

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет»

На правах рукописи



Сафаров Михаил Андреевич

**УПРАВЛЕНИЕ БИЗНЕС-МОДЕЛЮ
НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ СТЕЙКХОЛДЕРОВ**

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата экономических наук

Специальность 5.2.6 – Менеджмент

Научный руководитель:

доктор экономических наук, доцент

Орехова Светлана Владимировна

Екатеринбург – 2024

Оглавление

Введение	4
1 Теоретические аспекты управления бизнес-моделью медицинской организации	11
1.1 Управленческие подходы к исследованию факторов эффективности в организации	11
1.2 Специфика бизнес-модели и институционального дизайна медицинской организации	21
1.3 Проблемы выбора критериев и показателей эффективности медицинской организации	37
Выводы по главе 1	56
2 Методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации на основе стейкхолдерской теории	58
2.1 Эволюция и применение стейкхолдерской теории в управлении бизнес-моделью организации	58
2.2 Анализ практик и инструментария оценки влияния стейкхолдеров на деятельность медицинской организации	66
2.3 Методическое обеспечение оценки эффективности бизнес-модели медицинской организации на основе иерархии стейкхолдеров	77
Выводы по главе 2	83
3. Управление бизнес-моделью медицинской организации на основе учета баланса «издержки – выгоды» ее стейкхолдеров: эмпирическое исследование	85
3.1 Апробация методического обеспечения оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров (на примере федеральной сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск»)	85
3.1.1 Анализ эффективности деятельности федеральной сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск»	85

3.1.2 Влияние стейкхолдеров на результаты деятельности медицинской организации: эконометрические оценки	96
3.1.3 Алгоритм оценки эффективности стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск» на основе взаимосвязи «издержки – выгоды»	104
3.2 Инструменты управления бизнес-моделью медицинской организации на основе совершенствования ценностного предложения.....	118
Выводы по главе 3.....	128
Заключение.....	130
Список литературы.....	139
Публикации автора по теме исследования	155
Приложение А Типовые расчеты отдельной медицинской организации	158

Введение

Актуальность темы исследования. Исследования эффективности организации и ее отдельных бизнес-моделей в стратегическом менеджменте ориентированы на поиск механизмов воздействия на управляемый объект, а следовательно, на выявление причин и условий, определяющих это воздействие. Эволюция идей концепции стратегического управления приводит к пониманию, что источником эффективности организации выступают одновременно и внешняя, и внутренняя среда. Такой двуединый, полисубъектный подход получил развитие в методологии стейкхолдерской теории. Однако на сегодняшний момент имеется противоречие: стейкхолдерская теория в управлении организациями становится все более востребованной, но по-прежнему недостаточно разработанными остаются методические аспекты и прикладные рекомендации ее использования. Без практико-ориентированного управленческого инструментария невозможно добиться эффективного функционирования и развития бизнес-модели конкретной организации с учетом интересов всех стейкхолдеров.

Медицинская организация как единица анализа обладает особыми характеристиками, объясняемыми институциональным контекстом рынка здравоохранения, в котором она функционирует, сложным характером оценки качества производимых ею благ и принципиально различающимися подходами стейкхолдеров к пониманию параметров ее эффективности. Однако в первую очередь особые черты медицинской организации обусловлены тем, что источники монетизации ее бизнес-модели основываются на двухуровневом ценностном предложении: для клиентов (жителей территории) и для государства (заказчика общественного блага). При этом население обслуживаемого региона опосредованно участвует в процессах монетизации медицинской организации, фактическое финансирование осуществляется в рамках систем обязательного и добровольного медицинского страхования. Таким образом, экономическая жизнеспособность медицинской организации зависит от множества

разновекторных параметров, слабо связанных с декларируемым ценностным предложением – качеством предоставляемых населению услуг. Этот факт может существенным образом влиять на критерии оценки эффективности и подходы к управлению бизнес-моделью медицинской организации.

Актуальность диссертационной работы обусловлена необходимостью теоретического осмысления и методического обеспечения управления бизнес-моделью медицинской организации с учетом интересов ее стейкхолдеров. Фрагментарными остаются исследования специфики бизнес-модели медицинской организации, аспекты влияния параметров рынка и отдельных стейкхолдеров на эффективность ее функционирования. Вопросы выбора критериев измерения эффективности медицинской организации с учетом выгод и издержек заинтересованных сторон в настоящий момент не до конца изучены.

Степень научной разработанности исследуемой проблемы. Проблемы управления организацией на основе учета баланса интересов стейкхолдеров освещены в трудах Ж. С. Беляевой, А. А. Злыгостева, А. Е. Плахина, В. Л. Тамбовцева, И. Н. Ткаченко, Э. Фримена, A. Berle, G. Means, J. Frooman, T. Donaldson, L. Preston, T. Jones, J. Pfeffer, G. Salancik, J. Post и др.

Описание структуры и специфики элементов бизнес-моделей проведено в исследованиях Ж. С. Беляевой, Д. Е. Климанова, И. В. Краковецкой, Е. В. Неходы, С. В. Ореховой, О. А. Третьяк, R. Amit, C. Zott, A. Osterwalder, Y. Pigneur, C. Tucci, P. Timmers, C. Baden-Fuller, S. Haefliger и др.

Аспектам управления медицинскими организациями посвящены работы таких исследователей, как Ф. И. Бадаев, Е. Б. Дворядкина, М. Г. Колосницына, С. В. Сажина, А. О. Фечина, И. А. Шейман, С. В. Шишкин, M. Gaynor и др. Среди наиболее значимых научных работ, посвященных изучению эффективности деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, можно выделить труды Л. А. Габуевой, О. В. Кожевиной, О. Ф. Понкратовой, Н. А. Восколович, В. В. Назаровой, К. А. Борисенковой, В. Hollingsworth, A. Imani, A. Worthington и др.

Вопросам оценки взаимодействия медицинских организаций со стейкхолдерами посвящены труды М. М. Левкевич, Т. М. Скляра, А. Austen, J. D. Blair, M. D. Fottler, D. Daake, S. Malfait, К.-Р. Tampio и др.

Объектом диссертационного исследования являются процессы управления бизнес-моделью медицинской организации.

Полигоном исследования выступает федеральная сеть поликлиник ООО «Полимедика Челябинск», включающая семь медицинских организаций.

Область исследования. Содержание диссертации соответствует п. 6 «Методы и критерии оценки эффективности систем управления. Управление по результатам»; п. 14 «Стратегический менеджмент, методы и формы его осуществления. Бизнес-модели организации. Корпоративные стратегии. Стратегические ресурсы и организационные способности фирмы»; п. 32 «Управление организациями социальной сферы (культура, наука, образование, здравоохранение)» Паспорта научной специальности 5.2.6 – Менеджмент.

Предмет исследования – экономические и управленческие отношения, возникающие в процессе взаимодействия стейкхолдеров при управлении бизнес-моделью медицинской организации.

Целью диссертационного исследования является развитие теоретических подходов и методического инструментария управления бизнес-моделью на основе оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров.

Для достижения поставленной цели требуется решить следующие **задачи**:

1) систематизировать управленческие подходы для формирования дизайна исследования феномена бизнес-модели организации; определить особые черты бизнес-модели медицинской организации; на основе консолидации существующих методических подходов и практик отобрать релевантные показатели оценки эффективности, характеризующие бизнес-модель медицинской организации;

2) определить преимущества и недостатки стейкхолдерской теории как каркаса для исследования бизнес-модели медицинской организации; при помощи контент-анализа имеющихся работ, посвященных взаимодействию медицинской организации и ее стейкхолдеров, установить основные группы заинтересованных лиц;

предложить оригинальную иерархию (классификацию), которая позволила бы разработать комплексный методический подход к исследованию оценки эффективности медицинской организации с учетом баланса интересов ключевых стейкхолдеров;

3) в рамках авторского методического подхода разработать и обосновать экономико-статистический инструментарий и провести эмпирическое исследование, включающее оценку эффективности медицинской организации, анализ издержек и выгод стейкхолдеров медицинской организации, конструирование модели влияния стейкхолдеров на эффективность медицинской организации; на основе результатов апробации методического обеспечения предложить систему инструментов управления бизнес-моделью медицинской организации с учетом баланса интересов стейкхолдеров.

Научная новизна диссертации заключается в разработке и обосновании теоретических и методических положений управления бизнес-моделью на основе оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров, позволившей предложить инструменты, направленные на улучшение доставки ценностного предложения до потребителей услуг – государства и пациентов.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении научных представлений и разработке методического подхода к управлению бизнес-моделью медицинской организации на основе оценки ее эффективности и баланса «издержки – выгоды» заинтересованных сторон.

Практическая значимость исследования состоит в разработке прикладных рекомендаций и инструментов управления бизнес-моделью медицинских организаций на основе учета баланса интересов стейкхолдеров, включая развитие государственно-частного партнерства, а также совершенствование кадровой и маркетинговой политики. Эмпирические результаты диссертации будут полезны медицинским организациям первичного звена, федеральным и региональным органам власти при разработке эффективной системы здравоохранения.

Методология и методы исследования. Теоретико-методологическую основу диссертационного исследования составили теории стратегического менеджмента. Основы управления бизнес-моделью медицинской организации рассмот-

рены через призму концепции бизнес-модели. Для формирования методического подхода к оценке эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров использованы общие положения теории организации, стейкхолдерской теории и теории ресурсной зависимости.

Решение теоретических задач осуществлялось с применением общенаучных методов исследований, в том числе системного анализа и синтеза, моделирования, типологизации, контент-анализа.

Эмпирическая часть диссертации основана на использовании методов отбора количественных и качественных данных, структурного и динамического анализа, корреляционно-регрессионного анализа, конструирования степенных функций. В частности, анализ эффективности деятельности медицинских организаций осуществлен при помощи расчета показателей финансовой эффективности, эффективности использования ресурсов, оценки темпов роста показателей деятельности и др. Влияние стейкхолдеров, определяющих эффективность медицинской организации, измерено посредством конструирования эконометрической модели – множественной логит-регрессии. Анализ взаимосвязи издержек и выгод стейкхолдеров медицинской организации проведен с помощью степенных функций.

Информационно-эмпирическую основу исследования составили материалы внутренней отчетности и данные об экономической деятельности семи медицинских организаций, включенных в федеральную сеть поликлиник ООО «Полимедика Челябинск», полученные путем собственных исследований автора, сбора и анализа данных; публикации ведущих ученых в научных изданиях; нормативно-правовые акты и законодательство Российской Федерации, регламентирующие деятельность медицинских организаций.

Положения, выносимые на защиту.

1. Установлены специфические черты бизнес-модели медицинской организации, определяющие параметры ее эффективности, среди которых ключевыми являются наличие множественных форм и источников монетизации, основанных на двухуровневом ценностном предложении – для пациентов и для государства как заказчика общественного блага, а также использование при создании ценностного

предложения механизма медицинского страхования (п. 14 и 32 Паспорта научной специальности 5.2.6).

2. На основе методологии стейкхолдерской теории и концепции бизнес-модели разработана иерархия ключевых заинтересованных сторон по уровню их влияния на монетизацию бизнес-модели медицинской организации, которая позволила сформировать оригинальное трехэтапное методическое обеспечение, включающее алгоритм оценки экономической эффективности медицинской организации, комплексную методику анализа взаимосвязи издержек и выгод ее стейкхолдеров и инструментарий оценки влияния показателей, характеризующих деятельность стейкхолдеров, на эффективность медицинской организации (п. 6 и 14 Паспорта научной специальности 5.2.6).

3. Доказана зависимость между иерархией ключевых стейкхолдеров и их мотивацией к взаимодействию в бизнес-модели медицинской организации, а также предложены инструменты управления бизнес-моделью медицинской организации, направленные на улучшение доставки ценностного предложения до потребителей услуг – государства и пациентов (п. 6 и 32 Паспорта научной специальности 5.2.6).

Степень достоверности результатов диссертационного исследования подтверждается применением обоснованного методического инструментария; корректной обработкой большого объема статистического и фактологического материала; достаточным объемом и результатами аналитических исследований; использованием методов динамического, экономико-статистического и эконометрического анализа, а также положительной оценкой полученных результатов исследования на научных конференциях и внедрением данных результатов в практику деятельности органов государственной власти субъектов РФ и медицинских организаций.

Апробация и внедрение результатов диссертации. Основные теоретические положения и практические выводы диссертационного исследования были представлены и обсуждены на международных и всероссийских научных конференциях, в том числе XXII Всероссийском экономическом форуме молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 2019), X Евразийском экономическом форуме молодежи (Екатеринбург, 2019), Пятой международной научной конференции памяти

академика А. И. Татаркина (Екатеринбург, 2021), Молодежном научном форуме «Уфимский гуманитарный научный форум» (Уфа, 2022, 2023), Международной научно-практической конференции «Менеджмент и предпринимательство в парадигме устойчивого развития» (Екатеринбург, 2023), Российском экономическом конгрессе (Екатеринбург, 2023), V Уральском экономическом форуме (Екатеринбург, 2023).

Основные положения и результаты, практические рекомендации диссертационного исследования использованы в деятельности Министерства экономического развития Челябинской области, Министерства социальных отношений Челябинской области, Министерства здравоохранения Челябинской области, ООО «Медицинские инвестиционные решения», ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет». Внедрение результатов исследования документально подтверждено актами, прилагаемыми к диссертационной работе.

Отдельные теоретические положения и аналитические результаты диссертации используются в учебном процессе при подготовке курсов для бакалавров по направлению «Менеджмент»: «Экономический менеджмент», «Стратегический менеджмент», «Бизнес-моделирование».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 работ общим объемом 9,5 п. л., в том числе авторских 7,0 п. л. Из них четыре статьи в изданиях, входящих в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

Структура и объем диссертационного исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения и списка литературы, включающего 175 наименований. Работа проиллюстрирована 24 таблицами и 21 рисунком. Общий объем диссертации – 169 страниц.

1 Теоретические аспекты управления бизнес-моделью медицинской организации

1.1 Управленческие подходы к исследованию факторов эффективности в организации

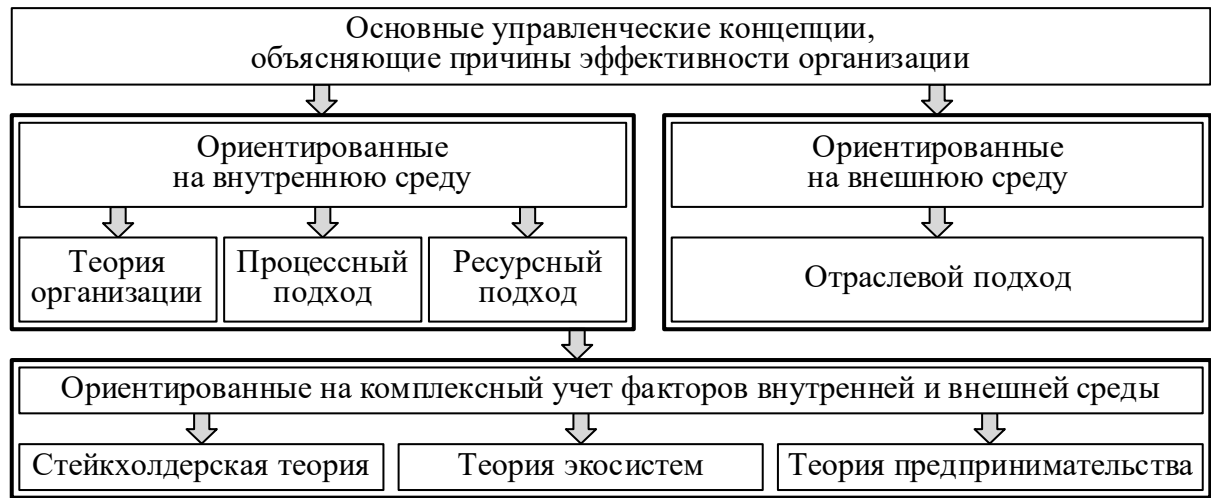
Эффективность любой организации является следствием действий предпринимателя и одновременно причиной его выхода на рынок. Этимология термина связана с латинскими словами *effectus* (результат действия, последствие) и *effectivus* (производительный, действенный, дающий результат). В самом общем смысле эффективность понимается как «отношение между ожидаемым доходом, приносимым дополнительной единицей данного вида капитального имущества, и ценой производства этой единицы»¹.

Однако, несмотря на активное использование понятия «эффективность» в публикациях и практической деятельности организаций, вопрос его содержательной интерпретации является одним из самых сложных и поэтому нерешенных в экономической науке. Этот факт объясняет, почему вопросу эффективности было уделено внимание во всех без исключения теориях: А. Смитом и Д. Рикардо в классической политэкономии; Ф. Мизером, Л. Вальрасом и У. Джевонсом в рамках неоклассического направления экономической мысли; Р. Коузом, Д. Нортом, О. Уильямсоном и др. в институциональной экономической теории.

В менеджменте исследования эффективности ориентированы *на поиск механизмов воздействия на управляемый объект, а следовательно, на выявление причин и условий, определяющих это воздействие*. В целом можно выделить три укруп-

¹ Кейнс Дж. М. Общая теория занятости, процента и денег: пер. с англ. – М.: Прогресс, 1978. – С. 212.

ненных группы управленческих концепций, объясняющих успешную деятельность организации внешними и (или) внутренними факторами (рисунок 1).



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 1 – Основные управленческие концепции, объясняющие причины эффективности организации

Теория организации, основанная на принципах рационализации труда, таких как разделение и нормирование¹, в качестве критерия эффективности выделяет X-эффективность. Согласно гипотезе X-эффективности, различия в прибыльности организации обусловлены ее техническим развитием, а также превосходством в управлении и производстве по сравнению с конкурентами². Соответственно факторы, определяющие эффективность организации, связаны с вопросами оценки производительности труда, эффектов разнообразия и экономии от масштабов производства.

Из исследований способов рационализации труда вырос так называемый *функциональный подход* в управлении М. Вебера³, основанный на принципах иерар-

¹ Taylor F. W. The principles of scientific management. – New York: Harper Brothers, 1911. – 156 p.

² Лейбенстайн Х. Аллокативная эффективность в сравнении с «X-эффективностью» // Вехи экономической мысли: сб.: пер. с англ.: в 3 т. / сост. и общ. ред. В. М. Гальперина. – СПб.: Экономическая школа, 2000. – Т. 2: Теория фирмы. – С. 477–506.

³ Weber M. Bureaucracy // Economy and society: an outline of interpretive sociology. – Berkeley: University of California Press, 1968. – P. 956–969.

хии и бюрократии. Впоследствии данный подход был развит в работе А. Чандлера¹, где предполагалось, что элементы бизнеса, такие как целеполагание, структура, стратегия и корпоративная культура определяют суммарную результативность бизнеса. Таким образом, число внутренних факторов, влияющих на эффективность деятельности организации, расширилось до следующих: жизненный цикл бизнеса и его продуктов, стратегия, корпоративная культура, мотивация стейкхолдеров-инсайдеров, способность организации создавать ценность для клиентов, качество управления и качество продукции, организационная структура и т. п.

В широком значении теория организации объединяла концепции, развивавшие идеи административной школы управленческой мысли и поведенческой теории организации, а также концепций из поведенческой и когнитивной психологии и экономической социологии². В частности, представители экономической социологии, трактующие экономическую деятельность как обусловленную политическими и культурными детерминантами и встроенную в социальные отношения, фокусировали внимание на выявлении неценовых факторов стабильно высоких экономических результатов³.

Дальнейшая автоматизация и необходимость контроля сложных технологических операций привели к развитию *процессного подхода* (business process management). Согласно процессному подходу, эффективность организации зависит от согласованности и эффективности ее бизнес-процессов. Термин «процесс» трактуется как:

- «1) логика причинно-следственного объяснения, связывающая независимые и зависимые переменные;
- 2) тип концептов или переменных, отражающих действия индивидов или организаций;

¹ Chandler A. Strategy and structure: chapters in the history of American enterprise. – Cambridge: MIT Press, 1962. – 488 p.

² Каткало В. С. Эволюция теории стратегического управления. – СПб.: Высшая школа менеджмента, 2006. – 548 с.

³ Baum J. A. C., Dobbin F. Economics meets sociology in strategic management, vol. 17. – Greenwich: JAI Press, 2000. – 434 p.

3) последовательность событий, которая описывает, как меняются вещи с течением времени»¹.

Бизнес-процессы оцениваются по совокупности метрик «время – затраты – качество».

Детализация процессного подхода прослеживается в работах Э. Деминга², У. Шухарта³, Дж. Джурана⁴ и др. Дальнейшее развитие этой идеи отражено в подходах к формированию «совершенной» организации Т. Питерса и Б. Уотермана⁵.

Индустриализация 1960–1970-х годов вызвала мощный всплеск конкурентной борьбы, появление новых отраслей и рынков. Ответом на столь серьезные изменения внешней среды послужил отраслевой подход (школа позиционирования, рыночный подход), основоположником которого считается М. Портер⁶. Эффективность бизнеса здесь связана с двумя факторами: позиционированием предприятия и привлекательностью отрасли.

Так, согласно парадигме «структура – поведение – производительность» (structure – conduct – performance, SCP)⁷, рыночная структура оказывает прямое влияние на экономическое поведение организации, что, в свою очередь, влияет на ее показатели. Рыночная концентрация способствует сговору между крупными фирмами в отрасли и, следовательно, имеет тенденцию оказывать благоприятное влияние на эффективность деятельности организации. Гипотеза «тихой жизни» (quiet life hypothesis), наоборот, предполагает отрицательную связь между рыноч-

¹ Van de Ven A. H. Suggestions for studying strategy process: a research note // Strategic management journal. – 1992. – Vol. 13, no. 1S. – P. 169.

² Deming W. E. Quality, productivity and competitive position. – Cambridge: MIT Press, 1982. – 408 p.

³ Shewhart W. Economic control of quality of manufactured product. – Milwaukee: ASQ Quality Press, 1931. – 501 p.

⁴ Juran J. M. Quality planning and analysis. From product development through usage. – New York: McGraw-Hill, 1970. – 716 p.

⁵ Питерс Т., Уотерман Б. В поисках эффективного управления: опыт лучших компаний: пер. с англ. – М.: Прогресс, 1986. – 418 с.

⁶ Портер М. Конкурентная стратегия: методика анализа отраслей и конкурентов: пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 454 с.

⁷ Chamberlin E. H. Theory of monopolistic competition. – Cambridge: Harvard University Press, 1933. – 213 p.; Чемберлин Э. Х. Теория монополистической конкуренции: пер. с англ. – М.: Экономика, 1996. – 350 с.; Робинсон Дж. Экономическая теория несовершенной конкуренции: пер. с англ. – М.: Прогресс, 1986. – 471 с.

ной властью и эффективностью, связывая факт монополии с нежеланием развиваться и быть оптимально эффективным¹.

Однако позже эмпирически удалось подтвердить преобладание организационных, а не отраслевых факторов среди причин, объясняющих различия в эффективности бизнес-моделей². В результате внимание ученых, занимающихся стратегическим управлением, вновь переключилось на изучение внутренних факторов организационной эффективности.

Ключевым фактором успешности бизнеса была признана неоднородность ресурсов, изучаемая *ресурсной теорией* (resource-based view of a firm, *RBV*)³.

В широком смысле ресурсный подход включает в себя теорию бизнес-процессов. Бизнес-процессы можно рассматривать как способ собирания ресурсов в конкретные портфели, в конкретной последовательности и с конкретным результатом⁴. Однако, в отличие от процессной школы, ресурсный подход не отрицает значимость влияния контекстов, а «объясняет, как ресурсы компании определяют ее эффективность в динамичных условиях конкуренции»⁵. Вместе с тем основной трудностью операционализации подхода выступает проблема «причинной неоднозначности» и плохого масштабирования результатов внутри организации. Кроме того, неоднородность ресурсов и выгоды, получаемые от их использования, могут быть обусловлены внешней средой, в первую очередь рыночной неэффективностью (например, выгодное местоположение, дешевая рабочая сила, доступность финансовых ресурсов и пр.).

¹ Hicks J. Annual survey of economic theory: the theory of monopoly // *Econometrica*. – 1935. – Vol. 3, no. 1. – P. 1–20.

² Buzzel R. D., Gale B. T. *The PIMS principles: linking strategy to performance*. – New York: Free Press, 1987. – 346 p.; Rumelt R. P. How much does industry matter? // *Strategic management journal*. – 1991. – Vol. 12, no. 3. – P. 167–185; Rumelt R. P. What in the world is competitive advantage? – Los Angeles: University of California, 2003. – 5 p. – (Policy working paper; no. 2003-105).

³ Penrose E. *The theory of growth of the firm*. – New York: John Wiley, 1959. – 272 p.; Wernerfelt B. A resource – based view of the firm // *Strategic management journal*. – 1984. – Vol. 2, no. 2. – P. 171–180.

⁴ Орехова С. В. *Формирование методологии устойчивого развития металлургического предприятия на основе ресурсно-институционального подхода: дис. ... д-ра экон. наук: 08.00.05*. – Екатеринбург, 2018. – 387 с.

⁵ Коллис Д., Монтоммери С. *Стратегии 1990-х // Корпоративная стратегия: сб. ст.: пер. с англ.* – М.: Альпина Бизнес Букс, 2008. – С. 43.

Это привело к тому, что современные исследования в области стратегического управления признают двуединство факторов внешней и внутренней среды в достижении эффективности организации. Такой дуальный подход получил развитие в ряде концепций, которые в настоящее время являются теоретическими основаниями для большинства исследований по менеджменту.

Стейкхолдерская теория основана на том, что эффективность организации увязывается с логикой ее взаимодействия с заинтересованными сторонами. Введение понятия «заинтересованные стороны» (stakeholders) и одноименной теории связано с работой Э. Фримена¹. Согласно концепции, заинтересованные стороны поставляют предприятию ресурсы, потому что в результате его деятельности они получают ресурсы для себя. Таким образом, отношения между бизнесом и его стейкхолдерами выстраиваются вокруг ресурсного обмена.

По мнению В. С. Катькало, «концепция стейкхолдеров отлична от стандартной экономической модели „затраты – выпуск“, согласно которой инвесторы, работники и поставщики поставляют ресурсы фирме, которая преобразует их в продукты для клиентов. Концепция стейкхолдеров, напротив, утверждает, что все индивидуумы или группы, участвующие в судьбе фирмы со своими обоснованными интересами, не имеют изначальных приоритетов друг перед другом в доступе к экономическим выгодам от ее деятельности»². Также автор отмечает принципиальное отличие стейкхолдерского подхода от школы позиционирования. В теории заинтересованных сторон организация осуществляет гибкое управление взаимоотношением со стейкхолдерами: учитывает интересы одних и осуществляет ресурсный обмен на основе своей рыночной власти с другими. Школа позиционирования в этом смысле имеет упрощенное представление о рынке как о конкурентном поле и призывает подчинять внешних контрагентов интересам организации.

¹ Freeman E. Strategic management: a stakeholder approach. – Boston: Pitman, 1984. – 298 p.

² Катькало В. С. Эволюция теории стратегического управления. – СПб.: Высшая школа менеджмента, 2006. – С. 264.

Примерно в то же время, что и стейкхолдерская концепция, получила развитие *теория организационной экологии*¹. Объяснение эффективности здесь строится на анализе популяции – совокупности организаций, обладающих одинаковыми характеристиками соответствия изменениям внешней среды. Иными словами, фактором эффективности бизнеса выступает внешняя среда, с одной стороны, и способности организации адаптироваться к ней, с другой. В отличие от традиционных финансовых показателей оценки эффективности деятельности фирмы, организационные экологи ввели индексы организационной демографии – показатели смертности и выживаемости организаций во времени.

В работе Г. Кэрролла² доказано, что при высокой концентрации отрасли и ее монополизации крупными компаниями (так называемыми дженералистами) в ней остается место для мелких специализированных фирм. Эта работа перечеркнула идеологию теории позиционирования в той части, что при высоком уровне монополизации рынок (т. е. конкуренция) умирает. Таким образом, появились основания утверждать, что *на рынке возможно использование различных бизнес-моделей, обладающих своими конкурентными преимуществами, которые и позволяют им быть эффективными.*

При анализе причин успешного функционирования организаций С. Пителис и Дж. Тис заметили, что все теории фирмы пытаются объяснить их существование либо через провалы рынка, либо через наличие определенных преимуществ фирм перед рынками, пренебрегая тем, что «...вопрос о том, почему существуют фирмы, не может быть отделен от целей тех, кто их создает, т. е. их принципалов (или тех, кто стремится стать принципалами (principals-to-be)). Ведь в случае появления новой предпринимательской идеи может просто не существовать рынков, на которых можно было бы ее осуществить, – следовательно, объяснение через провал рынка

¹ Ханнан М., Фримен Дж. Популяционная экология организаций // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Менеджмент. – 2004. – Вып. 3. – С. 51–83.

² Carroll G. R. Concentration and specialization: dynamics of niche width in populations of organizations // American journal of sociology. – 1985. – Vol. 90, no. 6. – P. 1262–1283.

становится сомнительным»¹. Эта идея породила научное направление, обособленное в дальнейшем в теорию предпринимательства.

П. Рейнольдс выделяет четыре основных вектора исследований предпринимательства²:

- изучение специфических проблем, связанных со стадией жизненного пути;
- анализ роли социальных сетей в обеспечении доступа предпринимателей к ресурсам, экспертизе, циркуляции скрытого знания и формировании репутации и доверия;
- изучение этнической принадлежности как фактора успеха предпринимательства в рамках популяционной экологии;
- оценка влияния окружающего контекста.

Процессы цифровизации стали триггером, объясняющим, почему при наличии единых оснований (характеристик соответствия популяции) организации вне зависимости от размера и рыночной власти могут объединяться в экосистемы. Теория экосистем была сформулирована Дж. Муром в 1996 г.³ Идея подхода заключается в том, что организации функционируют в «особых рыночных паттернах»⁴, в рамках которых осуществляется «процесс непрерывных формальных и неформальных согласований между автономными агентами, в результате которых создаются правила»⁵. Экосистема трактуется как определенным образом выстроенная сложная институциональная и иерархическая структура, состоящая из различных

¹ Pitelis C. N., Teece D. J. The (new) nature and essence of the firm // *European management review*. – 2009. – Vol. 6, no. 1. – P. 8.

² Reynolds P. D. Sociology and entrepreneurship: concepts and contributions // *Entrepreneurship theory and practice*. – 1991. – Vol. 16, no. 2. – P. 47–70.

³ Moore J. F. The death of competition: leadership & strategy in the age of business ecosystems. – New York: Harper Business, 1996. – P. 324.

⁴ Gomes J. F., Iivari M., Pikkarainen M., Ahokangas P. Business models as enablers of ecosystemic interaction: a dynamic capability perspective // *International journal of social ecology and sustainable development*. – 2018. – Vol. 9, no. 3. – P. 4.

⁵ Thomson A. M., Perry J. L. Collaboration processes: inside the black box // *Public administration review*. – 2006. – Vol. 66, no. S1. – P. 23.

индивидов и заинтересованных сторон, а также из разнообразия факторов, влияющих на взаимодействие между ними¹.

Обобщение характеристик имеющихся теорий, изучающих факторы эффективности организации, представлено в таблице 1.

Можно констатировать, что управленческая наука развивается таким образом, чтобы прояснить ответ на главный вопрос менеджмента: почему одни организации функционируют эффективнее других? Современные исследователи добились существенных успехов в разрешении этого вопроса и основываются на трех основных предпосылках:

1) эффективность организации зависит от успешного объединения руководством преимуществ внешней и внутренней среды. Эти преимущества, в свою очередь, определяются множеством факторов: от особенностей рынка до специфики ресурсов и процессов самой организации;

2) эффективность² организации как главная метрика успешного функционирования бизнеса перестает рассматриваться только как предмет управленческой науки и экономики. Текущий тренд – использовать в исследованиях факторов эффективности организации межтеоретические и междисциплинарные основания, в том числе достижения социологии, психологии, биоинженерии, программирования и т. п.;

3) все более весомой является доля исследований, указывающих на необходимость практико-ориентированного, объектного подхода в оценке и управлении эффективностью организации. Учет специфики бизнес-модели, рыночных и институциональных факторов ее функционирования выходит на первый план в решении задачи получения достоверных научных результатов.

¹ Cavallo A., Ghezzi A., Balocco R. Entrepreneurial ecosystem research: present debates and future directions // International entrepreneurship and management journal. – 2019. – Vol. 15, no. 3. – P. 1291–1321.

² Речь идет об экономической эффективности.

Таблица 1 – Объяснение эффективности организаций в различных управленческих теориях

Сравнительный признак	Основные управленческие теории, изучающие факторы эффективности организаций						
	Теория организации	Процессный подход	Теория рыночного позиционирования	Ресурсная теория	Стейкхолдерская теория	Теория предпринимательства	Теории организационных популяций и экосистем
Период возникновения	Начало 1960-х годов	Середина 1970-х годов	Начало 1980-х годов	Середина 1980-х годов	Середина 1980-х годов	Середина 1990-х годов	Начало 2000-х годов
Авторы-основовоположники	Ф. Тейлор	У. Деминг, У. Шухарт	М. Портер	Б. Вернерфелт, Э. Пенроуз	Э. Фримен	П. Рейнольдс, М. Грановеттер	М. Ханнан, Дж. Фримен, Дж. Мур
Источник эффективности	Внутренняя среда	Внутренняя среда	Внешняя среда	Внутренняя среда	Внешняя и внутренняя среда	Внешняя и внутренняя среда	Внешняя и внутренняя среда
Исследовательский акцент	Рационализация и производительность труда	Действия и организационные механизмы	Анализ окружающей среды и конкурентной позиции фирмы	Формирование портфеля труднокопируемых ресурсов	Баланс интересов заинтересованных сторон	Факторы, определяющие предпринимательский успех	Системное взаимодействие организаций
Факторы эффективности организации	Снижение издержек за счет роста производительности труда	Снижение издержек за счет оптимизации времени и затрат на операции	Рост доходов за счет захвата доли рынка	Рост доходов за счет уникальных ресурсов	Рост доходов за счет непротиворечивых действий стейкхолдеров	Снижение издержек или рост дохода за счет личных характеристик предпринимателя и окружающего контекста	Получение сетевого эффекта
Примечание – Составлено автором.							

1.2 Специфика бизнес-модели и институционального дизайна медицинской организации

Объектно-ориентированный метод познания предполагает, что универсальные теоретические подходы трансформируются в случае специфических объектов исследования. Такая гибкость в учете особых свойств объекта делает управленческие теории одними из наиболее успешных для применения на практике.

В случае с медицинской организацией наблюдается весьма значительная специфика, объясняемая особенностями рынка, многовариантностью производимых благ и принципиально разной позицией стейкхолдеров в понимании эффективности ее бизнес-модели.

Выбор аналитической конструкции «бизнес-модель» (а не, например, классических схем анализа «затраты – выпуск», «вход – преобразователь – выход», стратегического вектора развития организации и т. п.) позволяет комплексно охватить деятельность организации при оценке ее управленческих решений. Бизнес-модель включает все характеристики внутренней среды организации и одновременно учитывает ее взаимодействие с внешней средой.

В настоящее время можно выделить три направления исследований бизнес-моделей¹:

- основа для классификации предприятий;
- фактор, оказывающий существенное влияние на результаты деятельности организации;
- основа или суть инноваций.

¹ Foss N. J., Saebi T. Fifteen years of research on business model innovation: how far have we come, and where should we go? // Journal of management. – 2016. – Vol. 43, no. 1. – P. 200–227.

При изучении феномена бизнес-модели акцент делается на особой конфигурации компонентов бизнеса – так называемой архитектуре в целом¹ и отдельных частях².

В более широком смысле (что важно для целей диссертационного исследования) целесообразно рассматривать бизнес-модель как способ взаимодействия со стейкхолдерами по поводу создания и предоставления ценности и возникающих при этом транзакциях³. Таким образом, бизнес-модель должна иллюстрировать заинтересованным сторонам, какие продукты нужны потребителям, как компания зарабатывает, какие ключевые ресурсы вовлекает⁴.

Обобщая эти определения, мы рассматриваем **бизнес-модель как своеобразную стейкхолдерскую сеть, где ядром (держателем сети) выступает собственник (собственники) организации**. Совокупность бизнеса организации (архитектуры) и конфигурации стейкхолдеров определяет формы и источники монетизации бизнес-модели⁵ (рисунок 2).

Специфика рынка здравоохранения и нормативно-правовое поле влияют на бизнес-модели медицинских организаций, во многом определяют их специфику.

¹ Timmers P. Business models for electronic markets // *Electronic markets*. – 1998. – Vol. 8, no. 2. – P. 3–8; Osterwalder A., Pigneur Y., Tucci C. Clarifying business models: origins, present, and future of the concept // *Communications of the association for information systems*. – 2005. – Vol. 16. – Art. no. 1; Johnson M., Christensen C., Kagermann H. Reinventing your business model // *Harvard business review*. – 2008. – Vol. 86, iss. 12. – P. 50–59.

² Подробнее см: Орехова С. В., Романова О. А. Трансформация бизнес-модели промышленного предприятия на разных стадиях жизненного цикла // *Управленец*. – 2016. – № 5 (63). – С. 2–15; Орехова С. В., Баусова Ю. С. К вопросу о феномене бизнес-модели // *Современная конкуренция*. – 2020. – Т. 14, № 1 (77). – С. 58–75; Орехова С. В., Мисюра А. В., Баусова Ю. С. Стратегия vs. бизнес-модель // *Вестник Московского университета. Серия 6: Экономика*. – 2020. – № 3. – С. 160–181.

³ Amit R., Zott C. Crafting business architecture: the antecedents of business model design // *Strategic entrepreneurship journal*. – 2015. – Vol. 9. – P. 331–350; Baden-Fuller C., Haefliger S. Business models and technological innovation // *Long range planning*. – 2013. – Vol. 46, no. 6. – P. 419–426; Климанов Д. Е., Третьяк О. А. Бизнес-модели: основные направления исследований и поиски содержательного фундамента концепции // *Российский журнал менеджмента*. – 2014. – Т. 12, № 3. – С. 107–130.

⁴ Бизнес-модели компаний и устойчивое развитие / Е. М. Каз, И. В. Краковецкая, Е. В. Нехода, Н. А. Редчикова; науч. ред. Е. В. Нехода. – Томск: ТГУ, 2020. – С. 101–102.

⁵ Weill P., Malone T., D’Urso V. et al. Do some business models perform better than others? A study of the 1 000 largest US firms. – Cambridge: MIT Sloan School of Management, 2004. – 40 p. – (MIT Center for coordination science working paper, no. 226).



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 2 – Теоретические контуры понятия «бизнес-модель» организации

Рынок здравоохранения относится к «сложным»¹, т. е. характеризуется переплетением рыночных и институциональных механизмов координации, неоднородностью среды и вариативностью трансакций. Главной особенностью функционирования системы здравоохранения во всем мире является одновременное наличие провалов государства и фиаско рынка².

Фиаско рынка (market failures) – это устойчивое (равновесное), но неэффективное состояние рынка³. В целом причины этого феномена обусловлены:

- структурными особенностями рынка;
- особенностями продукта;
- спецификой трансакций.

К структурным особенностям рынка относится всё, что нарушает равенство условий конкуренции: уровень рыночной власти одного из участников трансакции или, например, региональная или секторальная дифференциация. К особенностям товара относят специфику его производства и распределения (общественные/частные блага, коллективные/индивидуальные блага) и возникающие в этих процессах контрактные «искажения» (асимметрию информации и т. п.). Кроме того, на эф-

¹ Lawrence P. R., Lorsch J. W. Organization and environment. – Boston: Harvard Business School, 1967. – 279 p.

² Орехова С. В., Сафаров М. А. Фиаско рынка и провалы государства: контуры новой модели здравоохранения в условиях пандемии // Журнал институциональных исследований. – 2022. – Т. 14, № 4. – С. 95–109.

