

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

На правах рукописи



ПОЧКИН ЕВГЕНИЙ ОЛЕГОВИЧ

**РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК
ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством
(региональная экономика)

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата экономических наук

Научный руководитель:
Шваков Евгений Евгеньевич,
доктор экономических наук, профессор

Барнаул – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА	11
1.1 Взаимообусловленное развитие социально-экономической системы региона и человеческого капитала	11
1.2 Капитал здоровья как составляющая человеческого капитала и его влияние на социально-экономическое развитие региона	25
1.3 Современные направления развития региональной системы здравоохранения в рамках формирования и использования человеческого капитала	37
2 АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА РЕГИОНА	57
2.1 Анализ факторов развития Алтайского края, оказывающих влияние на систему здравоохранения и использование человеческого капитала	57
2.2 Анализ региональной системы здравоохранения с позиции формирования и сохранения человеческого капитала	73
2.3 Оценка развития региональной системы здравоохранения Алтайского края	90
3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА	106
3.1 Влияние пандемии COVID-19 на развитие региональной системы здравоохранения и капитала здоровья	106
3.2 Направления совершенствования системы здравоохранения, обеспечивающей повышение эффективности использования человеческого капитала	126
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	149
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	151

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Глобальная пандемия одновременно подорвала как спрос, так и предложение в мировой экономике. Ограничения, наложенные на мобильность, социальное дистанцирование и закрытие бизнеса, нарушили поставки товаров и услуг. Потери доходов и увольнения работников, вызванные карантинами, существенное увеличение заболеваемости и безработицы, а также сокращением инвестиций во всех отраслях и видах экономической деятельности стали новыми факторами экономического развития. Как следствие эффективность использования человеческого капитала в экономике заметно снизилась.

Улучшение здоровья во всем мире сегодня является важной социальной задачей, которая имеет очевидные прямые выгоды как с точки зрения экономического развития (эффективность использования человеческого капитала), так и с точки зрения более долгой и лучшей жизни миллионов людей. В мировом сообществе существует также консенсус в отношении того, что улучшение здоровья населения может обеспечить существенные косвенные выгоды для экономики за счет ускорения социально-экономического развития, повышение качества его жизни.

В этой связи модернизация системы здравоохранения является не только первостепенной задачей, решаемой в рамках социально-экономической политики региона, но и необходимым условием функционирования и развития региональной социально-экономической системы, обеспечивающим повышение эффективности использования человеческого капитала региона.

Формирование системы здравоохранения, отвечающей реалиям текущего этапа социально-экономического развития, способно спасти миллионы жизней и обеспечить сокращение миллиардных расходов, обеспечивая не только равный доступ населения к медицинским услугам, но и предотвращая развитие новых заболеваний подобных COVID-19. Поэтому развитие региональной системы здравоохранения должно иметь системный

подход, обеспечивающий повышение качества жизни населения, а с позиций развития социально-экономической системы ориентацию на повышение эффективности использования человеческого капитала.

Данное обстоятельство определяет актуальность настоящего исследования и важность разрабатываемых в нем решений для развития региональных социально-экономических систем.

Степень научной разработанности проблемы. Актуальные вопросы развития человеческого капитала рассматриваются в трудах зарубежных ученых, таких как: Г. Беккер, И. Кант, Н. Макконел, Р. Мальтус, А. Смит, Т. Шульц, Р. Эренбург и др.

Вопросы практического развития социально-экономической системы региона, в том числе во взаимосвязи с вопросами формирования и использования человеческого капитала представлены в научных трудах следующих ученых: Т.А. Акимова, И.М. Алиев, О.Ю. Воронкова, И.В. Ковалева, А.А. Мецгер, С.И. Межов, В.А. Кундиус, Т.Д. Маслова, В.Е. Миллер, П.А. Минакир, Л.В. Рой, В.И. Стражев, А.И. Татаркин, В.И. Трухачева и др.

Теоретические аспекты повышения эффективности использования человеческого капитала представлены в научных трудах известных ученых, таких как: С.П. Бараненко, А.Л. Гапоненко, Б.Н. Генкин, А.И. Добрынин, И.А. Дубровин, С.А. Дятлов, Н.В. Лясников, А.Л. Мазин, В.В. Мищенко, Ю.Г. Одегов, Ю.М. Остапенко, О.О. Плотникова, В.А. Складневская, Ж.Т. Тощенко, А.Я. Троцкий и др.

Актуальные вопросы развития региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала представили в своих трудах: П.А. Воробьев, А.И. Вялков, О.В. Куделина, Н.К. Кульбовская, И.С. Лисицин, Н.Н. Мещерякова, В.В. Минаев, Л.В. Стрелкова, Л.С. Чижова.

Изучение научных исследований вышеназванных авторов позволило выявить не только теоретико-методологические проблемы в вопросах

развития региональных систем здравоохранения, как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала, но и сформировать тему диссертационного исследования, определить его цель и задачи.

Цель диссертационного исследования заключается в разработке научно обоснованных подходов к развитию региональной системы здравоохранения, обеспечивающих повышение эффективности использования человеческого капитала региона.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд научно-исследовательских **задач**:

- обосновать влияние основных составляющих инфраструктуры региональной социально-экономической системы на формирование и использование человеческого капитала региона;
- определить влияние капитала здоровья на социально-экономическое развитие региона;
- провести анализ функционирования региональной системой здравоохранения и ее влияния на эффективность использования человеческого капитала региона;
- рассмотреть влияние пандемии COVID-19 на развитие региональной системы здравоохранения и использование человеческого капитала региона;
- обосновать предложения по совершенствованию региональной системы здравоохранения, в части повышения эффективности использования человеческого капитала региона.

Объектом исследования выступает региональная социально-экономическая система, включающая в себя систему здравоохранения Алтайского края.

Предметом исследования является совокупность экономических и управленческих отношений, определяющих развитие региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности.

Диссертационное исследование выполнено в соответствии с паспортом специальности 08.00.05 – «Экономика и управление народным хозяйством (региональная экономика)»: 3.19. Разработка методологии анализа и методики оценки функционирования корпоративных структур, малого и среднего бизнеса, предприятий общественного сектора и некоммерческих организаций в регионах и муниципалитетах. Проблемы рационального использования региональных материальных и нематериальных активов – природных ресурсов, материально-технической базы, человеческого капитала и др.; 3.22. Эффективность использования материальных и нематериальных факторов развития региональной экономики. Закономерности и особенности организации и управления экономическими структурами в регионах. Абсолютные и относительные преимущества региональных экономических кластеров. Исследование проблем производственной, транспортной, энергетической, социальной и рыночной инфраструктуры в регионах.

Теоретической и методологической основой диссертационного исследования являются научные исследования отечественных и зарубежных ученых в области управления социально-экономическим развитием, теории социально-экономических отношений и теории управления человеческими ресурсами.

Основу методологической базы диссертационного исследования составляют методические подходы к развитию региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала. Исходные теоретические положения представленного исследования, основаны на обосновании, обобщении и развитии научных трудов ученых в области региональной экономики и менеджмента, а также теории управления человеческим капиталом.

При решении поставленных задач в качестве методологической базы исследования использовались комплексные подходы исследования,

касающиеся вопросов повышения эффективности использования человеческого капитала. В частности в работе нашли отражение общенаучные методы исследования (системный анализ, синтез, обобщение, аналогия), методы сравнительного анализа, статистические методы обработки информации. Также в работе применялись процессный, факторный, функциональный и структурный подходы проведения исследования.

Информационная база диссертации сформирована на основе официальных данных Росстата Российской Федерации, справочников, выпускаемых Министерством здравоохранения, федеральных и региональных программ социально-экономического развития, разработок отечественных и зарубежных ученых-экономистов, аналитических данных и статистических отчетов по Алтайскому краю, официальные сайты федеральных и региональных органов власти, интернет-ресурсов, а также личных исследований автора. Нормативно-правовую базу исследования составляют законы Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации.

Научные результаты, выносимые на защиту, заключаются в разработке методических положений и практических предложений по повышению эффективности использования человеческого капитала региона за счет развития региональной системы здравоохранения.

