индекса человеческого развития расходы на здравоохранение приближаются к уровню целевого показателя ВОЗ и уже практикуется индивидуализированный подход в выявлении, формировании и удовлетворении долгосрочного спроса пациентов.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОЗАВИСИМОСТИ СОСТОЯНИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЭКОНОМИЧЕСКОГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ СТРАНЫ

В 2017 г. совокупные государственные расходы на здравоохранение достигли колоссального уровня – 10% мирового ВВП (7,2 трлн дол.)². Уровень расходов на здравоохранение на душу населения в мире составляет 1002 дол. и демонстрирует планомерный рост (рис. 3). Услуги в области здравоохранения носят в основном публичный характер, так как охрана здоровья граждан является одной из основных конституционных функций государства. Более того, здравоохранение неразрывно связано с экономическим благополучием страны. Следовательно, вопрос предоставления услуг в системе здравоохранения является проблемой национальной безопасности и жестко регулируется правительством.

Состояние национальной экономики тесно взаимосвязано с уровнем развития здравоохранения в целом и здоровьем населения. Улучшение здоровья населения за счет роста расходов на здравоохранение и, как следствие, повышение работоспособности приводят к значительному увеличению производительности труда, качественному и количественному росту предложения рабочей силы, а также экономических показателей. Помимо непосредственных расходов на здравоохранение, государство косвенно способствует накоплению и реализации человеческого капитала.

Для подтверждения данного тезиса нами рассмотрены социально-экономические показатели ряда стран (табл. 2), продемонстрировавших значительное их приращение за 20-летний период. В рассматриваемой группе ВВП на душу населения вырос в среднем в 2 раза.

¹ WHO Global Health Expenditure Atlas. World Health Organisation. 2014. Pp. 3–4.

² World Bank. URL: <http://data.worldbank.org/>.

Рис. 3. Расходы на здравоохранение в мире на душу населения в 2000–2017 гг., дол.

Fig. 3. Global health care expenditure per capita in 2000–2017, US dollars

Таблица 2 – Социально-экономические показатели в странах-лидерах по объему расходов на здравоохранение
Table 2 – Socio-economic indicators in the countries with the highest health expenditure

Страна	1995			2017			
	ВВП на душу населения, дол. США	Продолжительность жизни, лет	Индекс развития человеческого потенциала	ВВП на душу населения, дол. США	Продолжительность жизни, лет	Индекс развития человеческого потенциала	
						Значение	Место в мире
Швейцария	48540,6	78	0,848	80189,1	84	0,944	2
Япония	43440,4	79	0,840	38428,1	84	0,909	19
Австралия	20360,2	78	0,883	53799,9	83	0,939	3
Маршалловы острова	2356,8	77	н/д	3753,3	83	0,709	106
США	28782,2	76	0,877	54539,7	80	0,924	13
Чили	5137,4	75	0,727	15346,4	80	0,843	44
Мексика	3828,7	72	0,669	8902,8	77	0,774	74
Бразилия	4740,1	66	0,648	9821,4	76	0,759	79
Китай	609,7	70	0,55	8827,0	76	0,752	86
Марокко	1428,1	66	0,489	3007,2	76	0,667	123
Российская Федерация	2665,7	67	0,700	10743,1	71	0,816	49
Нигерия	264,3	46	н/д	1968,6	54	0,527	157

Составлено по: Human Development Reports. URL: <http://hdr.undp.org>; World Bank. URL: <http://data.worldbank.org/>; World Health Organisation. URL: <http://apps.who.int/nha/database>.

По этому показателю в 2017 г. страны-лидеры занимали ведущее положение в мире. Ожидаемая продолжительность жизни также характеризуется значительным приростом. По индексу развития человеческого потенциала, учитывающему уровень жизни, образования, долголетия и грамотности как основные характеристики человеческого капитала исследуемой территории, лидируют развитые страны (Швейцария, Австралия, США, Япония).

Очевидна прямая корреляционная взаимозависимость здоровья населения и экономического роста. По мере улучшения здоровья населения страны, измеряемого, например, увеличением средней продолжительности жизни, уровнем вакцинации от некоторых заболеваний и общих (государственных и частных) расходов на здравоохранение, можно ожидать положительной динамики макроэкономических показателей.