³ Bator F. Capital, growth and welfare – theories of allocation: PhD thesis. – Cambridge, 1956. – 205 p.

фektivность действия рыночного механизма координации могут влиять ценностные принципы участников (учет не только экономической, но и социальной либо экологической эффективности, незаинтересованность в производстве какого-либо вида благ) и наличие внешних экстерналий. Всё это в конечном итоге обуславливает распределение институциональных рент и стимулы для инвестиций в ресурсы¹.

На рынке здравоохранения имеются все перечисленные признаки его «фискаско».

Во-первых, имеются множественные свидетельства *дисбаланса рыночной власти*, характерной для монополистической конкуренции. При этом выделяют ситуативную, естественную и легальную монополии.

Ситуативная монополия определяется исключительным доступом организации к каким-либо ресурсам и инфраструктуре. Естественная монополия связана с объективными факторами, такими как емкость рынка (локальный монополизм в малых поселениях) и узкий профиль ряда медицинских услуг. Это приводит к дополнительным препятствиям и входа на рынок, и выхода с этого рынка неэффективных игроков. Иначе говоря, появление на рынке новых медицинских организаций затруднено в силу государственного регулирования их мощностей (так называемый эффект сдерживания затрат). Одновременно с этим существует тренд на концентрацию рынка в силу технологических факторов² и значений минимального эффективного выпуска. Ситуативная и естественная монополии подкрепляются легальной монополией, когда государство целенаправленно ограничивает число игроков на рынке с помощью лицензирования.

В России типы медицинской помощи (таблица 2) – профилактическая, скорая, амбулаторная, стационарная, реабилитационная и медико-санитарная – техно-

¹ Vickers J., Yarrow G. Economic perspectives of privatizations // Journal of economic perspectives. – 1991. – Vol. 5, no. 2. – P. 111–132.

² Porter M., Teisberg E. Redefining competition on health care // Harvard business review. – 2004. – Vol. 82, no. 6. – P. 67–76.

логически взаимосвязаны. Они функционируют не сами по себе, а как часть медицинской сети, своеобразной медицинской экосистемы¹.

Таблица 2 – Типы медицинских организаций в системе здравоохранения РФ в соответствии с типами оказываемой медицинской помощи

Тип медицинской помощи	Характеристика медицинской помощи	Типы медицинских организаций
Профилактическая	Вакцинация, осмотры, диспансеризация	Амбулаторно-поликлинические учреждения. Диспансеры. Санаторно-курортные учреждения
Скорая	Неотложное медицинское вмешательство	Станции скорой медицинской помощи
Амбулаторная	Диагностика и лечение заболеваний, не требующих постоянного пребывания пациента в медицинской организации	Амбулаторно-поликлинические учреждения. Поликлинические отделения больниц. Диспансеры. Клиники. Телемедицина
Стационарная	Диагностика и лечение заболеваний, требующих постоянного пребывания пациента в медицинской организации на срок более 1 суток	Больницы. Родильные дома. Диспансеры. Клиники. Госпитали
Реабилитационная	Оказывается после интенсивного стационарного лечения и обеспечивает восстановление функций организма после болезни	Специализированные больницы восстановительного лечения. Физиотерапевтические больницы. Наркологические центры. Диспансеры. Санатории. Телемедицина
Медико-санитарная	Оказание услуг, направленных на поддержание существующего уровня здоровья, облегчение страданий человека	Амбулаторно-поликлинические учреждения. Больницы. Хосписы. Специализированные медицинские центры
Примечание – Составлено автором.		

¹ Hsieh C., Rossi-Hansberg E. The industrial revolution in services. – Washington: National bureau of economic research, 2019. – 48 p. – (NBER working paper, no. 25968).

Такая структура медицинского обслуживания, во-первых, представляет собой отдельные этапы единого бизнес-процесса, обеспечивающего воспроизводство человеческого капитала в стране; во-вторых, вариативна, т. е. некоторые виды помощи могут оказываться и стационарно, и амбулаторно.

Как указывает И. М. Шейман, «особенно велика роль многоуровневой системы в странах с ограниченными финансовыми возможностями. Наиболее дорогие клинические ресурсы концентрируются в крупных медицинских центрах»¹. В российском здравоохранении ситуативная монополия наблюдается повсеместно, что обусловлено принципами распределения бюджета и усилено естественной монополией.

Особенностью национальной системы здравоохранения также является широкая сеть амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник), объединяющих в рамках одной организации участковых врачей (терапевтов) и узкопрофильных врачей (специалистов). Такая организация медицинской помощи облегчает взаимодействие врачей разных специальностей при оказании медицинской помощи пациентам. В большинстве стран мира первичную медико-санитарную помощь обычно оказывают врачи общей практики, работающие как индивидуальные предприниматели или в составе небольших по численности групп. Специализированная амбулаторная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами, работающими либо как индивидуальные предприниматели, либо в больницах (госпиталях, клиниках).

По мнению С. В. Шишкина, «эти различия имеют прямые экономические последствия. Самостоятельная деятельность врачей сопровождается их конкуренцией друг с другом, которая стимулирует их к повышению эффективности своей работы. В случае поликлиник конкуренция между врачами внутри организации практически отсутствует, а возможности конкуренции между разными поликлиниками существенно более ограничены...»². В США многоуровневая система оказа-

¹ Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – С. 24.

² Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – С. 37.

ния медицинской помощи практически отсутствует, и именно там наиболее развита телемедицина.

Только 33 % врачей являются не частнопрактикующими¹. В России, по оценкам, на частной основе практикует не более 3 % врачей². Несмотря на высокий уровень концентрации, согласно данным исследования³, российская система оказания медицинской помощи весьма фрагментирована, взаимодействие между поликлиниками и стационарами, с одной стороны, и реабилитационными звеньями, и социальной службой – с другой, является слабым.

Однако нельзя сказать, что принципы конкуренции на рынках здравоохранения вообще не действуют. Оказание медицинской помощи не является безусловным, потребитель имеет множественный выбор как способов лечения, так и их оплаты. Число врачей велико даже на локальных рынках. Конкуренция возникает и по качеству услуг – потребители ищут врача, способного лечить с лучшими результатами.

Все перечисленные дисбалансы рыночной власти усугубляются проблемами *информационной асимметрии* и одновременно усугубляют их. Потребитель не обладает знаниями, которые позволяли бы ему осуществлять рациональный выбор больницы, врача, пакета услуг. Иногда такой выбор полностью исключен ограниченной дееспособностью человека и экстренным характером потребления услуг. Результат лечения также может быть опосредован, отсрочен во времени и связан с другими факторами. Усиление принципов рационального выбора потребовало бы от потребителя как минимум кратного увеличения издержек поиска и мониторинга (на так называемое «второе мнение»).

¹ McGuire T. Physician agency // Handbook of health economics, vol. 1A / ed. by A. Culier, J. Newhouse. – New York: Elsevier, 2000. – P. 461–536.

² Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – С. 24.

³ Сажина С. В., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1230/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.09.2023).

Более того, на «сложных» рынках, таких как здравоохранение, всегда требуется дополнительный контроль, что также увеличивает размер издержек¹. Принятие решений об объемах потребления зависит от врача, который имеет *ситуативные дуальные интересы*: как агент потребителя и как производитель этих услуг². Это, в свою очередь, обуславливает появление множества эффектов, которые ведут к фиаско рыночных механизмов функционирования, среди которых спрос, спровоцированный предложением (supply-induced demand)³, или обратный феномен – агент-ориентированное поведение врача (physician-patient agency models)⁴, низкая ценовая эластичность спроса, слабая прогнозируемость частоты и объема сделок на рынке⁵. В то же время медицинская услуга характеризуется эластичностью спроса по качеству, т. е. готовностью пациента приобретать дополнительную единицу ожидаемого результата лечения⁶.

Однако главным образом нарушение эффективности рыночного механизма в здравоохранении связано со *специфическими характеристиками медицинской услуги* как таковой. Все виды медицинских услуг, согласно М. Дарби и Е. Карни⁷, представляют собой доверительные блага (credence goods), качество которых сложно измерить *ex post* и *ex ante*, а результаты их использования становятся известны через длительное время или вообще не становятся известны. Либо, наоборот, при использовании доверительных благ потребители не знают, какая услуга им нужна (проблема ограниченной рациональности), но наблюдают полезность от ее

¹ Hage J. An axiomatic theory of organization // Administrative science quarterly. – 1965. – Vol. 10, no. 3. – P. 289–320.

² Dranove D., Satterthwaite M. The industrial organization of health care markets // Handbook of health economics, vol. 1 / ed. by A. J. Culyer, J. P. Newhouse. – New York: Elsevier Science, 2000. – P. 1093–1139.

³ Ahmed J., Shaikh B. The many faces of supplier induced demand in health care // Iranian journal of public health. – 2009. – Vol. 38, no. 2. – P. 139–141.

⁴ Emanuel E., Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship // The journal of the American medical association. – 1992. – Vol. 267, no. 16. – P. 2221–2226.

⁵ Arrow K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care // American economic review. – 1963. – Vol. 53, no. 5. – P. 941–973.

⁶ Gaynor M. What do we know about competition in health care market? – Washington: National Bureau of Economic Research, 2006. – 42 p. – (NBER working paper, no. 12301).

⁷ Darby M., Karni E. Free competition and the optimal amount of fraud // Journal of law and economics. – 1973. – Vol. 16, iss. 1. – P. 67–88.

использования¹. По мнению М. А. Колосовой, в здравоохранении эта проблема может быть отягощена низкой эффективностью использования личного опыта из-за разового характера сделок и субъективностью физиологического восприятия качественных характеристик медицинских услуг².

Часть медицинских услуг представляет собой общественные блага. С позиции социальной справедливости в развитых обществах предполагается равный (фактически бесплатный) доступ граждан к ключевым для жизнеобеспечения медицинским услугам. При этом некоторые из них призваны удовлетворять не только индивидуальные, но и общественные потребности, т. е. обладают свойствами социально значимых благ (*merit goods*): положительные экстерналии (предотвращение эпидемий); скорая медицинская помощь; услуги, корректирующие иррациональное поведение людей (медицинская профилактика)³.

Отсутствие интереса бизнеса к предложению такого вида услуг порождает проблему неполноты рынков. В совокупности с естественной и ситуативной монополией неполнота рынков приводит к необходимости финансирования медицинских услуг, но, что более важно, к формированию в этом секторе государственной собственности, которую в противовес частной принято считать «общественной». Однако еще М. Ротбард в книге «Власть и рынок: государство и экономика»⁴ писал, что государственное не равно общественное, поскольку у пользователей этой собственности нет прав принятия решений в ее отношении (прав распоряжения и контроля). Принятие этого факта делает еще более нереалистичной идею о возможном эффективном управлении общественным сектором здравоохранения.

¹ Dulleck U., Kerschbamer R., Sutter M. The economics of credence goods: an experiment on the role of liability, verifiability, reputation, and competition // *American economic review*. – 2011. – Vol. 101, no. 2. – P. 526–555; McGuire T. Physician agency // *Handbook of health economics*, vol. 1A / ed. by A. Culyer, J. Newhouse. – New York: Elsevier, 2000. – P. 461–536; McGuire T. G. Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects // *Journal of health economics*. – 1995. – Vol. 15, no. 3. – P. 537–555.

² Колосова М. А. Рынок доверительных благ: специфика и институты регулирования: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.01. – Орел, 2020. – 359 с.

³ Hsiao W. C. Abnormal economics in the health sector // *Health policy*. – 1995. – Vol. 32, no. 1–3. – P. 125–139.

⁴ Ротбард М. Власть и рынок: государство и экономика: пер. с англ. – Челябинск: Социум, 2016. – 418 с.

При этом, поскольку медицинские услуги выступают общественно полезным благом, государство готово финансировать расходы на здравоохранение из бюджета. Государственное финансирование, таким образом, может выступать значимым источником монетизации бизнес-модели медицинской организации. В то же время Ф. И. Бадаев с соавторами отмечает: «...в медицинской услуге ярко выражается характер социальных отношений, но нарушается закон стоимости. Проблема заключается в том, что государство, хотя и финансирует здравоохранение, но это не покрывает реальных издержек на его текущую деятельность, не говоря уже об инвестиционной. Суммы недофинансирования из бюджета медицинские учреждения вынуждены покрывать поступлениями от внебюджетной деятельности»¹.

Неопределенность (частота и объемы) возникновения спроса, сложность оценки качества оказываемых медицинских услуг со стороны потребителя приводят к появлению *механизма медицинского страхования* как посреднического инструмента при оказании медицинских услуг, в целом устроенного по принципу «здоровый платит за больного»². На сегодняшний день в Российской Федерации предусмотрено финансирование на основании системы обязательного и добровольного медицинского страхования. Система обязательного медицинского страхования обладает существенным недостатком в виде значительных транзакционных издержек для потребителя. Снизить затраты потребителя на получение медицинской помощи позволяет система добровольного медицинского страхования или разовая оплата услуг.

Страховая организация выступает контролером при принятии решений о необходимости оказания медицинской помощи, тем самым снижает некоторые провалы рынка здравоохранения. Однако в то же время это снижает силу ценовых сигналов для пациента и в ряде случаев приводит к максимизации потребления (особенно в случае оплаты полиса добровольного медицинского страхования самим па-

¹ Финансовое управление в многопрофильных больницах: методология и практика / Ф. И. Бадаев, О. Б. Веретенникова, В. И. Майданик и др.; под ред. Ф. И. Бадаева, О. Б. Веретенниковой. – Екатеринбург: б. и., 2009. – С. 10.

² Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – С. 44.

циентом) и эффекту множественного неблагоприятного отбора¹. Считается, что страховые компании являются независимым звеном в цепочке взаимодействий и должны осуществлять контроль над эффективным расходованием средств и качеством предоставляемой медицинской помощи. На практике же первая задача для страховых компаний является гораздо более значимой, чем вторая.

Таким образом, монетизация бизнес-модели медицинской организации основана на двухуровневом ценностном предложении: для пациентов (жителей территории) и для государства (заказчика общественного блага). При этом фактическое финансирование осуществляется в рамках системы обязательного медицинского страхования. Жизнеспособность медицинской организации слабо связана с декларируемым ценностным предложением – качеством предоставляемых населению услуг. Данный факт приводит к множеству альтернатив оценки эффективности медицинских организаций, искажению метрик этой эффективности².

В то же время активное и зачастую ручное управление, дуальная роль государства – как регулятора рынка и как его участника – приводят к тому, что оно выступает не гарантом соблюдения правил, а дополнительным фактором нестабильности. Это приводит к обратному фиаско рынка феномену – низкой эффективности производства, распределения и использования благ, трактуемому в научной литературе как *«провалы государства»* (институциональные провалы). Теория общественного выбора Дж. Бьюкенена³ главным фактором провалов государства определяет неэффективность двуединого процесса «контроль государства – контроль над государственным аппаратом», а О. Уильямсон выделяет неполноту ин-

¹ Никто лучше клиента не знает истинного состояния его здоровья, и он старается «подобрать» страховую программу под свое заболевание. Если действует равная ставка страховой премии, то урон несут группы населения с низкими рисками: они субсидируют группы с высокими рисками. Естественная их реакция – выйти из предлагаемой или действующей страховой программы. Структура рисков в результате смещается в сторону групп с высокими рисками, что ведет к повышению затрат на медицинскую помощь. Чтобы покрыть растущие затраты, страховщик вынужден повышать размер страховой премии. Это порождает новый раунд неблагоприятного отбора. См.: Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – С. 32.

² Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management / ed. by J. Culy, I. Papanicolas, P. C. Smith. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. – 264 p.

³ Бьюкенен Дж. Избранные труды: пер. с англ. – М.: Альфа пресс, 1997. – 560 с.

формации и рост трансакционных издержек¹. Признаки низкой эффективности государства как регулятора: дефицит распределяемого продукта и (или) его низкое качество, подрыв рыночных стимулов субъектов рынка.

По мнению исследователей российского рынка здравоохранения, системе оказания медицинской помощи присущи проблемы, которые не решаются долгое время. Среди них низкое качество первичной медико-санитарной помощи; дефицит кадров всех уровней; недостаточное развитие реабилитационной, медико-социальной помощи, лабораторно-диагностической службы; недостаток кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи².

Поскольку общественный сектор рынка здравоохранения в России довольно велик, такие провалы наблюдаются повсеместно и, что хуже всего, отражаются на частном секторе. Так, декларируемые цели диспансеризации как института общественного сектора здравоохранения состоят в максимально широком охвате населения профилактическими мероприятиями и выявлении заболеваний. Однако результаты исследования в 2019 г. показывают, что врачи имитируют реальную профилактику как в количественном, так и в качественном отношении³.

Кроме рыночных провалов, вмешательство государства аргументируется заботой о социальной справедливости, поскольку издержки распределяются неравномерно в зависимости от доходов, места жительства, типа занятости, возраста, пола⁴. Пандемия COVID-19 стала триггером для новых провалов рынка и потребовала государственного вмешательства. По некоторым оценкам, в условиях панде-

¹ Уильямсон О. И. Экономические институты капитализма: фирмы, рынки, «отношенческая» контракция / пер. с англ. под науч. ред. В. С. Катыкало. – СПб.: Лениздат, 1996. – 702 с.

² Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени: совместный доклад Центра стратегических разработок и Высшей школы экономики от 21 февраля 2018 г. / С. В. Шишкин, В. В. Власов, М. Г. Колосницына и др. // XIX Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества (Москва, 10–13 апреля 2018 г.). – М.: НИУ ВШЭ, 2018. – 56 с.

³ Шейман И. М., Шишкин С. В., Шевский В. И. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – Т. 30, № 4. – С. 6–29.

⁴ Калинин А. М., Засимова Л. С., Колосницына М. Г., Хоркина Н. А. Политика изоляции населения во время пандемии COVID-19: какие стратегии выгодны государству? // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2020. – № 4. – С. 8–9.

мии социальные издержки оказались выше, чем индивидуальные, в 3–5 раз¹. Распределение средств в пользу лечения COVID-19 повлекло за собой ряд существенных изменений в формальных институтах, регламентирующих деятельность медицинских организаций: переход на авансовую систему платежей базовой программы обязательного медицинского страхования, ограничения плановой медицинской помощи, дополнительное стимулирование медицинских работников и т. п.²

Имеющиеся провалы рынка государство пытается решить, внедрив ряд институциональных инструментов:

- осуществляет перераспределение благ и ресурсов через механизм Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС);

- контролирует игроков рынка через механизм государственной собственности (организация бюджетных учреждений), частной собственности (лицензирование) и установления клинических стандартов (качества медицинской помощи, лекарственных средств, оснащения медицинских организаций и др.);

- формирует систему «контроль контролеров» посредством иерархии «врач первичного звена – узкий специалист»;

- осуществляет политику сдерживания затрат путем внедрения института диспансеризации и медицинских профилактических осмотров.

Все перечисленное формирует в здравоохранении *квазирынок – гибридную модель*, позволяющую достичь относительно эффективного равновесия (рисунок 3).

Квазирыночная модель здравоохранения (называемая также моделью управляемой конкуренции), по сути, экстраполируется на возможные альтернативы бизнес-моделей и предполагает широкую линейку форм медицинских организаций – от исключительно государственных до исключительно коммерческих.

¹ Bethune Z. A., Korinek A. COVID-19 Infection externalities: trading off lives vs. livelihoods. – Washington: National Bureau of Economic Research, 2020. – 38 p. – (NBER working paper, no. 27009).

² Семячкина С. Важные изменения в здравоохранении в период пандемии COVID-19 // ЦОКО. – 2020. – 20 мая. – URL: <https://coko1.ru/articles/med-articles/vazhnye-izmeneniya-v-zdravoohranenii-v-period-pandemii-covid-19/?ysclid=lrheq4g0v1945913615> (дата обращения: 29.10.2023).

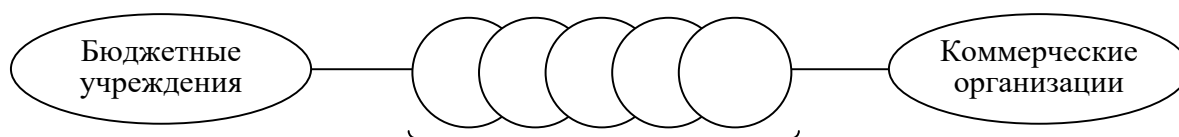


Примечание – Составлено автором.

Рисунок 3 – Дизайн рынка здравоохранения

При этом, как было отмечено ранее, чаще всего на рынке выигрывают модели, использующие множественные формы монетизации, в том числе и в рамках механизма государственно-частного партнерства (рисунок 4).

В целом в России сложилась не полностью эффективная, но устойчивая форма квазирынка, где институциональные и рыночные механизмы за продолжительное время его существования успели определенным образом сбалансироваться. Основным механизмом поддержания стабильности квазирынка является система подушевых трансфертов.



Множество гибридных моделей, основанных на:
 – возможностях использования систем обязательного и добровольного медицинского страхования;
 – формах государственно-частного партнерства;
 – привлечении средств физических лиц и пр.

Примечание – Составлено автором.

Рисунок 4 – Альтернативные варианты бизнес-моделей медицинских организаций

Таким образом, несмотря на то, что медицинские организации имеют единую миссию (декларируемое ценностное предложение) – оказание качественной медицинской помощи населению, формы и источники монетизации их бизнес-моделей весьма разнообразны и могут одновременно осуществляться на трех рынках:

- business-to-customer (B2C) – продажа услуги физическому лицу (пациенту);
- business-to-business (B2B) – взаимодействие со страховыми организациями);
- business-to-government (B2G) – взаимодействие с государством.

Специфические черты бизнес-модели медицинской организации, структурированные согласно классификации С. В. Ореховой, Ю. С. Баусовой и А. В. Мисюры¹, описаны в таблице 3.

Таблица 3 – Структура и специфика бизнес-модели медицинской организации

Элемент	Особые черты бизнес-модели
1. Ценностное предложение	Двухуровневое: для пациентов и для государства
2. Трансакции	Рынок B2B (медицинская организация – страховые организации). Рынок B2C (медицинская организация – пациенты). Рынок B2G (медицинская организация – органы власти)

¹ Орехова С. В., Баусова Ю. С. К вопросу о феномене бизнес-модели // Современная конкуренция. – 2020. – Т. 14, № 1 (77). – С. 58–75; Орехова С. В., Мисюра А. В., Баусова Ю. С. Стратегия vs. бизнес-модель // Вестник Московского университета. Серия 6: Экономика. – 2020. – № 3. – С. 160–181.

Продолжение таблицы 3

Элемент	Особые черты бизнес-модели
3. Бизнес-процессы	Трансформация материальных ресурсов в услуги (общественные и частные блага). Высокий порог минимально эффективного выпуска продукции. Обязательное лицензирование
4. Ресурсное обеспечение	Ключевые ресурсы – человеческий капитал и клиентская база, получаемая в том числе за счет отношенческого капитала (взаимодействия со страховыми организациями)
5. Монетизация	Бюджетное финансирование. Средства страховых компаний. Средства федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Средства физических лиц
Примечание – Составлено автором.	

«Двойная» роль медицинской организации – как производителя общественных и частных благ – существенно изменяет параметры классической архитектуры бизнеса:

– во-первых, возникают три ключевых группы ключевых стейкхолдеров, от которых зависит денежный поток: государство – потребители общественных благ; страховые организации и действующие через них работодатели – инвесторы коллективных частных благ; конечные потребители услуг – потребители частных индивидуальных благ;

– во-вторых, для каждой группы ключевых стейкхолдеров медицинской организации необходимо создать свое уникальное ценностное предложение: для государства – равный доступ граждан к общественным благам, обеспечивающим здоровье нации; для пациентов – качественную услугу; для страховой организации, которая, не являясь потребителем, выступает лицом, принимающим решение о трансакции, – понятную и прозрачную схему финансирования и документооборота оказания коллективных частных благ;

– в-третьих, многоуровневая конструкция бизнес-модели сохраняется в инфраструктурном обеспечении медицинской организации, т. е. определяет специфику ресурсного обеспечения, структуру доходов и расходов, бизнес-процессы.

Полисубъектность¹ медицинской организации выступает главным аргументом в пользу того, что целесообразно осуществлять управление бизнес-моделью в широком смысле этого понятия.

1.3 Проблемы выбора критериев и показателей эффективности медицинской организации

Содержание и способы количественной интерпретации понятия «эффективность бизнес-модели медицинских организаций» и сопряженного с ним понятия «эффективность оказания медицинских услуг» являются многофакторными. Однако в силу специфики сферы здравоохранения, ее важности для жизнедеятельности национальной социально-экономической системы в целом имеется целый ряд регуляторных документов, определяющих нормативно-правовые аспекты этих понятий.

Базовые принципы функционирования системы здравоохранения в Российской Федерации утверждены Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Текущие приоритеты в области здравоохранения в рамках нормативного подхода установлены государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения»², где в качестве целевого индикатора выдвигается снижение уровня смертности населения. В состав государственной программы включен национальный проект «Здравоохранение» (состоящий из восьми подпроектов), который характеризует способы достижения этой цели: развитие системы оказания

¹ Плахин А. Е. Стейкхолдерско-целевой подход в устойчивом развитии полисубъектных структур // Менеджмент и предпринимательство в парадигме устойчивого развития: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 23 мая 2019 г.). – Екатеринбург: УрГЭУ, 2019. – С. 103–105.

² Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640.

первичной медико-санитарной помощи; борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями; развитие детского здравоохранения; обеспечение медицинских организаций кадрами; внедрение инновационных медицинских технологий и единой информационной системы и др. Кроме того, в структуру государственной программы включены два федеральных проекта, реализующихся в рамках национального проекта «Демография»: «Укрепление общественного здоровья» и «Старшее поколение». В совокупности стратегическое планирование сферы здравоохранения в России осуществляется в рамках 10 федеральных проектов.

С 2013 г. в Российской Федерации внедрена независимая система оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая медицинские организации¹. Предмет оценки в этой системе – открытость и доступность информации об организации; комфортность условий и доступность получения услуг; время ожидания получения услуги; доброжелательность и компетентность работников. Соответствующие этим критериям показатели оценки утверждены Минздравом России для медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи².

Таким образом, имеющиеся подходы к задачам и, соответственно, уровню их достижения в практике национальных (не только российских) систем здравоохранения весьма формализованы. Это снижает достоверность и затрудняет качественную интерпретацию результатов деятельности медицинских организаций, поскольку, как было выявлено в п. 1.2 диссертации, декларируемые и фактические ценностные предложения их бизнес-моделей не совпадают.

Существующие научные исследования сосредоточены на решении трех групп вопросов. Первая группа посвящена выделению и анализу влияния различных факторов на эффективность деятельности медицинских организаций и медицинского

¹ О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги: постановление Правительства РФ от 30 марта 2013 г. № 286.

² Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка: приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 мая 2018 г. № 201н.

обслуживания в целом. Вторая группа работ направлена на классификацию показателей эффективности в здравоохранении. Наконец, третья группа публикаций сосредоточивает внимание на достоверности анализа и самих показателей, выбранных для оценки эффективности медицинского обслуживания. Проведем критический анализ всех трех групп исследований по данной тематике.

Первая группа исследований посвящена выявлению факторов, влияющих на эффективность медицинского обслуживания, деятельность медицинских организаций и национальные системы здравоохранения в целом. Как отмечают С. В. Шишкин с соавторами, даже различия в широко используемых показателях смертности и в субъективных оценках населением состояния своего здоровья зависят не только от реальных различий в возможностях получения качественной медицинской помощи, но и от ряда немедицинских факторов¹, в том числе, например, таких неоднозначных, как сезонность² или возможности родителей³.

Среди первой группы исследований наибольший вклад вносит статья, в которой представлен литературный обзор, посвященный анализу эффективности систем здравоохранения⁴. В результате систематизации 131 статьи за 2000–2021 гг. установлено, что факторы, влияющие на эффективность системы здравоохранения, включают демографические и социально-экономические характеристики населения, макроэкономические характеристики национальных и субнациональных регионов, здоровье и благополучие населения, управленческие и политические характеристики этих регионов, а также характеристики системы здравоохранения (таблица 4).

¹ Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации: препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина. – М.: ВШЭ, 2019. – С. 17.

² Кузнецова П. О., Малева Т. М. Избыточная летняя смертность детей и подростков: эффект длинных школьных каникул? // Демографическое обозрение. – 2022. – № 9 (2). – С. 81–101.

³ Карцева М. А., Кузнецова П. О. В ответе ли мы за свое здоровье? Неравенство возможностей в здоровье взрослого населения России // Демографическое обозрение. – 2021. – Т. 8, № 2. – С. 74–94.

⁴ Mbau R., Musiega A., Nyawira L. et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature // Applied health economics and health policy. – 2022. – Vol. 21, no. 5. – P. 1–20.

Таблица 4 – Факторы, влияющие на эффективность системы здравоохранения и деятельность медицинских организаций

Группа факторов	Показатель	Примеры показателей в исследованиях
Демографические характеристики	Размер и плотность населения	Плотность населения, чел./км ²
	Прирост населения	Статистика прироста населения
	Распределение сельского и городского населения	Доля городского населения. Доля сельского населения
	Возрастная структура населения	Доля населения в возрасте до 6 лет. Доля зарегистрированных жителей старше 65 лет. Доля населения в возрасте 0–14 лет
Социальноэкономические характеристики населения	Занятость	Уровень безработицы. Доля экономически активного населения. Длительность безработицы
	Распределение доходов	Коэффициент Джини. Индекс бедности
	Уровень доходов	Доход на душу населения
	Уровень образования	Уровень охвата населения начальным образованием. Средняя продолжительность обучения взрослого населения, лет. Уровень грамотности в сельской и городской местности. Доля детей, не посещающих школу
Доступ к основным санитарно-гигиеническим удобствам	Доля населения, имеющее индивидуальные санузлы. Доля населения, имеющего доступ к чистой воде. Доля населения, имеющего доступ к средствам санитарии. Медицинские учреждения с водой	
Характеристики системы здравоохранения	Расходы на здравоохранение	Общие расходы на здравоохранение на душу населения. Расходы государства на здравоохранение на душу населения. Доля государственных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте. Доля государственных расходов на здравоохранение, % от общих расходов на здравоохранение. Расходы на здравоохранение населения, уплачиваемые им самостоятельно (не через систему здравоохранения)

Продолжение таблицы 4

Группа факторов	Показатель	Примеры показателей в исследованиях
	Доступ к поставщикам медицинских услуг	Количество объектов общественного здравоохранения в городской и сельской местности. Расстояние до ближайшей больницы соответствующего профиля. Доля государственного сектора в предоставлении услуг. Степень частного обеспечения: доли врачей, работающих по найму или ведущих частную практику
	Использование медицинских услуг	Годовой показатель обращений к специалистам. Годовой показатель посещений на дому
	Распределение оказания медицинских услуг	Доля медицинского обслуживания в учреждениях первичного звена
	Законодательство в отношении пациентов	Возможность выбора пациентом поставщика медицинских услуг. Барьеры
	Законодательство в отношении страховщиков	Регулирование цен, уплачиваемых третьими лицами. Степень полномочий страховщиков
	Законодательство в отношении поставщиков медицинских услуг	Барьеры в отношениях «пациент – поставщик». Регулирование цен поставщиков медицинских услуг
Здоровье и благополучие	Образ жизни	Потребление табака. Потребление алкоголя. Доля населения с избыточным весом. Физически неактивное население
	Уровень счастья	Индекс счастья
	Распространенность заболеваний	Коэффициент распространенности ВИЧ-инфекции. Наличие более трех хронических заболеваний
Макроэкономические характеристики	Уровень дохода страны/региона	Среднедушевой доход. Валовой внутренний продукт. Валовой национальный доход на душу населения
<p>Примечание – Составлено автором по: Mbau R., Musiega A., Nyawira L. et al. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature // Applied health economics and health policy. – 2022. – Vol. 21, no. 5. – P. 1–20.</p>		

Вторая группа исследований посвящена классификациям и составлению на их основе рейтингов (интегральных методов оценивания) эффективности деятельности медицинских организаций или национальных (региональных) систем медицинского обслуживания.

В ряде работ¹ выделяется четыре главных вида эффективности медицинской организации:

– техническая эффективность (technical efficiency) – оценка использования финансовых и нефинансовых ресурсов для достижения максимального выпуска производства (например, количество обслуженных пациентов);

– аллокативная эффективность (allocative efficiency) – оценка распределения ресурсов между разными видами услуг и пациентами, чтобы достичь наилучших результатов;

– ресурсная эффективность (cost efficiency) – оценка того, насколько эффективно больница использует свой бюджет для достижения лучших результатов;

– эффект экономии от масштаба производства (scale efficiency) – показатель способности организации производить продукцию при оптимальном масштабе операций, учитывая доступные для нее ресурсы; позволяет сравнить фактический уровень выпуска продукции, производимый организацией, с максимально возможным объемом производства.

Э. Уорthingтон проводит метаанализ имеющихся методик оценки эффективности медицинских организаций и в результате выделяет шесть групп показателей эффективности²:

1) производительность медицинского персонала – количество медицинских услуг, оказанных каждым работником здравоохранения. Показатель может быть из-

¹ Hollingsworth B. Cost, production, efficiency, or effectiveness: where should we focus? // The Lancet global health. – 2013. – Vol. 1, iss. 5. – P. 249–250; Jacobs R., Smith P. C., Street A. Measuring efficiency in health care: analytic techniques and health policy. – Cambridge: Cambridge University Press, 2006. – 262 p.; Hollingsworth B., Dawson P., Maniadakis N. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications // Health care management science. – 1999. – Vol. 2, no. 3. – P. 161–172.

² Worthington A. Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications // Medical care research and review. – 2004. – Vol. 61, iss. 2. – P. 135–170.

мерен в различных единицах (например, количестве обращений за медицинской помощью на одного врача или количество операций, проведенных за день одним хирургом);

2) использование ресурсов – стоимость ресурсов, затраченных на оказание медицинских услуг. Показатель включает в себя стоимость лекарств, оборудования, материалов и другие расходы;

3) качество медицинских услуг как совокупность показателей уровня заболеваемости, смертности, повторной заболеваемости и др.;

4) показатели удовлетворенности пациентов оказанными им медицинскими услугами, измеряемые с помощью опросов пациентов или посредством мониторинга их поведения;

5) доступность медицинских услуг населению (например, количество больниц на тысячу жителей);

б) финансовые показатели – совокупность показателей, отражающих прибыльность и издержки медицинской организации и измеряемых, например, как средний доход на одного врача или суммарные расходы на одного пациента.

Весьма интересной представляется статья А. Имани с коллегами¹, объединяющая результаты исследований баз данных PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar. Авторами выявлены 30 ключевых показателей, которые влияют на эффективность работы больниц. Эти показатели были объединены в пять групп:

1) организационные – направлены на изучение структуры управления, системы контроля качества и использование информационных технологий;

2) финансовые – направлены на оценку расходов и финансовой стабильности медицинской организации;

3) ресурсы человеческого потенциала – направлены на оценку уровня образования и опыта медицинского персонала;

4) клинические – описывают степень эффективности медицинских процедур;

5) показатели удовлетворенности пациентов и качества обслуживания.

¹ Imani A., Alibabayee R., Golestani M., Dalal K. Key indicators affecting hospital efficiency: a systematic review // *Frontiers in public health.* – 2022. – No. 10. – Art. no. 830102.

По мнению В. В. Назаровой и К. А. Борисенковой¹, в здравоохранении можно выделить три вида эффективности: медицинская, социальная и экономическая. Под медицинской эффективностью следует понимать показатели достижения определенного результата в состоянии здоровья населения; под социальной – степень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи; экономическая эффективность представляет собой прямое или косвенное влияние показателей здоровья населения на макроэкономические показатели. При этом доказано, что медицинские и социальные индикаторы напрямую зависят от экономических индикаторов и характеристик оказания медицинской помощи населению, в том числе выбора методов бюджетирования проектов и программ развития здравоохранения².

На рисунке 5 обобщим имеющуюся систему представлений авторов относительно факторов и видов эффективности медицинского обслуживания.

Например, в исследовании Финансового университета при Правительстве Российской Федерации³ оценивались уровень медицинского обслуживания крупнейших городов страны методом объединения показателей медицинской эффективности (отношение годового числа умерших к численности населения старше трудоспособного возраста) и степень удовлетворенности пациентов разными характеристиками медицинских услуг (по данным социологического опроса). Кроме того, в расчет бралась финансовая нагрузка на бюджеты домохозяйств при возникновении потребности в платных медицинских услугах. Однако в работе имеются неточности в интегрировании показателей в единый рейтинг.

¹ Назарова В. В., Борисенкова К. А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // Народонаселение. – 2017. – № 4. – С. 119–134.

² Габуева Л. А., Кожевина О. В. Экономическая стратегия и бюджетирование здравоохранения в условиях реализации национальных проектов развития // Финансовый менеджмент. – 2021. – № 4. – С. 66–76.

³ Лидеры по качеству здравоохранения – Москва, Санкт-Петербург, Сургут, Балашиха и Тюмень в 2018 г. / Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. – URL: https://journal.tinkoff.ru/media/69_med_quality_2018.pdf (дата обращения: 18.04.2023).

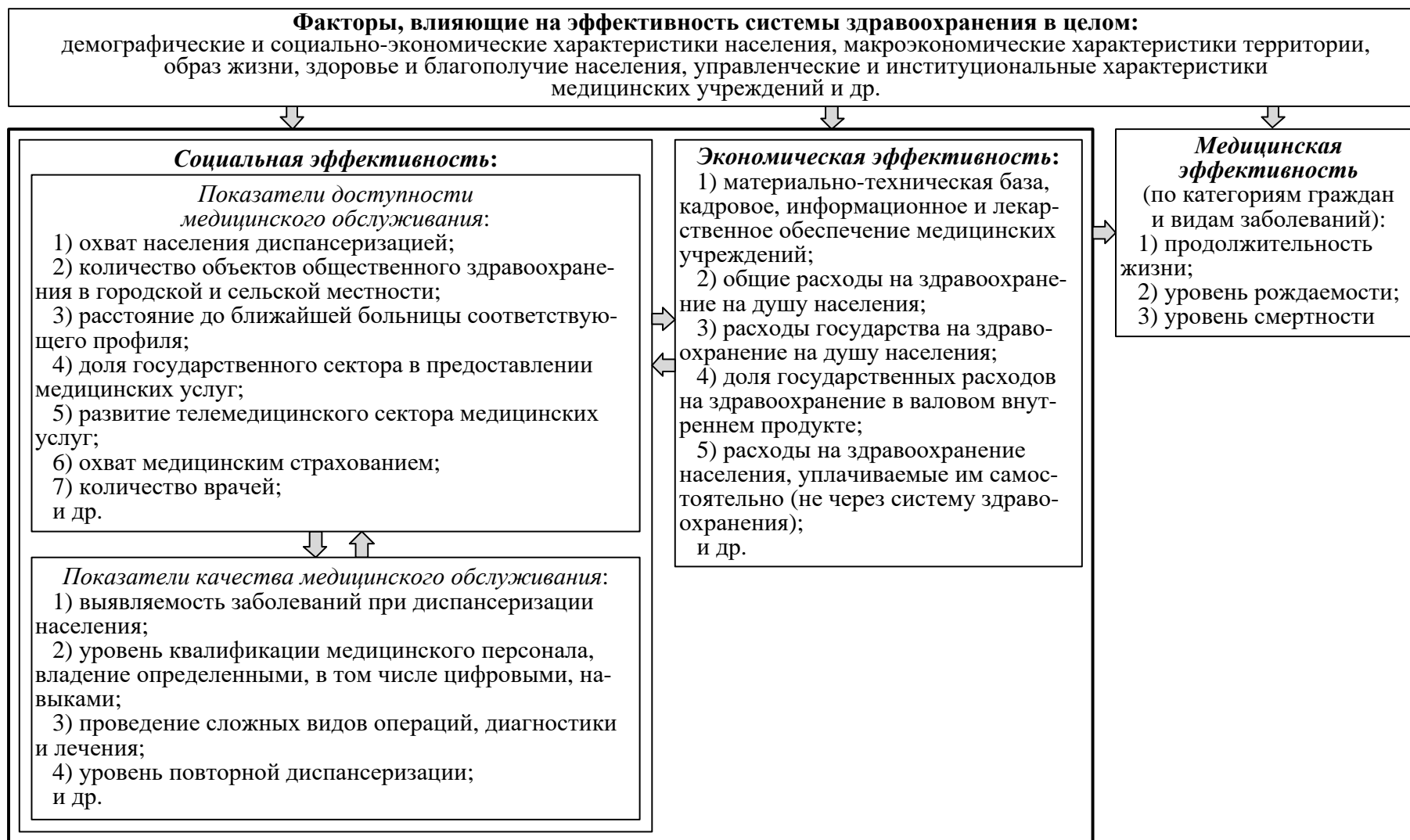


Рисунок 5 – Факторы и виды эффективности медицинского обслуживания¹

¹ Safarov M. A. Quality of accessibility vs quality accessibility of medical service in Russia: measurement issues // Journal of new economy. – 2023. – Vol. 24, no. 1. – P. 130.