К наиболее важным результатам, которые представляют научную новизну исследования, можно отнести следующие:

- обосновано влияние основных составляющих социальной инфраструктуры региональной социально-экономической системы на формирование и использование человеческого капитала в контексте его развития и повышения эффективности использования. Обосновано, что ядром социально-экономической системы региона, определяющим состояние человеческого капитала является социальная инфраструктура, включающая в себя здравоохранение, которое формирует человеческий капитал и определяет

возможности его использования в целях социально-экономического развития;

- определено влияние капитала здоровья, зависящего от основных компонентов качества жизни человека, на социально-экономическое развитие региона. Доказано взаимообусловленность состояния капитала здоровья, как составляющей человеческого капитала и уровня развития региональной системы здравоохранения, которая несет ответственность за физическое воспроизводство населения, поддержание и укрепление качественного состава трудоспособного населения региона, человеческого капитала и определяет возможный уровень использования человеческого капитала в экономической деятельности;

- обоснована необходимость применения следующих показателей: индекс развития человеческого потенциала, показателей результативности организации медицинской помощи, изменения показателей развития региональной системы здравоохранения в результате пандемии COVID-19 или иных подобных заболеваний для оценки функционирования региональной системы здравоохранения, ответственной за формирование капитала здоровья, как составляющего человеческого капитала, и определяющей возможный уровень его использования в экономической деятельности. Положительная динамика данных показателей является подтверждением повышения возможного уровня использования человеческого капитала региона в экономической деятельности;

- рассмотрено влияние пандемии COVID-19 на развитие региональной системы здравоохранения и эффективность использования человеческого капитала региона. Определен потенциал повышения эффективности использования человеческого капитала региона за счет преодоления пандемии COVID-19 и предотвращения иных подобных заболеваний;

- разработана интегрированная модель региональной системы здравоохранения, которая наделана дополнительным функционалом в части профилактики здорового образа жизни и формирование моральной нормы для

населения - ответственность за состояние своего здоровья и здоровья окружающих. При этом определено, что региональная система здравоохранения должна быть наделена полномочиями на принятие мер по борьбе с заболеваниями, подобными COVID-19.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования инструментов и методов, а также рекомендаций, представленных в исследовании при реализации развития региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала.

Результаты исследований, связанные с разработкой теоретических положений и практических рекомендаций в области развития региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала нашли применение в деятельности: органов управления государственной и муниципальной власти Алтайского края, а также внедрены в учебный процесс для обучения студентов по экономическим направлениям подготовки.

Апробация работы. Основные положения и результаты диссертационного исследования докладывались на Международной научно-практической конференции «Современные социально-экономические процессы: проблемы, тенденции, перспективы развития (Петрозаводск, 2021); VIII Международном экономическом форуме «Экономическое развитие региона: управление, инновации, подготовка кадров» (Барнаул, 2021); Всероссийской научно-практической конференции «Инновационное развитие современной науки: теория, методология, практика» (Петрозаводск, 2020).

Публикации. Основные положения диссертационной работы в полном объеме нашли отражение в 14 публикациях общим объемом 6,9 п.л., авторским объемом – 5,8 п.л., в том числе 1 статья в научных изданиях, индексируемых одновременно в WoS и Scopus, 5 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Структура и объем диссертационной работы. Диссертация состоит из введения, восьми параграфов, объединенных в три главы, заключения, списка использованной литературы, приложений. Текст работы включает 36 рисунков, 20 таблиц, 5 формул. При проведении исследования использован 171 источник нормативной и научной литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

1.1. Взаимообусловленное развитие социально-экономической системы региона и человеческого капитала

Сегодня общепризнано, что истинная цель развития социально-экономической системы региона состоит в расширении возможностей выбора во всех областях — экономической, социальной, политической и культурной. Целью регионального развития является улучшение качества жизни населения регионов.

Идея о том, что по социальному положению следует судить, насколько оно способствует «человеческому благу», исходит еще от Аристотеля, который утверждал, что «богатство не является тем благом, которое мы ищем, ибо оно просто полезно ради чего-то другого». Он отличал хорошее политическое обустройство от плохого по его успехам и неудачам, позволяющим людям вести «процветающую жизнь».

И. Кант продолжил традицию относиться к людям как к реальной цели всех видов деятельности, когда он заметил: «Поступайте так, чтобы относиться к человечеству, будь то в их собственной личности или в личности любого другого, во всех случаях как к цели, а не только как к средству». И когда Адам Смит продемонстрировал свою озабоченность тем, что экономическое развитие должно позволить человеку свободно общаться с другими, не «стыдясь появляться на публике», он выразил концепцию бедности, которая выходила за рамки подсчета калорий, которая интегрировала бедных в основной поток общества [130]. Аналогичное направление нашло отражение в трудах других основателей современной экономической мысли, включая Роберта Мальтуса, Карла Маркса и Джона

Стюарта Милля, где основная цель развития общества заключается в том, чтобы расширить интересы людей [92]. Выбор вкусов, интересов может быть бесконечным и может меняться со временем. Люди часто ценят достижения, которые не выявляются вообще или не проявляются сразу в показателях доходов, такие как:

- широкий доступ к знаниям;
- лучшее питание;
- медицинское обслуживание;
- достаточное количество средств к существованию;
- безопасность от преступности и физического насилия;
- политические и культурные свободы;
- чувство участия в общественной деятельности.

Эти показатели имеют единую цель – создание благоприятных условий для улучшения качества человеческого капитала.

Формирование человеческого капитала имеет важное значение для улучшения условий жизни настоящего и будущего поколений. При этом человеческий капитал включает в себя:

- здоровье каждого индивида;
- дарования и способности на генном уровне;
- приобретенные знания, профессиональные компетенции;
- выносливость к физическому и умственному труду для получения дохода, который инвестируется в человеческий капитал;
- мотивацию к использованию повышенных способностей и профессиональных умений в труде;
- способности к воспроизводству, которая в последующем дает возможность увеличить производительность производства, направленной на эффективное развитие социально-экономической системы региона.

И.В. Ильинский в своих исследованиях «человеческий капитал» разделил на три составляющие, используя при этом пирамиду Маслоу (рис.

1.1), где капитал здоровья – базовая составляющая, основной фактор воспроизводства человеческого капитала [93].



Рис. 1.1. Структура человеческого капитала

Основная цель политики развития человеческого капитала в рамках региональной социально-экономической системы – это создание условий для стабилизации численности населения региона и его последующего расширенного воспроизводства (рис. 1.2).

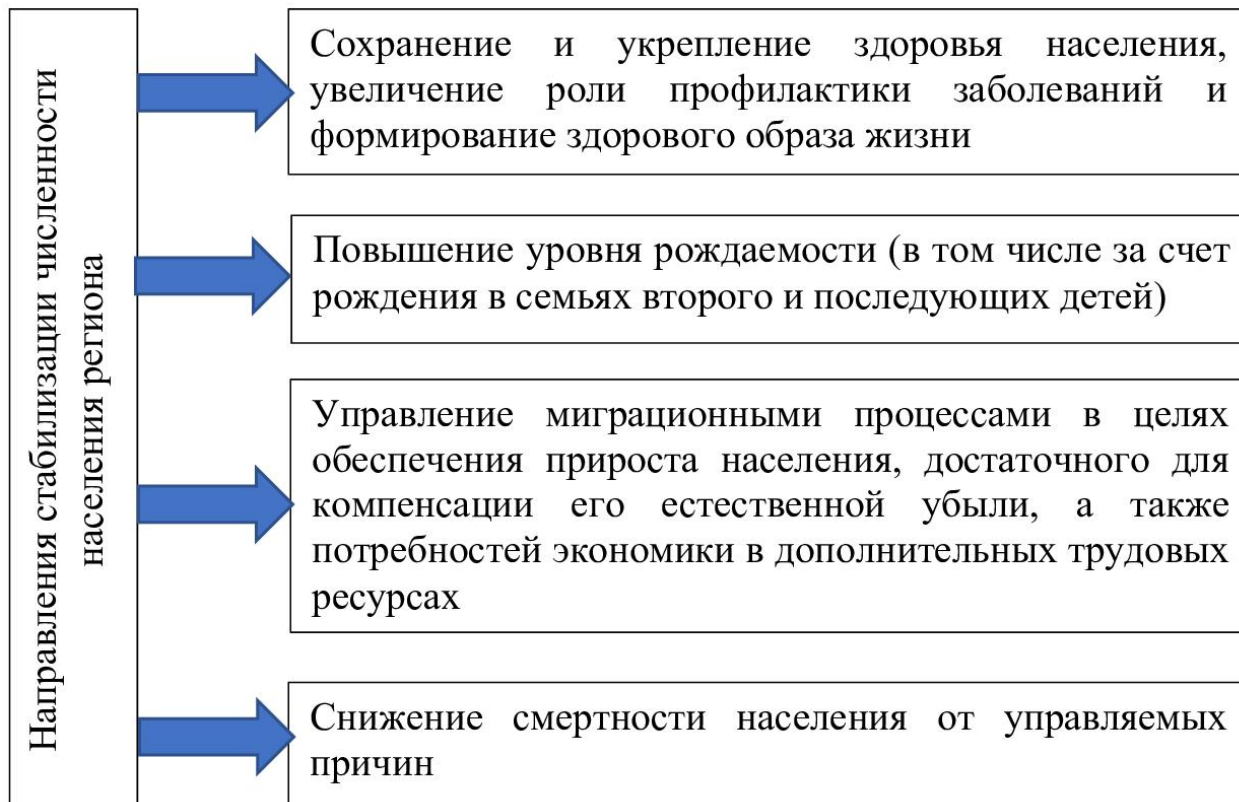


Рис. 1.2. Основные направления стабилизации численности населения региона

Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) подчеркивает, что развитие человеческого капитала – это цель, а экономический рост – это средство.

Согласно современной западной доктрине развитие человеческого капитала включает в себя следующие аспекты:

- обеспечение экономического роста;
- равный доступ к труду и равенство всех на рынке труда;
- соблюдение демократических прав и свобод на рынке труда..