Анализ данных табл. 3, где страны проранжированы по объему расходов на здравоохранение в среднедушевом исчислении, доказывает, что объемы и структура

расходов на здравоохранение объективно отражают уровень социального развития страны. Страны-лидеры по объему расходов на здравоохранение отличаются высоким уровнем развития технологий и инновационного развития. Согласно данным Всемирной организации интеллектуальной собственности и Всемирного банка, Швейцария, США и Австралия входят в число лидеров по инновационному развитию, а также демонстрируют высокие показатели в объеме патентов, доле трудоустроенных в наукоемких отраслях и уровне расходов на научно-инновационное развитие. Рассматриваемые развивающиеся страны, за исключением Китая, не могут конкурировать по данным показателям с развитыми и довольствуются исключительно догоняющей моделью инновационного развития¹.

¹ The Global Innovation Index 2017: Innovation Feeding the World. Cornell University. INSEAD. and the World Intellectual Property Organization. 2017. P. 14-15, 336, 358, 373.

Таблица 3 – Структура расходов ряда стран на здравоохранение в 2000–2017 гг.
Table 3 – Structure of health expenditure in particular countries, 2000–2017

Страна	2000			2017		
	Расходы на здравоохранение, % ВВП		Общие расходы на здравоохранение на душу населения, дол. США	Расходы на здравоохранение, % ВВП		Общие расходы на здравоохранение на душу населения, дол. США
	общие	государственные		общие	государственные	
Швейцария	9	5	3541	12	9	9818
США	13	6	4562	17	8	9536
Австралия	7	5	1632	9	0	4934
Япония	8	6	2740	9	0	3733
Чили	7	4	359	8	5	1102
Бразилия	8	3	313	9	4	780
Маршалловы острова	25	15	535	22	12	747
Мексика	5	2	310	6	3	535
Российская Федерация	5	3	95	6	3	524
Китай	4	1	43	5	3	426
Марокко	4	1	54	6	2	160
Нигерия	3	1	15	4	1	98

Составлено по: World Health Organisation. URL: <http://apps.who.int/nha/database>.

Расходы на здравоохранение могут значительно варьироваться в зависимости от состояния экономики и модели здравоохранения (от 17% в США до 4 % в Нигерии). Частнопредпринимательское финансирование предполагает лимитирование объема оказанной медицинской помощи размером страхового полиса: обеспеченные слои населения получают доступ к большему количеству и более высокому качеству оказываемых услуг. При страховой модели здравоохранения медицинское обслуживание обеспечивается за счет целевых взносов организаций, работников и государственных субсидий. Государственное финансирование здравоохранения подразумевает перераспределение доходов богатых граждан в пользу более бедных. Аккумулирование затрат на медицинское обслуживание происходит через систему налогообложения (чаще прогрессивную) или за счет страховых взносов. Минимальная медицинская помощь предоставляется всем, в том числе и социально не обеспеченным слоям населения, освобожденным от обязательных отчислений. Равноправие в сфере здравоохранения, гарантируемое государством, – главная отличительная черта данной модели.

Вопрос поиска идеального соотношения доли государственного и частного капитала в здравоохранении остается дискуссионным. Страны различаются не только конкретными проблемами, с которыми они сталкиваются, но и уже существующими системами финансирования здравоохранения, которые развивались в течение определенного периода времени. Главный вопрос: где проходит тонкая грань между государственным контролем и «невидимой рукой Адама Смита». С одной стороны, конкурентная среда рынка медицинских услуг оказывается более эффективной для обеспечения необходимого уровня инноваций. С другой стороны, опыт

наиболее развитых стран подтверждает, что зачастую частные клиники предпочитают специализироваться на предоставлении выгодных простых услуг для платежеспособных слоев населения, в то время как государству достаются больные с редкими или хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящего постоянного лечения. Правительства гарантируют доступ незащищенных слоев населения к базовым медицинским услугам и обеспечивают их справедливое распределение. В большинстве случаев система здравоохранения требует правомерного регулирования, достаточного финансирования и контроля над ценами со стороны правительства, а также бесперебойной поставки услуг частным сектором.

ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Обратимся к опыту ведущих стран по объему расходов на здравоохранение в реализации комплексного и долгосрочного подхода к предоставлению медицинских услуг. Так, в США реализуется частнопредпринимательская модель здравоохранения. Частное медицинское страхование может оплачиваться как работодателем, так и самим гражданином. Государство берет на себя только частичное финансирование лечения самых незащищенных слоев населения (Medicaid). Данная система зарекомендовала себя как надежная вследствие высокой конкуренции среди поставщиков медицинских услуг. Однако, несмотря на самый высокий уровень расходов на здравоохранение в мире, система оплаты оказанных медицинских услуг в США является недостаточно эффективной, так как поощряет количество, а не качество выполненной работы и увеличивает не-

равенство среди различных групп населения. Принцип персонализированного комплексного подхода к предоставлению медицинских услуг в течение всей жизни реализуется путем «прикрепления» к семейному доктору – специалисту по общей терапии. К выбору данного врача американцы подходят очень тщательно, руководствуясь рекомендациями знакомых или страховой компании, изучив подробные сведения обо всех семейных врачах и аффилированных с ними медицинских учреждениях в сети Интернет. Семейный доктор ведет больного в течение всей жизни, направляет на анализы и скрининг, инициирует консультации у специалистов узкого профиля, выписывает рецепты [Журавлев, 2015, с. 14].

В Швейцарии система здравоохранения представляет собой уникальную комбинацию всеобщего обязательного медицинского страхования и рыночного подхода к оказанию медицинской помощи, что обеспечивает гражданам простой доступ к широкому спектру медицинских услуг. Базовые полисы обязательного медицинского страхования (ОМС) покрывают стоимость единого перечня услуг, регламентируемого государством. В список включены не только амбулаторное и стационарное лечение, медицинская помощь на дому (Spitex), но и профилактические мероприятия, например, плановые медицинские осмотры, скрининг для ранней диагностики некоторых заболеваний и вакцинация. Более того, в Швейцарии реализована система софинансирования медицинской помощи пациентами. Соплатежи составляют 10% стоимости медицинских услуг и 20% стоимости оригинальных фармацевтических препаратов по рецептам [Жукова, 2016, с. 14]. Данный подход позволяет при относительно невысоком бремени повысить и распределить ответственность за охрану здоровья между государством и гражданами.

Японское экономическое чудо затронуло и систему здравоохранения. При ее формировании упор был сделан прежде всего на профилактическую медицину. Просветительская работа среди населения велась планомерно, были организованы периодические медицинские осмотры и вакцинация. Главной целью японского здравоохранения стала доступность медицинских услуг всем гражданам страны без исключения в любое время и повсеместно с минимальной платой за них. Начиная с 1970-х годов фокус переместился на увеличение числа врачей, совершенствование системы медицинского образования, а также рост доли государства в финансировании медицинских услуг [Жукова, 2015, с. 21]. Исходя из текущих реалий демографической ситуации Японии существенной статьей государственных расходов на здравоохранение является поддержка пожилого населения: предоставление бесплатной медицинской страховки, лечебно-оздоровительных путевок не только в национальные, но и в зарубежные санатории. Главной особенностью японского здравоохранения является полная диджитализация и автоматизация лечебного процесса. Иногда кажущаяся бездушная, данная система позволяет не только моментально получить полные данные

о состоянии здоровья человека на протяжении его жизни, но и практически исключить человеческий фактор (врачебную ошибку, нарушение врачебной этики и т.д.).

В Российской Федерации расходы на здравоохранение едва превышают критический уровень, определенный ВОЗ. Несмотря на исторически сложившуюся инфраструктуру, наличие научной базы и высококвалифицированных специалистов, определенные положительные трансформации, имеющие место последние годы, отставание России в сфере здравоохранения сохраняется. По результатам исследования, проведенного Международной консалтинговой компанией The Boston Consulting Group, был выделен ряд проблем российской медицины, без решения которых невозможно наращивание человеческого капитала¹:

- низкий уровень ответственности пациентов (нездоровый образ жизни, игнорирование рекомендаций врача, самолечение);
- перекос элементов цепочки лечения (исключительное внимание непосредственно лечению, отсутствие должного объема профилактики, диагностики и реабилитации);
- информационно-технологическая отсталость (недостаток интегрированных (в формате регистров) и открытых данных о здоровье конкретного пациента, современных технологических возможностях);
- устаревшие стандарты и др.