Для оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения региона Н. И. Яшина, О. В. Емельянова, Е. С. Малышева и Н. Н. Прончато́ва-Рубцова¹ предлагают рассчитывать 24 показателя из отчетности государственных органов управления России:

– показатели затрат на здравоохранение, в том числе показатели уровня бюджетного финансирования и средств ФОМС на здравоохранение; показатели уровня оплаты труда медицинского персонала;

– показатели уровня социального эффекта системы здравоохранения;

– показатели плотности сети медицинских учреждений и интенсивности ее использования, в том числе: показатели загрузки медицинского персонала; показатели интенсивности использования коечного фонда; показатели оказания скорой медицинской помощи.

Предложенный подход, таким образом, сводит воедино социальные, экономические и медицинские метрики для анализа.

Весьма интересна логика составления рейтинга консалтинговой компании McKinsey совместно с журналом *U. S. News&World Report*². В исследовании заложена оценка широкого спектра объективных показателей, включая доступ к услугам здравоохранения (по мнению авторов рейтинга, это количество посещений врачей и охват медицинским страхованием); качество медицинской помощи (в частности, уровень повторной госпитализации) и гораздо более широкий, чем принято в России, перечень метрик «состояния общественного здоровья»: уровень смертности, уровень ожирения, уровень распространенности курения; уровень самоубийств и психическое здоровье.

Один из наиболее комплексных подходов к оценке эффективности здравоохранения демонстрирует Европейский потребительский индекс здоровья (*Euro Health Consumer Index*), составляемый для 35 стран организацией *The Health Con-*

¹ Яшина Н. И., Емельянова О. В., Малышева Е. С., Прончато́ва-Рубцова Н. Н. Методология оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения в России // *Финансы и кредит*. – 2018. – Т. 24, вып. 3. – С. 693–708.

² *Best states 2018: how they were ranked / USNews*. – 2018. – Feb. 27. – URL: <https://www.usnews.com/news/best-states/videos/best-states-methodology> (дата обращения: 15.09.2023).

sumer Powerhouse Ltd.¹ Рейтинг интересен тем, что, помимо распространенных показателей оценки, в него вошли метрики «права пациента», такие как:

- наличие специализированных организаций пациентов и их вовлеченность в принятие решений;
- право на второе мнение без дополнительной оплаты визита к врачу;
- доступ пациента к своей истории болезни;
- наличие реестра добросовестных врачей;
- возможность получения помощи за пределами своей страны, финансируемой своей страной (в рамках соглашения Европейского союза);
- доступность для пациентов национального каталога поставщиков медицинской помощи с рейтингом качества.

В работе С. В. Шишкина, О. Ф. Понкратовой, Е. Г. Потапчик и С. В. Сажинной² предлагается измерять межрегиональную дифференциацию медицинских услуг в Российской Федерации на основе широкого набора показателей (56 показателей, в том числе продолжительность жизни и смертность, материально-техническая база медицинских учреждений, кадровое, информационное и лекарственное обеспечение, проведение сложных видов лечения и др.), представленных данными государственной и отраслевой статистики. Однако, во-первых, авторы рейтинга также пытаются дать агрегированную оценку, которая искажает результаты отдельных направлений исследования. Во-вторых, объективность исследования искажена его нормативным целеполаганием. Как отмечают сами авторы, «выбор именно этих групп показателей соответствует приоритетным направлениям развития системы медицинской помощи, определенным в национальном проекте „Здравоохранение“ (2019–2024) и государственной программе Российской Федерации „Развитие здравоохранения“ (2018–2025)»³.

¹ Индекс здравоохранения в странах Европы – 2021. – URL: <https://lt.sputniknews.ru/20210811/indeks-zdravookhraneniya-v-stranakh-evropy--2021-18017553.html> (дата обращения: 14.05.2023).

² Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации: препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина. – М.: ВШЭ, 2019. – 96 с.

³ Там же. – С. 16.

Экспертами ФГБУ «Национальный исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России также разработана методика комплексной количественной оценки эффективности и качества оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации¹. В качестве подходящих и, как отмечают сами авторы, доступных были выбраны показатели, включенные в национальный проект «Здравоохранение»: стандартизованные (общая смертность и смертность населения трудоспособного возраста) и нестандартизованные (охват населения диспансеризацией и выявляемость хронических неинфекционных заболеваний при диспансеризации населения).

В статье Н. А. Восколович² на основе статистических и социологических данных рассматриваются вопросы удовлетворенности домохозяйств качеством и доступностью медицинского обслуживания, возможности использования дистанционных медицинских консультаций, доступность платных медицинских услуг. Выявлены основные проблемы в области качества медицинской помощи: неудовлетворенность работой участковых врачей, дефицит врачей-специалистов, длительное ожидание приема.

В статье В. В. Назаровой и К. А. Борисенковой³ на данных 11 стран за 2000–2013 гг. была доказана прямая зависимость продолжительности жизни от неравенства в доходах населения, измеренного коэффициентом Джини, и обратная зависимость от среднедушевого дохода и доли государственных расходов на здравоохранение в общем объеме государственных расходов. Используемый метод предполагал расчет производственной функции здоровья, позволяющей оценить, как нерациональное использование ресурсов влияет на различные показатели здоровья населения.

¹ Рейтинг субъектов Российской Федерации по результативности и качеству оказания медицинской помощи в соответствии с критериями, предлагаемыми ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России / Отдел организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины. – URL: <https://org.gnicpm.ru/rejting-subektov> (дата обращения: 15.10.2023).

² Восколович Н. А. Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищенности населения // Народонаселение. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 87–96.

³ Назарова В. В., Борисенкова К. А. Оценка эффективности системы здравоохранения в России // Народонаселение. – 2017. – № 4. – С. 119–134.

В статье Б. Холлингсворта, П. Доусона и Н. Маниадакиса¹ представлен обзор непараметрических методов измерения эффективности в здравоохранении, среди которых Free Disposal Hull (FDH), Malmquist Productivity Index, Stochastic Frontier Analysis и Data Envelopment Analysis (DEA). Авторы сосредоточиваются на описании метода DEA, который позволяет оценить относительную техническую эффективность различных объектов здравоохранения. Также авторы описывают преимущества DEA with Panel Data – это модификация метода DEA, которая учитывает изменчивость параметров во времени и позволяет рассчитать динамическую эффективность медицинских организаций.

Эмпирическое использование метода DEA представлено в работе А. Алдалбахи и его коллег². Для измерения сравнительной технической эффективности больниц авторы, с одной стороны, учли расходы на зарплату и вспомогательный персонал, медицинское оборудование и материалы, административные услуги и материалы, расходы на лекарства и медикаменты; с другой стороны, результат медицинской организации оценивался по показателям числа койко-дней на одного пациента и количества медицинских работников на 1 000 пациентов. К ограничениям метода авторы отнесли необходимость наличия точных данных о количестве ресурсов, использованных при предоставлении медицинских услуг, что осложняется в том числе различными методами сбора данных. Кроме того, сами авторы признают, что метрика технической эффективности больниц не учитывает пациентоориентированность, социальное равенство и доступность.

В работе Э. Уортингтона³ также представлен обзор методов измерения эффективности в медицинских организациях. Эти методы можно разделить на категории: стохастические (параметрические), детерминированные и дискриминант-

¹ Hollingsworth B., Dawson P., Maniadakis N. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications // *Health care management science*. – 1999. – Vol. 2, no. 3. – P. 161–172.

² Aldalbahi A., Juni M. H., Manaf R. et al. Methodological approach and theoretical concept for measuring hospital technical efficiency // *International journal of public health and clinical sciences*. – 2019. – Vol. 6, iss. 1. – P. 237–249.

³ Worthington A. Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications // *Medical care research and review*. – 2004. – Vol. 61, iss. 2. – P. 135–170.

ные. Детерминированные методы включают непосредственно детерминированный анализ (deterministic frontier analysis, DFA) и расчет индекса Джарка – Левина (J-L index models). Они позволяют измерить эффективность производства в здравоохранении, оценивая количество пациентов и расходы на медицинские услуги. Стохастические методы включают стохастический анализ (stochastic frontier analysis, SFA) и анализ стохастических границ производственных возможностей (stochastic frontier of production, SFP). С их помощью оценивается соотношение ресурсов и результата и учитываются факторы, влияющие на эффективность (такие, например, как технология и уровень образования персонала). Кроме того, как отмечают А. Алдалбахи и его коллеги¹, метод дает возможность разделить наблюдаемую эффективность на реальные и случайные компоненты. В качестве недостатков стохастических методов называются сложность эмпирической апробации из-за необходимости учета большого массива данных.

В российской научной периодике также представлен ряд работ, посвященных оценке эффективности медицинских организаций. Так, в работе В. Н. Кораблева² выделены экономическая оценка (определение затрат на медицинскую помощь населению, уровень оплаты труда медицинских работников, а также экономический эффект от внедрения новых технологий и процессов в медицинских организациях); социологическое исследование (направлено на изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, уровня доверия к медицинским работникам и качества обслуживания) и системный анализ, который включает в себя анализ структуры организации, процессов внутри нее и взаимодействия с внешней средой. В статье приводятся примеры практического применения этих методов. Среди показателей эффективности медицинских организаций автор, как и многие другие, выделяет финансовые, доступности и качества медицинской помощи, производительности медицинских организаций, управленческой эффективности.

¹ Aldalbahi A., Juni M. H., Manaf R. et al. Methodological approach and theoretical concept for measuring hospital technical efficiency // International journal of public health and clinical sciences. – 2019. – Vol. 6, iss. 1. – P. 237–249.

² Кораблев В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. – Хабаровск: ДВГМУ, 2015. – 236 с.

Аналогичный подход представлен в статье И. А. Егоровой, О. А. Патокиной и К. А. Голубиной¹. Кроме того, авторы упоминают о других возможных показателях эффективности медицинской организации, таких как репутация медицинской организации, квалификация медицинского персонала и т. д. Как и в зарубежных исследованиях, здесь отмечаются проблемы отсутствия единого стандарта, доступности и достоверности информационной базы.

Вместе с тем представленные исследования имеют ряд методических недостатков. Во-первых, имеющиеся работы сосредоточены на формировании релевантного математического аппарата для агрегирования уже имеющихся показателей. Этот вывод косвенно подтверждается еще и тем, что при агрегировании показателей часто используются одинаковые весовые коэффициенты. Интегральные оценки приводят к нивелированию слабых сторон одной группы показателей за счет другой группы. Например, увеличение числа больничных коек не свидетельствует об улучшении медицинского обслуживания, но может существенно повысить формальную оценку эффективности.

Во-вторых, предложенные методики часто разработаны в рамках нормативного подхода, т. е. основаны на показателях, предложенных в государственных программах. С этой точки зрения получается, что критерием эффективности деятельности медицинских организаций является выполнение заданного государством плана (заказа).

Таким образом, оценка адекватности и сопоставимости показателей в имеющихся работах отсутствует. Вместе с тем сами показатели эффективности требуют более детального осмысления. Этому посвящена *третья группа* имеющихся исследований. Остановимся на этом вопросе подробнее, поскольку от качества выбранных метрик во многом зависит достоверность полученных результатов.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (закон № 323-ФЗ) не учитывает, что улуч-

¹ Егорова И. А., Патокина О. А., Голубина К. А. Проблемы оценки эффективности деятельности медицинской организации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 1. – С. 78–80.

шение качества медицинской помощи одновременно может дестабилизировать показатели доступности (количества), и наоборот. Даже при увеличении бюджетного финансирования могут возникать дисбалансы как в сторону доступности, так и в сторону качества оказываемых услуг.

В ст. 10 закона № 323-ФЗ, которая так и называется – «Доступность и качество медицинской помощи», провозглашены следующие обязательства государства в части доступности медицинского обслуживания:

- оказание медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения (п. 1);
- наличие необходимого количества медицинских работников (п. 2);
- предоставление гарантированного объема медицинской помощи (п. 5);
- доступность медицинских организаций (транспортная и цифровая) (п. 7–8, 10).

Понятие «качество медицинской помощи» определяется как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» (п. 21 ст. 2 закона № 323-ФЗ). К параметрам качества медицинской помощи относится наличие медицинских работников определенного уровня квалификации (п. 2 ст. 10 закона № 323-ФЗ), установления стандартов оказания медицинской помощи (п. 4 ст. 10 закона № 323-ФЗ), а также оснащение медицинских организаций оборудованием (п. 9 ст. 10 закона № 323-ФЗ).

Такие «рамочные» формулировки позволяют вольно трактовать возможные способы достижения целевого уровня эффективности. Российское здравоохранение, прототипом которого являлась советская система, всегда в большей степени ориентировалось на параметры доступности оказания медицинской помощи. Например, американская система здравоохранения, сращенная с добровольным медицинским страхованием, при наличии минимальной гарантированной медицинской помощи имеет вектор развития в сторону качества оказания услуг.

С точки зрения экономической эффективности, вложения в качество медицинской помощи должны сопоставляться с издержками и альтернативными вари-

антами вложения ограниченных ресурсов¹. В рамках этого подхода выделяют понятие «излишнее» качество медицинской помощи (и в том числе «излишнее» снижение смертности), означающее, что если дополнительная единица улучшения качества невелика, тогда имеет смысл инвестировать в активы, обеспечивающие рост доступности медицинского обслуживания².

Показатели доступности чаще всего интерпретируют как пространственную (в том числе транспортно-инфраструктурную), физическую близость к медицинским учреждениям и измеряют посредством количества медицинских учреждений на 10 000 чел. Имеются исследования, использующие методы сетевого анализа для оценки географической плотности оказания первичной медицинской помощи³. Однако повышение технологического уровня медицинского обслуживания приводит к естественному укрупнению и концентрации пунктов оказания медицинской помощи в единых медицинских центрах⁴.

Поэтому более релевантным показателем доступности медицинского обслуживания является количество больничных коек. Однако и здесь возможны различные интерпретации. Так, в некоторых национальных системах здравоохранения практически не принято стационарное медицинское обслуживание, пациент попадает в больницу только в экстренных случаях.

Также одним из доминирующих показателей оценки доступности медицинского обслуживания является количество врачей⁵. Хотя формально показатели доступности могут быть неплохими, существуют барьеры к формированию эффективной системы здравоохранения. В исследовании Дж. Грейвс, Д. Эбшира и А. Але-

¹ Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – С. 41.

² Gaynor M. What do we know about competition in health care market? – Washington: National bureau of economic research, 2006. – 42 p. – (NBER working paper, no. 12301).

³ Xiong X., Li V., Huang B., Huo Z. Equality and social determinants of spatial accessibility, availability, and affordability to primary health care in Hong Kong, a descriptive study from the perspective of spatial analysis // BMC health services research. – 2022. – Vol. 22, iss. 1. – Art. no. 1364.

⁴ Шейман И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – С. 40.

⁵ Damiran S., Dorjdagva O., Sukhbaatar B. The efficiency of the healthcare sector: evidence from Mongolia // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2022. – № 57. – С. 175–191.

хандро¹ отмечается, что жители сельской местности в США, несмотря на наличие больниц в физической доступности, не получают медицинское обслуживание по причине низких доходов и отсутствия необходимого уровня страхового покрытия. В работе И. П. Каткова² представлены результаты анализа охвата населения услугами здравоохранения. Автор увязывает этот показатель с ресурсными показателями и отмечает, что в общем бюджете здравоохранения произошел рост численности домохозяйств (с 30 % до 40 %), у которых в структуре бюджетов доля затрат на здравоохранение превышала 10 % от общих объемов их финансовых средств.

Качество медицинского обслуживания также является многофакторной метрикой и часто основывается на субъективных оценках. Однако подавляющая часть исследований констатирует, что ключевым показателем качества медицинской услуги как таковой выступает человеческий фактор³. При этом важна не только профессиональная квалификация врача, но и другие параметры, обуславливающие его компетенции. Например, в статье О. А. Коленниковой⁴ анализируется, в какой мере врачи и средний медперсонал используют информационно-коммуникационные технологии. Оказалось, что около 30 % врачей и медицинских сестер испытывают нехватку цифровых компетенций.

Таким образом, в практике оценки эффективности деятельности медицинских организаций наблюдается многополярность оценок. Имеющиеся классификации видов эффективности в большинстве касаются здравоохранения в целом, ряд показателей на уровне поликлинического обслуживания не имеет смысла. В частности, показатели территориальной доступности, продолжительность жизни или уровень смертности населения не могут считаться релевантными.

¹ Graves J., Abshire D., Alejandro A. System- and individual-level barriers to accessing medical care services across the rural-urban spectrum, Washington state // Health services insights. – 2022. – Vol. 15. – Art. no. 117863292211046.

² Каткова И. П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 г. // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 135–147.

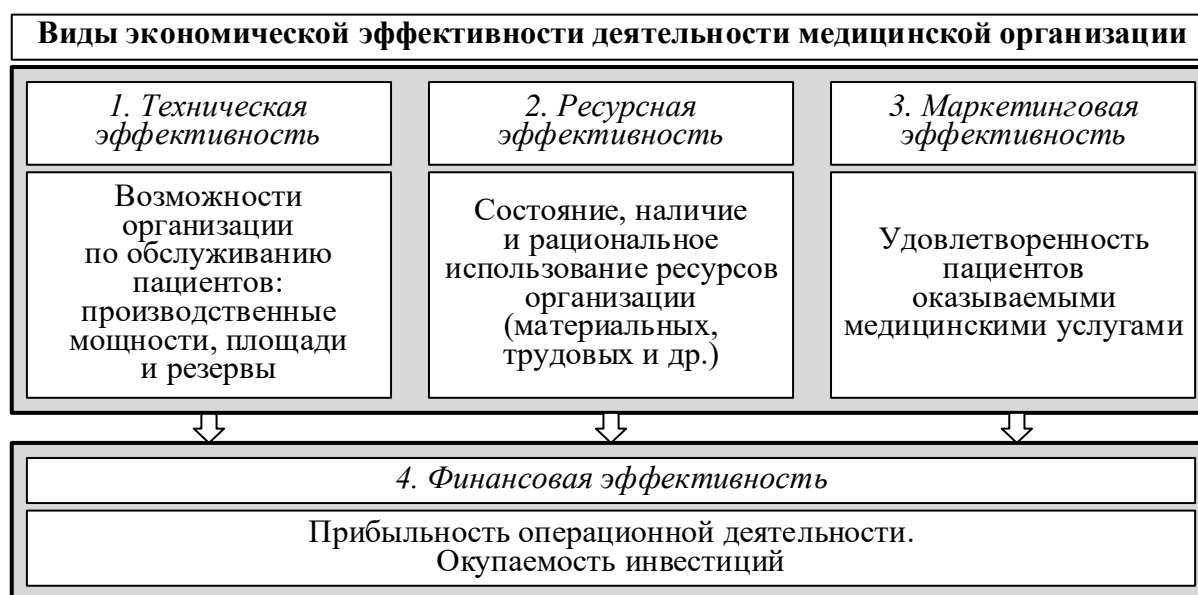
³ Trakakis A., Nektarios M., Tziaferi S., Prezerakos P. Evaluation of the efficiency in public health centers in Greece regarding the human resources occupied: a bootstrap data envelopment analysis application // International journal of environmental research and public health. – 2022. – Vol. 19, iss. 3. – Art. no. 1597.

⁴ Коленникова О. А. Владение медицинскими специалистами цифровыми технологиями // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 3. – С. 189–199.

Кроме того, важен вопрос достоверности измерений. Опросы населения и другие качественные методы исследования могут показать сколько-нибудь репрезентативные результаты на несмещенных выборках, которые в случае анализа конкретной бизнес-модели медицинской организации получить невозможно. Этот факт обуславливает необходимость использования только количественных объективных метрик, которые были бы подтверждены документально (в отчетности).

Однако в силу разносторонних интересов стейкхолдеров медицинской организации и трактовки бизнес-модели как сети стейкхолдеров **главной проблемой** является то, что в настоящее время в имеющихся работах редко различают понятия «*эффективность организации*» и «*эффективность бизнес-модели организации*».

При описании эффективности медицинской организации фактически речь идет об эффективности ее деятельности как основного стейкхолдера (собственника бизнеса). Если для собственника бизнес экономически нецелесообразен, развитие и поддержание сети стейкхолдеров теряет смысл. Тогда для обобщенной оценки экономической эффективности деятельности медицинской организации могут быть использованы показатели технической, ресурсной и маркетинговой эффективности, которые, в свою очередь, определяют финансовые показатели (рисунок 6).



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 6 – Виды экономической эффективности деятельности медицинской организации

Перечень этих показателей может быть конкретизирован в зависимости от типа организации (больница, поликлиника, стационар и т. п.) и целей такого оценивания эффективности ее деятельности.

Выводы по главе 1

1. Установлено, что актуальные исследования факторов эффективности организаций в менеджменте ориентированы на поиск механизмов воздействия на управляемый объект, а следовательно, на выявление причин и условий, определяющих это воздействие. Выделены теоретические подходы классического и стратегического управления и систематизированы факторы внешней и внутренней среды, объясняющие эффективность деятельности организаций. Доказано, что наиболее перспективны в текущих условиях теории, объясняющие эффективность организации с позиций совокупного влияния факторов внешней и внутренней среды: стейкхолдерская, бизнес-моделей, предпринимательства и др.

2. На основе анализа параметров рынка здравоохранения, создающего особую среду для функционирования медицинских организаций, выявлены специфические черты их бизнес-моделей. Установлено, что бизнес-модель медицинской организации опирается на несколько форм (источников) монетизации. Декларируемое ценностное предложение – обеспечение качества медицинского обслуживания – противоречит реальным задачам достижения экономической эффективности организации. Доказана принципиально значимая роль страховых организаций в функционировании бизнес-модели медицинской организации.

3. Установлено, что характеристики бизнес-модели медицинской организации приводят к формированию разнообразных и специфичных механизмов оценки ее эффективности. Обосновано, что показатель «эффективность медицинской организации» является многофакторным, его значение может быть искажено из-за

выбранных для анализа метрик. Определены недостатки существующих методик измерения эффективности медицинской организации, среди которых интегральный подход, низкая достоверность данных, фрагментарность, слабая проработка показателей качества и доступности медицинского обслуживания. В разрезе экономической деятельности медицинской организации выделены показатели финансовой, технической, ресурсной и маркетинговой эффективности.

2 Методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации на основе стейкхолдерской теории

2.1 Эволюция и применение стейкхолдерской теории в управлении бизнес-моделью организации

С учетом специфики объекта исследования – медицинской организации – постулаты и принципы стейкхолдерской теории могут послужить основой исследовательской программы диссертации. С опорой на объект и полигон исследования такой подход обладает весьма хорошей пояснительной способностью по ряду причин.

Во-первых, стейкхолдерская теория позволяет отойти от привычных постулатов понимания эффективности организации. От показателей прибыльности и рентабельности приоритеты смещаются в сторону достижения долгосрочных результатов, от финансовой результативности – к стратегии позиционирования бизнеса в окружающей среде. Для медицинских организаций уровень медицинской и социальной эффективности (см. п. 1.3 диссертации) является ключевым при оценке их бизнес-модели.

Во-вторых, в деятельности медицинской организации задействованы стейкхолдеры разных уровней, имеющие разнонаправленные интересы. Государство играет первичную роль в регулировании обмена ресурсами и денежных потоков организации. В работе А. Е. Плахина, М. В. Селезнева и М. С. Хохолуш¹ доказывается, что институциональное окружение также влияет на стейкхолдерскую ценность организации, а соответственно, и на ее эффективность.

¹ Плахин А. Е., Селезнева М. В., Хохолуш М. С. Оценка зависимости формирования стейкхолдерской ценности от факторов институционального окружения // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9, № 4 (33). – С. 286–292.

Вместе с тем стейкхолдерская теория имеет неоднородный методологический каркас, является истоком узкоспециализированных направлений управленческой мысли.

В стандарте ISO/IEC 15288 определено, что стейкхолдер – «сторона, имеющая право, долю на систему или на то, чтобы она обладала характеристиками, которые отвечают потребностям и ожиданиям этой стороны»¹.

Ключевое положение теории основано на том, что цели организации и эффективность их достижения во многом зависят от целей ее участников и окружения. Как отмечает В. Л. Тамбовцев, «опираясь на это положение, можно утверждать, что первоначальная, неявно сформулированная, стейкхолдерская теория фирмы возникла в начале 1930-х годов в рамках дискуссии А. Берле и М. Додда»².

Первые работы были сосредоточены на оценке интересов основных (первичных) стейкхолдеров. А. Берле и Дж. Минз акцентировали, что менеджмент корпорации должен заботиться только о богатстве ее акционеров³. Отсюда возникает ветвь *стейкхолдерской агентской теории* (в ряде работ – модели), которая «...в конечном счете концентрируется на вопросах действий менеджеров»⁴. Успешность решения менеджером задач согласования интересов стейкхолдеров зависит от того, как устроено вознаграждение за его решение и в какой мере измеримыми являются эти задачи.

М. Додд обратил внимание на другие группы стейкхолдеров и их интересы, в частности вопросы безопасности рабочих мест, улучшение качества продукции

¹ Международный стандарт ISO/IEC 15288. – URL: <http://mmf.nsu.ru/sites/default/files/isoiec-ieee-29148-2011.pdf> (дата обращения: 26.08.2018).

² Тамбовцев В. Л. Стейкхолдерская теория фирмы в свете концепции режимов собственности // Российский журнал менеджмента. – 2008. – Т. 6, № 3. – С. 4.

³ Berle A. A. Corporate powers as powers in trust // Harvard law review. – 1931. – Vol. 44, no. 7. – P. 1049–1074; Berle A. A., Means G. C. The modern corporation and private property. – New Brunswick: Transaction, 1932. – 428 p.

⁴ Тамбовцев В. Л. Стейкхолдерская теория фирмы в свете концепции режимов собственности // Российский журнал менеджмента. – 2008. – Т. 6, № 3. – С. 6. См. также: Donaldson T., Preston L. E. The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence, and implications // Academy of management review. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 65–91.

для клиентов, повышение уровня благосостояния местного населения¹. Новый виток изучения организации как «пучка интересов» стейкхолдеров возник уже в конце 1960-х годов в связи с исследованием феномена легитимности (право на существование в системе²) и появления повестки социальной ответственности бизнеса. Появились работы, доказывающие необходимость сочетания экономической «полезности» и социальной «ответственности» бизнеса³.

Это стимулировало развитие агентской модели, согласно которой менеджеры должны действовать как агенты всех стейкхолдеров, а не только собственников⁴. Отношения между организацией и стейкхолдерами могут принимать форму трансакций или делегирования полномочий⁵.

На еще один важный практический аспект стейкхолдерской агентской модели указывают М. Дженсен и У. Меклинг⁶: равная ответственность менеджеров перед множеством различных принципалов на деле будет означать их безответственность перед кем бы то ни было, поскольку интересы и требования стейкхолдеров различны. По их мнению, сами менеджеры легко воспримут такую постановку вопроса, однако ущерб для общества и экономики будет при этом весьма значительным.

Одновременно сформировалась *поведенческая теория*⁷, согласно которой цели организации являются результатом переговоров стейкхолдеров, имеющих несовпадающие интересы. Эти интересы могут быть связаны с экономической эффективностью, а могут иметь приоритеты социального или общественного характера.

¹ Dodd E. M. For whom are corporate managers trustees? // Harvard law review. – 1932. – Vol. 45, no. 7. – P. 1145–1163.

² Maurer J. G. Readings in organization theory: open-system approaches. – New York: Random House, 1971. – P. 361.

³ Hurst J. W. The legitimacy of the business corporation in the law of the united states 1780–1970. – Charlottesville: University Press of Virginia, 1970. – 218 p.

⁴ Jones T. M., Hill C. L. Stakeholder agency theory // Journal of management studies. – 1992. – Vol. 29, no. 2. – P. 131–154.

⁵ Eisenhardt K. M. Agency theory: an assessment and review // Academy of management review. – 1989. – Vol. 14, no. 1. – P. 57–74.

⁶ Jensen M. C., Meckling W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure // Journal of financial economics. – 1976. – Vol. 3, no. 4. – P. 305–360.

⁷ Cyert R. M. Behavioral theory of the firm. – New Jersey: Prentice-Hall, 1963. – 362 p.

Наконец, в 1970-х годах Дж. Пфеффер и Дж. Саланчик¹ предложили *теорию ресурсной зависимости*. Ее исходной предпосылкой выступает тезис, что эффективность организации зависит от ее возможности влиять на потоки ресурсов и (или) контролировать их². Причем ресурсный поток может возникать в одностороннем порядке в случае дисбаланса власти.

Одним из направлений исследований здесь в последнее время становятся механизмы координации ресурсного обмена³. Авторы доказывают, что координация ресурсного обмена, основанная на сотрудничестве, имеет гораздо более высокую результативность, чем кооперация, ориентированная на выполнение контрольных функций⁴.

Теория перспектив представляет собой развитие теории ресурсной зависимости. В ее основе лежит функция гипотетической ценности, описывающая разные стратегии взаимодействия организации со стейкхолдерами. Авторы выделяют стратегии реагирования, защиты, приспособления и упреждения. Согласно Д. Канеману и Ф. Тверски⁵, стейкхолдеры, которые влияют на выживаемость организации, будут взаимодействовать с ней с позиции силы, т. е. организации необходимо выбрать стратегию упреждения или приспособления. Стратегии защиты и реагирования могут применяться для взаимодействия с менее важными для деятельности организации участниками рынка⁶.

¹ Pfeffer J., Salancik G. The external control of organizations: a resource dependence perspective. – New York: Harper & Row Publishers, 1978. – P. 39–61.

² March J. G., Simon H. A. Organisations. – New York: Wiley, 1985. – 290 p; Frooman J. Stakeholder influence strategies // Academy of management review. – 1999. – Vol. 24, iss. 2. – P. 191–205.

³ Плахин А. Е., Блинков И. О. Механизмы координации ресурсного обмена // Наука – образование – экономика: новые тренды и риски: сб. науч. тр. IX Уральских научных чтений профессоров и докторантов гуманитарных наук (Екатеринбург, 8 февраля 2022 г.). – Екатеринбург: УрГЭУ, 2022. – С. 52–58.

⁴ Третьяк О. А., Румянцева М. Н. Сетевые формы межфирменной кооперации: подходы к объяснению феномена // Российский журнал менеджмента. – 2003. – Т. 1, № 2. – С. 25–50.

⁵ Kahneman D., Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk // Econometrica. – 1979. – Vol. 47, no. 2. – P. 263–292.

⁶ Орехова С. В. Формирование методологии устойчивого развития металлургического предприятия на основе ресурсно-институционального подхода: дис. ... д-ра экон. наук: 08.00.05. – Екатеринбург, 2018. – С. 83.

Все описанные теории накопили достаточно аргументации, чтобы на рубеже 1980-х годов появился единый аналитический конструкт стейкхолдерской теории (теории заинтересованных сторон, stakeholder approach)¹. Т. Дональдсон и Л. Престон выделяют три ее измерения²:

- дескриптивное, которое объясняет реальное поведение организации при ее взаимодействии со стейкхолдерами;
- инструментальное, направленное на разработку средств и конкретных методов работы со стейкхолдерами;
- нормативное, которое является сводом правил для менеджмента организации по учету интересов заинтересованных сторон.

Сформированная Э. Фрименом единая рамка стейкхолдерской теории не остановила, а, наоборот, дала толчок возникновению новых ее направлений. *Новый стейкхолдерский подход*³ (the new stakeholder view) подчеркивает важность заинтересованных сторон в создании капитала организации, а выживание и долгосрочный успех определяются ее способностями устанавливать и поддерживать отношения внутри сети стейкхолдеров. Здесь речь идет о создании так называемой стейкхолдерской стоимости⁴.

В научном обороте появляется термин «shared value», подразумевающий долю ценностную для стейкхолдеров⁵. Удовлетворенность стейкхолдеров зависит от ценности (выгод), которую они получают в обмен на усилия (издержки). Поскольку интересы стейкхолдеров нередко разнонаправлены, проблема определения их удовлетворенности становится еще сложнее. Как справедливо отмечает А. А. Злыгостев, «необходимо разграничить вклад и усилия, поскольку возможна ситуация,

¹ Freeman E. Strategic management: a stakeholder approach. – Boston: Pitman, 1984. – 298 p.

² Donaldson T., Preston L. E. The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence, and implications // Academy of management review. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 65–91.

³ Post J. E., Preston L. E., Sachs S. Managing the extended enterprise: the new stakeholder view // California management review. – 2002. – Vol. 45, no. 1. – P. 6–28.

⁴ Ткаченко И. Н., Злыгостев А. А. Оценка вклада стейкхолдеров в стоимость компании: пример российского банковского сектора // Управленец. – 2018. – Т. 9, № 4. – С. 40–52.

⁵ Porter M., Kramer M. The big idea: creating shared value. How to reinvent capitalism and unleash a wave of innovation and growth // Harvard business review. – 2011. – Vol. 89, no. 1–2. – P. 62–77.

при которой стейкхолдер прилагает большие старания для внесения своего вклада, но в результате этот вклад с точки зрения всей сети стейкхолдеров получается отрицательным. Это может говорить о том, что отношения между стейкхолдером и сетью выстроены неэффективно, поэтому их следует пересмотреть или отказаться от них»¹.

Значительный импульс к развитию в последнее время получили исследования *влияния вторичных групп стейкхолдеров*. Традиционно внимание ученых было сосредоточено на так называемых ключевых стейкхолдерах. Они, согласно Э. Фримену², подразделяются на внешних и внутренних. Эта точка зрения была усилена в работе И. Ансоффа³, где ключевыми заинтересованными сторонами рассматриваются менеджеры, персонал, акционеры, поставщики и продавцы. Р. Митчелл, Б. Эйгл и Д. Вуд предложили модель, определяющую ключевых стейкхолдеров организации по трем критериям: срочность, законность, власть⁴. Однако чаще всего, если этого не требует специфика исследования, стейкхолдеры классифицируются на первичных (они же часто – ключевые) и вторичных⁵.

Предметом исследований последних лет стало изучение общественных интересов в широком смысле, включая проблемы демографии, социального неравенства, локальной экономики, природной среды и экологии. Как отмечает В. Д. Смирнов, «...влияние социума становится все более существенным: бизнесу необходимо не только получить все разрешения и лицензии у местных властей на ведение хозяйственной деятельности на данной территории и выполнять налоговые обязательства, а также учесть культурные особенности населения, постараться не испортить природную среду его проживания, содействовать развитию социальной ин-

¹ Злыгостев А. А. Разработка методического подхода к учету интересов заинтересованных сторон в корпоративном управлении на основе оценивания стейкхолдерской стоимости и рисков: дис. ... канд. экон. наук: 5.2.6. – Екатеринбург, 2022. – С. 42–43.

² Freeman E. *Strategic management: a stakeholder approach*. – Boston: Pitman, 1984. – 298 p.

³ Ансофф И. *Новая корпоративная стратегия*: пер. с англ. – СПб.: Питер, 1999. – 413 с.

⁴ Mitchell R., Agle B., Wood D. *Toward of a theory of stakeholder identification and Silence: defining the principle of who and what really counts* // *Academy of management*. – 1997. – Vol. 2, no. 4. – P. 853–856.

⁵ Clarkson M. A. *Stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance* // *The Academy of management review*. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 92–117.

фраструктуры и повышению благосостояния местного населения. Стандарты служебных взаимоотношений внутри компаний меняются в сторону выстраивания этических моделей поведения...»¹.

Еще одна ветвь исследований – согласование разновекторных интересов заинтересованных сторон. Очевидно, что требования разных стейкхолдеров к одному и тому же объекту могут не совпадать. Объявление «главного» стейкхолдера экспертом неявно предполагает, что его требования совпадают (или близки) с требованиями других. Это предположение, как отмечают В. Л. Тамбовцев и И. А. Рождественская, вызывает большие сомнения².

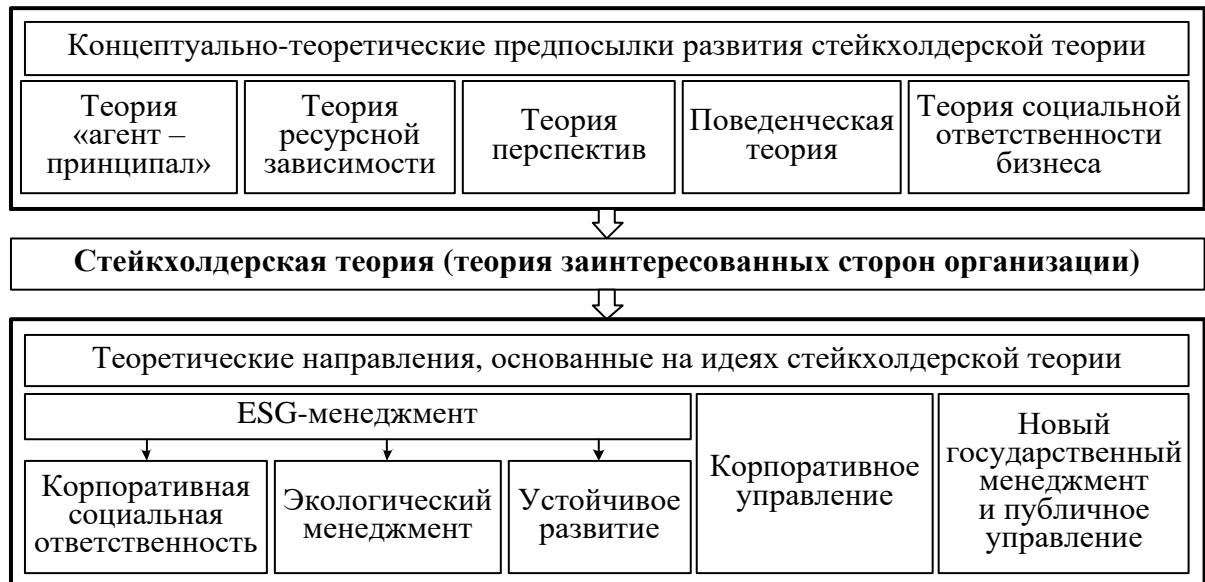
Такие разные интересы чаще всего возникают в сфере публичного управления. В связи с возросшими требованиями граждан к качеству предоставляемых публичных услуг, а также эффективности принятия управленческих решений исполнительными органами власти важное место стали занимать концепции «нового государственного менеджмента» и «нового публичного менеджмента». Актуальными стали проблемы использования управленческих технологий частного сектора в государственном секторе и соответствующего публично-правового регулирования. В рамках этой ветви исследований развитие получили концепция государственно-частного партнерства и ESG-менеджмент как интегральные теории, объединяющие достижения корпоративного управления, устойчивого развития, экологического и публичного менеджмента и др.³

Таким образом, стейкхолдерская теория представляет собой динамично развивающуюся фундаментальную методологию (рисунок 7), а ее постулаты обладают высокой объяснительной способностью для любых организаций, функционирующих в разных институционально-рыночных условиях.