Политика развития человеческого капитала в основе своей содержит обеспечение стабильного роста качества занятости и уровня жизни населения, поддерживая такие аспекты, как рост, равенство и демократия (рис. 1.3).

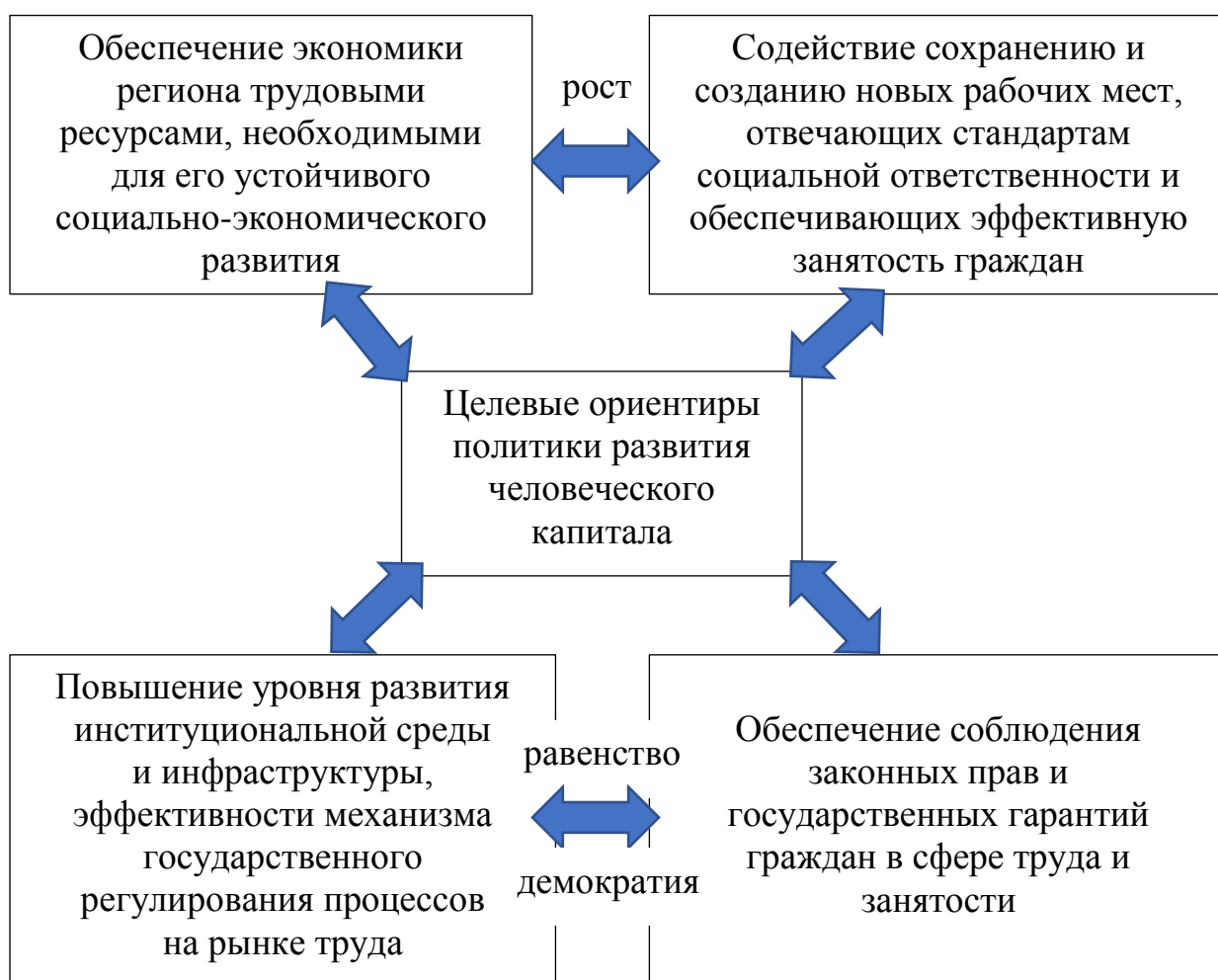


Рис. 1.3. Целевые ориентиры политики развития человеческого капитала

Использование человеческого капитала обеспечивает потенциал человеческого капитала:

- физический;
- финансовый;
- экологический.

Не удрученные болезнями люди не только более эффективно используют современные технологии, но и склонны к инновациям, распространение преимуществ этих технологий и инноваций передается коллегам, работающим в коллективе, при этом от настроения, азарта и желания чувствовать себя «я здоров и все могу», повышается эффективность производства со всеми этими людьми.

Рост показателей социально-экономического развития региона обеспечивает ресурсы для достижения улучшений в развитии человеческого потенциала. Человеческий потенциал – это качество человека, влияющее на результаты активной его деятельности.

Развитие человеческого потенциала оказывает важное влияние на социально-экономическое развитие. Программы социально-экономического развития регионов позволяют развивать сравнительные преимущества всех отраслей и видов экономической деятельности, где задействован человек, который может проявить свои возможности в профессиональном мастерстве, там где он наиболее продуктивен [11; 35; 42; 44; 54].

Развитие человеческого потенциала представляет собой более широкое понятие, многие его элементы в значительной степени пересекаются с более традиционным понятием человеческого капитала. Оба эти понятия влияют на социально-экономическое развитие региона, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни населения.

Для качественного улучшения состояния человеческого капитала региона и повышения эффективности его использования в экономической деятельности в рамках реализации региональной политики развития человеческого капитала должен использоваться подход, обеспечивающий

взаимобусловленное развитие социально-экономической системы региона человеческого капитала. Только при этих условиях происходит приращение всех показателей социально-экономического развития региона, которые положительно отражаются на формировании и использовании человеческого капитала региона (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Взаимосвязь всех показателей развития социально-экономической системы региона и форм потенциала человеческого капитала, способствующих использованию человеческого капитала

Между показателями развития социально-экономической системы региона, показателями использования человеческого капитала и показателями потенциала человеческого капитала существует положительная связь, которая способствует экономическому росту с использованием человеческого капитала [2; 20; 31; 84; 89].

Существует не так много исследований, изучающих двустороннюю связь между социально-экономическим ростом и потенциалом человеческого капитала. Эти исследования необходимы для изучения результатов деятельности в первую очередь на региональном уровне, потому что в контексте развития социально-экономической инфраструктуры регионов, где основным ядром является социальная инфраструктура, обеспечивающая формирование потенциала человеческого капитала, что в целом дает развитие социально-экономической системе в текущем уровне (рис. 1.5).

Применительно к человеческому капиталу ядро социально-экономической системы формирует потенциал человеческого капитала и является социальной инфраструктурой, состоящей из систем:

- здравоохранения;
- образования;
- науки;
- культуры.

Эти составляющие формируют потенциал человеческого капитала, который дает рост экономической деятельности, включающей:

- деятельность в социальной сфере (социальная инфраструктура);
- деятельность в отраслях производственной инфраструктуры;
- деятельность в промышленной сфере и сельском хозяйстве.

Поскольку результаты учений о двусторонней связи между социально-экономическим ростом и реализацией потенциала человеческого капитала имеют естественные политические последствия, представляется целесообразным рассмотреть эти отношения на основе результатов социально-экономической деятельности региона, что позволит сформировать

будущий уровень развития региональной социально-экономической системы с учетом использования человеческого капитала.



Рис. 1.5. Основные составляющие инфраструктуры региональной социально-экономической системы

Развивая социальную инфраструктуру и обеспечивая развитие потенциала человеческого капитала, осуществляется плавный переход в будущий уровень, в котором накопленный потенциал человеческого капитала реализуется в производственной и социальной инфраструктурах, в

промышленности и сельском хозяйстве. Использование человеческого капитала с его потенциалом дает развитие социально-экономической системе [3; 13; 32; 33; 36].

Существуют опасения по поводу регионального неравенства в развитии и в уровне жизни проживающего населения в регионе. Эта озабоченность всегда выражается в политике и планировании. При создании Программы социально-экономического развития региона до 2035 г. это максимально учли, и в этом проекте это отражено.

Внутрирегиональное неравенство подразумевает степень регионального неравенства в уровне жизни населения или человеческого развития. Такие же проблемы существуют и на межрегиональном уровне.

Вмешательство государства в форме потенциала человеческого капитала и его расширение являются ключевыми составляющими развития социально-экономической системы, в которую включены мероприятия по:

- улучшению качества потенциала человеческого капитала;
- интеграции социальной и экономической деятельности.

Между этими мероприятиями на макроэкономическом уровне существует трехсторонняя взаимосвязь. Например, инвестиции в здравоохранение могут увеличить потенциал человеческого капитала, что в конечном итоге может снизить уровень жизни по доходам (в том случае, когда медицинские услуги платные), но положительное состояние после оказания услуг способствует дальнейшему экономическому росту. Точно так же ресурсы, полученные в результате увеличения доходов за счет социально-экономического роста, могут быть в дальнейшем использованы для увеличения потенциала человеческого капитала, что, в свою очередь, дает толчок социально-экономическому росту (рис. 1.6).