Для достижения быстрых и эффективных результатов России следует выбрать опережающий сценарий реализации инноваций в системе здравоохранения, перенимая опыт стран, уже успешно осуществивших реформы в данной сфере.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущие инновационно развитые страны реализуют комплексный подход к наращиванию качества человеческих ресурсов, который предполагает не одnorазовые акции по финансированию здравоохранения, а планомерную и постоянную поддержку системы. В ходе исследования были проанализированы подходы к роли человеческих ресурсов в экономике, уточнено понятие медицинской услуги и изучен опыт индустриально развитых стран по реализации комплексного индивидуализированного подхода к предоставлению медицинских услуг. Это позволило авторам выработать рекомендации по организации системы российского здравоохранения, направленные на наращивание качества человеческих ресурсов и стимулирование следующих инновационных скачков:

- перенос внимания от лечебной и паллиативной помощи к выявлению и профилактике первопричин болезни;
- активное вовлечение пациентов в принятие терапевтических решений;
- автоматизация процесса оказания медицинских услуг;

¹ Здоровое здравоохранение: шаг в будущее для российской медицины (2018). The Boston Consulting group.

- создание конкуренции в отрасли;
- внедрение принципа постоянного совершенствования во всех звеньях системы здравоохранения.

Предложенный подход позволит более рационально распоряжаться имеющимися ресурсами, а также проводить национальную политику в области здравоохра-

нения в соответствии с экономическими, финансовыми и социальными интересами России. Реализация страной комплексного подхода скажется положительно в первую очередь на социальных показателях, а затем выльется в экономические выгоды. ■

Источники

- Абдуллина В.С. (2007). Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Казань.
- Жукова А. (2015). Японское чудо. Медицина Страны восходящего солнца // *АиФ Здоровье*. № 22.
- Жукова О. (2016). Медицина Швейцарии. Доступное и качественное лечение для всех // *ЛекОбоз*. № 3.
- Журавлев Л. (2015). В США болеть накладно. Как строится страховая медицина в Америке // *ЛекОбоз*. № 1-2.
- Климов С.М. (2008). Ваш человеческий и социальный капитал // *Экономика и жизнь*. № 1.
- Комаров Ю.М. (2009). Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги? URL: www.viperson.ru.
- Лисицын Ю.П. (2010). Общественное здоровье и здравоохранение. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа
- Лист Ф. (2017). Национальная система политической экономии. М.: Социум, ЛКИ.
- Маркс К. (1974). Капитал. Критика политической экономии // Соч. 2-е изд. Т. 49. М.: Политиздат.
- Мелихов А.В. (2006). Гражданско-правовая ответственность за вред, причиненный здоровью или жизни пациента (вопросы теории и практики): автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Волгоград.
- Милль Дж.С. (1980). Основы политической экономии: в 3 т. М.: Прогресс. Т. 1.
- Пронин И.А. (2012). Соотношение понятий «помощь» и «услуга» в медицине: анализ гражданского законодательства // *Юридическая наука: история и современность*. № 1.
- Ращупкина Е.И. (2012). К вопросу о некоторых дефинициях Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» // *Сибирский юридический вестник*. № 1.
- Сэй Ж.-Б. (2000). Трактат по политической экономии. М.: Дело.
- Туроу Л. (1999). Будущее капитализма. Как сегодняшние экономические силы формируют завтрашний мир. Новосибирск: Сибирский хронограф.
- Becker G.S. (1993). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bloom D.E., Canning D., Jamison D.T. (2004). Health, Wealth and Welfare. *Finance and Development*, vol. 41(1), pp. 10–15.
- Fisher I. (1927). *The Nature of Capital and Income*. London.
- Petty W. (1992). *Several Essays in Political Arithmetick: With Memoirs of the Author's Life*. L.: Routledge Thoemmes Press.
- Rothaermel F.T. (2012). *Strategic Management Concepts and Cases*. N.Y.: McGraw-Hill/Irwin.
- Schultz T.W. (1961). Investment in Human Capital. *American Economic Review*, vol. 51, pp. 1–17.
- Schultz T.W. (1971). *Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research*. N.Y.: The Free Press.
- Thomas H., Smith R.R., Diez F. (2013). *Human Capital and Global Business Strategy*. N.Y.: Cambridge University Press.
- Thurow L. (1970). *Investment in Human Capital*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, Inc.