¹ Смирнов В. Д. Управление ESG рисками в коммерческих организациях // Управленческие науки. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 6.

² Тамбовцев В. Л., Рождественская И. А. Менеджмент качества высшего образования: что означает «качество» и что означает «высшее образование»? // Управленец. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 5.

³ Нехода Е. В., Краковецкая И. В., Каз М. С., Редчикова Н. А., Усманова Д. К. Подходы к оценке реализации устойчивых практик бизнеса в условиях эволюции концепции устойчивого развития // Креативная экономика. – 2023. – Т. 17, № 7. – С. 2381–2396.



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 7 – Эволюция стейкхолдерской теории

В обсуждении вопросов эффективности бизнес-модели медицинской организации ключевой остается проблема принципиально разной позиции стейкхолдеров: выгоды для одних часто несут издержки и снижение производительности для других.

Анализ и интерпретация результатов новейших исследований в области стейкхолдерской теории и новой стейкхолдерской теории позволили автору разработать методику, устраняющую пробелы в существующих подходах к оценке эффективности бизнес-модели медицинской организации (п. 1.3 диссертации). Стейкхолдерская теория позволяет учесть все факторы эффективности оказания медицинских услуг, в том числе различия в уровнях власти и специфику трансакций.

2.2 Анализ практик и инструментария оценки влияния стейкхолдеров на деятельность медицинской организации

Несмотря на широкий перечень публикаций, посвященных оценке взаимодействия стейкхолдеров в сфере здравоохранения, пока не достигнут консенсус по двум ключевым вопросам: каков исчерпывающий перечень стейкхолдеров и какова их роль в процессе оказания медицинских услуг в целом и эффективности бизнес-модели конкретной медицинской организации.

Например, в работе Дж. Блэра и С. Уайтхеда¹ рассматривается проблема управления такими стейкхолдерами в больницах, как пациенты, медицинский персонал, администрация, страховые компании, правительство и др. Авторы предлагают, опираясь на принципы теории ресурсной зависимости, для стейкхолдеров с высоким влиянием и уровнем заинтересованности использовать стратегию удовлетворения, в противном случае – стратегию минимизации. В исследовании предлагается комплексная методика оценки эффективности медицинской организации: опросы и интервью, SWOT-анализ, сравнение показателей производительности с аналогичными показателями других больниц, бенчмаркинг.

В статье М. Фоттлера и его коллег² среди ключевых групп заинтересованных сторон рассматриваются пациенты, медицинский персонал, финансовые учреждения и правительственные органы. Работа ставит целью проанализировать интересы и потребности каждой группы, взаимодействие этих групп друг с другом и как это взаимодействие может повлиять на эффективность медицинской организации. Однако метод исследования вызывает вопросы в достоверности его результатов. Авторы проводят опрос, результаты которого трансформируют в так называемый «балл влияния», определяемый как количество упоминаний каждой заинте-

¹ Blair J. D., Whitehead C. J. Too many on the seesaw: stakeholder diagnosis and management for hospitals // Hospital & health services administration. – 1988. – Vol. 33, no. 2. – P. 153–166.

² Fottler M. D., Blair J. D., Whitehead C. J. et al. Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why? // Journal of healthcare management. – 1989. – Vol. 34, no. 4. – P. 525–546.

ресованной стороны, умноженное на предполагаемую степень их влиятельности. Результаты показали, что медицинский персонал и пациенты являются наиболее влиятельными для медицинской организации заинтересованными сторонами.

Интерес для целей нашего исследования представляет работа Д. Дааке и У. Энтони¹, где анализируются различия во власти и влиянии стейкхолдеров в медицинских организациях США. Были проведены полуструктурированные интервью с пациентами, медицинским персоналом, администрацией и представителями общественности. Результаты оценки показателей доступности и качества медицинского обслуживания, а также удовлетворенности клиентов показали, что группы стейкхолдеров имеют значительные различия во власти и влиянии, что может привести к конфликтам и неэффективной работе организации. Так же, как и в работе М. Фоттлера и его коллег², проиллюстрировано, что медицинский персонал и пациенты имеют наибольшее влияние на работу организации, в то время как финансовые менеджеры и страховые компании имеют наибольшую власть. Только 29 % пациентов и 39 % медицинского персонала ощущали, что их мнение было учтено при принятии решений. В то же время 83 % руководителей больниц заявили, что они учитывают мнения и интересы пациентов при принятии решений. Эти различия отражают несогласованность интересов, и, как заключают авторы, могут привести к недостаточной удовлетворенности пациентов, снижению качества обслуживания и неоптимальному расходованию ресурсов.

С. Мальфейт с коллегами³ также доказывают, что вовлечение заинтересованных сторон, таких как пациенты, медицинский персонал, администрация и представители общественности, может значительно улучшить процесс принятия решений в организации и повысить качество оказания медицинской помощи. В статье

¹ Daake D., Anthony W. Understanding stakeholder power and influence gaps in a health care organization: an empirical study // Health care management review. – 2000. – Vol. 25, no. 3. – P. 94–107.

² Fottler M. D., Blair J. D., Whitehead C. J. et al. Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why? // Journal of healthcare management. – 1989. – Vol. 34, no. 4. – P. 525–546.

³ Malfait S., Eeckloo K., Hellings J. et al. The impact of stakeholder involvement in hospital policy decision-making: a study of the hospital's business processes // Acta Clinica Belgica. – 2016. – Vol. 72, no. 1. – P. 1–9.

используется методика интервьюирования указанных групп стейкхолдеров и анализа документов, связанных с процессами принятия решений в больнице. Информационной базой исследования служил кейс конкретного госпиталя в Бельгии. Среди показателей участия заинтересованных сторон в процессе принятия решений оценивались качество услуг, улучшение процессов, эффективность использования ресурсов, легитимность принятых решений и доверие стейкхолдеров к органам управления. В то же время авторы обращают внимание на ограничения своего подхода, поскольку стейкхолдеры имеют разный уровень компетенций и не могут равноценно принимать решения.

В статье П. Хуотари и З. Хаврдовой¹ протестирован ряд методов оценки эффективности медицинских организаций: анализ показателей качества здравоохранения (качество диагностики и лечения, использование лекарственных препаратов, соблюдение медицинской этики и др.), удовлетворенность пациентов и сотрудников медицинской организации, а также проверка соответствия медицинской документации и процедур стандартам и правилам. Были проведены интервью в фокус-группах среди 29 студентов, окончивших бакалавриат и одновременно работающих в здравоохранении. Проиллюстрировано, что использование комплексного метода оценки эффективности организаций, определение ролей и ответственности за качество медицинского обслуживания могут привести к его улучшению.

В исследовании К. Тампио, Х. Хаапасало и Ф. Али² изучаются вопросы эффективности проекта по строительству больницы в Финляндии методами анализа заинтересованных сторон и картографирования. С помощью тематических интервью пациентов, медицинского персонала, представителей правительства составлена карта заинтересованных сторон для более четкого понимания сложности реализации проекта.

¹ Huotari P., Havrdová Z. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care // International journal of health care quality assurance. – 2016. – Vol. 29, no. 8. – P. 864–876.

² Tampio K. P., Haapasalo H., Ali F. Stakeholder analysis and landscape in a hospital project – elements and implications for value creation // International journal of managing projects in business. – 2022. – Vol. 15, no. 8. – P. 48–76.

Нетривиальный подход оценки деятельности медицинских организаций предложен в статье Т. М. Скляр¹. Автор опирается на концепцию «выхода, мнения и лояльности» А. Хиршмана². Для потребителя существует два «выхода» – получение платных услуг государственных медицинских учреждений и переход в частную систему здравоохранения. Выражение «мнения» может осуществляться путем предъявления претензий и жалоб самой организации, страховой компании, органам управления здравоохранением. Проведено интервьюирование 14 экспертов в области здравоохранения (главные врачи и их заместители, начальники административных служб и др.) и телефонный опрос населения Санкт-Петербурга (выборка – 800 чел.). Автором показано, что государственные медицинские организации в большинстве представляют собой «ленивую монополию», которая вместо улучшения качества услуг предпочитает терять пациентов. В результате медицинская организация не несет никаких финансовых потерь из-за «выхода» потребителей и не получает обратной связи от недовольных посредством выражения «мнения», а значит, не приобретает стимулов для повышения эффективности и качества работы.

Исследование А. Остен³ систематизирует стратегии управления стейкхолдерами на основе анализа ресурсного обмена. Информационную базу работы составили материалы 93 государственных больниц Польши. Автором выделены два уровня стратегий. На уровне *ex-ante* осуществляется анализ принятия решения о заключении контракта со стейкхолдером. На уровне *ex-post* определяется, как реагировать на запросы заинтересованных сторон, учитывая ресурсный обмен. Метод исследования – закрытые вопросы по шкале от 1 до 7, где 1 означает эксплуататорское и проактивное поведение в отношении стейкхолдера, 7 – исследовательское и реактивное поведение. Результаты показывают, что участие заинтересованных сторон

¹ Скляр Т. М. Взаимодействие медицинских организаций и стейкхолдеров: анализ «лучших практик» в здравоохранении. – URL: <https://textarchive.ru/c-1993665.html> (дата обращения: 15.10.2023); Скляр Т. М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Менеджмент. – 2007. – № 4. – С. 139–156.

² Hirschman A. O. Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and states. – Cambridge: Harvard University Press, 1970. – 186 p.

³ Austen A. Stakeholders management in public hospitals in the context of resources // Management. – 2012. – Vol. 16, no. 2. – P. 217–230.

в принятии решения и укрепление доверия являются важными критериями для заключения контрактов и обмена ресурсами.

Целью исследования А. Остен также было изучение мнения менеджеров относительно степени удовлетворения потребностей и ожиданий заинтересованных сторон. Анализ ответов показывает, что менеджмент больниц не готов приводить в соответствие потребности и ожидания стейкхолдеров, кроме потребностей пациентов: управленческий персонал считает, что инвестиции в отношении удовлетворенности пациентов могут привести к росту доходов медицинской организации. Поэтому основная рекомендация автора – необходимость повышения мотивации медицинского персонала за счет увеличения оплаты труда, повышения статуса работников и инвестиций в производственные активы.

В статье М. И. Гадаборшева, М. М. Левкевич и С. М. Цыганковой¹ представлена концепция управления медицинскими организациями на основе удовлетворения потребностей таких стейкхолдеров, как пациенты, персонал, управляющие и представители государства. Авторы рассматривают вопросы формирования стратегии и тактики управления на основе принципов сбалансированной системы показателей.

В работе Т. Джебара и ее коллег² систематизированы результаты 21 качественного исследования по вопросу назначения лекарственных средств фармацевтом. Эти исследования включают опросы и интервью с различными стейкхолдерами, такими как фармацевты, врачи, другие медицинские работники и пациенты. Анализ данных позволил выявить несколько основных тем, связанных с мнениями и опытом стейкхолдеров по вопросу назначения лекарственных средств фармацевтом. Авторы выделили несколько показателей эффективности фармацевтического назначения, среди которых влияние фармацевта на качество лечения, степень риска

¹ Гадаборшев М. И., Левкевич М. М., Цыганкова С. М. Медицинская организация: достижение сбалансированных результатов посредством удовлетворения потребностей основных групп стейкхолдеров // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 6. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18985671> (дата обращения: 18.02.2023).

² Jebara T., Cunningham S., MacLure K. et al. Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review // British journal of clinical pharmacology. – 2018. – Vol. 84, no. 9. – P. 1883–1905.

для пациента от фармацевтического назначения, степень удовлетворенности пациента фармацевтическим назначением (в том числе удобство, доступность, понимание лекарственной терапии), экономический эффект фармацевтического назначения, в том числе снижение затрат на лечение. В результате исследования выявлено разное отношение стейкхолдеров к процессам фармацевтического назначения лекарственных средств.

Целью исследования И. Л. да Силва Андраде и ее коллег¹ был анализ восприятия заинтересованными сторонами уровня организационной эффективности больницы в Серра-Гауча (Бразилия) после аккредитации. Авторы провели полуструктурированные интервью с восемью пациентами для оценки производительности труда организации и степени их удовлетворенности; анализ финансовых (выручка, прибыль и затраты) и иных показателей (количество пациентов, продолжительность пребывания, смертность, инфекции, ожидание на лечение и т. д.) деятельности больницы; анализ удовлетворенности персонала на основе отзывов, собранных в рамках системы управления качеством. Результаты показали, что заинтересованные стороны в целом положительно оценивают организационную эффективность больницы, но видят необходимость в улучшении коммуникации между медицинскими работниками, внедрении новых технологий и сокращении времени ожидания.

Работа М. М. Левкевич, О. А. Сапрыкиной и Н. В. Брюхановой² была направлена на выявление потребностей и ожиданий стейкхолдеров, выстраивание отношений между ними и медицинской организацией. Авторы выделяют два метода формирования взаимодействий с группой внешних стейкхолдеров. Согласно первому, необходимо стремиться к установлению партнерских отношений, мотивировать стейкхолдеров к действиям в интересах организации, в том числе и для достижения их собственных интересов. Суть второго метода заключается в защите организации

¹ Da Silva Andrade I. L., Ventura da Motta M. E., Camargo M. E. et al. Perception of stakeholders on organizational performance in a unified health system hospital (100 % SUS) with level III hospital accreditation, Serra Gaúcha // International Journal for Innovation Education and Research. – 2022. – Vol. 10, no. 9. – P. 61–78.

² Левкевич М. М., Сапрыкина О. А., Брюханова Н. В. Медицинская организация и стейкхолдеры: о необходимости развития механизма взаимодействия // Непрерывное профессиональное образование и новая экономика. – 2018. – № 1 (2). – С. 305–314.

от потенциальных рисков взаимодействия со стейкхолдерами, в их выявлении и нейтрализации.

Представленные практические кейсы и подходы к изучению влияния стейкхолдеров на эффективность оказания услуг медицинскими организациями и эффективность их бизнес-модели имеют ряд методических ограничений.

В первую очередь, принципиально важным недостатком выступает то, что сам перечень заинтересованных сторон никак не структурирован и не унифицирован (таблица 5).

Таблица 5 – Перечень заинтересованных сторон медицинской организации в имеющихся исследованиях

Источник	Медицинский персонал		Пациенты	Страховые компании	Правительственные органы	Собственники	Представители обществности	Поставщики	Конкуренты	СМИ
	Врачи	Управленческий персонал								
J. Blair, C. Whitehead ¹	+	+	+	+	+					
M. Fottler, J. Blair, C. Whitehead et al. ²	+	+	+	+	+					
D. Daake, W. Anthony ³	+	+	+	+			+			
Т. М. Скляр ⁴	+	+	+	+	+	+				
A. Austen ⁵	+	+	+					+		

¹ Blair J. D., Whitehead C. J. Too many on the seesaw: stakeholder diagnosis and management for hospitals // Hospital & health services administration. – 1988. – Vol. 33, no. 2. – P. 153–166.

² Fottler M. D., Blair J. D., Whitehead C. J. et al. Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why? // Journal of healthcare management. – 1989. – Vol. 34, no. 4. – P. 525–546.

³ Daake D., Anthony W. Understanding stakeholder power and influence gaps in a health care organization: an empirical study // Health care management review. – 2000. – Vol. 25, no. 3. – P. 94–107.

⁴ Скляр Т. М. Взаимодействие медицинских организаций и стейкхолдеров: анализ «лучших практик» в здравоохранении. – URL: <https://textarchive.ru/c-1993665.html> (дата обращения: 15.10.2023); Скляр Т. М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Менеджмент. – 2007. – № 4. – С. 139–156.

⁵ Austen A. Stakeholders management in public hospitals in the context of resources // Management. – 2012. – Vol. 16, no. 2. – P. 217–230.

Продолжение таблицы 5

Источник	Медицинский персонал		Пациенты	Страховые компании	Правительственные органы	Собственники	Представители обществественности	Поставщики	Конкуренты	СМИ
	Врачи	Управленческий персонал								
М. И. Гадаборшев, М. М. Левкевич, С. М. Цыганкова ¹	+	+	+		+	+	+	+	+	
S. Malfait, K. Eeckloo, J. Hellings et al. ²	+	+	+				+			
P. Huotari, Z. Havrdová ³	+	+	+			+	+			
М. М. Левкевич, О. А. Сапрыкина, Н. В. Брюханова ⁴	+	+	+		+	+		+	+	+
K. Tampio, H. Naapasalo, F. Ali ⁵	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
I. L. da Silvia Andrade, M. E. Ventura da Motta, M. E. Camargo et al. ⁶	+		+							
Примечание – Систематизировано автором.										

¹ Гадаборшев М. И., Левкевич М. М., Цыганкова С. М. Медицинская организация: достижение сбалансированных результатов посредством удовлетворения потребностей основных групп стейкхолдеров // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 6. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18985671> (дата обращения: 18.02.2023).

² Malfait S., Eeckloo K., Hellings J. et al. The impact of stakeholder involvement in hospital policy decision-making: a study of the hospital's business processes // Acta Clinica Belgica. – 2016. – Vol. 72, no. 1. – P. 1–9.

³ Huotari P., Havrdová Z. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care // International journal of health care quality assurance. – 2016. – Vol. 29, no. 8. – P. 864–876.

⁴ Левкевич М. М., Сапрыкина О. А., Брюханова Н. В. Медицинская организация и стейкхолдеры: о необходимости развития механизма взаимодействия // Непрерывное профессиональное образование и новая экономика. – 2018. – № 1 (2). – С. 305–314.

⁵ Tampio K. P., Naapasalo H., Ali F. Stakeholder analysis and landscape in a hospital project – elements and implications for value creation // International journal of managing projects in business. – 2022. – Vol. 15, no. 8. – P. 48–76.

⁶ Da Silva Andrade I. L., Ventura da Motta M. E., Camargo M. E. et al. Perception of stakeholders on organizational performance in a unified health system hospital (100 % SUS) with level III hospital accreditation, Serra Gaúcha // International Journal for Innovation Education and Research. – 2022. – Vol. 10, no. 9. – P. 61–78.

Стейкхолдеры чаще всего рассматриваются на основе базовых классификаций и делятся на три группы:

1) первичные стейкхолдеры – те, без которых организация не сможет функционировать: пациенты (теоретически – основной объект внимания любой медицинской организации; сотрудники; поставщики, предоставляющие медицинское оборудование, лекарства и другие необходимые ресурсы);

2) вторичные стейкхолдеры – те, кто влияет на организацию, но не является ключевым для ее функционирования: государственные органы; страховые компании, общественные организации, партнеры и аффилированные структуры, исследовательские центры и т. д.;

3) третичные стейкхолдеры – это группы, влияние которых на организацию опосредовано и может быть менее очевидным. Среди них выделяются:

а) динамичные стейкхолдеры – это группы, влияние которых на медицинскую организацию может меняться в зависимости от экономических, социальных или политических обстоятельств:

– научные и исследовательские учреждения: в зависимости от актуальности определенных исследований или разработок эти организации могут вступать в партнерство или конкуренцию с медицинскими организациями;

– профессиональные ассоциации врачей, медицинских сестер и других медицинских работников – их рекомендации, стандарты и руководящие принципы могут оказывать влияние на практику и репутацию медицинской организации;

– глобальные здравоохранительные инициативы (например, Всемирная организация здравоохранения), которые могут выдвигать новые стандарты или рекомендации, влияющие на мировое медицинское сообщество;

б) пассивные стейкхолдеры – те, кто потенциально может быть затронут деятельностью медицинской организации, но обычно не взаимодействует с ней напрямую:

– местное сообщество: жители региона, где расположена медицинская организация, потенциальные пациенты;

- образовательные учреждения: школы, колледжи и университеты, подготавливающие будущих специалистов в области медицины;
- СМИ, формирующие общественное мнение и т. п.

Практически все работы оценивают влияние на медицинскую организацию двух групп стейкхолдеров: пациентов и врачей. Вместе с тем, не снижая значимости имеющихся работ, следует отметить слабую проработанность следующих трех вопросов.

1. Уточнение прав собственности. В случае частной собственности целевой вектор деятельности медицинской организации смещается существенным образом в пользу показателей финансовой устойчивости и платежеспособности. В случае же бюджетно-сметного финансирования возможны два варианта:

а) принятие стратегических решений часто перекладывается на плечи управленческого персонала;

б) вопрос финансовой жизнеспособности бизнес-модели смещается с задач оптимизации затрат на задачи выполнения плана финансово-хозяйственной деятельности или сметы.

2. Влияние и множественность ролей государства. Следует пояснить, что при описании стейкхолдера «государство» в случае оказания медицинских услуг имеется ввиду не менее трех видов конкретных субъектов с конкретными интересами:

а) государство как единая общественно-политическая система, функционирующая на конкретной территории. С этой точки зрения медицинская организация встроена в контекст интересов национальной системы здравоохранения, и ее деятельность должна быть направлена на экономический рост страны путем улучшения качества человеческого капитала населения, проживающего в государстве;

б) государство как конкретные органы исполнительной власти (федеральные и региональные министерства здравоохранения и т. п.), отвечающие за показатели уровня смертности и продолжительности жизни на вверенной им территории;

в) государство как собственник, желающий получить от инвестиций в медицинскую организацию максимальную отдачу. Эти интересы реализуются в том

числе в деятельности страховых организаций, на государственном уровне – Фонда обязательного медицинского страхования.

3. Взаимодействие со страховыми организациями рассматривается как работа с другими контрагентами (поставщиками и т. п.). Вместе с тем монетизация медицинской организации зависит от пациентов лишь опосредованно. Именно страховые организации выступают главным источником доходов медицинских организаций. Причем интересы организаций, участвующих в обязательном и добровольном медицинском страховании, также различаются и требуют дополнительной проработки.

Во-вторых, ряд рассмотренных исследований носит теоретический характер, что свидетельствует об определенных ограничениях предложенных методик для практического применения.

В-третьих, в большинстве работ предлагается использование субъективных оценок, основанных на данных опросов либо неструктурированных (полуструктурированных) интервью. Численность выборки и уровень экспертности респондентов в ряде случаев существенным образом снижает достоверность представленных в исследованиях оценок.

Наконец, в-четвертых, взаимодействия стейкхолдеров описываются фрагментарно и (или) шаблонно, не учитывают специфику бизнес-модели медицинской организации. Эффективность взаимодействий часто рассматривается как «субъективная оценка стейкхолдером (или группой стейкхолдеров) ценности, полученной в результате одного или нескольких действий бизнеса»¹. Например, в исследованиях активно используется показатель удовлетворенности пациента, но в то же время никак не измеряется удовлетворенность (экономическая или иная) самой медицинской организации от взаимодействия с пациентом.

Таким образом, предложенные методики не учитывают фактор обмена ресурсами стейкхолдеров, и зачастую направлены только на анализ интересов или потребностей контрагентов, но не самой организации.

¹ Гугля А. А. Стейкхолдерский подход к обеспечению устойчивого развития бизнеса // Вестник НГИЭИ. – 2015. – № 3 (46). – С. 34.

2.3 Методическое обеспечение оценки эффективности бизнес-модели медицинской организации на основе иерархии стейкхолдеров

Перечисленные методические недостатки исследования стейкхолдеров в процессе оценки эффективности оказания услуг медицинскими организациями (п. 2.2 диссертации) приводят к необходимости уделить более пристальное внимание разработке теоретических принципов бизнес-модели медицинской организации при помощи стейкхолдерского подхода.

Во-первых, изучение публикаций, посвященных анализу показателей эффективности деятельности медицинской организации с учетом интересов стейкхолдеров, свидетельствует о том, что в настоящее время теория и практика довольно редко и непоследовательно уточняют тот факт, что понятие «эффективность организации» не является тождественным понятию «эффективность бизнес-модели организации как совокупности стейкхолдеров». Учитывая специфику разносторонних интересов стейкхолдеров медицинской организации и трактовку бизнес-модели как сети стейкхолдеров (подробнее об этом в п. 1.2 диссертации), необходимо отметить следующее.

При описании *эффективности медицинской организации* фактически речь идет об эффективности ее деятельности как основного стейкхолдера (собственника бизнеса). Если для собственника бизнес экономически нецелесообразен, развитие и поддержание сети стейкхолдеров теряет смысл.

В случае рассмотрения *бизнес-модели медицинской организации как стейкхолдерской сети* важно оценивать выполнение декларируемого ценностного предложения при одновременной максимизации уровня доходности самой медицинской организации. Очевидно, что если конкретные группы стейкхолдеров оказывают незначительное влияние на монетизацию бизнеса, то медицинская организация не будет прилагать усилий по обеспечению обязательного условия, мотивирующего стейкхолдера находиться в сети, – «выгоды должны расти быстрее, чем издержки».

Исходя из этого, во-вторых, требуется откорректировать критерии, на основании которых возможна разработка иерархии стейкхолдеров. Как ранее отмечалось, внимание исследователей часто сосредоточено на так называемых ключевых стейкхолдерах. Они, согласно Э. Фримену, подразделяются на внешних и внутренних¹. Дж. Блэр и М. Фоттлер выделяют также «пограничную» группу (interface), осуществляющую взаимодействие с внешним окружением². Так, в работе И. Ансоффа³ выделяются такие ключевые заинтересованные стороны, как менеджеры, персонал, акционеры, поставщики и продавцы.

Р. Митчелл с соавторами определяют ключевых стейкхолдеров организации по трем критериям: срочность, законность, власть⁴. Однако чаще всего стейкхолдеры классифицируются на первичных (ключевых) и вторичных⁵. Первичные группы связаны с организацией формальными контрактами, их существование необходимо для деятельности организации. К ним относятся акционеры, работники, потребители и группы лиц, имеющие право контроля или другие формы власти над фирмой. Вторичные группы заинтересованных лиц включают, например, средства массовой информации, широкую общественность и т. п.

В литературе по управлению медицинскими организациями часто применяется классификация стейкхолдеров по двум критериям – потенциал для угроз и потенциал для кооперации⁶. С этой точки зрения ключевыми являются стейкхолдеры, имеющие высокий потенциал как для угрозы, так и для кооперации с организацией (mixed-blessing).

Поскольку источники монетизации являются главным фактором жизнеспособности любой бизнес-модели, именно этот критерий может служить основой для

¹ Freeman E. Strategic management: a stakeholder approach. – Boston: Pitman, 1984. – 298 p.

² Blair J. D., Fottler M. D. Challenges in health care management: strategic perspectives for managing key stakeholders. – San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990. – 410 p.

³ Ансофф И. Новая корпоративная стратегия: пер. с англ. – СПб.: Питер, 1999. – 413 с.

⁴ Mitchell R., Agle B., Wood D. Toward of a theory of stakeholder identification and Silence: defining the principle of who and what really counts // Academy of management. – 1997. – Vol. 2, no. 4. – P. 853–856.

⁵ Clarkson M. A. Stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance // The Academy of management review. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 92–117.

⁶ Savage G. T., Nix T. W., Whitehead C. J., Blair J. D. Strategies for assessing and managing organizational stakeholders // Academy of management executive. – 1991. – Vol. 5, no. 2. – P. 61–75.

формирования перечня и иерархии ключевых стейкхолдеров при оценке их влияния на деятельность медицинской организации (рисунок 8). В медицинской организации существует четыре источника монетизации.

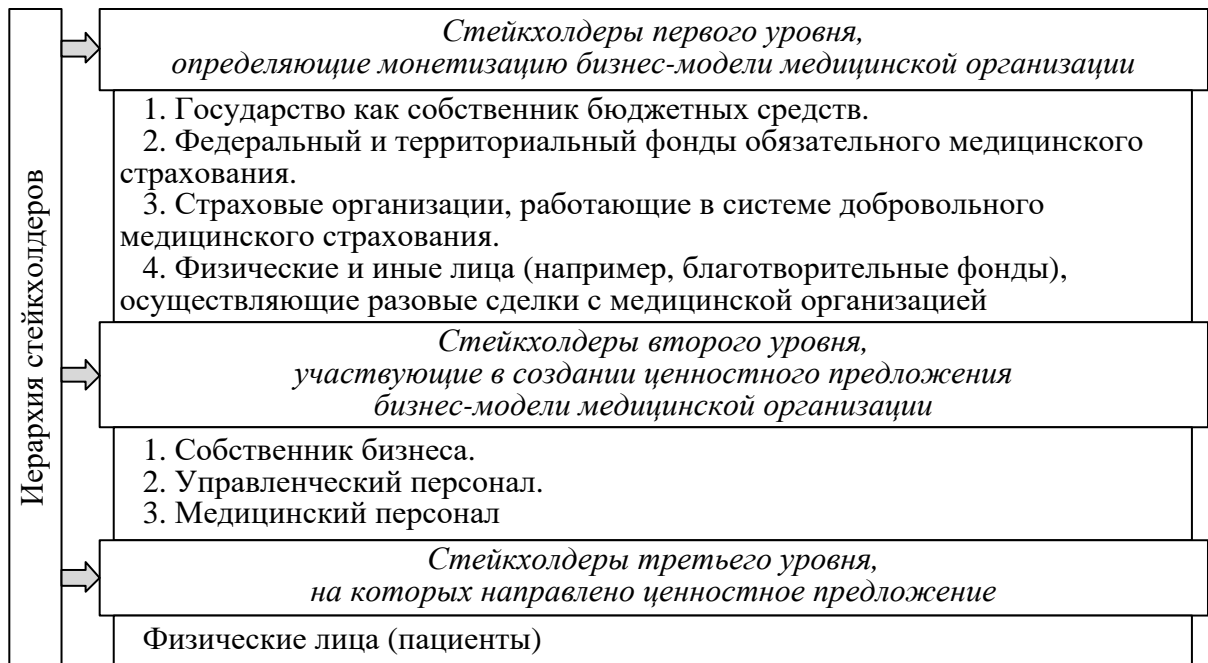


Примечание – Составлено автором.

Рисунок 8 – Иерархия ключевых стейкхолдеров медицинских организаций по критерию «источники монетизации»

Монетизация является результатом деятельности бизнес-модели, поэтому следует установить причинно-следственные взаимосвязи между этим **результатом и способом его достижения – ценностным предложением**, которое создается одними стейкхолдерами для других. И здесь важно отметить, что *пациент является источником монетизации лишь опосредованно* (во всем мире люди крайне редко оплачивают медицинские услуги самостоятельно). Таким образом, в реальной практике деятельности медицинской организации *стейкхолдеры, которые непосредственно участвуют в создании ценностного предложения* (врачи, медицинский и обслуживающий персонал, управляющие), *занимают второстепенное место в иерархии*, потому что напрямую не определяют ее экономическую эффективность. В то же время структуры, непосредственно осуществляющие финансирование деятельности медицинской организации, будут иметь первостепенное значение для эффективности ее бизнеса.

Иерархия ключевых стейкхолдеров в бизнес-модели медицинской организации представлена на рисунке 9.



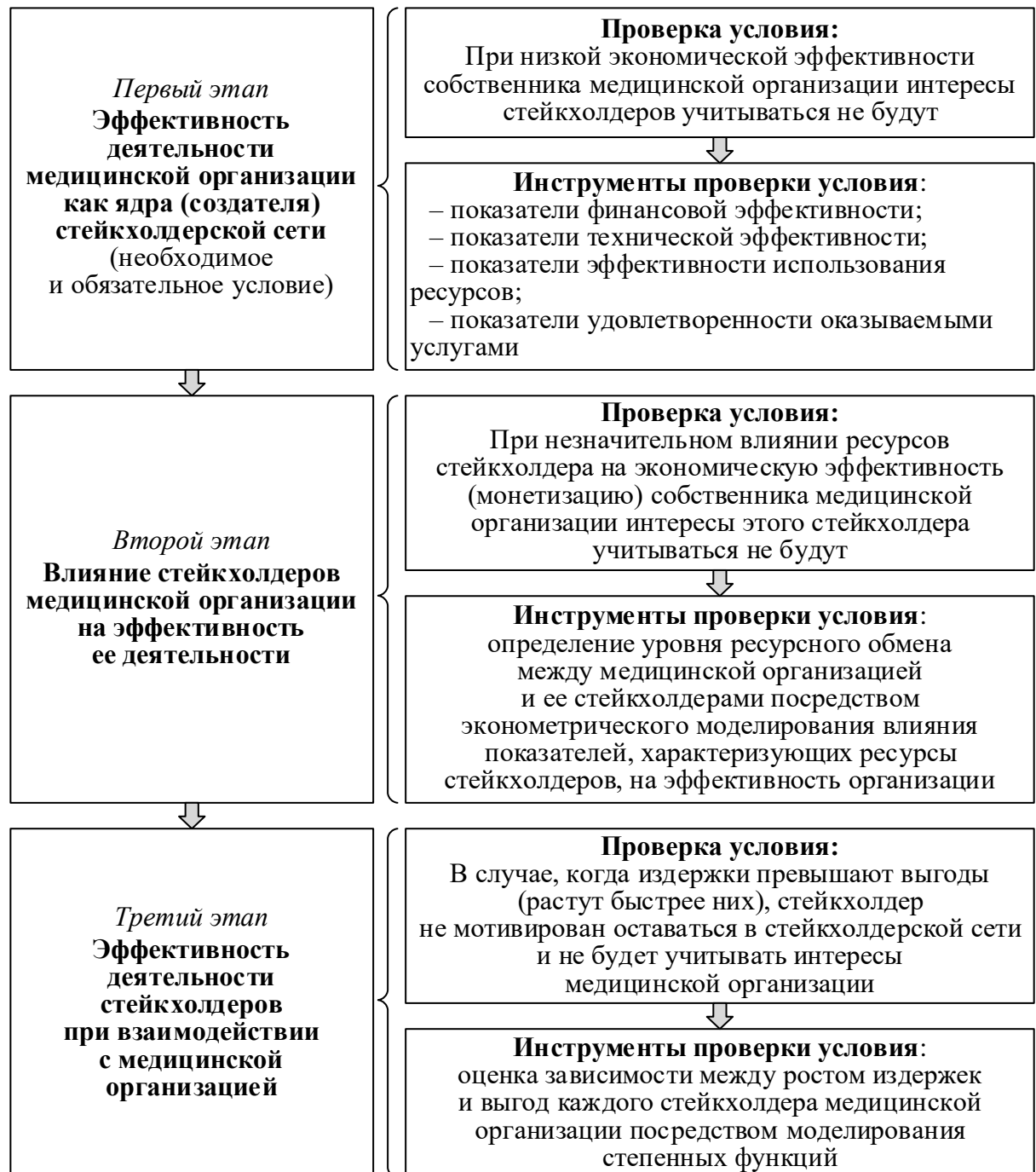
Примечание – Составлено автором.

Стейкхолдеры могут быть задействованы в нескольких компонентах бизнес-модели.

Рисунок 9 – Иерархия ключевых стейкхолдеров в бизнес-модели медицинской организации

Это означает, что *изначально присутствующая в коммерческих организациях сбалансированность интересов ключевых стейкхолдеров, регулируемых рыночными механизмами, в медицинских организациях искажена*. Иначе говоря, в медицинских организациях мы можем наблюдать эффект, когда выгоды одних участников одновременно выступают издержками для других. Например, экономический эффект для медицинской организации будет убытком для пациента. Увеличение часов работы с пациентом может оцениваться им положительно (и повышать удовлетворенность медицинской услугой), тогда как для медицинской организации означает дополнительные расходы и снижение производительности труда врача. Именно эта проблема делает использование стейкхолдерского подхода принципиально важным для оценки эффективности оказания услуг медицинской организацией.

Обобщая сказанное, методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации в контексте стейкхолдерской теории можно представить как методическое обеспечение, состоящее из трех этапов (рисунок 10).



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 10 – Методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации в контексте стейкхолдерской теории

Согласно рисунку 10, базовым условием эффективности медицинской организации является экономическая заинтересованность (т. е. эффективность) самой организации (ее собственника) в долгосрочном функционировании и развитии. На втором этапе проверяется мотивация самой медицинской организации в поддержании отношений с конкретными стейкхолдерами. В случае выполнения этого условия на финальном этапе проверке подлежит заинтересованность нахождения в ареале (сети) бизнес-модели других стейкхолдеров, как внешних, так и внутренних.

Такая заинтересованность определяется балансом «издержки – выгоды» каждого стейкхолдера. Интересы стейкхолдеров могут быть разнонаправленными. Как максимизировать стейкхолдерскую стоимость, если учет интересов одних влечет пренебрежение интересами других? Если за основу брать идеологию стейкхолдерской сети, то выгоды для одних всегда будут издержками для других. И даже если удастся найти «баланс интересов» и прийти к согласию стейкхолдеров по определенному решению в деятельности организации, то как определить выгоду для каждой группы? При правильном учете всех интересов ценность создается и для самой компании, и для стейкхолдеров¹.

Предложенная теоретическая модель методического обеспечения оценки эффективности медицинской организации в контексте стейкхолдерской теории, в отличие от имеющихся, строится на двух основных предпосылках:

– отсутствует противопоставление интересов участников стейкхолдерской сети. Гораздо более важную роль в поддержании мотивации к сотрудничеству играет соотношение темпов роста издержек и выгод каждого стейкхолдера;

– учитываются как внешние, так и внутренние стейкхолдеры, находящиеся на разных уровнях иерархии по уровню влияния на источник монетизации. Это принципиальное отличие разработанного методического обеспечения от существующих методик, предполагающих, что интересы стейкхолдеров необходимо ранжировать в зависимости от их власти и ресурсов.

Формулы, предпосылки и обоснованность моделей расчета будут приведены в главе 3 диссертационного исследования.

¹ Ткаченко И. Н., Злыгостев А. А. Оценка вклада стейкхолдеров в стоимость компании: пример российского банковского сектора // Управленец. – 2018. – Т. 9, № 4. – С. 40–52.

Выводы по главе 2

1. Проведен комплексный ретроспективный анализ зарождения и направлений развития стейкхолдерской теории. Установлено, что ключевой остается проблема рассогласованности целей стейкхолдеров медицинских организаций: выгоды для одних часто являются издержками для других. Доказано, что стейкхолдерская теория, включающая стейкхолдерскую агентскую теорию, теорию ресурсной зависимости, новый стейкхолдерский подход и ряд других, является наилучшей для формирования исследовательской программы управления бизнес-моделью медицинской организации.

2. На основе систематизированного научного обзора установлены основные проблемы исследования влияния стейкхолдеров на эффективность деятельности медицинских организаций: отсутствие унифицированного перечня и описания ролевой иерархии участников бизнес-модели медицинских организаций; слабый учет двуединой роли государства; отсутствие проработки роли и интересов страховых компаний в оказании медицинских услуг; фрагментарность оценки.

3. Типологизированы ключевые стейкхолдеры в зависимости от их влияния на формы и источники монетизации бизнес-модели медицинской организации.

Классификация стейкхолдеров позволила выстроить их иерархию и обозначить принципы взаимодействия с медицинской организацией. К стейкхолдерам первого уровня, непосредственно формирующими денежный поток, относятся государство как собственник бюджетных средств; федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования; страховые организации, работающие в системе добровольного медицинского страхования, и физические лица, осуществляющие разовые трансакции. Стейкхолдеры второго уровня, участвующие в создании ценностного предложения бизнес-модели медицинской организации, – это собственники бизнеса и персонал. Стейкхолдеры третьего уровня, на которых направлено ценностное предложение, но которые влияют на монетизацию

опосредованно, – пациенты. Таким образом, доказано, что пациенты играют второстепенную роль в эффективности медицинской организации.

На основе полученной иерархии ключевых стейкхолдеров предложена трехэтапная система методического обеспечения оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров. На первом этапе предлагается оценка экономических аспектов эффективности самой медицинской организации (ее собственника). На втором этапе методики измеряется влияние уровня ресурсного обмена между медицинской организацией и ее стейкхолдерами посредством эконометрического моделирования. На третьем этапе предполагается анализ показателей, характеризующих баланс «издержки – выгоды» каждого стейкхолдера бизнес-модели медицинской организации.