При этой взаимосвязи происходит улучшение качества потенциала человеческого капитала. Для поддержания социально-экономического роста в регионе необходима мобильная деятельность всей инфраструктуры региональной социально-экономической системы, а также представление

улучшенных социальных услуг, таких как:

- институциональные;
- адресные;
- конвергентные.



Рис. 1.6. Взаимосвязь между социально-экономическим ростом, формированием человеческого капитала и его использованием

Для преодоления сохраняющихся недоработок в улучшении качества потенциала человеческого капитала требуются ресурсы, которые должны расходоваться эффективно. Задача предоставления услуг состоит не только в их расширении, но и в том, чтобы расширение оставалось доступным как для отдельных лиц, так и для общества, это подводит к тому, что должно работать ядро социально-экономической системы, формирующее потенциал человеческого капитала, для будущего как показано на рис. X. Человек часто ценит достижения, которые не проявляются вообще или не сразу в более высоких измеряемых показателях дохода за счет:

- лучшего питания;
- медицинского обслуживания;

- более широкого доступа к знаниям;
- более безопасных средств к существованию;
- лучших условий труда;
- безопасности жизнедеятельности;
- занятий спортом;
- участия в экономической, культурной и политической деятельности.

Каждый человек желает иметь более высокие доходы, но доход не является всей частью человеческой жизни. Процесс человеческого развития – это процесс расширения выбора условий жизни людей [5; 15; 16; 25; 29].

Он фокусируется на трех основных компонентах:

- долгая и здоровая жизнь;
- знания и здоровье;
- доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни.

Но если доходы невысокие и являются недоступными для многих желаний и возможностей, то они остаются недоступными.

В настоящее время человеческое развитие ставит людей в центр внимания – это после долгих десятилетий, в течение которых техническое развитие, влияющие на развитие здравоохранения всегда отставало. Мы никогда не должны упускать из виду конечную цель человеческого развития – улучшать состояние человека, расширяя для него основные составляющие качества жизни за счет институциональных, адресных и конвергентных подходов.

В России во многих регионах удалось добиться значительного прогресса в развитии человеческого потенциала. Эти результаты достигнуты благодаря хорошо структурированным Программам социально-экономического развития регионов, которые учитывают социальное и экономическое движение вперед. Но не всякий прогресс в развитии региона является устойчивым, так например, в тех случаях, когда социально-экономическая база, включая Программы социально-экономического развития регионов, не:

- расширяются;
- подкрепляются инвестициями, которые способствуют поддержанию социальных, политических, экономических и культурных составляющих, в которых:

- совершенствуются технологические процессы;
- внедряются инновационные процессы;
- учитываются адресные (более точные) социальные поддержки;
- принимаются компромиссные решения.

Расширение прав и возможностей людей – это верный способ связать социально-экономическое и человеческое развитие. Если люди смогут осуществлять свой выбор в политической, социальной и экономической сферах, то есть хорошие перспективы в том, что рост социально-экономических показателей будет всегда ощущим для человека. Сложилось впечатление, что политика развития человеческого потенциала связаны главным образом с расходами на социально-экономическое развитие региона [1; 6; 10; 17; 18].

Развитие происходит вокруг людей, а люди расширяют возможности развития. Развитие представляет собой всю сумму изменений, которые происходят в социально-экономической системе, обращенные к основным потребностям и желаниям людей внутри этой системы, исходящие от состояния жизненной ситуации.

Процесс социально-экономического развития можно рассматривать как процесс расширения возможностей. Кроме того, создание компонентов человеческих возможностей помогает достичь их оптимального использования, которые накапливаются в процессе человеческого развития и рабочей силе.

Таким образом, основная цель политики развития человеческого капитала с основной образующей региональной социально-экономической системы – это создание условий для стабилизации численности населения региона и его последующего расширенного воспроизводства: сохранение и

укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни; повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей); управление миграционными процессами в целях обеспечения прироста населения, достаточного для компенсации его естественной убыли, а также потребностей экономики в дополнительных трудовых ресурсах; снижение смертности населения от управляемых причин.

Политика развития человеческого капитала в основе своей содержит обеспечение стабильного роста качества занятости и уровня жизни населения, поддерживая такие аспекты, как рост, равенство и демократия.

Использование человеческого капитала обеспечивает потенциал человеческого капитала: физический; финансовый; экологический.

Программы социально-экономического развития регионов позволяют развивать сравнительные преимущества всех отраслей и видов экономической деятельности, где задействован человек, который может проявить свои возможности в профессиональном мастерстве, там где он наиболее продуктивен.

Развитие человеческого потенциала представляет собой более широкое понятие, многие его элементы в значительной степени пересекаются с более традиционным понятием человеческого капитала. Оба эти понятия влияют на социально-экономическое развитие региона, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни населения. Улучшая потенциал человеческого капитала, происходит взаимосвязь между достижениями в росте показателей социально-экономического развития региона, которые положительно отражаются на развитии самого потенциала человеческого капитала.

Между показателями развития социально-экономической системы региона, показателями использования человеческого капитала и показателями потенциала человеческого капитала существует положительная связь, которая способствует экономическому росту с

использованием человеческого капитала. Применительно к человеческому капиталу ядро социально-экономической системы формирует потенциал человеческого капитала и является социальной инфраструктурой, состоящей из систем: здравоохранения; образования; науки; культуры. Эти составляющие формируют потенциал человеческого капитала, который дает экономической деятельности развиваться за счет включения в себя: деятельность в социальной сфере (социальная инфраструктура); деятельность в отраслях производственной инфраструктуры; деятельность в промышленной сфере и сельском хозяйстве.

Поскольку результаты учений о двусторонней связи между социально-экономическим ростом и реализацией потенциала человеческого капитала имеют естественные политические последствия, их рассматривают на основе результатов социально-экономической деятельности региона, что позволяет сформировать будущий уровень развития региональной социально-экономической системы с учетом использования человеческого капитала.

Положительное состояние после оказания услуг способствует дальнейшему экономическому росту. Точно так же ресурсы, полученные в результате увеличения доходов за счет социально-экономического роста, могут быть в дальнейшем использованы для увеличения потенциала человеческого капитала, что, в свою очередь, дает толчок социально-экономическому росту.

Вмешательство государства в форме потенциала человеческого капитала и его расширение являются ключевыми составляющими развития социально-экономической системы, в которую включены мероприятия по улучшению качества потенциала человеческого капитала; интеграции социальной и экономической деятельности. Между этими мероприятиями на макроэкономическом уровне существует трехсторонняя взаимосвязь.

Для поддержания социально-экономического роста в регионе необходима мобильная деятельность всей инфраструктуры региональной

социально-экономической системы, а также представление улучшенных социальных услуг, таких как: институциональные; адресные; конвергентные. Развитие происходит вокруг людей, а люди расширяют возможности развития.

1.2. Капитал здоровья как составляющая человеческого капитала и его влияние на социально-экономическое развитие региона

Развитие – это ключевое слово современного поколения. Нынешняя эпоха – это мышление и жизнь для развития. Каждый человек, независимо от цвета кожи, вероисповедания, пола, говорит о развитии, а также за него борется. Мир поздно начал осознавать значение человека для процесса перспективного развития. Сегодня обсуждение перспектив развития региональной системы здравоохранения ведется на всех уровнях.

Развитие региональной системы здравоохранения можно рассматривать как многомерный процесс, который влияет на формирование:

- социально-экономической инфраструктуры;
- социально-экономического роста и отношение к этому населения;
- промышленности и сельского хозяйства, где организуются новые рабочие места с привлечением неработающего населения.

Развитие региональной системы здравоохранения направлено на сохранение капитала здоровья людей, а человек сам эти возможности расширяет. Региональная система здравоохранения представляет собой всю сумму изменений, которые происходят в социально-экономической системе, обращенные к основным потребностям и желаниям людей внутри этой системы, исходящие от состояния и образа жизни, а также возникающих ситуаций в окружающей среде. По мнению Комитета экспертов Организации Объединенных Наций (ООН), развитие системы здравоохранения связано не только с материальными потребностями, вкладываемыми в человека, но и улучшенные социальные условия его жизни. Капитал здоровья – это очень

своеобразный актив, потому что в отличие почти от всего остального (включая даже некоторые формы человеческого капитала) он почти полностью неотчуждаем и производительные возможности, включая способности наслаждаться хорошим здоровьем, являются основными составляющими социально-экономического развития региона.

Развитие региональной системы здравоохранения – это понятие, олицетворяющее не только социально-экономические и человеческие факторы, но и:

- улучшение качества жизни;
- увеличение продолжительности жизни;
- широкий доступ к медицине;
- снижение смертности.

Человек – это самый важный и ценный ресурс страны. Здоровые и активные люди могут добиваться высоких темпов социально-экономического развития, где посредством развитой региональной системы здравоохранения людям, включая бедное население, становится более доступно заботиться о своем здоровье, так как есть возможность пользоваться бесплатными услугами медицины (первая медико-санитарная помощь, поликлиники, больницы, где оказываются бесплатные услуги). В настоящее время все чаще и чаще поднимается вопрос о равномерном распределении доходов или сокращении разницы в оплате труда между низкооплачиваемыми и высокооплачиваемыми работниками. Решение этого вопроса хотя бы частично сразу отразится на экономических и социальных условиях жизни общества, включая здоровье человека [8; 9; 19; 24; 118].