Информация об авторах

МАЛЬЦЕВ Андрей Александрович

Доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой мировой экономики. **Уральский государственный экономический университет** (620144, РФ, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта/Народной Воли, 62/45). E-mail: kafedra_meo_usue@mail.ru.

ФЕЧИНА Алена Олеговна

Ассистент кафедры мировой экономики. **Уральский государственный экономический университет** (620144, РФ, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта/Народной Воли, 62/45). E-mail: afechina_1@mail.ru.

DOI: 10.29141/2218-5003-2019-10-2-7

A medical service in the HR quality management system

Andrey A. MALTSEV, Alyona O. FECHINA

Abstract. The paper discusses the influence of a conceptually new approach to a medical service's definition on preservation, reproduction and development of human resources. Methodologically the study relies on the evolution of Human Resources Management concepts. The main research methods include analyzing the approaches to establishing the place and role of a human in national economy, examining the correlation between the concepts of medical care and a medical service and juxtaposing the experience of different nations in the healthcare system organization. The authors find that the most remarkable transformations occurred in the periods between industrial revolutions: from perceiving a human as a tool to treating an individual as one of the major driving forces of economic development. The research results show that human is viewed not only as an object of the healthcare system, but also as its main subject (formation of demand, control, result evaluation). The paper proposes a brand-new method for organizing the Russian healthcare system that deals with a medical service as a strictly individualized set of measures designed to identify, form and satisfy patients' demand for lifetime healthcare services. The study underlines that industrialized countries already practice the individualized approach to treatment. It demonstrates that there is a correlation between the level of healthcare as a systemically important element of HR management and the main macroeconomic indicators. This fact predetermines how citizens' health and public healthcare affect economic development at large and its individual industries in particular, as well as the impact of economy on people's physical well-being.

Keywords: human resources; human resources management; human resources quality; medical services market; innovation economy; labour productivity; macroeconomic indicators.

JEL Classification: E24

Funding: The paper is supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFFI), project no. 18-010-00056.

Paper submitted: February 7, 2019.

For citation: Maltsev A.A., Fechina A.O. (2019). A medical service in the HR quality management system. *Upravlenets – The Manager*, vol. 10, no. 2, pp. 62–72. DOI: 10.29141/2218-5003-2019-10-2-7.