3. Управление бизнес-моделью медицинской организации на основе учета баланса «издержки – выгоды» ее стейкхолдеров: эмпирическое исследование

3.1 Апробация методического обеспечения оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров (на примере федеральной сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск»)

3.1.1 Анализ эффективности деятельности федеральной сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск»

При операционализации предложенного комплексного методического обеспечения оценки эффективности медицинской организации необходимо отметить, что его успешное применение и, главное, достоверность полученных результатов возможны только при адаптации к конкретной архитектуре и логике бизнеса. При этом измерения возможны только в динамике, сравнение с другими бизнес-моделями, даже в рамках одного сектора экономики, будет некорректным либо потребует допущений.

Для апробации использовались данные ООО «Полимедика» – федеральной сети поликлиник. В состав компании входят локализованные группы медицинских организаций, одна из которых, *ООО «Полимедика Челябинск»*, является *полигоном исследования*. В соответствии с инвестиционным соглашением между ООО «Медицинская инвестиционная группа» (собственником), Министерством здравоохранения Челябинской области и Администрацией города Челябинска и на основании приказа Управления здравоохранения Администрации города Челябинска

ска № 535 от 5 октября 2017 г. ООО «Полимедика Челябинск» обслуживает население города Челябинска и Челябинской области в рамках системы обязательного медицинского страхования. Учреждение оказывает неотложную, первичную медико-санитарную и первичную специализированную помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара жителям Челябинска и Челябинской области (Сосновский район) и имеет семь филиалов (таблица 6).

Исследуемая сеть поликлиник представляет собой уникальный пример государственно-частного партнерства. Основным источником монетизации ООО «Полимедика Челябинск» – средства обязательного медицинского страхования. Средства бюджетов различных уровней, оплата самими пациентами каких-либо медицинских услуг в источниках финансирования не предусмотрены. Таким образом, ценностное предложение сформировано только для жителей, которые могут самостоятельно прикрепиться к одной из поликлиник с помощью полиса обязательного медицинского страхования.

Предложенное в п. 2.3 диссертационного исследования методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации и ее стейкхолдеров состоит из трех этапов. Данный раздел работы посвящен разработке и апробации первого этапа.

При описании *эффективности медицинской организации* фактически речь идет об эффективности ее деятельности как основного стейкхолдера (собственника бизнеса – частного лица). Соответственно, логика этой части методики строится на предположении, что в случае низкой эффективности бизнеса создание и дальнейшее поддержание стейкхолдерской сети для собственника будет нецелесообразно. На основании критического анализа работ, посвященных вопросам эффективности здравоохранения (п. 1.3 диссертации), были выделены четыре группы показателей, которые могут служить основой для оценки экономических аспектов деятельности медицинской организации: технический, ресурсный, маркетинговый и финансовый виды эффективности.

Отобраны метрики, которые релевантно описывают деятельность медицинской организации, оказывающей поликлиническое обслуживание (рисунок 11).

Таблица 6 – Структура сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» (по состоянию на 1 июля 2023 г.)

Филиал	Роль в сети	Местоположение	Численность прикрепленного населения, чел.	Основные виды помощи					
				Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях	Первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях	Первичная врачебная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара	Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях	Проведение медицинских экспертиз по временной нетрудоспособности, о качестве медицинской помощи	Проведение медицинских профилактических осмотров
«Кашириных»	Основной консультативно- диагностический центр	Челябинск	17 903	+	+	+	+	+	+
«Полянка»	Типовая поликлиника	Челябинск	18 333	+	+	+	+	+	-
«Королева»	Типовая поликлиника	Челябинск	16 272	+	+	-	+	+	-
«40 Лет»	Типовая поликлиника	Челябинск	10 205	+	+	-	+	+	-
«Шершни»	Фельдшерский пункт	Челябинск, пос. Шершни	5 148	+	-	-	-	-	-
«Ньютон»	Типовая поликлиника	Челябинск	9 617	+	+	+	+	-	-
«Привилегия»	Детская поликлиника	Челябинская область, п. Западный	Дети – 3 922; взрослые – 8 504	+	+	+	+	+	+
Примечание – Составлено автором.									



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 11 – Показатели экономической эффективности деятельности медицинской организации

Этапы алгоритма оценки эффективности деятельности медицинской организации представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Алгоритм оценки экономической эффективности деятельности медицинской организации (на примере поликлиники)

Этап	Используемые инструменты анализа
1. Оценка показателей технической эффективности медицинской организации	1. Расчет показателей прикрепленного населения. 2. Расчет показателей обслуживаемого населения. 3. Расчет соотношения прикрепленного и обслуживаемого населения
2. Оценка показателей ресурсной эффективности (экономичности) медицинской организации	1. Расчет производительности труда одного административного работника (соотношение количества прикрепленного населения и численности административно-управленческого персонала). 2. Расчет производительности труда одного медицинского работника (соотношение количества пациентов и численности медицинского персонала). 3. Расчет материалоотдачи как соотношения доходов и медицинских расходов. 4. Расчет фондоотдачи как соотношения доходов и основных средств
3. Оценка маркетинговой эффективности (удовлетворенности пациентов) медицинской организации	1. Динамика скорости первичного обслуживания пациентов (количество дозвонів и скорость ответа на звонок). 2. Динамика количества жалоб пациентов

Продолжение таблицы 7

Этап	Используемые инструменты анализа
4. Оценка показателей финансовой эффективности медицинской организации	1. Расчет доходности медицинской организации в динамике. 2. Расчет среднего дохода на одного медицинского работника. 3. Расчет среднего дохода на одного прикрепленного пациента. 4. Расчет рентабельности продаж
5. Интерпретация результатов	Выводы по этапам 1–4
Примечание – Составлено автором.	

Осуществим расчеты для оценки эффективности деятельности медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» по разработанному алгоритму. Поскольку организация начала деятельность во второй половине 2017 г., анализ проводится с этого периода по настоящее время (до 1 июня 2023 г.). Совокупный период исследования – шесть лет. Здесь и далее оценка осуществлялась при помощи пакета «Анализ данных» Microsoft Excel.

Согласно *первому этапу* в таблице 8 представлен анализ показателей технической эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг. по полугодиям. Результаты расчетов иллюстрируют, что за этот период численность прикрепленного населения возросла практически вдвое, что обусловлено двумя обстоятельствами. С одной стороны, ООО «Полимедика Челябинск» открывало в эти годы новые филиалы, расширив присутствие в основных районах Челябинска. Тем самым был реализован принцип территориальной доступности медицинского обслуживания населения. С другой стороны, организация на протяжении всех лет существования ведет активную маркетинговую деятельность по привлечению населения и прикреплению жителей к поликлиникам своей сети в рамках системы обязательного медицинского страхования. Одновременно наблюдается рост числа принятых пациентов в 7,5 раза (с 757 до 5 602 пациентов). Таким образом, технические параметры эффективности деятельности ООО «Полимедика Челябинск» существенно выросли. Однако возросла и техническая нагрузка на персонал, использование медицинского оборудования и другие ресурсы, что видно из расчетов показателей ресурсной эффективности (второй этап алгоритма).

Таблица 8 – Динамика показателей технической эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» по полугодиям за 2017–2023 гг.

Показатель	Второе полугодие 2017 г.	2018		2019		2020		2021		2022		Первое полугодие 2023 г.
		Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	
Динамика численности прикрепленного населения, чел.	44 958	49 132	52 141	52 944	54 221	57 107	59 648	63 660	66 860	75 906	81 743	87 838
Динамика количества обращений пациентов, чел.	757	825	1 129	998	793	477	432	306	827	1 043	3 257	5 602
Соотношение количества обращений и прикрепленного населения, %	1,68	1,68	2,17	1,89	1,46	0,83	0,72	0,48	1,24	1,37	3,98	6,38
Темп роста численности прикрепленного населения	–	1,09	1,06	1,01	1,02	1,05	1,04	1,05	1,06	1,10	1,10	1,07
Темп роста обращений пациентов	–	1,09	1,37	0,88	0,79	0,50	1,09	0,71	2,70	1,26	3,12	1,72
Примечание – Рассчитано автором по данным внутренней отчетности.												

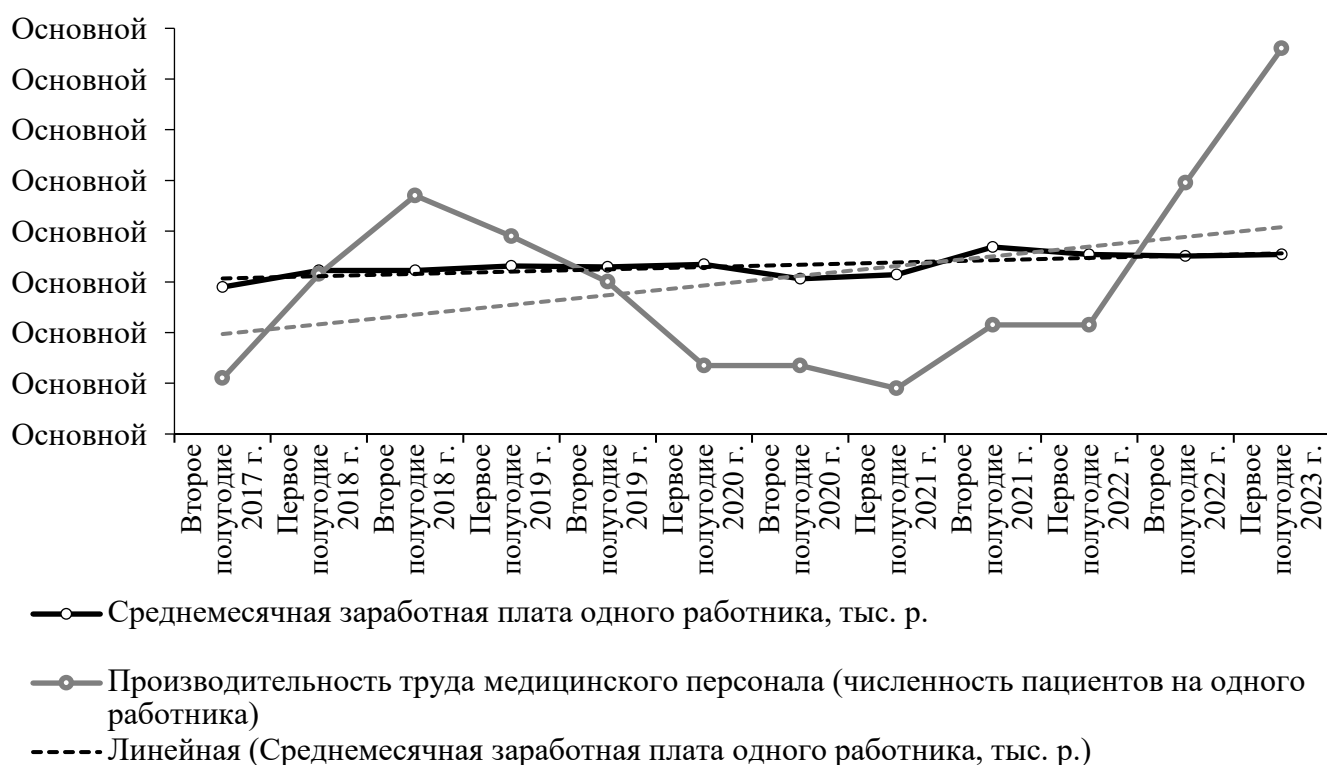
Таблица 9 – Динамика показателей ресурсной эффективности (экономичности) сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» по полугодиям за 2017–2023 гг.

Показатель	Второе полугодие 2017 г.	2018		2019		2020		2021		2022		Первое полугодие 2023 г.
		Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	
Производительность труда административно-управленческого персонала (количество прикрепленного населения на одного работника администрации, чел.)	653	580	720	683	681	645	624	616	569	499	402	388
Производительность труда медицинского персонала (количество обращений пациентов на одного медицинского работника, чел.)	22	63	94	78	60	27	27	18	43	43	99	152
Среднемесячная заработная плата одного медицинского работника, тыс. р.	57 962	64 535	64 542	66 212	65 899	66 909	61 247	62 812	73 749	70 747	70 156	70 801
Материалоотдача, р./р.	0,54	0,32	0,31	0,30	0,31	0,21	0,20	0,17	0,18	0,16	0,12	0,13
Фондоотдача, р./р.	83,52	Нет данных	0	Нет данных	1 631,32	Нет данных	676,59	Нет данных	435,89	Нет данных	692,73	Нет данных
Примечание – Рассчитано автором по данным внутренней отчетности.												

Согласно *второму этапу* в таблице 9 представлен расчет показателей ресурсной эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг. Выполненные расчеты позволяют сделать следующие выводы.

Во-первых, наблюдается ускоренный прирост показателя интенсивности (производительности) труда медицинского персонала. В разные периоды 2017–2023 гг. показатель имел разнонаправленную динамику, что связано с сезонностью спроса на медицинское обслуживание, периодом пандемии и другими факторами. Однако в целом за шесть лет наблюдается тенденция к росту.

Поскольку факторы сезонности искажают линию тренда показателей, представим соотношение показателей среднемесячной заработной платы и производительности труда медицинского персонала на графике (рисунок 12).



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 12 – Соотношение динамики среднемесячной заработной платы и производительности труда медицинского персонала ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг.

Динамика среднемесячной заработной платы и производительности труда медицинского персонала свидетельствует о том, что наблюдается рост обоих показателей, но среднемесячная заработная плата растет умеренными темпами, постепенно и в целом соответствует уровню инфляции в России. Производительность труда в то же самое время весьма волатильна и в постпандемийный период выросла весьма значительно.

Во-вторых, обратная ситуация наблюдается при оценке динамики производительности труда административно-управленческого персонала. В отличие от деятельности медицинского персонала, этот вид деятельности напрямую связан с условно-постоянными расходами и, следовательно, в случае роста организации, может обеспечить экономию издержек от масштаба производства. Чем больше количество прикрепленного населения, тем более экономичным и выгодным становится его медицинское обслуживание для ООО «Полимедика Челябинск».

Экономичность использования материальных ресурсов отражает показатель материалоотдачи. Здесь к затратам организации относятся расходные материалы, необходимые для приема пациентов, забора анализов и т. п. Расчеты, представленные в таблице 9, свидетельствуют, что наблюдается снижение эффективности использования материальных ресурсов в динамике; в идеале показатель должен стремиться к единице.

Исследование данных фондоотдачи ООО «Полимедика Челябинск» показало низкоинформативные и волатильные результаты. Это связано со спецификой бизнес-модели, когда большая часть основных средств (специализированное медицинское оборудование) находится в аренде, а следовательно, не фиксируется в отчетности.

Далее, в рамках *третьего этапа* в таблице 10 представлен расчет показателей маркетинговой эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг.

Таблица 10 – Динамика показателей удовлетворенности пациентов, отражающих маркетинговую эффективность сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» по полугодиям за 2017–2023 гг.

Показатель	Второе полугодие 2017 г.	2018		2019		2020		2021		2022		Первое полугодие 2023 г.
		Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	
Доля жалоб в общем количестве обращений пациентов, %	60,93	49,09	38,69	30,35	20,17	34,19	14,90	6,74	19,82	15,72	17,18	20,38
Средний процент дозвона, %	31	37	61	68	63	52	67	75	62	78	83	88
Средняя скорость ответа на звонок пациента, с	189	308	168	285	244	193	96	75	37	50	37	56
Примечание – Рассчитано автором по данным внутренней отчетности.												

Динамика уровня удовлетворенности пациентов сети поликлиник однозначно положительная. Это связано как с улучшением предварительных процедур медицинского обслуживания (скоростью записи на прием и динамикой дозвонov), так и с качеством предоставления медицинских услуг, которое характеризуется показателем жалоб пациентов.

Наконец, завершающим этапом алгоритма оценки эффективности деятельности медицинской организации является расчет показателей финансовой эффективности. В таблице 11 представлена динамика показателей финансовой эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» по полугодиям за 2017–2023 гг.

Пятый этап алгоритма обобщает результаты проведенного анализа и направлен на выявление перспектив развития медицинской организации. Можно сделать вывод, что за период 2017–2023 гг. наблюдается рост большинства показателей, характеризующих эффективность ООО «Полимедика Челябинск».

Таблица 11 – Динамика показателей финансовой эффективности сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» по полугодиям за 2017–2023 гг.

Показатель	Второе полугодие 2017 г.	2018		2019		2020		2021		2022		Первое полугодие 2023 г.
		Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	Первое полугодие	Второе полугодие	
Доходы, тыс. р.:	26 217	68 186	81 940	87 318	92 659	110 303	119 215	132 092	163 980	164 404	232 898	212 096
– подушевой норматив финансирования	23 471	53 543	62 604	57 581	58 793	66 392	69 429	87 617	93 488	116 696	163 277	100 733
– дневной стационар	1 630	9 740	14 396	2 634	13 310	10 682	12 630	20 461	28 146	15 774	24 365	20 646
– диспансеризация	48	3 368	1 434	4 644	9 999	7 929	3362	0	531	2 619	4 639	54 871
Доходы в расчете на одного прикрепленного пациента, тыс. р.	584	1 487	1 579	1 668	1 727	1 966	2 036	2 142	2 509	2 280	2 926	2 481
Доходы в расчете на одно обращение пациента, тыс. р.	35	83	73	88	117	231	276	432	198	158	72	38
Доходы в расчете на одного медицинского работника, тыс. р.	516	1 043	1 267	1 044	1 043	1 104	1 056	1 291	1 276	1 357	1 394	741
Доходы в расчете на одного административно-управленческого работника, тыс. р.	576	1 328	1 662	1 584	1 644	1 834	1 813	1 947	2 238	1912	1 988	1 561
Расходы в расчете на одного прикрепленного пациента, тыс. р.	677	1 411	1 339	1 424	1 466	1 365	1 411	1 378	1 694	1 673	1 863	1 830
Расходы в расчете на одного обращение пациента, тыс. р.	40	78	61	74	99	160	191	277	133	115	45	27
Рентабельность продаж	1,16	0,85	0,85	0,85	0,85	0,31	0,31	0,36	0,33	0,27	0,36	0,26
Темп роста доходов	–	2,60	1,20	1,07	1,06	1,19	1,08	1,11	1,24	1,00	1,42	0,91
Темп роста финансового результата (разница между доходами и расходами)	–	2,13	1,07	1,07	1,05	0,43	1,09	1,29	1,13	0,82	1,93	0,66
Пр и м е ч а н и е – Рассчитано автором по данным внутренней отчетности.												

Выявленный рост большинства показателей может свидетельствовать о целесообразности дальнейшего масштабирования деятельности этой организации собственниками. Однако более точные результаты оценивания эффективности, определяющие вектор развития бизнес-модели, можно получить, прибегнув к расчетам следующих модулей предложенного в п. 2.3 диссертации методического обеспечения.

3.1.2 Влияние стейкхолдеров на результаты деятельности медицинской организации: эконометрические оценки

При трактовке бизнес-модели как стейкхолдерской сети взаимодействие медицинской организации (держателя сети) с другими заинтересованными лицами рассматривается через призму ресурсного обмена. Поэтому влияние каждого стейкхолдера на результаты деятельности (эффективность) медицинской организации будет зависеть от ресурсов, предоставленных им в ходе трансакций.

Алгоритм этого модуля методики включает следующие этапы (таблица 12).

Таблица 12 – Алгоритм эмпирического оценивания влияния стейкхолдеров на результаты деятельности медицинской организации

Этап	Содержание этапа
1. Составление дизайн исследования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отбор показателей ресурсов (эффективности их использования), предоставленных каждым конкретным стейкхолдером. 2. Определение методов исследования. 3. Обоснование причинно-следственных связей между показателями
2. Выдвижение гипотез исследования	Определение гипотез, позволяющих установить влияние каждого стейкхолдера на результаты деятельности медицинской организации
3. Сбор эмпирических данных	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор количественных данных по выбранным показателям. 2. Расчет вспомогательных показателей на основе имеющихся данных о деятельности медицинской организации

Продолжение таблицы 12

Этап	Содержание этапа
4. Конструирование эконометрической модели	1. Выбор типа эконометрической модели. 2. Расчет эконометрической модели
5. Интерпретация результатов	Определение групп стейкхолдеров медицинской организации, в наибольшей и в наименьшей степени влияющих на результаты деятельности медицинской организации
Примечание – Составлено автором.	

Традиционно влияние факторов на уровень эффективности организации измеряется методом эконометрического моделирования, поскольку он позволяет обобщить большой массив данных, обеспечив тем самым достоверность и надежность результатов исследования¹.

Инструментарий эконометрического моделирования дает возможность выявить зависимость между выбранными переменными и дать их качественную и количественную характеристику. Применимость его на микроуровне обусловлена относительной простотой и доступностью информации для проведения оценки в конкретной организации, если имеется достаточное количество наблюдений.

Выбор эконометрической модели также представляет определенную трудность. Исследования демонстрируют широкий спектр моделей, но наиболее распространенной в случае совокупного факторного анализа является *множественная логит-регрессия*. Таким образом, базовая модель влияния эффективности использования ресурсов стейкхолдеров на результаты деятельности (эффективность) медицинской организации в целом имеет следующий вид:

¹ Belyaeva Z., Petrosyan A., Shams S. M. R. Stakeholder data analysis in the video gaming industry: implications for regional development // EuroMed journal of business. – 2022. – Vol. 17, no. 3. – P. 333–349.

$$Y = f\left(\sum_{i=1}^n x_i\right), \quad (1)$$

где Y – результирующий показатель деятельности организации; x_i – показатели эффективности использования ресурсов медицинской организации.

В качестве результирующего показателя выбрана выручка организации. Строго говоря, показатель выручки не в полной мере отражает эффективность (результативность) деятельности медицинской организации как собственника, заинтересованного в максимизации прибыли. Выбор показателя «выручка» обусловлен спецификой деятельности медицинской организации. Во-первых, часть издержек не может быть учтена на основе документов о бухгалтерской отчетности (в частности, инвестиции в основные средства, аренда оборудования и др.). Во-вторых, специфика управленческого учета медицинских организаций (особенно функционирующих в рамках модели государственно-частного партнерства) такова, что значения прибыли не отражают реальную ситуацию. Выручка же демонстрирует реальный денежный поток организации.

Эффективность использования ресурсов предполагает расчет относительных показателей, каждый из которых описывает взаимодействия с одним и (или) несколькими стейкхолдерами. Производительность труда характеризует эффективность использования трудовых ресурсов (в диссертации это влияние двух групп стейкхолдеров – медицинского и административного персонала). Соотношение прикрепленных и принятых пациентов и расходы организации на одного пациента определяют техническую эффективность, важную для страховых организаций и в целом государства; доля жалоб пациентов – маркетинговую эффективность, или качество обслуживания пациентов.

Для эмпирической апробации модели определены ежемесячные данные обозначенных показателей медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» с 2017 по 2023 г. Количество наблюдений – 69 (месяцев).

Дескриптивная статистика данных представлен в таблице 13.

Таблица 13 – Deskриптивная статистика показателей, используемых для анализа влияния стейкхолдеров на ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг.

Показатель	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Стандартное отклонение	Дисперсия выборки	Экцесс	Асиммет- ричность	Интервал	Минимум	Максимум	Сумма
Затраты на основ- ные средства	1 744 833,31	84 912,08	1 400 256,00	705 332,71	497 494 236 722,488	0,6172	1,4648	2 461 165,36	903 265	3 364 430	120 393 498,48
Подушевое фи- нансирование	13 820 659,92	670 147,39	12 321 618,00	5 566 662	30 987 729 546 198,5	2,8865	1,6235	24 221 310,81	7 739 385	31 960 695,57	953 625 534,30
Всего посещений	16 539,55	578,98	16 195	4 809,34	23 129 773,05	0,717	-0,4058	26 059	4	26 063	1 141 229
Количество при- крепленных лиц	61 949,06	1 508,37	58 274	12 529,5	156 987 169,6	-0,6294	0,6863	43 469	44 958	88 427	4 274 485
Среднемесячная заработная плата медицинского ра- ботника	53 966,12	677,77	52 339,30	5 589,02	31 237 115,23	-0,7272	0,2655	22 806,10	42302,1	65 108,20	3 669 696
Производитель- ность труда меди- цинского работ- ника	236,66	6,53	239,38	53,84	2 898,3099	-1,0259	0,074	188,46	150,63	339,09	16 092,70
Среднемесячная заработная плата административ- ного работника	77 505,32	1 859,96	80 399,40	15 450	238 702 583,8	0,339	-0,6572	72 555,10	34 345,9	106 901	5 347 867,37

Продолжение таблицы 13

Показатель	Среднее	Стандартная ошибка	Медиана	Стандартное отклонение	Дисперсия выборки	Экцесс	Асиммет- ричность	Интервал	Минимум	Максимум	Сумма
Производитель- ность труда адми- нистративного ра- ботника	1 804,78	64,21	1 890,89	533,4	284 515,338	-1,0068	-0,1871	2 088,64	957,18	3 045,82	124 530,01
Доходы организа- ции	21 812 976,88	1 119 314,40	1 9969 930	9 230 103	85 194 801 295 328,4	0,1205	0,8847	37 905 766,2	8 233 929	46 139 695	1 483 282 427,64
Количество жа- лоб	15,06	0,81	14,5	6,71	45,01141352	-0,4442	0,4125	29	2	31	1 024
Расходы на од- ного пациента	965,12	20,97	947,65	172,93	29 904,42384	-0,8944	0,4002	651,32	679,37	1 330,69	65 628,20
Примечание – Рассчитано автором по данным внутренней отчетности. Данные также распространяются и на расчеты в п. 3.1.3.											

В расчетах предусмотрен временной лаг между осуществляемыми стейкхолдером транзакциями и результатом деятельности медицинской организации. Поскольку период наблюдений – 1 месяц, считаем релевантным временной лаг, равный трем периодам (3 месяца, 1 квартал).

В результате эмпирического тестирования на данных ООО «Полимедика Челябинск» эконометрическая модель имеет вид

$$Y_{t+3} = 8,884 \times 10^{13} \times x_1^{1,25} \times x_2^{0,66} \times x_3^{-0,92} \times x_4^{-0,78} \times x_5^{-0,18}, \quad (2)$$

где Y_{t+3} – выручка организации, тыс. р.; x_1 – производительность труда медицинского персонала; x_2 – производительность труда административного персонала; x_3 – соотношение количества принятых пациентов к прикрепленным; x_4 – расходы организации на одного принятого пациента; x_5 – доля жалоб в общем количестве обращений пациентов в медицинскую организацию.

Исходя из теоретических положений настоящего диссертационного исследования был выдвинут ряд гипотез:

- Н1. Рост производительности труда медицинского персонала положительно влияет на выручку медицинской организации;
- Н2. Рост производительности труда административного персонала положительно влияет на выручку медицинской организации;
- Н3. Рост доли принятых пациентов к прикрепленным отрицательно влияет на выручку медицинской организации;
- Н4. Рост расходов медицинской организации в расчете на одного принятого пациента отрицательно влияет на ее выручку;
- Н5. Рост доли жалоб в общем количестве обращений пациентов отрицательно влияет на выручку медицинской организации.

Результаты корреляционно-регрессионного анализа представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Результаты корреляционно-регрессионного анализа

Показатель	Значение			
Коэффициент корреляции	0,856			
Коэффициент детерминации	0,733			
Значимость F , %	0			
Факторы	Коэффициент	Стандартная ошибка	t -статистика	P -значение, %
Свободный коэффициент	32,11787	2,98	10,76	0
$LN(X_1)$	1,24787	0,38	3,28	0
$LN(X_2)$	0,66448	0,17	4,00	0
$LN(X_3)$	-0,92066	0,37	-2,51	1
$LN(X_4)$	-0,78122	0,29	-2,74	1
$LN(X_5)$	-0,17887	0,05	-3,70	0
Примечание – Рассчитано автором.				

Рассчитанная модель является значимой, о чем говорят F и P -значения для всех коэффициентов модели (близки к 0 %). При этом теснота связи между всеми факторами и результирующим показателем выручки организации является достаточно высокой. Это иллюстрирует высокую зависимость выручки ООО «Полимедика Челябинск» от эффективности использования ресурсов и ресурсного обмена в целом. Таким образом, расчеты доказывают **сильное влияние стейкхолдеров на результаты деятельности исследуемой медицинской организации.**

Однако влияние каждой переменной неоднозначно. Так, рост на 1 % производительности труда медицинского и административного персонала увеличивает доходы организации на 1,25 % и 0,66 % соответственно. Это свидетельствует о зависимости уровня монетизации бизнес-модели ООО «Полимедика Челябинск» от внутренних стейкхолдеров и обуславливает необходимость мероприятий, направленных на рост мотивации персонала.

Увеличение доли принятых пациентов к прикрепленным на 1 % в среднем сокращают доход на 0,18–1,65 %. Таким образом, направление развития модели бизнеса для ООО «Полимедика Челябинск» вполне понятно – наращивание числа прикрепленных пациентов. Для этого необходимы две группы мероприятий: работа со страховыми организациями и усиление маркетингового продвижения среди

жителей г. Челябинска и Челябинской области. Однако такое развитие потребует дальнейшего расширения материально-технической базы, увеличения количества медицинских работников, а также усиления технической эффективности поликлиник. Это доказывает и динамика показателя X_4 в модели (2). Увеличение на 1 % размера расходов ООО «Полимедика Челябинск» в расчете на одного принятого пациента также сокращает ее выручку в среднем на 0,21–1,35 %.

Значимую положительную связь с выручкой показывают значения метрик удовлетворенности пациентов: при сокращении доли жалоб на 1 % выручка исследуемой медицинской организации увеличивается на 0,08–0,27 %. Эта величина незначительна, т. е. эмпирическим путем доказана *слабая мотивация собственника повышать показатели маркетинговой эффективности бизнес-модели (т. е. выгоды для пациентов)*, поскольку они менее всего влияют на результаты деятельности организации.

Обобщение результатов эконометрического оценивания ООО «Полимедика Челябинск» представлено в таблице 15.

Таблица 15 – Результаты эконометрического оценивания влияния стейкхолдеров на результаты деятельности ООО «Полимедика Челябинск»

Гипотеза	Подтверждение гипотезы	Наличие влияния	Направленность влияния	Основные результаты
H1	+	Сильное	+	Увеличение производительности труда медицинского персонала положительно влияет на выручку медицинской организации
H2	+	Сильное	+	Увеличение производительности труда административного персонала положительно влияет на выручку медицинской организации
H3	+	Сильное	–	Увеличение доли количества принятых пациентов к прикрепленным отрицательно влияет на выручку медицинской организации
H4	+	Сильное	–	Увеличение расходов организации на одного принятого пациента отрицательно влияет на выручку медицинской организации
H5	+	Сильное	–	Увеличение доли жалоб пациентов отрицательно влияет на выручку медицинской организации
Примечание – Составлено автором.				

Полученные результаты подтверждают выдвинутые ранее гипотезы и свидетельствуют о том, что предпосылки, на которых была выстроена теоретическая конструкция методического обеспечения, в целом верны.

3.1.3 Алгоритм оценки эффективности стейкхолдеров

ООО «Полимедика Челябинск» на основе взаимосвязи «издержки – выгоды»

Логика этого параграфа диссертационного исследования опирается на предположение, что основным механизмом стабильных долгосрочных отношений в стейкхолдерской сети организации является получение заинтересованными лицами выгод, которые при прочих равных условиях должны превышать их издержки и (или) расти более быстрыми темпами. При этом издержки и выгоды понимаются не в стоимостном, а в более широком смысле.

Проверка этого утверждения, описанного в *третьем модуле методического обеспечения*, предполагает всесторонний анализ показателей, характеризующих издержки и выгоды стейкхолдеров медицинской организации (таблица 16).

Согласно *первому этапу* предложенного алгоритма необходимо определить перечень показателей, характеризующих деятельность стейкхолдеров медицинской организации в разрезе издержек и выгод.

Однако критический анализ имеющихся исследований влияния стейкхолдеров на эффективность и другие показатели деятельности медицинских организаций, проведенный в п. 2.2 диссертации, иллюстрирует в этом вопросе ряд дискуссионных моментов.

Во-первых, для оценки влияния стейкхолдеров применяются прокси-переменные, являющиеся заменителями значений каких-либо показателей, которые нельзя включить в модель в первоначальном виде. Используются агрегированные или субъективные данные опросов и интервьюирования, что приводит к смещению оценок.

Таблица 16 – Алгоритм эмпирического оценивания взаимосвязи выгод и издержек стейкхолдеров медицинской организации

Этап	Содержание этапа
1. Составление дизайн исследования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отбор показателей, характеризующих деятельность каждого стейкхолдера. 2. Определение методов исследования. 3. Обоснование причинно-следственных связей между показателями
2. Выдвижение гипотез исследования	Определение круга гипотез относительно издержек и выгод каждого стейкхолдера при взаимодействии с медицинской организацией
3. Сбор эмпирических данных	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сбор количественных данных по выбранным показателям. 2. Расчет вспомогательных показателей на основе имеющихся данных о деятельности медицинской организации
4. Конструирование эконометрических моделей	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выбор типа эконометрической модели (моделей). 2. Конструирование модели для каждой группы стейкхолдеров медицинской организации
5. Интерпретация результатов	Определение групп стейкхолдеров медицинской организации, которые имеют несбалансированный (и, напротив, сбалансированный) рост издержек и выгод, что определяет их уровень мотивации в поддержании взаимодействий с медицинской организацией
Примечание – Составлено автором.	

Во-вторых, в большинстве публикаций эконометрическое моделирование проводится на данных зарубежных медицинских организаций, что не позволяет в полной мере экстраполировать и качественно интерпретировать результаты исследований на российских бизнес-моделях. Как отмечалось в п. 1.2 диссертации, существуют значимые институциональные различия в регулировании и контекстах функционирования медицинских организаций разных стран.

Наконец, в-третьих, показатели работы поликлиники, которые можно использовать для оценки выгод стейкхолдеров, зависят от того, каким образом трактовать понятие «выгода». Особую сложность представляет интерпретация выгод и издержек пациентов, поскольку они часто опосредованы, эффекты растянуты во времени и слабо сопоставимы. В случае, когда пациенты получают медицинское обслуживание в рамках обязательного медицинского страхования, расчет экономических (стоимостных) издержек и выгод практически невозможен.

Перечень параметров, характеризующих выгоды или издержки пациентов медицинской организации, представлен в таблице 17.

Таблица 17 – Перечень основных показателей, характеризующих выгоды и издержки пациентов медицинской организации

Группа показателей	Виды показателей
1. Качество и эффективность медицинского ухода	<p>Процент осложнений или нежелательных исходов. Улучшение симптомов или полное излечение. Продление жизни или улучшение качества жизни. Уровень удовлетворенности пациентов. Процент повторных посещений или обращений по одной и той же причине. Среднее время пребывания пациента в поликлинике. Процент врачей с сертификатами или проходящих регулярное обучение и повышение квалификации. Уровень оборудования и современных технологий в поликлинике. Частота медицинских ошибок. Уровень удовлетворенности пациентов взаимодействием с врачами и другим медицинским персоналом. Эффективность информирования пациентов о их состоянии, методах лечения и дальнейших рекомендациях. Процент правильных и точных диагнозов</p>
2. Доступность медицинской помощи	<p>Время ожидания приема у врача. Сложности координации между различными врачами или отделениями. Неудобное расписание приемов или процедур. Процент заполненности (как часто поликлиника используется на полную мощность). Процент отмен или переносов записей на прием. Доступность экстренной помощи или специализированных услуг. Географическая доступность (например, время приезда скорой помощи). Скорость получения результатов диагностических исследований. Простота и скорость направления пациентов на специализированный уход или консультацию в другие медицинские учреждения. Наличие и использование современных медицинских технологий и оборудования. Эффективность системы электронной медицинской записи для учета истории болезни пациентов. Наличие функционального сайта или мобильного приложения для записи на прием, консультаций и доступа к медицинской истории</p>
3. Экономическая выгода	<p>Стоимость лечения по сравнению с другими медицинскими учреждениями. Процент использования дорогостоящих процедур и исследований по отношению к их необходимости. Непрямые расходы (потеря дохода из-за болезни, транспортные расходы, расходы на уход за больным).</p>

Продолжение таблицы 17

Группа показателей	Виды показателей
	Потеря заработка из-за времени, проведенного в больнице, на лечении или восстановлении. Затраты на медикаменты, которые могут не покрываться страховкой или государственными программами. Стоимость физиотерапии, психотерапии и других форм реабилитации, которые могут потребоваться после лечения
Примечание – Составлено автором.	

Принципиальным решением при формировании методики является выбор в пользу *количественных объективных данных*, повышающих достоверность любого исследования. Совокупный перечень показателей, характеризующих издержки и выгоды стейкхолдеров при взаимодействии с медицинской организацией, представлен в таблице 18.

Таблица 18 – Перечень показателей, характеризующих издержки и выгоды стейкхолдеров при взаимодействии с медицинской организацией

Группа стейкхолдеров	Показатели издержек	Показатели выгод	Пояснения
1. Государство	Затраты на подушевое финансирование прикрепленного к медицинской организации населения	Экономия, получаемая за счет частных инвестиций при создании инфраструктуры медицинской организации (затраты основных средств)	Цель государства – предоставление общественных благ, качества и доступности медицинского обслуживания при минимальных затратах на инфраструктуру
2. Страховая организация	Количество прикрепленного к медицинской организации населения	Количество обращений пациентов	Страховая компания перечисляет средства из расчета на одного прикрепленного к медицинской организации пациента. Взаимосвязь издержек и выгод страховой организации измеряется интенсивностью работы медицинской организации, определяемой соотношением обращений и количества прикрепленных пациентов

Продолжение таблицы 18

Группа стейкхолдеров	Показатели издержек	Показатели выгод	Пояснения
3. Медицинский персонал	Производительность труда медицинского работника в расчете на одного принятого пациента	Среднемесячная заработная плата медицинского работника	Мотивация медицинских работников организации определяется опережением темпов роста среднемесячной заработной платы в сравнении с их производительностью труда
4. Административно-управленческий персонал (далее – административный персонал)	Производительность труда административного работника в расчете на одного прикрепленного жителя	Среднемесячная заработная плата административного персонала	Администрация выполняет функции ведения документооборота для всего прикрепленного к медицинской организации населения. Мотивация административных работников организации определяется опережением темпов роста среднемесячной заработной платы в сравнении с их производительностью труда
5. Собственники медицинской организации	Количество обращений пациентов	Выручка организации	Развитие бизнеса в первую очередь определяется эффектом экономии издержек от масштаба производства. Поэтому увеличение количества обращений пациентов должно быть медленнее, чем рост выручки организации из-за снижения условно-постоянных затрат на единицу оказываемых услуг
6. Пациенты	Количество жалоб пациентов	Расходы медицинской организации в расчете на одно обращение пациента	Чем выше расходы в расчете на одного пациента, тем при прочих равных условиях выше качество медицинского обслуживания. Прирост количества пациентов не должен снижать качества оказываемых медицинских услуг
Примечание – Составлено автором.			

На *втором этапе* эмпирического оценивания взаимосвязи выгод и издержек стейкхолдеров медицинской организации необходимо выдвинуть и обосновать гипотезы исследования. При эмпирическом тестировании гипотез на примере сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» ожидается, что в условиях устойчивых институциональных ловушек не все стейкхолдеры будут получать выгоды, которые растут пропорционально или быстрее, чем их издержки. Согласно иерархической классификации стейкхолдеров по уровню их влияния на монетизацию бизнес-модели, скорее всего, пациенты будут в меньшей степени удовлетворены взаимодействием с организацией, поскольку относятся к иерархии третьего уровня.