Капитал здоровья способствует основной способности человека функционировать - выбирать ту жизнь, которую он имеет основания ценить.

Процесс социально-экономического развития региона можно рассматривать как процесс расширения возможностей для проживания в нем населения. Кроме того, создание компонентов человеческих возможностей помогает достичь их оптимального использования.

Развитие человеческого потенциала представляет собой процесс расширения выбора людей. Среди различных компонентов (таких, как здравоохранение, образование, жилье, социальное обеспечение, свобода человека и т.д.), определяющих уровень качества жизни населения, при этом признается важность здоровья, как определяющего фактора развития человека. Здоровье занимает важное место в повестке дня регионального правительства и народа, которые готовы инвестировать в региональную систему здравоохранения, в улучшение состояния своего здоровья. Растущая стоимость и растущий спрос на здоровый образ жизни создает серьезные ограничения для системы здравоохранения - будь то государственное или частное здравоохранение. Региональная система здравоохранения может привлечь большое количество инвестиций от правительства и частных лиц, но при этом миллионы людей (особенно бедных, которые страдают от высокого бремени болезней) остаются недостаточно охваченными. Кроме того, все больше осознается, что простое увеличение инвестиций в систему здравоохранения вряд ли улучшит состояние здоровья всего населения. Сегодня по существу требуется содействие справедливому доступу к профилактическим и лечебным услугам, с тем, чтобы добиться улучшения показателей здоровья всего населения региона [14; 23; 38; 48; 51].

По мере увеличения инвестиций в региональную систему здравоохранения, производственный потенциал трудоспособного населения (а следовательно, и уровень доходов) имеет тенденцию к росту, что приводит к снижению уровня малообеспеченных слоев населения. Существует связь между здоровьем взрослого населения и социально-экономическим развитием региона. Это взаимодействие представляет собой двустороннее явление, когда здоровье находится под влиянием социально-экономического развития региона и влияет на его развитие. Исходя из этого следует, что здоровье и социально-экономическое развитие региона тесно взаимосвязаны, и одно без другого невозможно достичь. Здоровье само по себе является приоритетной целью, а также весомым вкладом в социально-экономическое

развитие региона, оно имеет многоаспектный характер, включая такие показатели как ожидаемую продолжительность жизни при рождении; рождаемость; смертность. Эти показатели имеют дополнительное измерение, зависящее от ряда факторов: стиль жизни; адекватное жилье; санитария и социально-экономические условия; доступность и качество инфраструктуры системы здравоохранения; расходы на охрану здоровья.

Все эти показатели рассчитываются на душу населения. Кроме того, многие факторы, влияющие на здоровье, заметны не сразу, так как они лежат внутри каждого человека, живущего в обществе. Общепринятое определение здоровья дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ):

«Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов».

Сегодня это утверждение расширено и включает в себя «способность вести социальную и экономическую продуктивную жизнь».

Это определение является широким и жизнеутверждающим по своим последствиям, оно устанавливает стандарт позитивного здоровья и представляет собой общую цель, к достижению которой должны стремиться страна, регион, человек, при этом необходимо учитывать аспекты здорового человека:

- физическое здоровье подразумевает функционирование каждой клетки и органа по оптимальной мощности и хорошо гармонирующим с телом;
- психическое здоровье подразумевает состояние гармонии между собой и окружающими в реальном состоянии окружающей среды;
- социальное здоровье подразумевает количество и качество индивида межличностных связей и улучшение качества жизни.

Эти аспекты учитываются при учете всех показателей социально-экономического развития региона, так как они способствуют улучшению качества жизни населения [34; 43; 46; 50; 58].

Измерение качества жизни населения региона в основе своей зависит от экономического роста и дохода на душу населения. В современных условиях жизни для полного понимания, что дает развитие потенциалу человеческого капитала и улучшению качества жизни населения этих двух показателей недостаточно. Всемирная организация здравоохранения для измерения качества жизни человека предложила вести расчет индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), который включает целую комбинацию показателей системы здравоохранения, включая дополнительно средства к существованию (минимальный размер оплаты труда (МРОТ)). Развитие системы здравоохранения укрепило мнение, что хорошее здоровье надо поддерживать и укреплять, рассматривая это не просто как цель развития, а видеть в этом позитивную движущую силу развития человеческого капитала.

В парадигме развития человеческого капитала присутствуют такие компоненты, как:

- справедливость;
- устойчивость;
- производительность труда;
- расширение прав и возможностей.

Эти компоненты оказывают определенное влияние на социально-экономический рост, соответственно на качество жизни населения и формируют социально-экономическую систему региона (рис. 1.7).

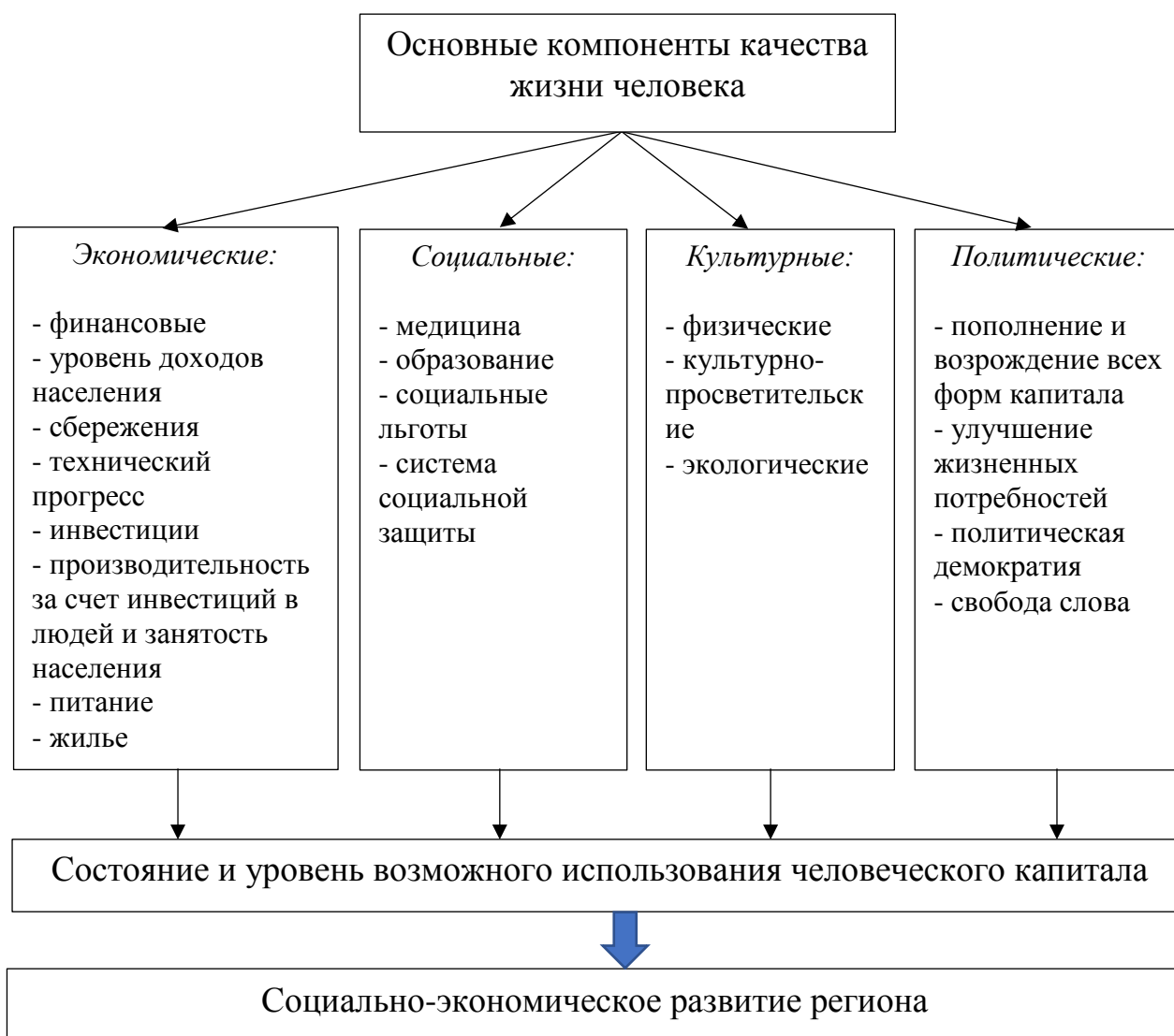


Рис. 1.7. Компоненты качества жизни, влияющие на социально-экономическое развитие региона

Каждый компонент качества жизни человека включает в себя ряд показателей, которые в целом формируют социально-экономическую систему региона, при этом парадигма развития человеческого капитала охватывает такие направления деятельности в регионе, как система здравоохранения, которая включает в свою деятельность следующие аспекты:

- утверждение бюджета на год и его распределение;
- внутренние и внешние закупки оборудования, лекарства, подсобного материала, строительство лечебных учреждений;

- социальная защита населения, позволяющая учитывать количество оказанных медицинских услуг;
- социальные услуги населению, которые улучшают качество жизни человека;
- налогово-бюджетная политика в стране (возвраты денег за дорогостоящие медицинские услуги).