References

- Abdullina V.S. (2007). *Grazhdansko-pravovaya otvetstvennost' za narusheniya v sfere okazaniya meditsinskikh uslug: nekotorye voprosy teorii i praktiki: avtoref. diss. kand. yurid. nauk* [Civil liability for violations in the provision of medical services: some questions of theory and practice. Abstract of Cand. sci. diss. (law)]. Kazan.
- Zhukova A. (2015). Yaponskoe chudo. Meditsina Strany voskhodyashchego solntsa [Japanese miracle. Medicine of the Land of the Rising Sun]. *AiF Zdorov'e – Arguments and Facts. Health*, no. 22.
- Zhukova O. (2016). Meditsina Shveytsarii. Dostupnoe i kachestvennoe lechenie dlya vseh [Medicine of Switzerland. Affordable and quality treatment for all]. *LekOboz – Medical Review*, no. 3.
- Zhuravlev L. (2015). V SSHA bolet' nakladno. Kak stroitsya strakhovaya meditsina v Amerike [It is expensive to be ill in the USA. Medical insurance in America]. *LekOboz – Medical Review*, no. 1-2.
- Klimov S.M. (2008). Vash chelovecheskiy i sotsial'nyy kapital [Your human and social capital]. *Ekonomika i zhizn' – Economy and Life*, no. 1.
- Komarov Yu.M. (2009). *Chto okazyvayut meditsinskie uchrezhdeniya: meditsinskuyu pomoshch' ili meditsinskie uslugi?* [What do medical institutions provide: medical aid or medical services]. Available at: www.viperson.ru.
- Lisitsyn Yu.P. (2010). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2-e izd. [Public health and healthcare. 2nd ed.]. Moscow: GEO-TAR-Media.
- List F. (2017). *Natsional'naya sistema politicheskoy ekonomii* [The national system of political economy]. Moscow: Sotsium, LKI.
- Marks K. (1974). *Kapital. Kritika politicheskoy ekonomii. Soch.* 2-e izd. T. 49 [Capital. Criticism of political economy. 2nd ed. Vol. 49]. Moscow: Politizdat.
- Melikhov A.V. (2006). *Grazhdansko-pravovaya otvetstvennost' za vred, prichinennyy zdorov'yu ili zhizni patsienta (voprosy teorii i praktiki): avtoref. dis. kand. yurid. nauk* [Civil liability for the harm caused to the health or life of a patient (theory and practice). Abstract of Cand. sci. diss. (law)]. Volgograd.
- Mill J.S. (1980). *Osnovy politicheskoy ekonomii* [Fundamentals of political economy]. Moscow: Progress. T. 1.
- Pronin I.A. (2012). Sootnoshenie ponyatiy «pomoshch'» i «usluga» v meditsine: analiz grazhdanskogo zakonodatel'stva [Comparing the concepts of aid and service in medicine: an analysis of civil law]. *Yuridicheskaya nauka: istoriya i sovremennost' – Legal Science: History and Modernity*, no. 1.
- Rashchupkina E.I. (2012). K voprosu o nekotorykh definitsiyakh Federal'nogo zakona «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan Rossiyskoy Federatsii» [On some definitions of the Federal Law "On the basis of protecting the health of citizens of the Russian Federation"]. *Sibirskiy yuridicheskoy vestnik – Siberian Law Herald*, no. 1.
- Sey Zh.-B. (2000). *Traktat po politicheskoy ekonomii* [A treatise on political economy]. Moscow: Delo.
- Thurrow L. (1999). *Budushchee kapitalizma. Kak segodnyashnie ekonomicheskie sily formiruyut zavtrashniy mir* [The future of capitalism. How today's economic forces shape the world of tomorrow]. Novosibirsk: Sibirskiy khronograf.
- Becker G.S. (1993). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bloom D.E., Canning D., Jamison D.T. (2004). Health, Wealth and Welfare. *Finance and Development*, vol. 41(1), pp. 10–15.
- Fisher I. (1927). *The Nature of Capital and Income*. London.
- Petty W. (1992). *Several Essays in Political Arithmetick: With Memoirs of the Author's Life*. London: Routledge Thoemmes Press.

- Rothaermel F.T. (2012). *Strategic Management Concepts and Cases*. N.Y.: McGraw-Hill/Irwin.
- Schultz T.W. (1961). Investment in Human Capital. *American Economic Review*, vol. 51, pp. 1–17.
- Schultz T.W. (1971). *Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research*. N.Y.: The Free Press.
- Thomas H., Smith R.R., Diez F. (2013). *Human Capital and Global Business Strategy*. N.Y.: Cambridge University Press.
- Thurow L. (1970). *Investment in Human Capital*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, Inc.

Information about the authors

Andrey A. MALTSEV

Dr. Sc. (Econ.), Professor, Head of Global Economics Dept. **Ural State University of Economics** (62/45 8 Marta/Narodnoy Voli St., Ekaterinburg, 620144, Russia). E-mail: kafedra_meo_usue@mail.ru.

Alyona O. FECHINA

Jr. Lecturer of Global Economics Dept. **Ural State University of Economics** (62/45 8 Marta/Narodnoy Voli St., Ekaterinburg, 620144, Russia). E-mail: afechina_1@mail.ru.