Тем не менее теоретический конструкт нашего исследования предполагает, что устойчивость бизнес-модели медицинской организации может быть достигнута только в случае достижения баланса издержек и выгод каждого стейкхолдера. Поэтому, согласно выбранным показателям, эмпирическое оценивание было направлено на верификацию следующих гипотез:

– Н1 – затраты собственников бизнеса на инвестиции в основные средства увеличиваются пропорционально или быстрее, чем объемы подушевого финансирования населения, прикрепленного к медицинской организации¹;

– Н2 – количество обращений пациентов в медицинскую организацию увеличивается пропорционально или быстрее, чем численность прикрепленного к медицинской организации населения;

– Н3 – заработная плата медицинского персонала увеличивается пропорционально или быстрее, чем производительность его труда;

– Н4 – заработная плата административного персонала увеличивается пропорционально или быстрее, чем производительность его труда;

– Н5 – количество обращений пациентов увеличивается пропорционально или медленнее, чем рост выручки медицинской организации;

– Н6 – расходы на одного пациента медицинской организации увеличиваются пропорционально или быстрее, чем количество их жалоб.

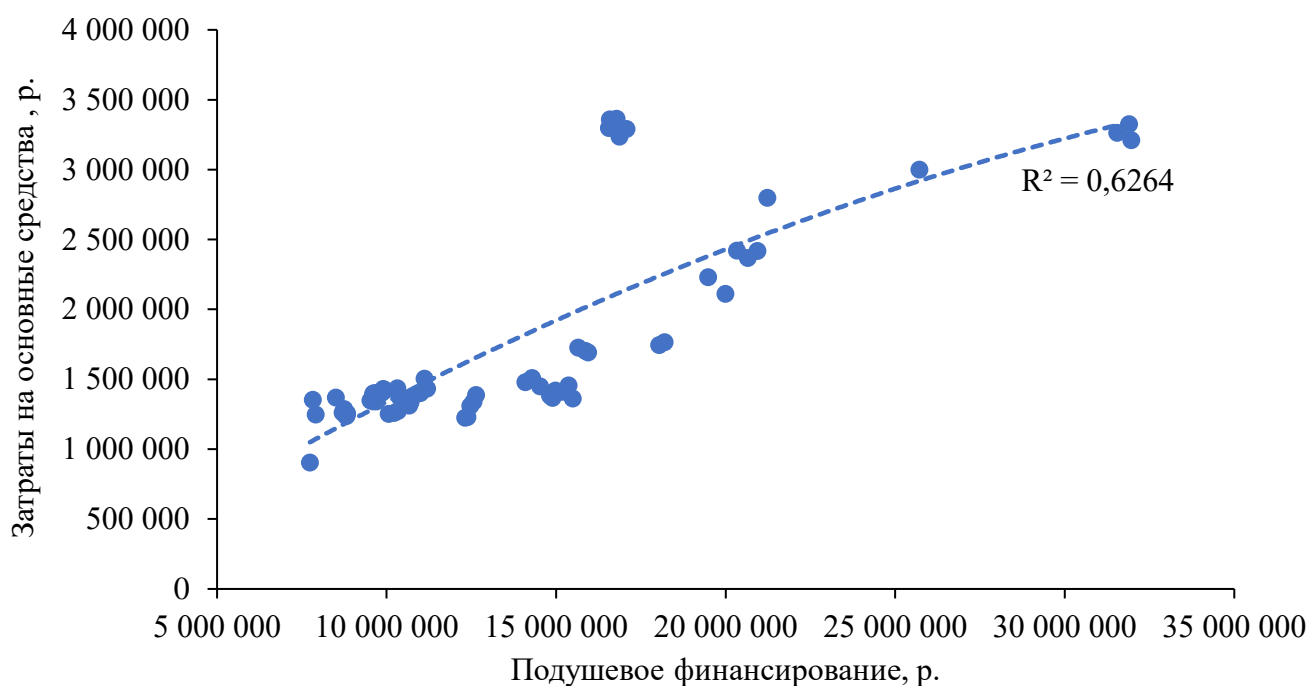
¹ Тем самым обеспечивается экономия государства на создание инфраструктуры здравоохранения.

Для оценивания взаимосвязи выгод и издержек стейкхолдеров медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» определены ежемесячные данные с 2017 по 2023 г. по выбранным показателям. Количество наблюдений – 69 (месяцев).

Для обоснования типа причинно-следственных связей между показателями построены корреляционные поля по разным функциям (линейная, степенная, логарифмическая, экспоненциальная, полиномиальная), характеризующим издержки и выгоды стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск» с 2017 по 2023 г.

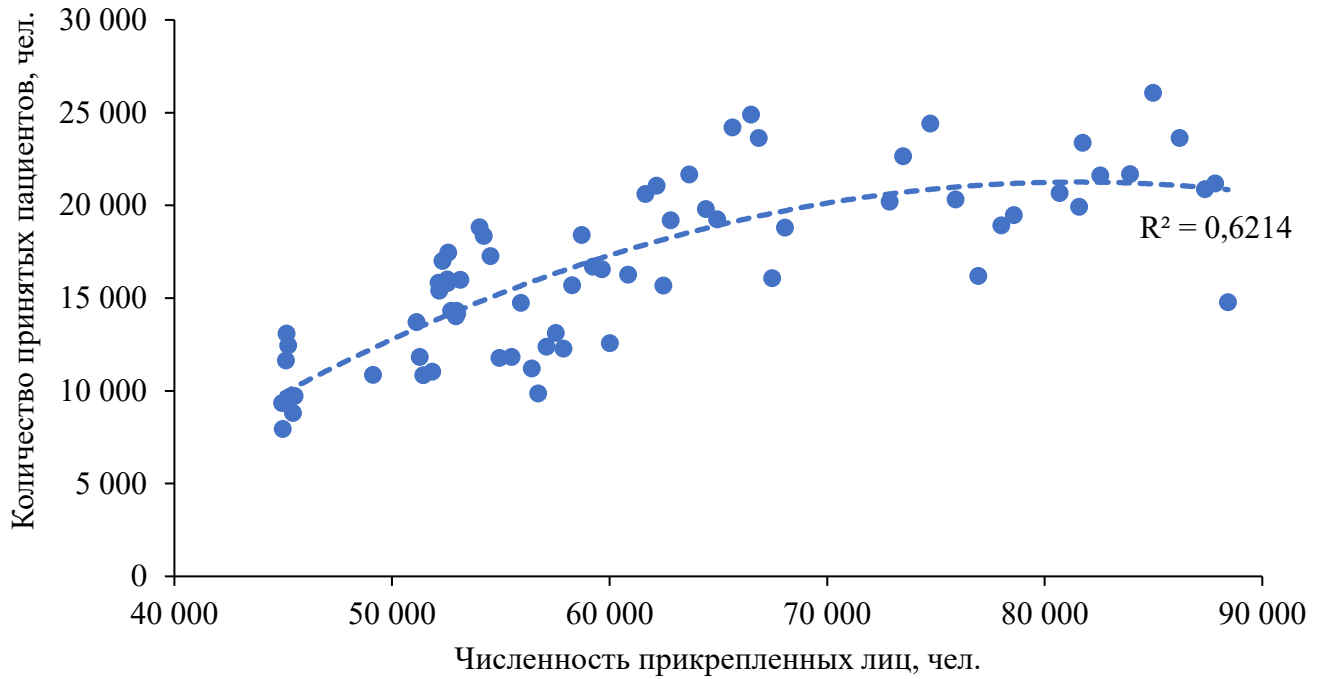
Наиболее точный результат показала полиномиальная функция второй степени (рисунки 13–18).

Таким образом, для проверки выдвинутых гипотез для каждой группы стейкхолдеров была сконструирована эконометрическая модель. В качестве влияющего фактора (X) выступают показатели издержек для стейкхолдера, а в качестве результирующего показателя (Y) – показатели выгод. При этом для нивелирования проблемы эндогенности необходимо, чтобы показатель Y напрямую не зависел X .



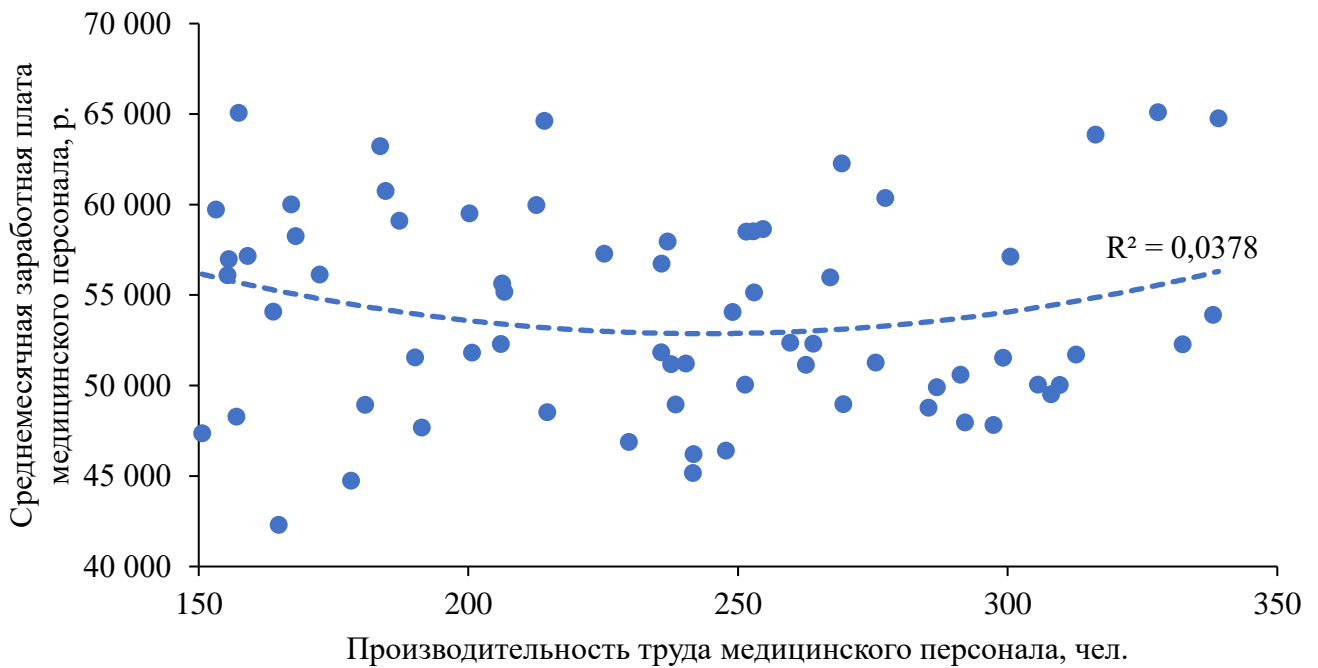
Примечание – Составлено автором.

Рисунок 13 – Зависимость затрат на основные средства медицинской организации от расходов на подушевое финансирование



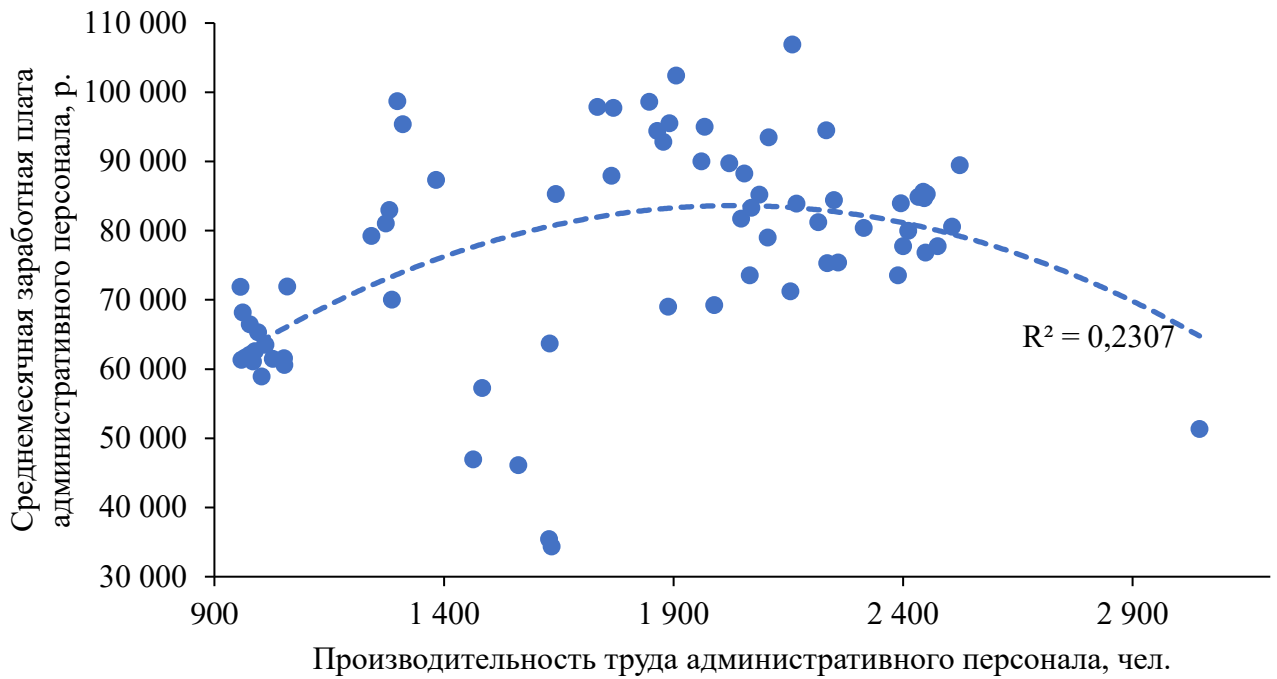
Примечание – Составлено автором.

Рисунок 14 – Зависимость количества принятых пациентов от количества прикрепленных



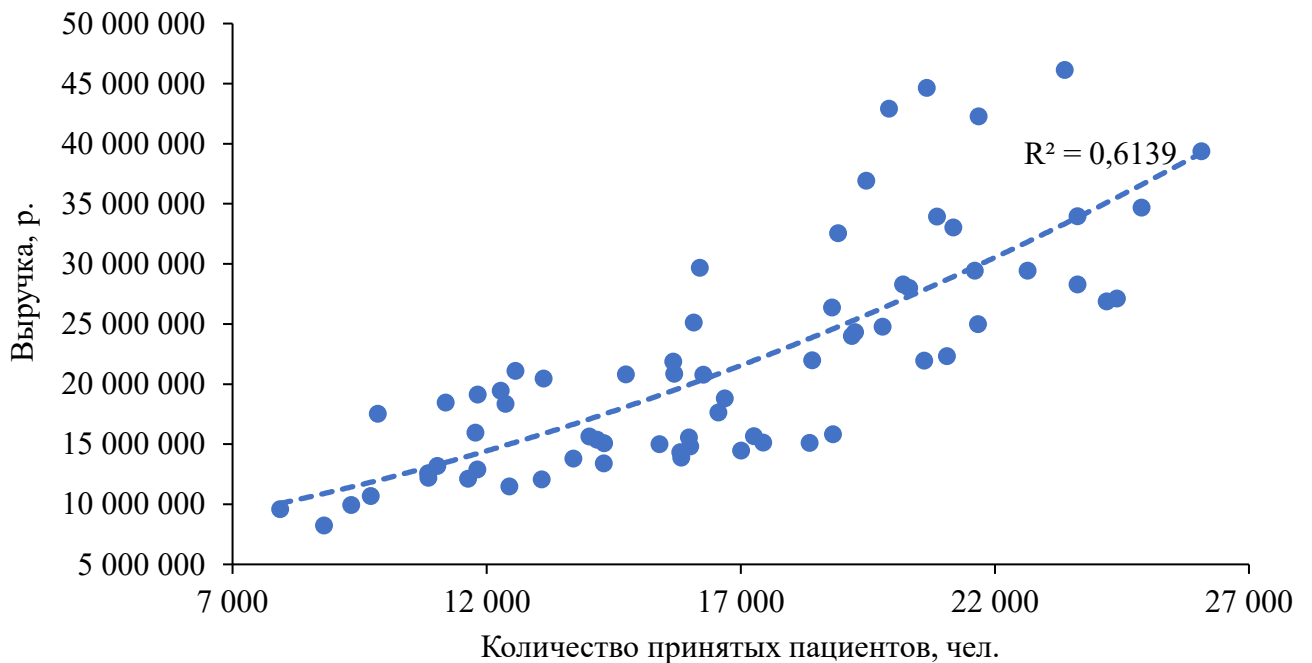
Примечание – Составлено автором.

Рисунок 15 – Зависимость среднемесячной заработной платы медицинского персонала от его производительности труда



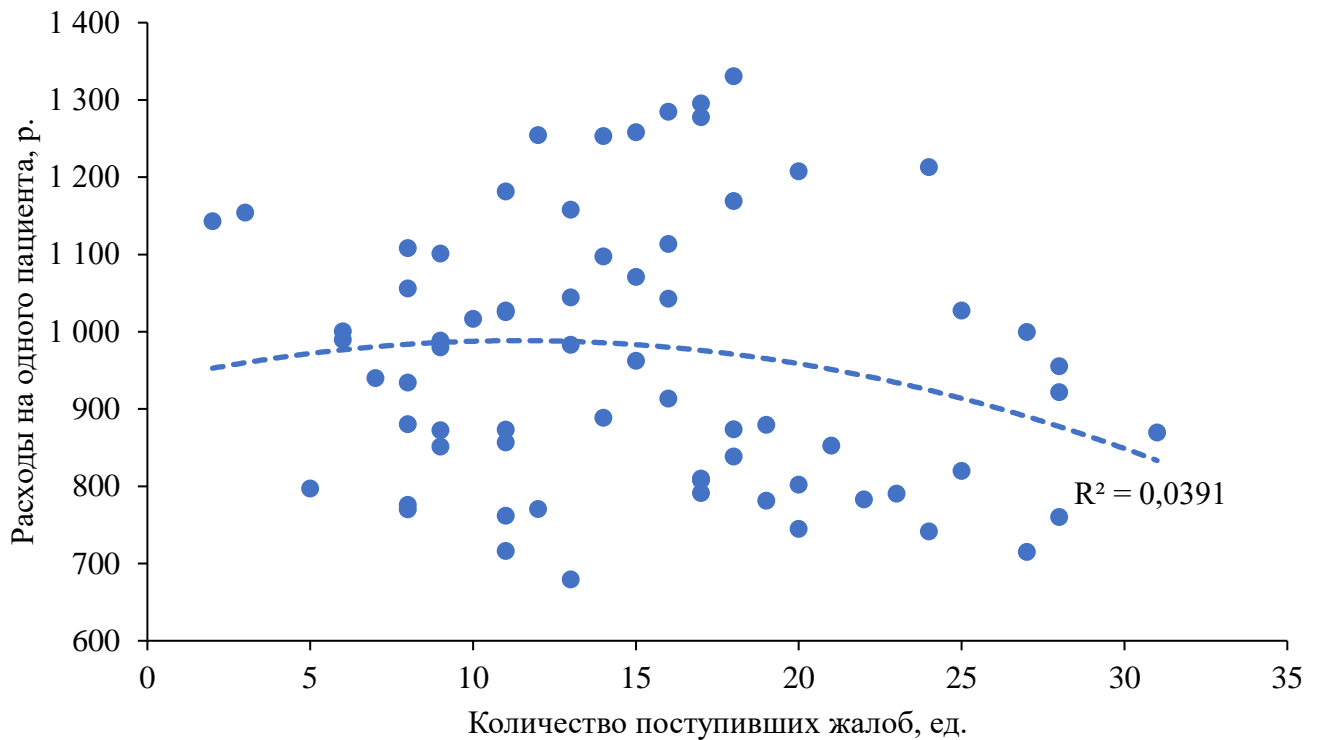
Примечание – Составлено автором.

Рисунок 16 – Зависимость среднемесячной заработной платы административного персонала от его производительности труда



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 17 – Зависимость выручки медицинской организации от количества принятых пациентов



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 18 – Зависимость расходов медицинской организации, приходящихся на одного пациента, от количества поступивших от них жалоб

Базовая эконометрическая модель оценивания взаимосвязи выгод и издержек стейкхолдеров медицинской организации имеет следующий вид:

$$y_i = a \times x_i^b, \quad (3)$$

где y_i – показатель выгоды i -го стейкхолдера в периоде $(t + 3)$; x_i – показатель издержек i -го стейкхолдера в t -м периоде; a, b – коэффициенты модели.

Эмпирические модели взаимосвязи показателей издержек и выгод стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск» представлены в таблице 19.

Результаты моделирования и оценки достоверности моделей (4)–(9) представлены в таблице 20.

Таблица 19 – Модели взаимосвязи показателей издержек и выгод стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск»

Группы стейкхолдеров	Модель взаимосвязи издержек и выгод
Государство	$y_1 = 4,15 \times x_1^{0,79}, \quad (4)$ <p>где x_1 – затраты на подушевое финансирование в периоде t; y_1 – затраты организации на основные средства в периоде $(t + 3)$</p>
Страховые компании	$y_2 = 0,10 \times x_2^{1,09}, \quad (5)$ <p>где x_2 – количество прикрепленных к поликлинике пациентов за период t; y_2 – количество принятых пациентов в периоде $(t + 3)$</p>
Медицинский персонал	$y_3 = 116\,094,5 \times x_3^{-0,14}, \quad (6)$ <p>где x_3 – производительность труда медицинского персонала за период t; y_3 – среднемесячная заработная плата медицинского персонала в периоде $(t + 3)$</p>
Административный персонал	$y_4 = 9\,378,55 \times x_4^{0,28}, \quad (7)$ <p>где x_4 – производительность труда административного персонала за период t; y_4 – среднемесячная заработная плата административного персонала в периоде $(t + 3)$</p>
Собственники	$y_5 = 250,16 \times x_5^{1,17}, \quad (8)$ <p>где x_5 – количество принятых пациентов за период t; y_5 – доходы (выручка) организации в периоде $(t + 3)$</p>
Пациенты	$y_6 = 1\,091,66 \times x_6^{-0,05}, \quad (9)$ <p>где x_6 – количество жалоб от пациентов за период t; y_6 – расходы на одного пациента в периоде $(t + 3)$</p>
Примечание – Составлено автором.	

Наибольшую зависимость можно наблюдать в моделях (4), (5) и (8), где стейкхолдерами выступают государство, страховые организации и собственники медицинской организации соответственно.

Так, анализируя модель (4), отмечаем, что при увеличении затрат на подушевое финансирование на 1 % экономия государства на затратах в основные средства возрастает в среднем на 0,65–0,92 %, что говорит о положительном влиянии. Однако стоит отметить, что рост выгод в данном случае происходит медленнее, чем рост издержек. При этом полученные в расчетах коэффициенты корреляции и детерминации подтверждают сильную связь между издержками и выгодами государства как стейкхолдера медицинской организации.

Таблица 20 – Результаты регрессионного анализа взаимосвязи показателей издержек и выгод стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск»

Показатель	Модель (4)	Модель (5)	Модель (6)	Модель (7)	Модель (8)	Модель (9)
Коэффициент корреляции	0,801	0,750	0,319	0,496	0,807	0,158
Коэффициент детерминации	0,663	0,563	0,102	0,246	0,652	0,025
Значимость F , %	0	0	1	0	0	20
P -значение свободного коэффициента, %	10	8	0	0	0	0
P -значение коэффициента при факторе X , %	0	0	1	0	0	20
t -статистика свободного коэффициента	1,27	-1,78	40,09	19,74	5,43	64,20
t -статистика коэффициента при факторе X	11,47	9,30	-2,67	4,57	11,11	-1,30
Примечание – Рассчитано автором.						

Для страховых организаций (модель (5)) увеличение издержек также влечет рост выгод, причем с большей скоростью. Увеличение на 1 % количества прикрепленных пациентов сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» приводит к росту обращений в среднем на 0,85–1,32 %. Коэффициенты корреляции и детерминации также подтверждают сильное влияние издержек на получаемые выгоды по данному стейкхолдеру.

Наибольший прирост выгод имеют создатели стейкхолдерской сети – собственники (модель (8)), что вполне закономерно. Увеличение количества обращений пациентов на 1 % в среднем увеличивает выручку организации на величину от 0,96 % до 1,38 %. Таким образом, собственникам медицинской организации целесообразно развивать бизнес, поскольку его рост характеризуется наличием ярко выраженного эффекта экономии от масштаба производства.

Результаты моделей (6) и (7) демонстрируют средний уровень влияния между издержками медицинского и административного персонала и их выгодами. При росте производительности труда медицинского работника на 1 % его заработная плата сокращается на величину от 0,04 % до 0,25 %. У административного персонала при увеличении производительности труда средний заработок растет на 0,16–

0,41 %. Таким образом, наблюдается опережающий темп роста производительности труда по сравнению с доходами работников сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск», что может снизить их мотивацию к поддержанию социально-трудовых отношений, особенно в долгосрочном периоде.

Модель (9), отражающая взаимосвязь издержек и выгод пациентов, по результатам расчетов оказалась незначимой (F и P -значения коэффициента при факторе X оказались равными 20 %). Более того, коэффициент корреляции также демонстрирует очень низкий уровень взаимосвязи между размером расходов на одного пациента и количеством жалоб. Иными словами, качество медицинских услуг напрямую не зависит от расходов собственника на их оказание.

Результаты оценивания взаимосвязи показателей издержек и выгод стейкхолдеров при взаимодействии с ООО «Полимедика Челябинск» обобщены в таблице 21.

Таблица 21 – Результаты эконометрического оценивания показателей издержек и выгод стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск»

Стейкхолдер	Гипотеза	Подтверждение гипотезы	Наличие влияния	Направленность влияния	Основные результаты
Государство	H1	–	Среднее	+	Увеличение затрат на подушевое финансирование растет быстрее, чем экономия затрат государства на основные средства
Страховая компания	H2	+	Высокое	+	Увеличение количества прикрепленных пациентов в среднем пропорционально росту количества их обращений
Медицинский персонал	H3	–	Среднее	–	При росте производительности труда заработная плата медицинского персонала сокращается
Административный персонал	H4	–	Среднее	+	При росте производительности труда заработная плата административного персонала увеличивается, но медленнее, чем производительность труда
Собственник	H5	+	Высокое	+	Увеличение количества обращений пациентов пропорционально (быстрее) увеличивает выручку организации
Пациенты	H6	Нет данных	Незначимое	Нет данных	Зависимость между расходами на 1 пациента и количеством жалоб не выявлена
Примечание – Составлено автором.					

Таким образом, наибольшую заинтересованность в долгосрочном устойчивом взаимодействии с ядром сети – медицинской организацией – имеют только страховые организации. Сам собственник также заинтересован в укреплении бизнес-модели, что дополнительно подтверждает результаты расчетов первого этапа методического обеспечения (п. 3.1.1 диссертации). Для стейкхолдеров «государство» и «управленческий персонал» в целом также наблюдается рост выгод, хотя баланс интересов «издержки – выгоды» не выполняется. В меньшей степени эффективными отношениями в рамках имеющейся бизнес-модели ООО «Полимедика Челябинск» обладают стейкхолдеры «медицинские работники» и «пациенты».

На основании слабой значимости модели (9) можно с большой долей условности предположить, что пациенты как стейкхолдеры находятся вне сферы интересов стейкхолдерской сети. Устойчивых отношений между ними и медицинской организацией не наблюдается. Жители в любой момент могут открепиться, перенести полис обязательного медицинского страхования в другую поликлинику. В то же время и медицинская организация не зависит напрямую от взаимоотношений с конкретным пациентом. Полученные эмпирические свидетельства подтверждают ранее высказанный тезис о том, что пациенты, находясь на третьем иерархическом уровне стейкхолдеров, в наименьшей степени будут выгодоприобретателями при взаимодействии с медицинской организацией.

Таким образом, разработанная методика позволяет комплексно взглянуть на эффективность каждого стейкхолдера и, тем самым, учесть баланс его интересов при оценке эффективности медицинской организации.

Тем не менее следует признать, что такая аналитическая конструкция имеет ряд ограничений, связанных с малым количеством измерений, отсутствием прямого экономического механизма оценки эффективности для пациента (поскольку их обслуживание осуществляется в рамках системы обязательного медицинского страхования). В случае изменения полигона исследования предложенный инструментарий также может быть откорректирован в части выбора показателей.

3.2 Инструменты управления бизнес-моделью медицинской организации на основе совершенствования ценностного предложения

Полученные результаты оценки эффективности медицинской организации на примере ООО «Полимедика Челябинск» дают основания для выбора управленческих решений, направленных на повышение качества взаимодействия со стейкхолдерами.

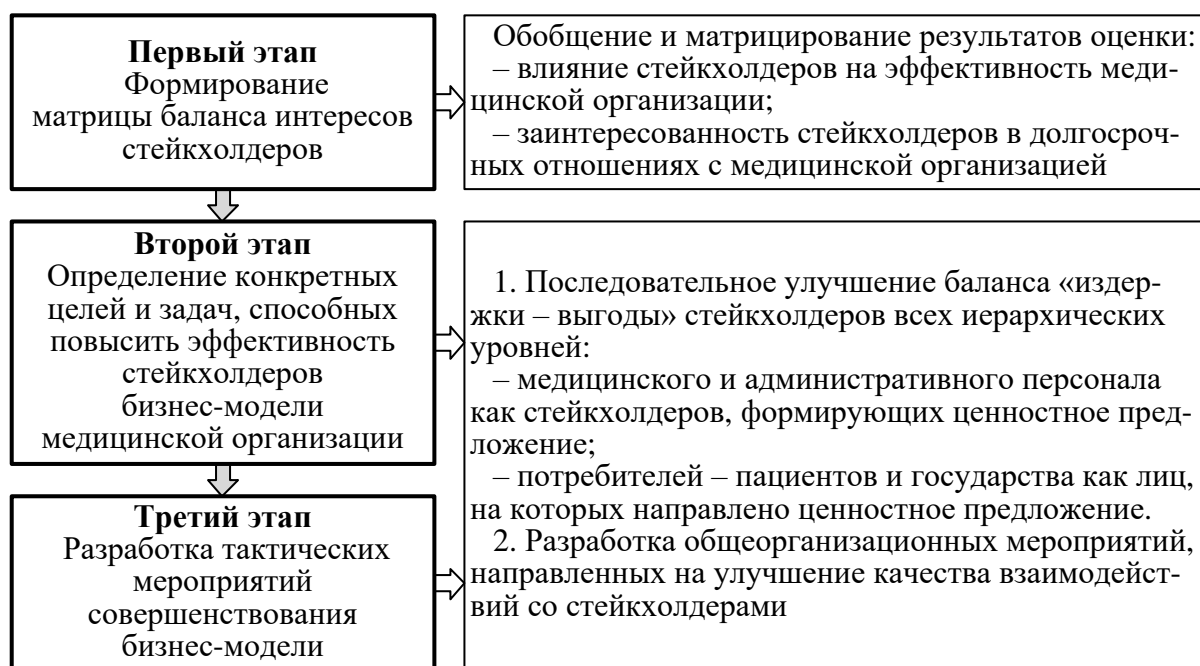
Как справедливо отмечено в работе Е. М. Каз, И. В. Краковецкой, Е. В. Неходы и Н. А. Редчиковой, «традиционные бизнес-модели компаний, ориентированные на краткосрочную выгоду и достижение быстрых финансовых результатов, перестают работать»¹. Поскольку основной проблемой бизнес-модели медицинской организации является рассогласованность между направленностью ценностного предложения и источниками монетизации, в первую очередь следует обратить внимание на разработку мероприятий по совершенствованию ценностного предложения.

Логика управленческих действий в данной ситуации требует комплексного подхода и может быть представлена следующей последовательностью (рисунок 19).

Обобщенные результаты оценки эффективности медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» с позиции стейкхолдерского подхода представлены в таблице 22.

Мероприятия, направленные на совершенствование ценностного предложения (как в части его создания, так и доставки до потребителей услуг), носят двуединый характер, поскольку ведут к улучшению качества медицинского обслуживания конкретных пациентов и рост показателей здоровья нации в целом. Остановимся на них отдельно.

¹ Бизнес-модели компаний и устойчивое развитие / Е. М. Каз, И. В. Краковецкая, Е. В. Нехода, Н. А. Редчикова; науч. ред. Е. В. Нехода. – Томск: ТГУ, 2020. – С .99.



Примечание – Составлено автором.

Рисунок 19 – Последовательность управленческих решений и инструментов совершенствования бизнес-модели медицинской организации

Таблица 22 – Результаты оценки эффективности медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» и ее стейкхолдеров

Основные стейкхолдеры	Влияние на медицинскую организацию (п. 3.1.2 диссертации)	Мотивация к устойчивому сотрудничеству с медицинской организацией (п. 3.1.3 диссертации)	Управленческие решения по совершенствованию бизнес-модели
Медицинский персонал	+	–	Повышение мотивации труда. Оптимизация и цифровизация бизнес-процессов
Управленческий персонал	+	–	Повышение мотивации труда. Оптимизация и цифровизация бизнес-процессов
Страховые организации	–	+	Укрепление государственно-частного партнерства
Государство	–	–	Укрепление государственно-частного партнерства
Пациенты	+	–	Формирование механизмов долгосрочного удержания

Примечание – Составлено автором.

Первая группа мероприятий. Совершенствование бизнес-модели в целях улучшения качества общественных благ может быть достигнуто за счет развития контрактно-договорных отношений в формате *государственно-частного партнерства* (ГЧП).

Государственно-частное партнерство можно представить как кооперацию государства и частных организаций в трансакциях с общественными благами за счет бюджетных средств, но с привлечением финансовых ресурсов частного сектора. Сфера распространения ГЧП определяется масштабами производства общественных благ, которые вменены обществом в обязанность государства и финансируются за счет части национального дохода. Собственно, это предопределяет содержание категории ГЧП и обуславливает доминирующую роль в нем самого государства.

Еще до принятия закона о ГЧП начал действовать Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», а в 2009 г. на федеральном уровне было создано Некоммерческое партнерство «Центр развития ГЧП», иницируемое ведущими финансовыми экспертными организациями с целью интеграции участников рынка инфраструктурных проектов.

В ст. 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прописан порядок осуществления медицинской деятельности на принципах ГЧП. В связи с этим еще до появления федерального законодательства о ГЧП в большинстве субъектов Федерации были разработаны региональные законы о ГЧП в здравоохранении.

Федеральный закон № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» был принят 13 июля 2015 г. Согласно его ст. 3, под ГЧП понимается юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного и частного партнеров, которое осуществляется на основании соглашения о ГЧП. Для оперативного управления вопросами по разработке и внедрению механизмов ГЧП в здравоохранении в 2014 г. был создан Ко-

ординационный совет по ГЧП при Министерстве здравоохранения Российской Федерации¹.

Сегодня в развитых странах 60 % проектов в области здравоохранения реализуются в форме ГЧП, что говорит о ее перспективности². Необходимость консолидации государства и бизнеса определяется также двумя обстоятельствами. С одной стороны, ресурсы государства (бюджетное финансирование) по предоставлению жителям качественной медицинской помощи ограничены. С другой стороны, обязанность государства по производству общественных благ обуславливает неприменимость традиционных подходов в отношении государственной собственности. Иначе говоря, нельзя говорить о приватизации медицинских учреждений.

Поэтому считаем развитие именно этого направления для ООО «Полимедика Челябинск» принципиально важным, тем более что имеющаяся форма партнерства является для бизнеса эффективной. В России, согласно обозначенным регламентирующим документам, возможны следующие формы ГЧП в здравоохранении (рисунок 20).

Анализ практик партнерства государства и частных фирм иллюстрирует, что оно может быть организовано разными способами. Эффективность в каждом конкретном случае рассчитывается отдельно, зависит от предпринимательской инициативы и определяется совокупностью трансакций между партнерами.

Так, в 2012 г. правительство Москвы передало компании «Медси» (главный акционер АФК «Система») пять клиник, три стационара и три санатория в обмен на 25 % акций. В Казани частный инвестор, получив в управление больницу, со своей стороны вложил в ее модернизацию более 40 млн р.

Исследуемая федеральная сеть поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» вместе с правительством Челябинска и Челябинской области используют механизм

¹ О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству: приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2014 г. № 6.

² Роднянский Д. Ф., Валеева Г. Ф. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2019. – № 1. – С. 133–139.

концессии, предполагающий, что инвестиционные (капитальные) затраты будут в полном объеме осуществлены частным бизнесом. В то же время с учетом уже шестилетнего опыта взаимодействия с государством развитие бизнес-модели данной медицинской организации возможно и по другим направлениям ГЧП. Опираясь на предложения, выдвинутые Е. Б. Дворяждиной и А. О. Фечиной¹, представим комплекс мероприятий по управлению взаимодействием государства и медицинской организации в рамках государственно-частного партнерства (рисунок 21).

Формы государственно-частного партнерства в здравоохранении	
	Концессии (эксплуатация государственных объектов или оказание государственных услуг)
	Проекты по созданию социально значимого продукта (например, создание национального банка крови, диализных центров и т. п.)
	Аренда (лизинг) имущества государственных медицинских организаций с возложением на частный бизнес обязательств по его ремонту
	Производство инновационного медицинского оборудования, в том числе в области цифровизации медицины
	Участие частных медицинских организаций в реализации программ государственных гарантий
	Строительство (открытие) медицинских организаций объектов санаторно-курортного лечения
	Участие в тендерах
	Государственное инвестирование в частные медицинские организации с получением доли в уставном капитале

Примечание – Составлено автором.

Рисунок 20 – Возможные формы ГЧП в сфере здравоохранения в России

Развитие бизнес-модели ООО «Полимедика Челябинск», таким образом, целесообразно через расширение филиальной сети совместно с правительством Челябинской области. Типовые расчеты открытия отдельной медицинской организации представлены в приложении А. Итоговые показатели инвестиционного проекта открытия поликлиники представлены в таблице 23.

¹ Дворяждина Е. Б., Фечина А. О. Регулирование и перспективные направления диверсификации телемедицинских услуг в России // Управленец. – 2023. – Т. 14, № 2. – С. 62–75.

<p>Ключевые цели государства как инициатора</p>	<p>1. Сохранение здоровья нации. Производство общественных благ. 2. Рост человеческого капитала. 3. Усиление конкуренции на рынке с целью увеличения качества предоставляемых услуг. 4. Сокращение уровня межрегиональной дифференциации по уровню качества и доступности медицинских услуг</p>		
<p>Экономическая мотивация (цели) участников</p>	<p>Государство: 1) оптимизация расходов государственного и регионального бюджетов; 2) формирование цифровых бизнес-моделей в здравоохранении; 3) повышение качества управления государственной собственностью; 4) ускорение модернизации и введения новых объектов здравоохранения, снижение капитальных затрат</p>	<p>Частный бизнес: 1) получение стабильного денежного потока за счет долгосрочных источников монетизации; 2) возможность получить в эксплуатацию дорогостоящий имущественный объект без первоначальных инвестиций; 3) повышение кредитного рейтинга</p>	
<p>Общие цели: 1) распределение рисков реализации проектов между государством и частным сектором; 2) обоюдный доступ сторон к технологическим, наукоемким и интеллектуальным ресурсам; 3) сокращение транзакционных издержек по проведению тендеров для обеих сторон (поскольку партнер выбирается на весь срок проекта); 4) обмен информацией, навыками и знаниями между государственными и частными медицинскими организациями</p>			
<p>Риски для участников</p>	<p>1. Длительные согласования транзакций в результате дуального управления. 2. Возможные проблемы со структурами антимонопольной службы</p>		
<p>Методы регулирования (стимулирования) бизнеса</p>	<p>Экономические</p> <p>1. Льготное банковское финансирование (при поручительстве государства). 2. Снижение налогов. 3. Низкие ставки аренды государственного имущества</p>	<p>Нормативно-правовые</p> <p>Совершенствование законодательной базы в части механизмов ГЧП и установления стандартов оказания услуг медицинской помощи</p>	<p>Рыночные</p> <p>1. Формирование прозрачных ценовых механизмов взаимодействия государства и частного бизнеса. 2. Развитие смежных рынков (в том числе страхования, медицинского образования, телемедицины и пр.)</p>

Примечание – Составлено автором.