Ни один из этих аспектов не должен выходить из поля зрения региональной системы здравоохранения, так как эти аспекты улучшают качество жизни населения, давая возможность больше следить за своим здоровьем (рис. 1.8).

По данным Всемирной организации здравоохранения здоровье во всем мире неуклонно улучшается на протяжении многих лет, но огромное число людей ощущают незначительные улучшения, если даже вообще наблюдают их. Разрыв между состоянием здоровья богатых и бедных по меньшей мере столь же велик.

Известно, что уровень расходов на региональную систему здравоохранения зависит от состояния здоровья населения, проживающего на этой территории. Если качество человеческого капитала неудовлетворительно, то физический капитал и природные ресурсы не могут быть использованы должным образом, а социально-экономический рост не может быть ни устойчивым, ни качественным. Уровень здоровья человека является надежным отражателем социально-экономического развития страны, региона. Наличие хорошего здоровья в регионе имеет тенденцию быть территорией продуктивной, а производительность труда этих людей имеет тенденцию поднимать экономическое и социальное развитие, которое, в свою очередь, имеет тенденцию улучшать показатели состояния здоровья и качества жизни населения [57; 65; 66; 69; 70].

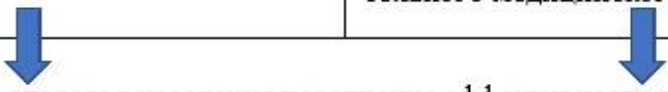
Капитал здоровья, зависящий от качества жизни человека	Деятельность региональной системы здравоохранения по повышению возможностей использования человеческого капитала региона
<ul style="list-style-type: none"> - доступное лечение с использованием природных ресурсов (Завьялово, Волчиха, Романово, Яровое, Малиновое озеро, Залесово); - увеличение льгот на лечение в санаториях (Белокуриха, Сосновый бор, Повалиха, Змеиногорск, Бийск, Барнаульский); - увеличение дневных стационаров в городах (Барнаул, Славгород, Алейск, Заринск, Рубцовск) 	<ul style="list-style-type: none"> - распределение бюджета с учетом лечения заболеваний, полученных от: <ul style="list-style-type: none"> • природных катаклизмов; • экологических условий; • пандемии COVID-19; - и лечение: <ul style="list-style-type: none"> • детей и матерей; • подростков до 14 лет; • пенсионеров; • работающего населения.
<ul style="list-style-type: none"> - интенсивное лечение с использованием современных лекарств (медицинские организации региона) 	<ul style="list-style-type: none"> - сокращение дней нетрудоспособности;
<ul style="list-style-type: none"> - преимущественно бесплатное лечение (при наличии полиса обязательного медицинского страхования) (медицинские организации региона); 	<ul style="list-style-type: none"> - разностороннее оказание медицинских услуг;
<ul style="list-style-type: none"> - укрепление здоровья за счет выделенных квот на дорогостоящие операции (медицинские организации региона) 	<ul style="list-style-type: none"> - выделение большего количества квот на дорогостоящее лечение;
<ul style="list-style-type: none"> - сокращение инвалидностей, полученных на производстве (организации региона) 	<ul style="list-style-type: none"> - современные технологии лечения с использованием лекарственных препаратов, доказавших свою эффективность
<ul style="list-style-type: none"> - выявление на ранних стадиях заболеваний (медицинские организации региона) 	<ul style="list-style-type: none"> - расширение списка профессий, которые ежегодно должны проходить медицинский осмотр (в соответствии с полисом обязательного медицинского страхования).
 <p>Повышение здоровья населения повышение эффективности использования человеческого капитала</p>	

Рис. 1.8. Влияние капитала здоровья, зависящего от качества жизни человека и региональной системы здравоохранения на социально-экономическое развитие Алтайского края

Учитывая то, что Стратегия социально-экономического развития региона предусматривает, что человеческое развитие связано не только с развитием человеческих ресурсов, но и с аспектами капитала здоровья

человека, которые зависят от роста, производства и потребления, сбережений и инвестиций, торговли и современных технологий, а также от других макроэкономических результатов, то реальная отправная точка стратегий заключается в том, чтобы подходить к их решению с точки зрения человека.

Государственная политика России в региональной системе здравоохранения развивается успешно, что ведет к повышению благосостояния людей за счет улучшения результатов, достигнутых в области здравоохранения, где особое место занимают инвестиции в здоровье.

В настоящее время региональная инфраструктура здравоохранения направлена на обеспечение лучшего доступа к медицинским учреждениям с обеспечением доступа к большему количеству врачей, что дает возможность поддерживать и укреплять качественный состав трудоспособного населения региона, которое является человеческим капиталом.

Капитал здоровья людей и его значение в экономике страны региона подчеркивается нашими учеными, социологами и врачами. Когда мы говорим о развитом обществе, мы в идеале представляем себе общество, в котором люди сыты и хорошо одеты, имеют доступ к разнообразным товарам, обеспечивают свой досуг и развлечения и живут в здоровой окружающей среде, при этом мы думаем об обществе, свободном от дискриминации, с приемлемым уровнем равенства, где больные получают надлежащую медицинскую помощь как в государственных медицинских учреждениях, так и в частных.

Связь между здоровьем и социально-экономическим развитием региона сложна, так как региональная система здравоохранения несет ответственность за:

- физическое воспроизводство человеческого капитала;
- поддержание и укрепление качественного состава трудоспособного населения региона, где уровень человеческого капитала может непосредственно влиять на производительность труда, определяя степень, в которой регион может адаптировать новые технологии к своим

региональным производственным процессам. Развивающийся регион со здоровой и образованной рабочей силой в состоянии догнать передовые технологии гораздо быстрее, чем другие развивающиеся регионы с часто болеющим населением.

Человеческий капитал выступает в разных ролях в различных теориях экономического роста. В неоклассической или традиционной модели роста капиталу здоровья не отводится особой роли в производстве продукции. В новой теории экономического роста, также известной как теория эндогенного роста возникшей в конце восьмидесятых годов в работах таких экономистов, как П. Ромер и Р.Э. Лукас, человеческому капиталу отводится более центральная роль, где использование человеческого капитала в социально-экономической системе региона зависит от капитала здоровья, связи с социально-экономическим развитием региона, а также существующим запасом человеческого капитала и региональной системой здравоохранения [166] (рис. 1.9).

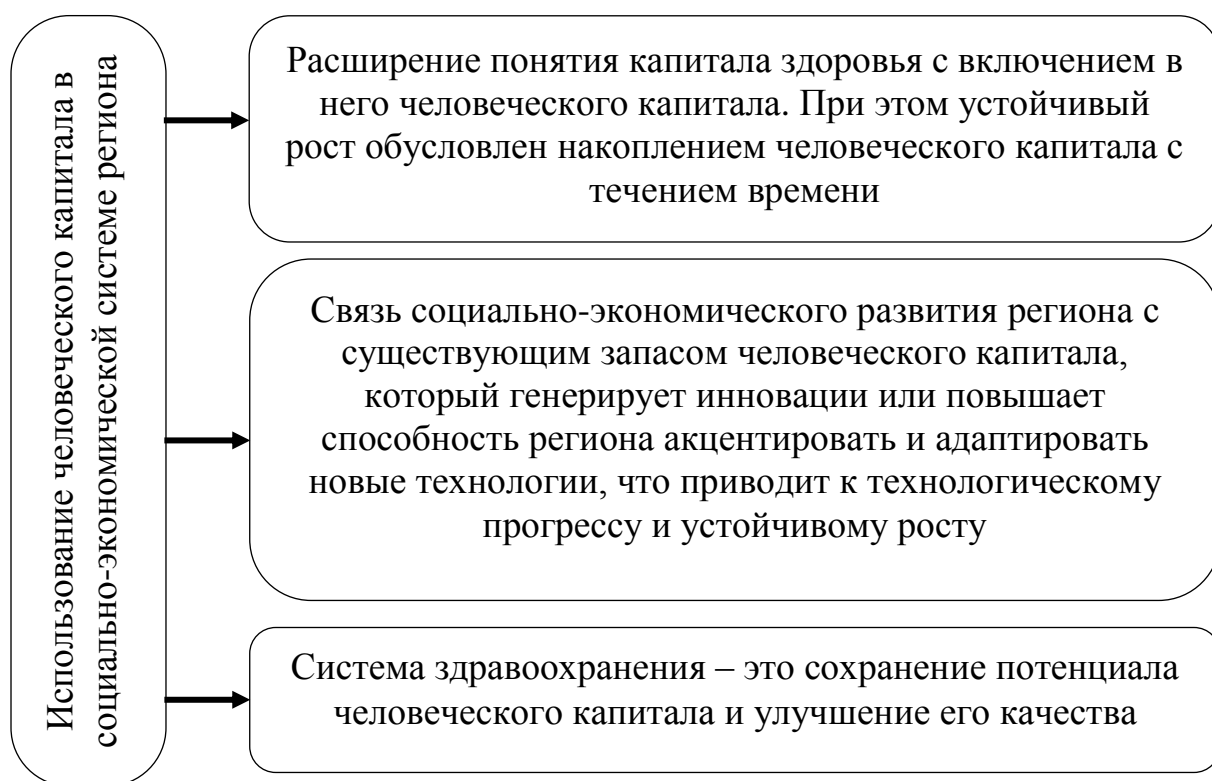


Рис. 1.9. Использование человеческого капитала в социально-экономической системе региона

Человек является реальным носителем всех видов деятельности, и поэтому развитие должно быть сосредоточено на повышении их достижений, свобод и возможностей. Именно жизнь, которую ведет человек, имеет внутреннее значение, а не товары или доходы, которыми он обладает. Уровень жизни не может быть измерен только суммой дохода, товаров или богатством, хотя они являются важными параметрами для того, чтобы укреплять свое здоровье.

В связи с глобализацией тысячи людей столкнулись с новой ситуацией работы и здоровья. Технические изменения, происходящие во всем мире, и инвестиции, сделали развитие человеческого капитала лучше. Расходы на средства массовой информации и Интернет произвели революцию в системе коммуникации, которая помогает человеческому прогрессу. В настоящее время мировые рынки расширяются быстрыми темпами. Глобализация бросает новые вызовы. Но эти вызовы не препятствуют расширению мирового рынка. Такие вызовы открывают путь для более совершенного и сильного управления, так что преимущества глобального рынка не только сохраняются, но и предоставляют широкие возможности для конкуренции, очень необходимой для оптимального использования ресурсов и, в конечном счете, для улучшения качества жизни человека.

Таким образом, развитие региональной системы здравоохранения направлено на сохранение капитала здоровья людей, а человек сам эти возможности расширяет. Региональная система здравоохранения представляет собой всю сумму изменений, которые происходят в социально-экономической системе, обращенные к основным потребностям и желаниям людей внутри этой системы, исходящие от состояния

Капитал здоровья – это очень своеобразный актив, потому что в отличие почти от всего остального (включая даже некоторые формы человеческого капитала) он почти полностью неотчуждаем и производительные возможности, включая способности наслаждаться

хорошим здоровьем, являются основными составляющими социально-экономического развития региона.

Существует связь между здоровьем взрослого населения и социально-экономическим развитием региона. Это взаимодействие представляет собой двустороннее явление, когда здоровье находится под влиянием социально-экономического развития региона и влияет на его развитие. Исходя из этого следует, что здоровье и социально-экономическое развитие региона тесно взаимосвязаны, и одного без другого невозможно достичь.

Это определение является широким и жизнеутверждающим по своим последствиям, оно устанавливает стандарт позитивного здоровья и представляет собой общую цель, к достижению которой должны стремиться страна, регион, человек, при этом необходимо учитывать аспекты здорового человека: физическое здоровье подразумевает функционирование каждой клетки и органа по оптимальной мощности и хорошо гармонирующим с телом; психическое здоровье; социальное здоровье.

Развитие системы здравоохранения укрепило мнение, что хорошее здоровье надо поддерживать и укреплять, рассматривая это не просто как цель развития, а видеть в этом позитивную движущую силу развития человеческого капитала. В парадигме развития человеческого капитала присутствуют такие компоненты, как: справедливость; устойчивость; производительность труда; расширение прав и возможностей. Эти компоненты оказывают определенное влияние на социально-экономический рост, соответственно на качество жизни населения и формируют социально-экономическую систему региона.

Связь между здоровьем и социально-экономическим развитием региона сложна, так как региональная система здравоохранения несет ответственность за: физическое воспроизводство человеческого капитала; поддержание и укрепление качественного состава трудоспособном населения региона, где уровень человеческого капитала может

непосредственно влиять на производительность труда, определяя степень, в которой регион может адаптировать новые технологии к своим региональным производственным процессам. Развивающийся регион со здоровой и образованной рабочей силой в состоянии догнать передовые технологии гораздо быстрее, чем другие развивающиеся регионы с часто болеющим населением.

В настоящее время преимущества глобального рынка не только сохраняются, но и предоставляют широкие возможности для конкуренции, очень необходимой для оптимального использования ресурсов и, в конечном счете, для улучшения качества жизни человека.

1.3. Современные направления развития региональной системы здравоохранения в рамках формирования и использования человеческого капитала

Система здравоохранения сталкивается с серьезной проблемой удовлетворения потребностей наиболее обездоленных граждан своего государства. Несмотря на прогресс, достигнутый в улучшении доступа к здравоохранению, существует явное неравенство по географическому, гендерному и социально-экономическому статусу. Эта проблема умножается на необходимость высоких расходов из собственного кармана. Финансовые расходы растут для среднего класса населения, на долю которого приходится более трех четвертей расходов на здравоохранение.

В современных условиях можно выделить два направления развития системы здравоохранения:

- равенство, справедливое предоставление услуг;
- развитие цифровых технологий в здравоохранении.

Равенство и справедливое предоставление услуг включает:

- систему здравоохранения;
- неравномерное распределение ресурсов;

- ограниченный физический доступ к медицинским учреждениям;
- высокие расходы населения из собственных средств на оплату медицинских услуг и лекарств.

Применение определенных принципов для обеспечения справедливости в системе здравоохранения имеет первостепенное значение.

Принятие показателей справедливости можно выявить посредством:

- мониторинга;
- инвестирования;
- оценки;
- стратегического планирования;
- принятия решений, ориентированных на справедливость, на основе обсуждений в области реформы системы здравоохранения, подотчетности и надлежащего пересмотра системы здравоохранения, которая имеет большое значение в социально-экономическом развитии региона.

Реализация этих решений заключается в первую очередь в:

- укреплении служб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- служб общественного здравоохранения, которые обеспечивают справедливое медицинское обслуживание для всего населения.

Важность и необходимость равного доступа к здравоохранению имеют очень важное значение для достижения целей в области развития, которые сформулированы в Декларации тысячелетия, поставленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), где отмечено, что:

- Повышенное внимание к затратам и эффективности обусловлено нехваткой лекарственных средств по сравнению с потребностями. Особенно это проявилось в период пандемии COVID-19.

- Старение людей. Сегодня происходит развитие передовых и инновационных технологий, в том числе и в медицине, поэтому высока планка ожиданий населения на медицинские услуги и особенно это касается продолжения молодости.

- Силы спроса и Предложения на рынке здравоохранения породили необходимость в проведении сложного количественного анализа, а также

моделирования развития социально-экономической системы в привязке к капиталу здоровья населения региона.

Справедливость в отношении здоровья относится к совокупности всех факторов, определяющих различия в качестве здоровья различных слоев населения. Если ожидаемую продолжительность жизни сравнить с предыдущими годами, то получается, что из-за отсутствия или высокой стоимости лекарств выявляется неравенство в отношении населения к своему здоровью. Неравенства включают:

- различия в показателях здоровья;
- наличия заболеваний;
- доступ к медицинской помощи между населением с различной этнической принадлежностью;
- различия в социально-экономическом статусе.

Справедливость в отношении здоровья можно разделить на две категории, такие как:

- горизонтальное равенство;
- вертикальное равенство.

Горизонтальное равенство означает равное отношение к лицам или группам людей в одинаковых обстоятельствах.

В то время как вертикальное равенство означает, что к неравноправным людям следует относиться по-разному в зависимости от уровня возникающих потребностей.

Справедливость – это отсутствие предотвратимых или исправимых различий между группами людей, независимо от того, определены ли эти группы в социальном, экономическом, демографическом или географическом плане.

Неравенство в отношении здоровья включает в себя нечто большее, чем неравенство в отношении, это:

- детерминант здоровья;
- доступ к ресурсам, необходимый для улучшения и поддержания здоровья;

- результаты деятельности системы здравоохранения.

Неравенство в отношении здоровья влечет за собой стремление к справедливости, чтобы избежать или преодолеть неравенство, которое нарушает справедливость и нормы в области прав человека.

Сокращение неравенства в отношении здоровья важно, поскольку здоровье является основополагающим правом человека и его постепенная реализация устраняет неравенство, обусловленное различиями в состоянии здоровья (такими как тяжелые болезни или инвалидность), в возможности наслаждаться жизнью и следовать своим жизненным планам.

Характерной чертой для людей, которые сталкиваются с неравенством в отношении здоровья (бездомные или маргинализированные лица, а также этнические меньшинства) является отсутствие политической, социальной или экономической власти. Для того чтобы региональная система здравоохранения была эффективной и устойчивой, формируются мероприятия, направленные на устранение неравенства. Эти мероприятия должны выходить за рамки устранения конкретного неравенства и способствовать расширению прав и возможностей соответствующих лиц посредством системных изменений, таких как:

- реформа законодательства;
- изменения в экономических отношениях;
- изменения в социальных отношениях.

На состояние здоровья страны и региона влияют многие факторы, такие как:

- государственная политика;
- улучшенные сооружения, офисные здания, оснащения больниц, поликлиник, амбулаторий;
- оборудованные кабинеты и лаборатории;
- улучшенный доступ к медицинским услугам;
- хорошая инфраструктура;
- создание рабочих мест для работников системы здравоохранения.