Рисунок 21 – Комплекс мероприятий по управлению взаимодействием государства и медицинской организации в рамках ГЧП

Таблица 23 – Показатели инвестиционного проекта открытия поликлиники

Наименование	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Доходы, р.	90 708 477	177 115 784	191 016 318	191 274 268	191 274 268	191 274 268	191 274 268	191 274 268	191 274 268	191 274 268
Расходы, р.	69 180 747	132 837 952	138 717 367	138 842 257	138 842 257	138 842 257	138 842 257	138 842 257	138 842 257	138 842 257
Финансовый результат, р.	21 527 730	44 277 832	52 298 951	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011
ROS, %	23,7	25,0	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4	27,4
Свободный денежный поток, р.	-26 272 270	44 277 832	52 298 951	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011
Операционный денежный поток, р.	21 527 730	44 277 832	52 298 951	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011	52 432 011
Инвестиционный денежный поток, р.	-47 800 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого инвестиции, р.	47 800 000									
NPV (10%), р.	243 783 705									
IRR проекта, %	180									
ROI, %	172									
FCF накопленным итогом, р.	-26 272 270	18 005 562	70 304 514	122 736 525	175 168 537	227 600 548	280 032 560	332 464 571	384 896 583	437 328 594
Период окупаемости, лет		1	0	0	0	0	0	0	0	0
Примечание – Рассчитано автором.										

Расширение сети медицинских организаций позволит добиться улучшения баланса «издержки – выгоды» для всех заинтересованных сторон:

- обеспечит доступность медицинского обслуживания на конкретной территории, тем самым выполняя цели Национального проекта «Здравоохранение»;
- увеличит техническую эффективность самой медицинской организации, а следовательно, позволит увеличить ее доход;
- снизит нагрузку на имеющийся персонал семи медицинских организаций, входящих в ООО «Полимедика Челябинск», за счет увеличения численности работников.

Вторая группа мероприятий направлена на соответствие декларируемого и реального ценностного предложения для пациентов. Устойчивость стейкхолдерской сети обеспечивается реализацией правила: каждому участнику должно быть выгодно находиться в этой сети.

Иначе говоря, в каждую единицу времени выгоды каждого стейкхолдера должны превышать его издержки от взаимодействия. Поэтому требуются управленческие решения, которые позволили бы обеспечить выполнение декларируемого ценностного предложения при одновременной максимизации уровня доходности самой медицинской организации.

При выборе этих решений необходимо учитывать два обстоятельства.

Во-первых, создание ценностного предложения обеспечивает медицинский и административный персонал. Соответственно, принципиально важное значение имеет учет особенностей мотивационной среды и организации трудовых процессов медицинского и административного персонала¹. Поэтому в первую очередь требуется группа кадровых решений, определяющих мотивацию работников к качественному оказанию медицинских услуг.

Во-вторых, рост производительности персонала за счет интенсивности или экстенсивности труда – это всегда показатель, имеющий предел. Еще нобелевский

¹ Габуева Л. А., Кожевина О. В., Садыкова Э. А. Антикризисные экономические методы в регулировании деятельности организаций здравоохранения // Финансовый менеджмент. – 2023. – № 3. – С. 10–21.

лауреат Р. Солоу¹ доказал, что именно технологии являются действительным фактором роста производительности труда без ущерба качеству работы. С этой точки зрения общие организационные решения, направленные на оптимизацию и цифровизацию бизнес-процессов, будут приносить желаемый эффект и не противоречить интересам всех стейкхолдеров. При этом цифровые технологии могут быть использованы повсеместно: в процессе оказания медицинских услуг, взаимодействии с клиентами и определении эффективной структуры бизнес-модели в целом².

Совокупность этих мероприятий обобщена в таблице 24.

Таблица 24 – Мероприятия, направленные на совершенствование бизнес-модели медицинской организации

Тактические мероприятия	Характеристика мероприятия
Мероприятия организационного характера	
1. Интеграция стандартов и принципов взаимодействия со стейкхолдерами	1. Включение международных и национальных стандартов качества и безопасности в бизнес-модель, чтобы обеспечить соответствие ожиданиям стейкхолдеров и регуляторов. 2. Установление и соблюдение этических принципов во всех аспектах деятельности с учетом интересов стейкхолдеров. 3. Обеспечение открытости и прозрачности в действиях и решениях, чтобы стейкхолдеры имели полное представление о деятельности медицинской организации. 4. Установление механизмов контроля и ответственности за выполнение обязательств перед стейкхолдерами. 5. Участие стейкхолдеров в процессе разработки новых услуг. 6. Управление ожиданиями стейкхолдеров. Если невозможно удовлетворить определенные запросы или потребности, лучше сразу об этом сообщить и предложить альтернативные решения
2 Реализация принципов риск-менеджмента	1. Определение, анализ и минимизация рисков, связанных с интересами стейкхолдеров, чтобы обеспечить долгосрочную устойчивость медицинской организации. 2. Разработка системы постоянного мониторинга обратной связи от стейкхолдеров и гибкой корректировки стратегии и тактики управления в соответствии с изменяющимися обстоятельствами. 3. Проактивное управление рисками, связанное с выгодами и издержками стейкхолдеров.

¹ Solow R. M. The economics of resources or the resources of economics // The American economic review. – 1974. – Vol. 64, no. 2. – P. 1–14.

² Palmaccio M., Dicuonzo G., Belyaeva Z. S. The Internet of things and corporate business models: a systematic literature review // Journal of business research. – 2020. – Vol. 131, no. 7. – P. 610–618.

Продолжение таблицы 24

Тактические мероприятия	Характеристика мероприятия
	<p>4. Управление репутацией – проактивные действия для укрепления позитивного имиджа организации среди всех стейкхолдеров.</p> <p>5. Оценка возврата на инвестиции (<i>ROI</i>) от внедренных улучшений в отношениях со стейкхолдерами.</p> <p>6. Постоянный анализ конкурентов, в том числе анализ лучших практик и анализ того, как конкуренты управляют отношениями со своими стейкхолдерами</p>
3. Усиление вовлеченности стейкхолдеров в бизнес-процессы организации	<p>1. Привлечение стейкхолдеров к процессу стратегического планирования, чтобы обеспечить высокий уровень вовлеченности и учет их интересов в будущем развитии организации.</p> <p>2. Создание многогранной коммуникации, включая разработку цифровой платформы для постоянного диалога между организацией и стейкхолдерами для определения возможных проблем и решения их в реальном времени.</p> <p>3. Разработка корпоративных мобильных приложений.</p> <p>4. Разработка корпоративной культуры, которая отражает ценности и интересы стейкхолдеров и способствует внутреннему вовлечению сотрудников.</p> <p>5. Развитие стратегических партнерств с другими медицинскими учреждениями, поставщиками и иными организациями для обмена опытом, ресурсами и технологиями</p>
Мероприятия, направленные на совершенствование ценностного предложения медицинской организации	
4. Совершенствование кадровой политики как связующего звена в иерархии стейкхолдеров	<p>1. Создание условий для профессионального роста сотрудников, мотивационных программ и обучения, соответствующих интересам и ожиданиям медицинского персонала.</p> <p>2. Введение системы наград и поощрений для сотрудников, которые активно участвуют в улучшении отношений со стейкхолдерами.</p> <p>3. Организация специализированных центров или отделов, нацеленных на конкретные виды заболеваний или методы лечения, для обеспечения наивысшего уровня компетенции в конкретных областях.</p> <p>4. Кросс-функциональное сотрудничество: стимулирование взаимодействия между различными отделами и специалистами внутри организации для обеспечения целостного подхода к лечению пациентов</p>
5. Усиление маркетинговой политики в отношении пациентов	<p>1. Гибкая ценовая политика: разработка модели ценообразования, которая учитывала бы различные экономические возможности пациентов, не ухудшая при этом качество услуг.</p> <p>2. Внедрение программ лояльности, скидок и акций для постоянных пациентов, что способствует их удержанию и увеличению доверия.</p>

Продолжение таблицы 24

Тактические мероприятия	Характеристика мероприятия
	3. Создание и оптимизация цифровых платформ для удобного взаимодействия с пациентами, включая онлайн-запись, консультации и дистанционный мониторинг здоровья. 4. Развитие телемедицины: инвестирование в развитие телемедицинских технологий и платформ, позволяющих пациентам получать консультации и следить за своим здоровьем на расстоянии 5. Диверсификация услуг. 6. Разработка индивидуальных клиентских траекторий
<p>Примечание – Составлено автором.</p>	

Подходы к управлению интересами стейкхолдеров должны быть гибкими и адаптироваться к меняющимся условиям и потребностям. Управление уровнем удовлетворенности стейкхолдеров и эффективностью бизнес-модели – это непрерывный процесс, требующий внимания к деталям и готовности к изменениям. Тщательный анализ, прозрачность и активное взаимодействие с заинтересованными сторонами обеспечат устойчивое развитие медицинской организации, удовлетворяя потребности всех стейкхолдеров.

Успешное управление медицинской организацией в современных условиях требует глубокого понимания потребностей всех стейкхолдеров и гибкости в принятии решений. Внедрение вышеуказанных практик и методик может способствовать достижению долгосрочного успеха и стабильности на рынке.

Выводы по главе 3

1. Проведена операционализация авторского комплексного методического инструментария оценки эффективности медицинской организации на примере федеральной сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск».

На первом этапе эмпирического исследования определено, что деятельность данной медицинской организации, измеренная посредством показателей технического, ресурсного, маркетингового и финансового типов эффективности, в целом имеет положительную динамику.

На втором этапе проведено эконометрическое моделирование влияния эффективности использования ресурсов на выручку ООО «Полимедика Челябинск». Установлено, что все исследуемые факторы значимо и разнонаправленно влияют на эффективность исследуемой медицинской организации.

На третьем этапе проведено эконометрическое оценивание показателей издержек и выгод стейкхолдеров ООО «Полимедика Челябинск». Получены свидетельства, подтверждающие тезис о том, что пациенты, находясь на третьем иерархическом уровне стейкхолдеров, являются выгодоприобретателями при взаимодействии с медицинской организацией в наименьшей степени.

2. Полученные результаты оценки эффективности медицинской организации ООО «Полимедика Челябинск» послужили основанием для выбора управленческих решений, направленных на повышение качества взаимодействия со стейкхолдерами. Предложена последовательность выбора и инструменты управления бизнес-моделью медицинской организации. Мероприятия, направленные на создание и передачу ценностного предложения, носят двуединый характер, одновременно улучшая обслуживание конкретных пациентов и обеспечивая рост показателей здоровья нации в целом.

Заключение

Эволюция идей концепции стратегического управления приводит к пониманию, что источником эффективности организации выступает одновременно и внешняя, и внутренняя среда. Такой двуединый подход получил развитие в методологии стейкхолдерской теории. Однако на сегодняшний момент имеется противоречие: стейкхолдерская теория в управлении организациями становится все более востребованной, но по-прежнему недостаточно разработанными остаются методические аспекты и прикладные рекомендации ее использования. Без практико-ориентированного управленческого инструментария невозможно добиться эффективного функционирования и развития бизнес-модели конкретной организации с учетом интересов всех стейкхолдеров.

Бизнес-модель медицинской организации обладает особыми чертами, объясняемыми институциональной спецификой рынка здравоохранения, на котором она функционирует, сложным характером производимых ею благ и принципиально различающейся позицией стейкхолдеров в понимании параметров ее эффективности.

Научные результаты диссертационного исследования, обладающие признаками научной новизны, заключаются в следующем.

1. Установлены специфические черты бизнес-модели медицинской организации, определяющие параметры ее эффективности, среди которых ключевыми являются наличие множественных форм и источников монетизации, основанных на двухуровневом ценностном предложении – для пациентов и для государства как заказчика общественного блага, а также использование при создании ценностного предложения механизма медицинского страхования.

Управленческая наука развивается таким образом, чтобы прояснить ответ на главный вопрос менеджмента: почему одни организации функционируют эффективнее других? В стратегическом управлении исследования, посвященные эффективности организаций, ориентированы на поиск механизмов воздействия на управ-

ляемый объект, а следовательно, на выявление причин и условий, определяющих это воздействие. В целом можно выделить три укрупненных теоретических подхода, объясняющих успешную деятельность организации:

- ориентированные на преимущества внутренней среды;
- ориентированные на преимущества внешней среды;
- ориентированные на создание уникальных преимуществ на основе синтеза факторов внешней и внутренней среды.

Современные подходы в менеджменте – теория бизнес-моделей, стейкхолдерская теория, теория предпринимательства – направлены на комплексное изучение факторов и условий, обеспечивающих эффективность организации. Эти факторы весьма многогранны: от особенностей рынка до специфики ресурсов и процессов самой организации. Поэтому все более весомой в литературе является доля исследований, указывающих на необходимость практико-ориентированного, объектного подхода в оценке и управлении эффективностью организации. Учет специфики бизнес-модели, рыночных и институциональных факторов ее функционирования выходит на первый план в решении задачи достоверности полученных научных результатов.

Автор рассматривает феномен «бизнес-модель» в узком и широком смысле: в узком смысле – как особую логику, архитектуру бизнеса; в широком – как способ взаимодействия со стейкхолдерами по поводу создания и предоставления ценности и возникающих при этом ресурсных обменов (транзакциях). Тогда бизнес-модель трактуется как стейкхолдерская сеть, где ядром (держателем сети) выступает собственник бизнеса.

Несмотря на то, что медицинские организации имеют единую миссию (декларируемое ценностное предложение), оказание качественной медицинской помощи населению, формы и источники монетизации их бизнес-моделей весьма разнообразны и могут одновременно осуществляться на трех рынках:

- business-to-customer (B2C) – продажа услуги пациенту;
- business-to-business (B2B) – взаимодействие со страховыми организациями;
- business-to-government (B2G) – взаимодействие с государством.

«Двойная» роль медицинской организации – как производителя общественных и частных благ – существенно изменяет параметры классической архитектуры бизнеса:

1) возникают три целевых группы ключевых стейкхолдеров, от которых зависит денежный поток: государство – потребители общественных благ; страховые организации – посредники в процессе создания частных благ и конечные потребители услуг – потребители частных индивидуальных благ;

2) для каждой группы стейкхолдеров медицинской организации необходимо создать свое уникальное ценностное предложение: для государства – равный доступ граждан к общественным благам, обеспечивающим здоровье нации; для пациентов – качественную услугу; для страховых организаций, выступающих посредниками между медицинской организацией и пациентом, – выстраивание понятной и прозрачной схемы взаимодействия в части финансирования частных благ и осуществления сопутствующего документооборота;

3) многоуровневая конструкция бизнес-модели сохраняется в инфраструктурном обеспечении медицинской организации, т. е. определяет специфику ресурсного обеспечения, структуру доходов и расходов, бизнес-процессы.

2. На основе методологии стейкхолдерской теории и концепции бизнес-моделей разработана иерархия ключевых заинтересованных сторон по уровню их влияния на монетизацию бизнес-модели медицинской организации, которая позволила сформировать оригинальное трехэтапное методическое обеспечение, включающее алгоритм оценки экономической эффективности медицинской организации, комплексную методику анализа взаимосвязи издержек и выгод ее стейкхолдеров и инструментарий оценки влияния показателей, характеризующих деятельность стейкхолдеров, на эффективность медицинской организации.

Постулаты и принципы стейкхолдерской теории послужили основой исследовательской программы диссертации. Стейкхолдерская теория позволяет учесть все факторы эффективности оказания медицинских услуг, в том числе различия в уровнях власти заинтересованных лиц и специфику ресурсных обменов.

В деятельности медицинской организации задействованы стейкхолдеры разных уровней, имеющие разнонаправленные интересы. При этом удовлетворенность стейкхолдеров взаимодействиями в сети зависит от ценности (выгод), которую они получают в обмен на усилия (издержки).

Анализ и интерпретация результатов новейших исследований в области стейкхолдерской теории и нового стейкхолдерского подхода как ее направления позволили автору разработать методику, устраняющую пробелы в существующих инструментах оценки эффективности медицинской организации. Среди этих пробелов принципиально важным выступает то, что перечень заинтересованных сторон никак не структурирован и не унифицирован. В большинстве трудов внимание сосредоточено только на двух группах стейкхолдеров медицинской организации: пациентах и врачах.

Вместе с тем, не снижая значимости имеющихся работ, следует отметить слабую проработанность трех вопросов.

1. Уточнение прав собственности. В случае частной собственности целевой вектор деятельности медицинской организации существенным образом смещается в пользу показателей финансовой устойчивости и платежеспособности. В случае же бюджетно-сметного финансирования принятие стратегических решений часто перекладывается на плечи управленческого персонала либо вопрос финансовой жизнеспособности бизнес-модели смещается с задач оптимизации затрат на задачи выполнения плана (сметы).

2. Влияние и множественность ролей государства. Следует пояснить, что при описании стейкхолдера «государство» в случае оказания медицинских услуг имеется ввиду не менее трех видов конкретных субъектов с конкретными интересами:

– государство как единая общественно-политическая система, функционирующая на конкретной территории. С этой точки зрения медицинская организация встроена в контекст интересов национальной системы здравоохранения, и ее деятельность должна быть направлена на экономический рост страны путем улучшения качества человеческого капитала населения, проживающего на данной территории;

– государство как конкретные органы исполнительной власти (федеральные и региональные министерства здравоохранения и т. п.), отвечающие за показатели уровня смертности и продолжительности жизни на вверенной им территории;

– государство как собственник, желающий получить от инвестиций в медицинскую организацию максимальную отдачу. Эти интересы реализуются в том числе в деятельности страховых организаций, на федеральном уровне – Федерального фонда обязательного медицинского страхования (на региональном – территориальных фондов).

3. Взаимодействие со страховыми организациями рассматривается как работа с другими контрагентами (поставщиками и т. п.). Вместе с тем монетизация медицинской организации зависит от пациентов лишь опосредованно. Именно страховые организации выступают главным источником доходов медицинских организаций. Причем интересы организаций, участвующих в обязательном и добровольном медицинском страховании, также различаются и требуют дополнительной проработки.

Кроме того, в значительной части работ предлагается использование субъективных показателей для оценки, основанных на данных опросов либо неструктурированных интервью. В результате описание взаимодействий стейкхолдеров осуществляется фрагментарно и (или) шаблонно, не учитывает специфику бизнес-модели медицинской организации и зачастую направлено на анализ интересов (потребностей) контрагентов, но не собственника – держателя стейкхолдерской сети.

Поскольку источники монетизации являются главным фактором жизнеспособности любой бизнес-модели, именно этот критерий может служить основой для формирования перечня и иерархии ключевых стейкхолдеров. В медицинской организации существует четыре источника монетизации: средства бюджетного финансирования, внебюджетных фондов (обязательное медицинское страхование), средства работодателей, отфильтрованных через систему добровольного медицинского страхования, и разовые выплаты самих пациентов.

Важно отметить, что пациент является источником монетизации лишь опосредованно (во всем мире люди крайне редко оплачивают медицинские услуги са-

мостоятельно). Таким образом, в реальной практике деятельности медицинской организации стейкхолдеры, которые непосредственно участвуют в создании ценностного предложения (врачи, медицинский и обслуживающий персонал, управляющие), занимают второстепенное место в иерархии, потому что напрямую не определяют ее экономическую эффективность. В то же время структуры, непосредственно осуществляющие финансирование деятельности медицинской организации, в первую очередь бюджетные и внебюджетные фонды, будут иметь первостепенное значение для эффективности ее бизнеса.

Это означает, что изначально присутствующая в коммерческих организациях сбалансированность интересов ключевых стейкхолдеров, регулируемых рыночными механизмами, в медицинских организациях искажена. Выгоды одних участников одновременно выступают издержками для других.

На основе обобщения сказанного методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации в контексте стейкхолдерской теории представляет собой сложный трехэтапный алгоритм действий.

На первом этапе является экономическая заинтересованность самой организации (ее собственника) в долгосрочном функционировании и развитии стейкхолдерской сети. На втором этапе проверяется мотивация самой медицинской организации в поддержании отношений с конкретными стейкхолдерами. В случае выполнения этого условия проверке подлежит заинтересованность нахождения в ареале сетевой бизнес-модели других стейкхолдеров, как внешних, так и внутренних. Такая заинтересованность определяется балансом «издержки – выгоды» каждого стейкхолдера.

Методическое обеспечение оценки эффективности медицинской организации в контексте стейкхолдерской теории, в отличие от имеющихся, строится на двух основных предпосылках.

Во-первых, отсутствует противопоставление интересов участников стейкхолдерской сети. Гораздо более важную роль в поддержании мотивации к сотрудничеству играет соотношение темпов роста издержек и выгод каждого стейкхолдера.

Во-вторых, во внимание берутся как внешние, так и внутренние стейкхолдеры, находящиеся на разных уровнях иерархии по уровню влияния на источник монетизации. Это принципиальное отличие от существующих методик, предполагающих, что интересы стейкхолдеров необходимо ранжировать в зависимости от их власти и ресурсов.

3. Доказана зависимость между иерархией ключевых стейкхолдеров и их мотивацией к взаимодействию в бизнес-модели медицинской организации, а также предложены инструменты управления бизнес-моделью медицинской организации, направленные на улучшение доставки ценностного предложения до потребителей услуг – государства и пациентов.

Для апробации методики использовались данные ООО «Полимедика Челябинск» – уникального объекта государственно-частного партнерства. Учреждение оказывает неотложную, первичную медико-санитарную и первичную специализированную помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара жителям Челябинска и Челябинской области (Сосновский район) и имеет семь филиалов. Ценностное предложение сформировано только для жителей, которые могут самостоятельно прикрепиться к одной из поликлиник данной медицинской организации с помощью полиса обязательного медицинского страхования.

Логика первой части методики строится на предположении, что в случае низкой эффективности бизнеса создание и дальнейшее поддержание стейкхолдерской сети для собственника будет нецелесообразным. Алгоритм оценки деятельности медицинской организации предполагает анализ четырех групп показателей: технический, ресурсный, маркетинговый и финансовый виды эффективности. Результаты расчетов иллюстрируют, что за исследуемый период численность прикрепленного населения возросла практически в два раза, одновременно с этим наблюдается рост принятых пациентов в 7,5 раза. Однако возросла и техническая нагрузка на персонал, использование медицинского оборудования и другие ресурсы. Наблюдается ускоренный прирост показателя интенсивности (производительности) труда медицинского персонала. Динамика уровня удовлетворенности пациентов сети поликлиник ООО «Полимедика Челябинск» за 2017–2023 гг. однозначно положительная.

Второй модуль оценки – модель влияния эффективности использования ресурсов стейкхолдеров на результаты ее деятельности. Рассчитанная модель множественной логит-регрессии является значимой, о чем свидетельствуют F и P -значения. Рост производительности труда и медицинского, и административного персонала на 1 % увеличивает выручку организации на 1,25 % и 0,66 % соответственно. Увеличение доли количества принятых пациентов к прикрепленным на 1 % в среднем сокращает доход на величину от 0,18 % до 1,65 %. Увеличение размера расходов медицинской организации в расчете на одного принятого пациента на 1 % также сокращает доход на 0,21–1,35 %. При сокращении доли жалоб на 1 % доходы увеличиваются на 0,08–0,27 %.

Логика третьего модуля оценки эффективности медицинской организации предполагает всесторонний анализ показателей, характеризующих издержки и выгоды ее стейкхолдеров. Для обоснования типа причинно-следственных связей между показателями построены корреляционные поля по разным функциям, более точный результат показала полиномиальная функция второй степени. Наибольшую взаимосвязь «издержки – выгоды» иллюстрируют модели, где стейкхолдерами выступают государство, страховые организации и собственники медицинской организации. Максимальную заинтересованность в долгосрочном устойчивом взаимодействии с ядром сети – собственниками медицинской организации – имеют страховые организации. Сам собственник также заинтересован в укреплении бизнес-модели, что дополнительно подтверждает результаты расчетов первого модуля методического обеспечения. Для стейкхолдеров «государство» и «управленческий персонал» в целом также наблюдается рост выгод, хотя баланс интересов «издержки – выгоды» не выполняется. Наименее эффективными отношениями в рамках имеющейся бизнес-модели ООО «Полимедика Челябинск» характеризуются стейкхолдеры «медицинские работники» и «пациенты». Полученные эмпирические свидетельства подтверждают ранее высказанный тезис о том, что пациенты, находясь на третьем иерархическом уровне стейкхолдеров, в наименьшей степени будут выгодоприобретателями при взаимодействии с медицинской организацией.

Предложенная методика позволяет комплексно взглянуть на эффективность каждого стейкхолдера и, тем самым, учесть баланс его интересов при оценке бизнес-модели медицинской организации.

Эмпирические результаты иллюстрируют недостаточную эффективность управления ООО «Полимедика Челябинск». Следовательно, необходимо разработать ряд управленческих инструментов, направленных на совершенствование бизнес-модели, в первую очередь на разработку мероприятий по совершенствованию ценностного предложения для клиентов – государства и пациентов.

В части взаимодействия со стейкхолдером «государство» предложено дальнейшее развитие модели государственно-частного партнерства. Расчет типового инвестиционного проекта открытия дополнительной поликлиники иллюстрирует положительные изменения баланса «издержки – выгоды» для каждого стейкхолдера медицинской организации.

Также предложены дополнительные тактические мероприятия для повышения эффективности бизнес-модели медицинской организации, среди которых: интеграция стандартов и принципов взаимодействия со стейкхолдерами, реализация принципов риск-менеджмента, усиление вовлеченности стейкхолдеров в бизнес-процессы организации, совершенствование кадровой политики как связующего звена в иерархии стейкхолдеров и усиление маркетинговой политики в отношении пациентов.

Список литературы

1. Ансофф, И. Новая корпоративная стратегия : пер. с англ. / И. Ансофф. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 413 с. – ISBN 5-314-00105-5.
2. Бьюкенен, Дж. Избранные труды : пер. с англ. / Дж. Бьюкенен. – Москва : Альфа пресс, 1997. – 560 с. – ISBN 5-7952-0001-8.
3. Восколович, Н. А. Доступность услуг здравоохранения как основа социальной защищенности населения / Н. А. Восколович. – DOI 10.19181/population.2021.24.2.8 // Народонаселение. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 87–96. – EDN KKSBLJ.
4. Габуева, Л. А. Антикризисные экономические методы в регулировании деятельности организаций здравоохранения / Л. А. Габуева, О. В. Кожевина, Э. А. Садыкова // Финансовый менеджмент. – 2023. – № 3. – С. 10–21. – EDN CNIKLT.
5. Габуева, Л. А. Экономическая стратегия и бюджетирование здравоохранения в условиях реализации национальных проектов развития / Л. А. Габуева, О. В. Кожевина. – DOI 10.25806/fm4202166-76 // Финансовый менеджмент. – 2021. – № 4. – С. 66–76.
6. Гадаборшев, М. И. Медицинская организация: достижение сбалансированных результатов посредством удовлетворения потребностей основных групп стейкхолдеров / М. И. Гадаборшев, М. М. Левкевич, С. М. Цыганкова // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 6. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18985671>. – EDN PZMBDD.
7. Гугля, А. А. Стейкхолдерский подход к обеспечению устойчивого развития бизнеса / А. А. Гугля // Вестник НГИЭИ. – 2015. – № 3 (46). – С. 33–37.
8. Дворядкина, Е. Б. Регулирование и перспективные направления диверсификации телемедицинских услуг в России / Е. Б. Дворядкина, А. О. Фечина. – DOI 10.29141/2218-5003-2023-14-2-5 // Управленец. – 2023. – Т. 14, № 2. – С. 62–75. – EDN UULRPJ.

9. Егорова, И. А. Проблемы оценки эффективности деятельности медицинской организации / И. А. Егорова, О. А. Патокина, К. А. Голубина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2009. – № 1. – С. 78–80. – EDN KVVWUPV.

10. Злыгостев, А. А. Разработка методического подхода к учету интересов заинтересованных сторон в корпоративном управлении на основе оценивания стейкхолдерской стоимости и рисков : дис. ... канд. экон. наук : 5.2.6 / Злыгостев Александр Андреевич. – Екатеринбург, 2022. – 228 с.

11. Индекс здравоохранения в странах Европы – 2021. – URL: <https://lt.sputnik-news.ru/20210811/indeks-zdravookhraneniya-v-stranakh-evropy--2021-18017553.html> (дата обращения: 14.05.2023).

12. Каз, Е. М. Бизнес-модели компаний и устойчивое развитие / Е. М. Каз, И. В. Краковецкая, Е. В. Нехода, Н. А. Редчикова ; науч. ред. Е. В. Нехода. – Томск : ТГУ, 2020. – 214 с. – ISBN 978-5-94621-943-3.

13. Калинин, А. М. Политика изоляции населения во время пандемии COVID-19: какие стратегии выгодны государству? / А. М. Калинин, Л. С. Засимова, М. Г. Колосницына, Н. А. Хоркина // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2020. – № 4. – С. 7–30. – EDN YYESRL.

14. Карцева, М. А. В ответе ли мы за свое здоровье? Неравенство возможностей в здоровье взрослого населения России / М. А. Карцева, П. О. Кузнецова. – DOI 10.17323/demreview.v8i2.12783 // Демографическое обозрение. – 2021. – Т. 8, № 2. – С. 74–94.

15. Каткова, И. П. Российское здравоохранение в контексте задач достижения всеобщей доступности услуг здравоохранения к 2030 г. / И. П. Каткова – DOI 10.19181/population.2020.23.1.11 // Народонаселение. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 135–147. – EDN HAIQUZ.

16. Каткало, В. С. Эволюция теории стратегического управления / В. С. Каткало. – Санкт-Петербург : Высшая школа менеджмента, 2006. – 548 с. – ISBN 5-288-03910-0.

17. Кейнс, Дж. М. Общая теория занятости, процента и денег : пер. с англ. / Дж. М. Кейнс. – Москва : Прогресс, 1978. – 494 с.

18. Климанов, Д. Е. Бизнес-модели: основные направления исследований и поиски содержательного фундамента концепции / Д. Е. Климанов, О. А. Третьяк // Российский журнал менеджмента. – 2014. – Т. 12, № 3. – С. 107–130.
19. Коленникова, О. А. Владение медицинскими специалистами цифровыми технологиями / О. А. Коленникова. – DOI 10.19181/population.2022.25.3.15 // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 3. – С. 189–199. – EDN ZNJVOT.
20. Коллис, Д. Стратегии 1990-х / Д. Коллис, С. Монтгомери // Корпоративная стратегия : сб. ст. : пер. с англ. – Москва : Альпина Бизнес Букс, 2008. – С. 41–71.
21. Колосова, М. А. Рынок доверительных благ: специфика и институты регулирования : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.01 / Колосова Мария Александровна. – Орел, 2020. – 359 с.
22. Кораблев, В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций / В. Н. Кораблев. – Хабаровск : ДВГМУ, 2015. – 236 с. – ISBN 978-5-85797-340-0. – EDN VYKYBJ.
23. Кузнецова, П. О. Избыточная летняя смертность детей и подростков: эффект длинных школьных каникул? / П. О. Кузнецова, Т. М. Малева. – DOI 10.17323/demreview.v9i2.16207 // Демографическое обозрение. – 2022. – № 9 (2). – С. 81–101.
24. Левкевич, М. М. Медицинская организация и стейкхолдеры: о необходимости развития механизма взаимодействия / М. М. Левкевич, О. А. Сапрыкина, Н. В. Брюханова // Непрерывное профессиональное образование и новая экономика. – 2018. – № 1 (2). – С. 305–314. – EDN IISKSX.
25. Лейбенстайн, Х. Аллокативная эффективность в сравнении с «Х-эффективностью» / Х. Лейбенстайн // Вехи экономической мысли : сб. : пер. с англ. : в 3 т. / сост. и общ. ред. В. М. Гальперина. – Санкт-Петербург : Экономическая школа, 2000. – Т. 2: Теория фирмы. – С. 477–506.
26. Международный стандарт ISO/IEC 15288. – URL: <http://mmf.nsu.ru/sites/default/files/isoiec-ieee-29148-2011.pdf> (дата обращения: 26.08.2018).
27. Назарова, В. В. Оценка эффективности системы здравоохранения в России / В. В. Назарова, К. А. Борисенкова – DOI 10.26653/1561-7785-2017-4-9 // Народонаселение. – 2017. – № 4. – С. 119–134.

28. Нехода, Е. В. Подходы к оценке реализации устойчивых практик бизнеса в условиях эволюции концепции устойчивого развития / Е. В. Нехода, И. В. Краковецкая, М. С. Каз [и др.]. – DOI 10.18334/се.17.7.118324 // Креативная экономика. – 2023. – Т. 17, № 7. – С. 2381–2396.

29. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации : федер. закон от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ.

30. О концессионных соглашениях : федер. закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ.

31. О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству : приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2014 г. № 6.

32. О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги : постановление Правительства РФ от 30 марта 2013 г. № 286.

33. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

34. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640.

35. Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка : приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 мая 2018 г. № 201н.

36. Орехова, С. В. К вопросу о феномене бизнес-модели / С. В. Орехова, Ю. С. Баусова. – DOI 10.37791/1993-7598-2020-14-1-58-75 // Современная конкуренция. – 2020. – Т. 14, № 1 (77). – С. 58–75. – EDN DFUWXG.

37. Орехова, С. В. Стратегия vs. бизнес-модель / С. В. Орехова, А. В. Мисюра, Ю. С. Баусова. – DOI 10.38050/01300105202038 // Вестник Московского университета. Серия 6: Экономика. – 2020. – № 3. – С. 160–181.

38. Орехова, С. В. Трансформация бизнес-модели промышленного предприятия на разных стадиях жизненного цикла / С. В. Орехова, О. А. Романова // Управление. – 2016. – № 5 (63). – С. 2–15.

39. Орехова, С. В. Формирование методологии устойчивого развития металлургического предприятия на основе ресурсно-институционального подхода : дис. ... д-ра экон. наук : 08.00.05 / Орехова Светлана Владимировна. – Екатеринбург, 2018. – 387 с.

40. Питерс, Т. В поисках эффективного управления: опыт лучших компаний : пер. с англ. / Т. Питерс, Б. Уотерман. – Москва : Прогресс, 1986. – 418 с.

41. Плахин, А. Е. Механизмы координации ресурсного обмена / А. Е. Плахин, И. О. Блинков // Наука – образование – экономика: новые тренды и риски : сб. науч. тр. IX Урал. науч. чтений профессоров и докторантов гуманитар. наук (Екатеринбург, 8 февраля 2022 г.). – Екатеринбург : УрГЭУ, 2022. – С. 52–58. – EDN DJDGTU.

42. Плахин, А. Е. Оценка зависимости формирования стейкхолдерской ценности от факторов институционального окружения / А. Е. Плахин, М. В. Селезнева, М. С. Хохолуш // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9, № 4 (33). – С. 286–292.

43. Плахин, А. Е. Стейкхолдерско-целевой подход в устойчивом развитии полисубъектных структур / А. Е. Плахин // Менеджмент и предпринимательство в парадигме устойчивого развития : материалы II Междунар. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 23 мая 2019 г.). – Екатеринбург : УрГЭУ, 2019. – С. 103–105. – EDN EUWEVJ.

44. Портер, М. Конкурентная стратегия: методика анализа отраслей и конкурентов : пер. с англ. / М. Портер. – Москва : Альпина Бизнес Букс, 2005. – 454 с. – ISBN 5-9614-0143-0.

45. Рейтинг субъектов Российской Федерации по результативности и качеству оказания медицинской помощи в соответствии с критериями, предлагаемыми ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России / Отдел организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи Национального медицинского

исследовательского центра терапии и профилактической медицины. – URL: <https://org.gnicpm.ru/rejting-subektov> (дата обращения: 15.10.2023).

46. Робинсон, Дж. Экономическая теория несовершенной конкуренции : пер. с англ. / Дж. Робинсон. – Москва : Прогресс, 1986. – 471 с.

47. Роднянский, Д. Ф. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ / Д. Ф. Роднянский, Г. Ф. Валеева // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2019. – № 1. – С. 133–139. – EDN EJQLHT.

48. Ротбард, М. Власть и рынок: государство и экономика : пер. с англ. / М. Ротбард. – Челябинск : Социум, 2016. – 418 с. – ISBN 978-5-90-640140-3.

49. Сажина, С. В. Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей / С. В. Сажина, В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-1-4 // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 1. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1230/30/lang,ru/> (дата обращения: 15.09.2023). – EDN LUQDCL.

50. Семячкина, С. Важные изменения в здравоохранении в период пандемии COVID-19 / С. Семячкина // ЦОКО. – 2020. – 20 мая. – URL: <https://coko1.ru/articles/med-articles/vazhnye-izmeneniya-v-zdravooohranenii-v-period-pandemii-covid-19/?ysclid=lrheq4g0v1945913615> (дата обращения: 29.10.2023).

51. Скляр, Т. М. Взаимодействие медицинских организаций и стейкхолдеров: анализ «лучших практик» в здравоохранении / Т. М. Скляр. – URL: <https://textarchive.ru/c-1993665.html> (дата обращения: 15.10.2023).

52. Скляр, Т. М. Деятельность медицинских учреждений в российской системе здравоохранения / Т. М. Скляр // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Менеджмент. – 2007. – № 4. – С. 139–156. – EDN IFAVFZ.

53. Смирнов, В. Д. Управление ESG рисками в коммерческих организациях / В. Д. Смирнов. – DOI 10.26794/2404-022X-2020-10-3-6-20 // Управленческие науки. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 6–20.

54. Тамбовцев, В. Л. Менеджмент качества высшего образования: что означает «качество» и что означает «высшее образование»? / В. Л. Тамбовцев,

И. А. Рождественская. – DOI 10.29141/2218-5003-2020-11-1-1 // Управленец. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 2–14.

55. Тамбовцев, В. Л. Стейкхолдерская теория фирмы в свете концепции режимов собственности / В. Л. Тамбовцев // Российский журнал менеджмента. – 2008. – Т. 6, № 3. – С. 3–26.

56. Ткаченко, И. Н. Оценка вклада стейкхолдеров в стоимость компании: пример российского банковского сектора / И. Н. Ткаченко, А. А. Злыгостев. – DOI 10.29141/2218-5003-2018-9-4-5 // Управленец. – 2018. – Т. 9, № 4. – С. 40–52.

57. Третьяк, О. А. Сетевые формы межфирменной кооперации: подходы к объяснению феномена / О. А. Третьяк, М. Н. Румянцева // Российский журнал менеджмента. – 2003. – Т. 1, № 2. – С. 25–50.

58. Уильямсон, О. И. Экономические институты капитализма: фирмы, рынки, «отношенческая» контрактация / О. И. Уильямсон; пер. с англ. под науч. ред. В. С. Каткало. – Санкт-Петербург: Лениздат, 1996. – 702 с. – ISBN 5-289-01816-6.

59. Финансовое управление в многопрофильных больницах: методология и практика / Ф. И. Бадаев, О. Б. Веретенникова, В. И. Майданик [и др.]; под ред. Ф. И. Бадаева, О. Б. Веретенниковой. – Екатеринбург: [б. и.], 2009. – 243 с. – ISBN 978-5-89895-414-7. – EDN QLVPUV.

60. Ханнан, М. Популяционная экология организаций / М. Ханнан, Дж. Фримен // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия: Менеджмент. – 2004. – Вып. 3. – С. 51–83.

61. Чемберлин, Э. Х. Теория монополистической конкуренции: пер. с англ. / Э. Х. Чемберлин. – Москва: Экономика, 1996. – 350 с. – ISBN 5-282-01759-8.

62. Черкашин, А. К. Мета-анализ демографической реакции населения разных стран на распространение коронавируса COVID-19 / А. К. Черкашин, Н. Е. Красноштанова. – DOI 10.19181/population.2022.25.1.12 // Народонаселение. – 2022. – Т. 25, № 1. – С. 141–154.

63. Шейман, И. М. Диспансеризация населения: ожидания и реальность / И. М. Шейман, С. В. Шишкин, В. И. Шевский [и др.]. – DOI 10.17323/1811-038X-

2021-30-4-6-29 // Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – Т. 30, № 4. – С. 6–29. – EDN GYSRWI.

64. Шейман, И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И. М. Шейман. – Москва : ГУ ВШЭ, 2007. – 317 с. – ISBN 978-5-7598-0554-0. – EDN QLQTVV.

65. Шишкин, С. В. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики от 21 февраля 2018 г. / С. В. Шишкин, В. В. Власов, М. Г. Колосницына [и др.] // XIX Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества (Москва, 10–13 апреля 2018 г.). – Москва : НИУ ВШЭ, 2018. – 56 с.

66. Шишкин, С. В. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации : препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкротова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина. – Москва : ВШЭ, 2019. – 96 с.

67. Шишкин, С. В. Экономика социальной сферы / С. В. Шишкин. – Москва : ГУ ВШЭ, 2003. – 364 с. – ISBN 5-7598-0193-7.

68. Яшина, Н. И. Методология оценки эффективности государственного финансирования здравоохранения в России / Н. И. Яшина, О. В. Емельянова, Е. С. Малышева, Н. Н. Прончатова-Рубцова. – DOI 10.24891/фс.24.3.693 // Финансы и кредит. – 2018. – Т. 24, вып. 3. – С. 693–708.

69. Ahmed, J. The many faces of supplier induced demand in health care / J. Ahmed, B. Shaikh // Iranian journal of public health. – 2009. – Vol. 38, no. 2. – P. 139–141.

70. Aldalbahi, A. Methodological approach and theoretical concept for measuring hospital technical efficiency / A. Aldalbahi, M. H. Juni, R. Manaf [et al.]. – DOI 10.32827/ijphcs.6.1.237 // International journal of public health and clinical sciences. – 2019. – Vol. 6, iss. 1. – P. 237–249.

71. Alzueta, E. How the COVID-19 pandemic has changed our lives: a study of psychological correlates across 59 countries / E. Alzueta, P. Perrin, F. C. Baker [et al.]. – DOI 10.1002/jclp.23082 // Journal of clinical psychology. – 2021. – Vol. 77, no. 3. – P. 1–15.

72. Amit, R. Crafting business architecture: the antecedents of business model design / R. Amit, C. Zott. – DOI 10.1002/sej.1200 // Strategic entrepreneurship journal. – 2015. – Vol. 9. – P. 331–350.

73. Arrow, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care / K. J. Arrow // American economic review. – 1963. – Vol. 53, no. 5. – P. 941–973.

74. Austen, A. Stakeholders management in public hospitals in the context of resources / A. Austen. – DOI 10.2478/v10286-012-0067-8 // Management. – 2012. – Vol. 16, no. 2. – P. 217–230.

75. Baden-Fuller, C. Business models and technological innovation / C. Baden-Fuller, S. Haefliger. – DOI 10.1016/j.lrp.2013.08.023 // Long range planning. – 2013. – Vol. 46, no. 6. – P. 419–426.

76. Bator, F. Capital, growth and welfare – theories of allocation : PhD thesis / F. Bator. – Cambridge, 1956. – 205 p.

77. Baum, J. A. C. Economics meets sociology in strategic management, vol. 17 / J. A. C. Baum, F. Dobbin. – Greenwich : JAI Press, 2000. – 434 p.

78. Belyaeva, Z. Stakeholder data analysis in the video gaming industry: implications for regional development / Z. Belyaeva, A. Petrosyan, S. M. R. Shams. – DOI 10.1108/EMJB-10-2021-0150 // EuroMed journal of business. – 2022. – Vol. 17, no. 3. – P. 333–349.

79. Belyaeva, Z. Unpacking stakeholder relationship management in the public and private sectors: the comparative insights / Z. Belyaeva, S. M. R. Shams, G. Santoro, B. Grandhi. – DOI 10.1108/EMJB-06-2019-0085// EuroMed journal of business. – 2020. – Vol. 15, no. 3. – P. 269–281. – EDN GMBZWK.

80. Berle, A. A. Corporate powers as powers in trust / A. A. Berle. – DOI 10.2307/1331341 // Harvard law review. – 1931. – Vol. 44, no. 7. – P. 1049–1074.

81. Berle, A. A. The modern corporation and private property / A. A. Berle, G. C. Means. – New Brunswick : Transaction, 1932. – 428 p.

82. Best states 2018: how they were ranked / USNews. – 2018. – Feb. 27. – URL: <https://www.usnews.com/news/best-states/videos/best-states-methodology> (дата обращения: 15.09.2023).

83. Bethune, Z. A. COVID-19 Infection externalities: trading off lives vs. livelihoods / Z. A. Bethune, A. Korinek. – Washington : National Bureau of Economic Research, 2020. – 38 p. – (NBER working paper ; no. 27009).
84. Blair, J. D. Challenges in health care management: strategic perspectives for managing key stakeholders / J. D. Blair, M. D. Fottler. – San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1990. – 410 p.
85. Blair, J. D. Too many on the seesaw: stakeholder diagnosis and management for hospitals / J. D. Blair, C. J. Whitehead // Hospital & health services administration. – 1988. – Vol. 33, no. 2. – P. 153–166.
86. Buzzel, R. D. The PIMS principles: linking strategy to performance / R. D. Buzzel, B. T. Gale. – New York : Free Press, 1987. – 346 p.
87. Carroll, G. R. Concentration and specialization: dynamics of niche width in populations of organizations / G. R. Carroll // American journal of sociology. – 1985. – Vol. 90, no. 6. – P. 1262–1283.
88. Cavallo, A. Entrepreneurial ecosystem research: present debates and future directions / A. Cavallo, A. Ghezzi, R. Balocco. – DOI 10.1007/s11365-018-0526-3 // International entrepreneurship and management journal. – 2019. – Vol. 15, no. 3. – P. 1291–1321.
89. Chamberlin, E. H. Theory of monopolistic competition / E. H. Chamberlin. – Cambridge : Harvard University Press, 1933. – 213 p.
90. Chandler, A. Strategy and structure: chapters in the history of American enterprise / A. Chandler. – Cambridge : MIT Press, 1962. – 488 p.
91. Clarkson, M. A. Stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance / M. A. Clarkson // The Academy of management review. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 92–117.
92. Cyert, R. M. Behavioral theory of the firm / R. M. Cyert. – New Jersey : Prentice-Hall, 1963. – 362 p.
93. Da Silva Andrade, I. L. Perception of stakeholders on organizational performance in a unified health system hospital (100 % SUS) with level III hospital accreditation, Serra Gaúcha / I. L. da Silva Andrade, M. E. Ventura da Motta, M. E. Camargo

[et al.]. – DOI 10.31686/ijier.vol10.iss9.3885 // International journal for innovation education and research. – 2022. – Vol. 10, no. 9. – P. 61–78.

94. Daake, D. Understanding stakeholder power and influence gaps in a health care organization: an empirical study / D. Daake, W. Anthony. – DOI 10.1097/00004010-200007000-00010 // Health care management review. – 2000. – Vol. 25, no. 3. – P. 94–107.

95. Damiran, S. The efficiency of the healthcare sector: evidence from Mongolia / S. Damiran, O. Dorjdagva, B. Sukhbaatar. – DOI 10.17223/19988648/57/12 // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2022. – № 57. – С. 175–191.

96. Darby, M. Free competition and the optimal amount of fraud / M. Darby, E. Karni // Journal of law and economics. – 1973. – Vol. 16, iss. 1. – P. 67–88.

97. Deming, W. E. Quality, productivity and competitive position / W. E. Deming. – Cambridge: MIT, 1982. – 408 p.

98. Dodd, E. M. For whom are corporate managers trustees? / E. M. Dodd // Harvard law review. – 1932. – Vol. 45, no. 7. – P. 1145–1163.

99. Donaldson, T. The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence, and implications / T. Donaldson, L. E. Preston // Academy of management review. – 1995. – Vol. 20, no. 1. – P. 65–91.

100. Dranove, D. The industrial organization of health care markets / D. Dranove, M. Satterthwaite // Handbook of health economics, vol. 1 / ed. by A. J. Culyer, J. P. Newhouse. – New York : Elsevier Science, 2000. – P. 1093–1139.

101. Dulleck, U. The economics of credence goods: an experiment on the role of liability, verifiability, reputation, and competition / U. Dulleck, R. Kerschbamer, M. Sutter. – DOI 10.1257/aer.101.2.526 // American economic review. – 2011. – Vol. 101, no. 2. – P. 526–555.

102. Eisenhardt, K. M. Agency theory: an assessment and review / K. M. Eisenhardt // Academy of management review. – 1989. – Vol. 14, no. 1. – P. 57–74.

103. Emanuel, E. Four models of the physician-patient relationship / E. Emanuel, L. Emanuel. – DOI 10.1001/jama.267.16.2221 // The journal of the American medical association. – 1992. – Vol. 267, no. 16. – P. 2221–2226.

104. Foss, N. J. Fifteen years of research on business model innovation: how far have we come, and where should we go? / N. J. Foss, T. Saebi. – DOI 10.1177/01492063-16675927 // *Journal of management*. – 2016. – Vol. 43, no. 1. – P. 200–227.
105. Fottler, M. D. Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why? / M. D. Fottler, J. D. Blair, C. J. Whitehead [et al.] // *Journal of healthcare management*. – 1989. – Vol. 34, no. 4. – P. 525–546.
106. Freeman, E. *Strategic management: a stakeholder approach* / E. Freeman. – Boston : Pitman, 1984. – 298 p.
107. Frooman, J. Stakeholder influence strategies / J. Frooman. – DOI 10.2307/259074 // *Academy of management review*. – 1999. – Vol. 24, iss. 2. – P. 191–205.
108. Gaynor, M. What do we know about competition in health care market? / M. Gaynor. – Washington : National Bureau of Economic Research, 2006. – 42 p. – DOI 10.2139/ssrn.907045. – (NBER working paper ; no. 12301).
109. Gomes, J. F. Business models as enablers of ecosystemic interaction: a dynamic capability perspective / J. F. Gomes, M. Iivari, M. Pikkarainen, P. Ahokangas. – DOI 10.4018/IJSESD.2018070101 // *International journal of social ecology and sustainable development*. – 2018. – Vol. 9, no. 3. – P. 1–13.
110. Graves, J. System- and individual-level barriers to accessing medical care services across the rural-urban spectrum, Washington state / J. Graves, D. Abshire, A. Alejandro. – DOI 10.1177/11786329221104667 // *Health services insights*. – 2022. – Vol. 15. – Art. no. 117863292211046.
111. Hage, J. An axiomatic theory of organization / J. Hage. – DOI 10.2307/2391470 // *Administrative science quarterly*. – 1965. – Vol. 10, no. 3. – P. 289–320.
112. *Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management* / ed. by J. Cylus, I. Papanicolas, P. C. Smith. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2016. – 264 p. – ISBN 978-9-2890-5041-8.
113. Hicks, J. Annual survey of economic theory: the theory of monopoly / J. Hicks. – DOI 10.2307/1907343 // *Econometrica*. – 1935. – Vol. 3, no. 1. – P. 1–20.

114. Hirschman, A. O. Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and states / A. O. Hirschman. – Cambridge : Harvard University Press, 1970. – 186 p.
115. Hollingsworth, B. Cost, production, efficiency, or effectiveness: where should we focus? / B. Hollingsworth. – DOI 10.1016/S2214-109X(13)70050-0 // The Lancet global health. – 2013. – Vol. 1, iss. 5. – P. 249–250.
116. Hollingsworth, B. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications / B. Hollingsworth, P. Dawson, N. Maniadakis. – DOI 10.1023/A:1019087828488 // Health care management science. – 1999. – Vol. 2, no. 3. – P. 161–172.
117. Hsiao, W. C. Abnormal economics in the health sector / W. C. Hsiao. – DOI 10.1016/0168-8510(95)00731-7 // Health policy. – 1995. – Vol. 32, no. 1–3. – P. 125–139.
118. Hsieh, C. The industrial revolution in services / C. Hsieh, E. Rossi-Hansberg. – Washington : National bureau of economic research, 2019. – 48 p. – DOI 10.3386/w25968. – (NBER working paper ; no. 25968).
119. Huotari, P. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care / P. Huotari, Z. Havrdová. – DOI 10.1108/IJHCQA-06-2015-0070 // International journal of health care quality assurance. – 2016. – Vol. 29, no. 8. – P. 864–876.
120. Hurst, J. W. The legitimacy of the business corporation in the law of the united states 1780–1970 / J. W. Hurst. – Charlottesville : University Press of Virginia, 1970. – 218 p.
121. Imani, A. Key indicators affecting hospital efficiency: a systematic review / A. Imani, R. Alibabayee, M. Golestani, K. Dalal. – DOI 10.3389/fpubh.2022.830102 // Frontiers in public health. – 2022. – No. 10. – Art. no. 830102.
122. Jacobs, R. Measuring efficiency in health care: analytic techniques and health policy / R. Jacobs, P. C. Smith, A. Street. – Cambridge : Cambridge University Press, 2006. – 262 p. – ISBN 978-1-1394-5687-6.
123. Jebara, T. Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review / T. Jebara, S. Cunningham, K. MacLure A [et al.]. – DOI 10.1111/

bcp.13624 // *British journal of clinical pharmacology*. – 2018. – Vol. 84, no. 9. – P. 1883–1905.

124. Jensen, M. C. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure / M. C. Jensen, W. H. Meckling // *Journal of financial economics*. – 1976. – Vol. 3, no. 4. – P. 305–360.

125. Johnson, M. Reinventing your business model / M. Johnson, C. Christensen, H. Kagermann // *Harvard business review*. – 2008. – Vol. 86, iss. 12. – P. 50–59.

126. Jones, T. M. Stakeholder agency theory / T. M. Jones, C. L. Hill. – DOI 10.1111/j.1467-6486.1992.tb00657.x // *Journal of management studies*. – 1992. – Vol. 29, no. 2. – P. 131–154.

127. Juran, J. M. Quality planning and analysis. From product development through usage / J. M. Juran. – New York : McGraw-Hill, 1970. – 716 p.

128. Kahneman, D. Prospect theory: an analysis of decision under risk / D. Kahneman, A. Tversky // *Econometrica*. – 1979. – Vol. 47, no. 2. – P. 263–292.

129. Lawrence, P. R. Organization and environment / P. R. Lawrence, J. W. Lorsch. – Boston : Harvard Business School, 1967. – 279 p.

130. Malfait, S. The impact of stakeholder involvement in hospital policy decision-making: a study of the hospital's business processes / S. Malfait, K. Eeckloo, J. Hellings [et al.]. – DOI 10.1080/17843286.2016.1246681 // *Acta clinica Belgica*. – 2016. – Vol. 72, no. 1. – P. 1–9.

131. March, J. G. Organisations / J. G. March, H. A. Simon. – New York : Wiley, 1985. – 290 p.

132. Maurer, J. G. Readings in organization theory: open-system approaches / J. G. Maurer. – New York : Random House, 1971. – 552 p.

133. Mbau, R. Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature / R. Mbau, A. Musiega, L. Nyawira [et al.]. – DOI 10.1007/s40258-022-00785-2 // *Applied health economics and health policy*. – 2022. – Vol. 21, no. 5. – P. 1–20.

134. McGuire, T. Physician agency / T. McGuire // *Handbook of health economics*, vol. 1A / ed. by A. Culyer, J. Newhouse. – New York : Elsevier, 2000. – P. 461–536.

135. McGuire, T. G. Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice- style effects / T. G. McGuire // *Journal of health economics*. – 1995. – Vol. 15, no. 3. – P. 537–555.
136. Mitchell, R. Toward of a theory of stakeholder identification and Silence: defining the principle of who and what really counts / R. Mitchell, B. Agle, D. Wood. – DOI 10.2307/259247 // *Academy of management review*. – 1997. – Vol. 2, no. 4. – P. 853–856.
137. Moore, J. F. The death of competition: leadership & strategy in the age of business ecosystems / J. F. Moore. – New York : Harper Business, 1996. – 332 p.
138. Osterwalder, A. Clarifying business models: origins, present, and future of the concept / A. Osterwalder, Y. Pigneur, C. Tucci // *Communications of the association for information systems*. – 2005. – Vol. 16. – Art. no. 1.
139. Palmaccio, M. The Internet of things and corporate business models: a systematic literature review / M. Palmaccio, G. Dicuonzo, Z. S. Belyaeva. – DOI 10.1016/j.jbusres.2020.09.069 // *Journal of business research*. – 2020. – Vol. 131, no. 7. – P. 610–618.
140. Penrose, E. The theory of growth of the firm / E. Penrose. – New York : John Wiley, 1959. – 272 p.
141. Pfeffer, J. The external control of organizations: a resource dependence perspective/ J. Pfeffer, G. Salancik. – New York : Harper & Row Publishers, 1978. – 300 p. – ISBN 0-06-045193-9.
142. Pitelis, C. N. The (new) nature and essence of the firm / C. N. Pitelis, D. J. Teece // *European management review*. – 2009. – Vol. 6, no. 1. – P. 5–15.
143. Porter, M. Redefining competition on health care / M. Porter, E. Teisberg // *Harvard business review*. – 2004. – Vol. 82, no. 6. – P. 67–76.
144. Porter, M. The big idea: creating shared value. How to reinvent capitalism and unleash a wave of innovation and growth / M. Porter, M. Kramer // *Harvard business review*. – 2011. – Vol. 89, no. 1–2. – P. 62–77.
145. Post, J. E. Managing the extended enterprise: the new stakeholder view / J. E. Post, L. E. Preston, S. Sachs. – DOI 10.2307/41166151 // *California management review*. – 2002. – Vol. 45, no. 1. – P. 6–28.

146. Reynolds, P. D. Sociology and entrepreneurship: concepts and contributions / P. D. Reynolds // *Entrepreneurship theory and practice*. – 1991. – Vol. 16, no. 2. – P. 47–70.
147. Rumelt, R. P. How much does industry matter? / R. P. Rumelt // *Strategic management journal*. – 1991. – Vol. 12, no. 3. – P. 167–185.
148. Rumelt, R. P. What in the world is competitive advantage? / R. P. Rumelt. – Los Angeles : University of California, 2003. – 5 p. – (Policy working paper ; no. 105).
149. Savage, G. T. Strategies for assessing and managing organizational stakeholders / G. T. Savage, T. W. Nix, C. J. Whitehead, J. D. Blair. – DOI 10.2307/4165008 // *Academy of management executive*. – 1991. – Vol. 5, no. 2. – P. 61–75.
150. Shewhart, W. Economic control of quality of manufactured product / W. Shewhart. – Milwaukee : ASQ Quality Press, 1931. – 501 p.
151. Solow, R. M. The economics of resources or the resources of economics / R. M. Solow // *The American economic review*. – 1974. – Vol. 64, no. 2. – P. 1–14.
152. Tampio, K. P. Stakeholder analysis and landscape in a hospital project – elements and implications for value creation / K. P. Tampio, H. Haapasalo, F. Ali. – DOI 10.1108/IJMPB-07-2021-0179 // *International journal of managing projects in business*. – 2022. – Vol. 15, no. 8. – P. 48–76.
153. Taylor, F. W. The principles of scientific management / F. W. Taylor. – New York : Harper Brothers, 1911. – 156 p.
154. Thomson, A. M. Collaboration processes: inside the black box / A. M. Thomson, J. L. Perry. – DOI 10.1111/j.1540-6210.2006.00663.x // *Public administration review*. – 2006. – Vol. 66, no. S1. – P. 20–32.
155. Timmers, P. Business models for electronic markets / P. Timmers. – DOI 10.1080/10196789800000016 // *Electronic markets*. – 1998. – Vol. 8, no. 2. – P. 3–8.
156. Trakakis, A. Evaluation of the efficiency in public health centers in Greece regarding the human resources occupied: a bootstrap data envelopment analysis application / A. Trakakis, M. Nektarios, S. Tziaferi, P. Prezerakos // *International journal of environmental research and public health*. – 2022. – Vol. 19, iss. 3. – Art. no. 1597.

157. Van de Ven, A. H. Suggestions for studying strategy process: a research note / A. H. Van de Ven // *Strategic management journal*. – 1992. – Vol. 13, no. 1S. – P. 169–188.

158. Vickers, J. Economic perspectives of privatizations / J. Vickers, G. Yarrow. – DOI 10.1257/jep.5.2.111 // *Journal of economic perspectives*. – 1991. – Vol. 5, no. 2. – P. 111–132.

159. Weber, M. *Bureaucracy* // *Economy and society: an outline of interpretive sociology* / M. Weber. – Berkeley : University of California Press, 1968. – P. 956–969.

160. Weill, P. Do some business models perform better than others? A study of the 1 000 largest US firms / P. Weill, T. Malone, V. D’Urso [et al.]. – Cambridge : MIT Sloan School of Management, 2004. – 40 p. – (MIT Center for coordination science working paper ; no. 226).

161. Wernerfelt, B. A resource-based view of the firm / B. Wernerfelt // *Strategic management journal*. – 1984. – Vol. 2, no. 2. – P. 171–180.

162. Worthington, A. Frontier efficiency measurement in health care: a review of empirical techniques and selected applications / A. Worthington. – DOI 10.1177/1077558704263796 // *Medical care research and review*. – 2004. – Vol. 61, iss. 2. – P. 135–170.

163. Xiong, X. Equality and social determinants of spatial accessibility, availability, and affordability to primary health care in Hong Kong, a descriptive study from the perspective of spatial analysis / X. Xiong, V. Li, B. Huang, Z. Huo. – DOI 10.1186/s12913-022-08760-2 // *BMC health services research*. – 2022. – Vol. 22, iss. 1. – Art. no. 1364.

Публикации автора по теме исследования

164. Safarov, M. A. Quality of accessibility vs quality accessibility of medical service in Russia: measurement issues / M. A. Safarov. – DOI 10.29141/2658-5081-2023-24-1-6 // *Journal of new economy*. – 2023. – Vol. 24, № 1. – P. 126–141.

165. Орехова, С. В. Стейкхолдерская бизнес-модель оказания медицинских услуг: иерархия, ресурсный обмен и баланс «издержки – выгоды» / С. В. Орехова, М. А. Сафаров. – DOI 10.47475/1994-2796-2023-478-8-148-160 // Вестник Челябинского государственного университета: экономические науки. – 2023. – № 8, вып. 81. – С. 148–160.

166. Орехова, С. В. Стейкхолдерские модели оценки эффективности медицинской организации: существующие практики / С. В. Орехова, М. А. Сафаров // Менеджмент и предпринимательство в парадигме устойчивого развития : материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 26 мая 2023 г.). – Екатеринбург : УрГЭУ, 2023. – С. 161–165.

167. Орехова, С. В. Сфера здравоохранения в России: новая ценностная парадигма или нормативный подход? / С. В. Орехова, М. А. Сафаров // Урал – драйвер неоиндустриального и инновационного развития России : материалы V Урал. экон. форума (Екатеринбург, 19–20 октября 2023 г.). – Екатеринбург : УрГЭУ, 2023. – С. 238–242.

168. Орехова, С. В. Фиаско рынка и провалы государства: контуры новой модели здравоохранения в условиях пандемии / С. В. Орехова, М. А. Сафаров. – DOI 10.17835/2076-6297.2022.14.4.095-109 // Журнал институциональных исследований. – 2022. – Т. 14, № 4. – С. 95–109.

169. Орехова, С. В. Эффективность медицинской организации: эконометрические оценки / С. В. Орехова, М. А. Сафаров // Вестник академии знаний. – 2023. – № 6 (59). – С. 663–668.

170. Сафаров, М. А. Анализ современного состояния финансового обеспечения медицинских организаций / М. А. Сафаров // Россия – Азия – Африка – Латинская Америка: экономика взаимного доверия : материалы X Евраз. экон. форума молодежи (Екатеринбург, 16–19 апреля 2019 г.) : в 3 т. – Екатеринбург : УрГЭУ, 2019. – Т. 3. – С. 108–109.

171. Сафаров, М. А. Бизнес-модель организации здравоохранения: специфика и проблемы оценки эффективности / М. А. Сафаров // Конкурентоспособность и развитие социально-экономических систем : сб. аннот. докл. 5-й Междунар. науч.

конф. памяти акад. А. И. Татаркина (Челябинск, 16–18 ноября 2021 г.). – Челябинск : ЧелГУ, 2021. – С. 70–71.

172. Сафаров, М. А. Сравнительный анализ отечественных и зарубежных исследований в области финансового менеджмента медицинских организаций / М. А. Сафаров // Конкурентоспособность территорий : материалы XXII Всерос. экон. форума молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 22–26 апреля 2019 г.) : в 5 ч. – Екатеринбург : УрГЭУ, 2019. – Ч. 5. – С. 210–213.

173. Сафаров, М. А. Стейкхолдерский подход: содержательный фундамент и эволюция исследований / М. А. Сафаров. – DOI 10.31563/2308-9644-2021-41-3-102-112 // Российский электронный научный журнал. – 2021. – № 3 (41). – С. 102–112.

174. Сафаров, М. А. Цифровая трансформация сферы здравоохранения: перспективы телемедицины / М. А. Сафаров // Молодежный научный форум «Уфимский гуманитарный научный форум» : сб. ст. к 70-летию А. Н. Дегтярева (Уфа, 8 апреля – 30 мая 2022 г.). – Уфа : ИСИ РБ, 2022. – С. 382–386. – 0,3 п. л.

175. Сафаров, М. А. Эффективность медицинской организации: проблемы измерения / М. А. Сафаров, С. В. Орехова // Уфимский гуманитарный научный форум : сб. ст. V Междунар. науч. форума (Уфа, 14 апреля – 31 мая 2023 г.). – Уфа : АН РБ, 2023. – С. 108–113.

Приложение А
(обязательное)

Типовые расчеты отдельной медицинской организации

Таблица А.1 – Прогноз численности прикрепленного населения при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, чел.

Контингент	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Взрослые	30 000	30 737	30 367	30 383	30 797	30 575	30 519	30 493	33 497	35 232	35 107	35 534
Дети	5 975	6 221	6 097	6 103	6 241	6 167	6 148	6 139	7 141	7 719	7 677	7 820
Итого	35 975	36 957	36 464	36 485	37 038	36 741	36 667	36 632	40 638	42 951	42 784	43 353

158

Таблица А.2 – Прогноз количества обращений прикрепленного населения при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, чел.

Показатель	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Обращения	2 440	2 440	2 440	2 480	2 480	2 480	2 480	2 480	2 480	2 520	2 654	2 706
Посещения	4 880	4 880	4 880	4 960	4 960	4 960	4 960	4 960	4 960	5 040	5 308	5 411
Диспансеризация	500	500	500	500	500	500	509	509	509	509	509	509
Профилактика заболеваний	250	250	250	250	250	250	254	254	254	254	254	254
Медицинские осмотры несовершеннолетних	199	199	199	199	199	199	205	205	205	205	205	205

Показатель	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Неотложная помощь	1 289	1 289	1 289	1 289	1 289	1 289	1 314	1 314	1 314	1 314	1 314	1 314
УЗИ	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Дневной стационар	150	150	150	150	150	150	153	153	153	153	153	153

Таблица А.3 – Прогноз доходов инвестиционного проекта по открытию поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, р.

Статья доходов	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Подушевой норматив	9 893 125	10 163 175	10 027 600	10 033 375	10 185 450	10 103 775	10 083 425	10 073 800	11 175 450	11 811 525	11 765 600	11 922 075
В том числе акушерство	693 000	710 013	701 472	701 836	711 416	706 271	704 989	704 383	773 786	813 859	810 966	820 824
Обращения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Посещения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Диспансеризация	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Профилактика заболеваний	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Медосмотры несовершеннолетних	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Неотложная помощь	1 016 716	1 016 716	1 016 716	1 016 716	1 016 716	1 016 716	1 036 274	1 036 274	1 036 274	1 036 274	1 036 274	1 036 274
УЗИ	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542	104 542
Дневной стационар	1 759 477	1 759 477	1 759 477	1 759 477	1 759 477	1 759 477	1 793 322	1 793 322	1 793 322	1 793 322	1 793 322	1 793 322
Итого	13 466 861	13 753 924	13 609 808	13 615 946	13 777 602	13 690 782	13 722 551	13 712 320	14 883 374	15 559 522	15 510 703	15 677 036

Таблица А.4 – Прогноз затрат на аренду помещения для поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, р.

Статья затрат	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Аренда	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000	1 305 000
Коммунальные платежи	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000	58 000
Итого	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000	1 363 000
Примечание – Площадь помещения 1 450 м ² , арендная ставка 900 р./м ² .												

Таблица А.5 – Прогноз затрат на медицинские расходы, рассчитанные по нормативам на основе прогноза прикрепленного населения при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, р.

Статья затрат	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Лаборатория	1 182 624	1 182 624	1 166 848	1 167 520	1 185 216	1 175 712	1 173 344	1 172 224	1 300 416	1 374 432	1 369 088	1 387 296
Медикаменты	140 437	140 437	138 563	138 643	140 744	139 616	139 335	139 202	154 424	163214	162 579	164 741
Внешняя помощь	548 447	548 447	541 131	541 442	549 649	545 241	544 143	543 624	603 074	637399	634 920	643 364
Медицинские услуги	484 137	484 137	477 678	477 954	485 198	481 307	480 338	479 879	532 358	562658	560 470	567 924
Перевязочные материалы	140 437	140 437	138 563	138 643	140 744	139 616	139 335	139 202	154 424	163214	162 579	164 741
Обслуживание медицинского оборудования	11 087	11 087	10 939	10 946	11 111	11 022	11 000	10 990	12 191	12885	12 835	13 006
Медицинское оборудование	3 696	3 696	3 646	3 649	3 704	3 674	3 667	3 663	4 064	4 295	4 278	4 335
Итого	2 510 864	2 510 864	2 477 369	2 478 796	2 516 367	2 496 189	2 491 161	2 488 783	2 760 951	2 918 097	2 906 751	2 945 409
Примечание – Нормативы, р./чел.: лаборатория – 32,00; медикаменты – 3,80; внешняя помощь – 14,84; медицинские услуги – 13,10; перевязочные материалы – 3,80; обслуживание медицинского оборудования – 0,30; медицинское оборудование – 0,10.												

Таблица А.6 – Прогноз затрат на медицинские расходы, рассчитанные по нормативам на основе прогноза прикрепленного населения при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, р.

Статья затрат	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Административные расходы	453 462	457 378	455 412	455 495	457 701	456 516	456 221	456 082	472 057	481 281	480 615	482 884
Канцелярские товары	36 329	37 321	36 823	36 844	37 403	37 103	37 028	36 993	41 038	43 374	43 205	43 780
Охрана	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Полиграфия	15 416	15 837	15 625	15 634	15 871	15 744	15 712	15 697	17 414	18 405	18 334	18 577
Прочее	16 003	16 440	16 220	16 230	16 476	16 344	16 311	16 295	18 077	19 106	19 032	19 285
Реклама	18 678	19 188	18 932	18 943	19 230	19 076	19 038	19 020	21 099	22 300	22 214	22 509
Расчетно-кассовое обслуживание банка	5 027	5 164	5 095	5 098	5 176	5 134	5 124	5 119	5 679	6 002	5 979	6 058
Текущий ремонт	4 161	4 275	4 218	4 220	4 284	4 250	4 241	4 237	4 701	4 968	4 949	5 015
Основные средства стоимостью до 100 тыс. р.	5 319	5 464	5 391	5 394	5 476	5 432	5 421	5 416	6 008	6 350	6 326	6 410
Уборка и ремонт	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Транспортные услуги	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Штрафы	42 528	43 689	43 106	43 131	43 785	43 434	43 346	43 305	48 040	50 775	50 577	51 250
Информационное обеспечение и телекоммуникации	192 649	195 314	193 976	194 033	195 534	194 728	194 527	194 432	205 306	211 584	211 131	212 675
Интернет	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Программное обеспечение	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Телефония	42 785	43 953	43 366	43 391	44 049	43 696	43 608	43 566	48 330	51 081	50 883	51 559
Текущий ремонт и обслуживание оборудования	12 718	13 065	12 891	12 898	13 094	12 989	12 963	12 950	14 367	15 184	15 125	15 327

Статья затрат	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Расходные материалы (картриджи)	13 054	13 410	13 231	13 239	13 439	13 331	13 305	13 292	14 745	15 585	15 524	15 731
Покупка и замена ИТ-оборудования	29 092	29 887	29 488	29 505	29 952	29 712	29 652	29 624	32 863	34 734	34 599	35 059
Расходы на персонал	96 861	98 140	97 498	97 525	98 246	97 859	97 762	97 717	102 935	105 948	105 731	106 472
Квартиры персоналу	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Социальные программы	13 118	13 476	13 296	13 304	13 505	13 397	13 370	13 357	14 818	15 661	15 601	15 808
Расходы на поиск и подбор персонала	6 010	6 174	6 092	6 096	6 188	6 138	6 126	6 120	6 789	7 176	7 148	7 243
Обучение персонала	27 733	28 490	28 110	28 126	28 552	28 323	28 266	28 239	31 328	33 111	32 982	33 421
Итого	742 972	750 832	746 886	747 054	751 481	749 103	748 511	748 231	780 298	798 813	797 476	802 031

Таблица А.7 – Прогноз численности персонала на основе прогноза прикрепленного населения при открытии поликлиники федерально сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, чел.

Показатель	Период, мес.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Специалисты	31,5	31,5	31,5	33,0	33,0	33,0	33,0	33,0	33,0	33,0	36,5	38,2	38,8
Заведующий терапевтическим отделением	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Врач функциональной диагностики	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Терапевт участковый	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Врач-хирург	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Оториноларинголог (взрослый)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Оториноларинголог (детский)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Офтальмолог (взрослый)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Офтальмолог (детский)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Показатель	Период, мес.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Невролог	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Кардиолог	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Эндокринолог	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Онколог	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Гинеколог женской консультации	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Заведующий женской консультацией	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Врач УЗИ	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	4,0	4,0
Рентгенолог	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Педиатр участковый	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	7,7	7,8
Заведующий детским отделением	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Врач-хирург (детский)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
Врач-невролог (детский)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Врач-кардиолог (детский)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0
Врач-уролог (детский)	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Сервисный персонал	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0
Администратор за стойкой (взрослые)	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
Кол-центр и чат-деск	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Сервис-менеджер	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Средний медицинский персонал	21,0	21,0	21,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	21,0	21,0	21,0
Процедурная медицинская сестра (взрослая)	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0	13,0
Фельдшер неотложной помощи	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0
Главная медицинская сестра	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Показатель	Период, мес.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Лаборант рентген-кабинета	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Дневной стационар (медицинская сестра)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Акушерки	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	
Административный персонал	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	
Главный врач	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Начальник по медицинской части + председатель врачебной комиссии	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	
Старший администратор	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	
Административно-хозяйственный отдел/охрана труда и пожарная безопасность	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Бухгалтер	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Кадровик	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
ИТ-суперьюзер	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Статистик-экономист	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Итого	76,5	76,5	76,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0	81,5	83,2	83,8

Таблица А.8 – Прогноз уровня среднемесячных заработных плат (включая отчисления) при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта

Показатель	Заработная плата, р.
Специалисты	
Терапевт участковый	65 000
Врач-хирург	55 000
Травматолог-ортопед	55 000
Уролог	55 000

Показатель	Зарботная плата, р.
Оториноларинголог	55 000
Офтальмолог	55 000
Невролог	55 000
Кардиолог	55 000
Эндокринолог	55 000
Онколог	55 000
Гинеколог женской консультации	55 000
Педиатр участковый	55 000
Врач-хирург детский	55 000
Врач-невролог детский	55 000
Врач-кардиолог детский	55 000
Врач-уролог детский	55 000
Врач функциональной диагностики	55 000
Врач дневного стационара	55 000
Врач-эндоскопист	55 000
Физиотерапевт или врач-реабилитолог	55 000
Врач УЗИ	55 000
Рентгенолог	55 000
Административный персонал	
Администратор (взрослый)	30 000
Администратор (детский)	30 000
Кол-центр	30 000
Главный врач	150 000
Начальник по медицинской части	100 000
Заместитель по педиатрии	10 000

Показатель	Зарботная плата, р.
Заместитель по женской консультации	10 000
Административный директор + сервис-менеджер	60 000
Сервис-менеджер	40 000
Административно-хозяйственный отдел	45 000
Бухгалтер	50 000
Кадровик/делопроизводитель	45 000
Статистик	30 000
Средний медицинский персонал	
Процедурная медицинская сестра	36 000
Процедурная медицинская сестра (детская)	36 000
МФЦ взрослые	36 000
МФЦ детские	36 000
Патронажная медицинская сестра	36 000
Медицинская сестра детского массажа	36 000
Фельдшер неотложной помощи	36 000
Старшая медицинская сестра	60 000
Лаборант рентген-кабинета	65 000
Медицинская сестра дневного стационара	30 000
Акушерки	30 000
ИТ-суперьюзер	45 000
Старший администратор	37 000

Таблица А.9 – Прогноз затрат на фонд оплаты труда на основе прогноза прикрепленного населения при открытии поликлиники федеральной сети ООО «Полимедика Челябинск» в первый год реализации инвестиционного проекта, р.

Показатель	Период, мес.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Специалисты	1 805 000	1 805 000	1 805 000	1 887 500	1 887 500	1 887 500	1 887 500	1 887 500	1 887 500	2 080 000	2 189 021	2 225 768	2 870 071
Заведующий терапевтическим отделением	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Врач функциональной диагностики	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Терапевт участковый	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	520 000	930 326
Врач-хирург	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Оториноларинголог (взрослый)	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Оториноларинголог (детский)	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Офтальмолог (взрослый)	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Офтальмолог (детский)	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Невролог	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Кардиолог	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Эндокринолог	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Гинеколог женской консультации	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	165 000	393 599
Заведующий женской консультацией	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Врач УЗИ	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	220 000	220 000	220 000	220 000
Рентгенолог	0	0	0	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000

Показатель	Период, мес.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Педиатр участковый	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	390 000	499 021	508 268	513 646
Заведующий детским отделением	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Врач-хирург (детский)	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	55 000	55 000
Врач-невролог (детский)	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000	55 000
Врач-кардиолог (детский)	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	55 000	55 000	55 000	55 000
Врач-уролог (детский)	0	0	0	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500	27 500
Сервисный персонал	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000	730 000
Администратор за стойкой (взрослые)	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000
Кол-центр + чат-деск	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000
Сервис-менеджер	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Средний медперсонал	762 000	762 000	762 000	827 000	827 000	827 000	827 000	827 000	827 000	791 000	791 000	791 000	791 000
Процедурная медицинская сестра (взрослая)	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000	468 000
Фельдшер неотложной помощи	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	108 000	108 000	108 000	108 000
Главная медицинская сестра	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Лаборант рентген-кабинета	0	0	0	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
Медицинская сестра дневного стационара	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Акушерки	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000

Показатель	Период, мес.												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Административный персонал	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000	676 000
Главный врач	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
Начальник по медицинской части + председатель врачебной комиссии	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Старший администратор	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000	111 000
Административно-хозяйственный отдел/ охрана труда и пожарная безопасность	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
Бухгалтер	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
Кадровик	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
ИТ-суперьюзер	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
Статистик-экономист	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
Итого фонд оплаты труда	5 164 900	5 164 900	5 164 900	5 356 650	5 356 650	5 356 650	5 356 650	5 356 650	5 356 650	5 560 100	5 701 828	5 749 598	6 587 192
Страховые взносы	1 191 900	1 191 900	1 191 900	1 236 150	1 236 150	1 236 150	1 236 150	1 236 150	1 236 150	1 283 100	1 315 806	1 326 830	1 520 121
Итого заработные платы	3 973 000	3 973 000	3 973 000	4 120 500	4 120 500	4 120 500	4 120 500	4 120 500	4 120 500	4 277 000	4 386 021	4 422 768	5 067 071