Показатели системы здравоохранения постоянно отстают от

экономического развития, что указывает на необходимость увеличения инвестиций в региональную систему здравоохранения. Особенно отставание ощущается в медицинских услугах в сельской местности, где растет число хронических заболеваний, идет быстрыми темпами старение населения [119; 124; 125; 126; 128]. В течение 2020 года растущая инфляция очень отразилась на системе здравоохранения, на внедрении передовых медицинских технологий и нехватке лекарств, что сейчас делается в ускоренном режиме, но ускорение тормозит проблема в финансировании.

В настоящее время необходимо увеличить государственные расходы на систему здравоохранения, поскольку она составляет всего 2% валового внутреннего продукта (ВВП) по сравнению с частными расходами, которые составили около 4,5% в 2019 году.

Тем не менее, правительство берет на себя обязательство содействовать улучшению медицинских услуг, особенно в менее развитых регионах, путем реализации эффективных мер в области здравоохранения региона. Система здравоохранения привлекает значительный объем частных инвестиций, и в ближайшем будущем она внесет значительный вклад, инвестируя в инновационные медицинские услуги с учетом внедрения цифровизации в медицине.

Регионам нужны новые изобретения для решения проблем со здоровьем и инновации в оказании медицинской помощи, чтобы обслужить человека даже в самой отдаленной деревне. Эти инновации могли бы повысить склонность потребителей к потреблению медицинских услуг и в конечном итоге увеличить их вклад в социальное, экономическое и политическое развитие страны как на внутреннем, так и на глобальном уровне.

Необходимость и важность равного доступа к системе здравоохранения является решающим фактором для обеспечения качества человеческого капитала. В связи с этим Минздрав России представил перед всеми регионами страны требования к функционалу региональных медицинских информационных систем (табл. 1.1).

Таблица 1.1 – Единая региональная платформа системы здравоохранения

Информатизация процессов деятельности медицинских организаций	Информатизация процессов деятельности органов управления здравоохранения	Информатизация процессов деятельности фондов медицинского и социального страхования	Подсистемы администрирования и управления
- медицинская информационная система	- информационный портал органа управления здравоохранением	- информационная система автоматизации деятельности фондов медицинского и социального страхования	- реестр нормативно-справочной информации
- электронная регистратура управления потоками пациентов	- система управления качеством оказываемой населению медицинской помощи	- электронный рецепт для льготных категорий граждан	- система удаленного мониторинга ИТ-инфраструктуры
- централизованная лабораторная система	- нозологические регистры	- электронный лист нетрудоспособности	- технологическая платформа
- централизованный архив медицинских изображения	- закупки лекарственных средств (льготное обеспечение)		- сервисы администрирования, сбора, обработки и организации доступа к информации
- автоматизация деятельности скорой и неотложной медицинской помощи	- регистр медицинских работников		
- телемедицинская система	- регистр медицинских организаций		
- информационная система мониторинга родовспоможения, онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний, профилактика	- управление материально-техническим обеспечением (загрузка коек, оборудования и т.д.)		

В качестве приоритета в государственной повестке дня существует необходимость в увеличении государственного бюджета системы здравоохранения и обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения. Во всех регионах страны поставлена задача по укреплению инфраструктуры системы здравоохранения в сельских районах для создания эффективной системы мониторинга и оценки деятельности региональной системы здравоохранения [56; 64; 71; 72; 74]. Более того, поставлены ключевые задачи цифровизации региональной системы здравоохранения (рис. 1.10).



Рис. 1.10. Основные направления в развитии цифровизации системы здравоохранения

К такому оперативному включению в решении ключевых задач по цифровизации региональной системы здравоохранения подтолкнула пандемия COVID-19. При этом первоначально в развивающихся регионах отмечались более высокие показатели заболеваемости и смертности. Затем,

когда регионы стали полностью включаться в работу с пандемией COVID-19, где заболеваемость стала незначительно снижаться, но при этом сердечно-сосудистые заболевания (в Алтайском крае в количественном состоянии на 1 месте стоят сердечно-сосудистые заболевания) стали увеличиваться. Сегодня необходимо уделять больше внимания сектору охраны здоровья людей, включая инновационные технологии для улучшения системы здравоохранения в регионах.

До начала цифровой эры было трудно воспользоваться медицинскими услугами и информацией, поскольку эти услуги были недоступны, особенно для граждан сельской местности. Отсутствие связи – это главное препятствие в оказании медицинской помощи. Развитие медицинских технологий побудило врачей, пациентов, клиницистов, фармацевтов, других поставщиков медицинских услуг и политиков поддержать цифровизацию региональной системы.

Цифровое здравоохранение – это в первую очередь попытка создать условия для будущей трансформации принципов организации здравоохранения и оказания медицинской помощи на базе современных цифровых технологий. Распространение приложений и услуг в области информационно-коммуникационных технологий привело к необходимости наращивания потенциала для обеспечения того, чтобы как можно больше людей могли использовать эти приложения информационно-коммуникационных технологий. Многие секторы, такие как здравоохранение, образование, торговля, сельское хозяйство, имеют доступ к электронным приложениям, которыми пользуется население.

Основная идея цифровизации заключается в оцифровке:

- медицинских услуг;
- преобразовании медицинских услуг из бумажных в цифровые услуги;
- обеспечение легкого и равного доступа населения к медицинской информации медицинских учреждений.

Появление мобильного здравоохранения включает в себя использование смартфонов и планшетов для получения медицинской

информации и медицинских услуг, привлекающих внимание всех россиян. Ожидается, что мобильные технологии и улучшенные услуги передачи данных сыграют важную роль в том, чтобы сделать их выполнимыми и улучшить оказание медицинской помощи, особенно в сельских районах с недостаточно развитой инфраструктурой. В Алтайском крае почти половина населения проживает в сельских районах, а медицинские услуги в отдаленных селах, где нет дорог, почти недоступны. Поэтому цифровизация медицинских услуг жизненно важна для доступа к медицинским учреждениям во всех регионах [21; 37; 39; 47; 53].

Несмотря на ограниченность, некоторые предприятия, занимающиеся торговлей компьютерной техникой, инвестируют в инновационные услуги и создают прибыльные, но недорогие цифровые решения в пользу развития региональной системы здравоохранения. Эти инновационные устройства обеспечивают доступ к медицинской информации и услугам в любом месте и в любое время. Однако для обеспечения эффективного использования этих приложений большинство инициатив в области электронных приложений включают компонент по наращиванию потенциала для передачи людям знаний и навыков, необходимых для использования этих приложений.

Мобильное здравоохранение также известно как новая область исследований, которая включает в себя множество областей, включая сбор данных, управление цепочками поставок, финансирование здравоохранения, поддержку приверженности к лечению, обмен медицинской информацией, услуги диагностической поддержки и услуги телефонной связи с клиентами.

Некоторые приложения могут быть интегрированы в единую программу, чтобы медицинский работник мог использовать один и тот же мобильный телефон для выполнения нескольких задач, таких как доступ к диагностической поддержке и обучению, сбор и отправка данных для эпидемиологических обследований и обновление записей пациентов.

Использование беспроводных технологий имеет потенциал для достижения целей для обеспечения легкого доступа к здравоохранению, оказания медицинской помощи по доступным ценам и равного

предоставления медицинских услуг при надлежащем ведении записей.

В секторе охраны здоровья правительство постоянно инвестирует и внедряет новые технологии, с тем чтобы люди могли воспользоваться всеми вытекающими из этого преимуществами, а самое главное это позволит снизить детскую смертность. Существуют различные инструменты для оцифровки, поскольку данные о состоянии здоровья обычно собираются на уровне регионов для планирования и управления их системами здравоохранения. После сбора данных о здоровье эти регионы могут перейти к более сложным системам данных, включая системы информации о пациентах (полагаются на инфраструктуру информационно-коммуникационных технологий), и эта инфраструктура может помочь лучше использовать ограниченные ресурсы для улучшения здоровья за счет более эффективного использования информации.

Мобильное здравоохранение способно спасти миллионы жизней и миллиарды расходов, обеспечивая равный доступ к медицинским мероприятиям за счет использования цифровых технологий при оказании медицинской помощи, таких как Интернет, текстовые сообщения, звонки, другие специализированные приложения, смартфоны, iPad, планшеты и другие устройства мониторинга. Смартфон стал катализатором перехода электронных медицинских услуг (неподвижных цифровых устройств, настольных компьютеров) на мобильные медицинские услуги. Повсеместное распространение мобильных услуг стимулировало создание и использование мобильных медицинских приложений для потребителей во всем мире. Это значительно меняет поведение служб здравоохранения во всем мире с появлением новых возможностей, повышением доступности и функциональности в секторе здравоохранения.

Система здравоохранения работает с неполной базой данных пациентов и дублированием лечебных мероприятий, которые влекут за собой огромные затраты для страны. Кроме того, существует сложность в мониторинге приверженности или реакции на лечение медикаментами, которые ограничивают взаимодействие между врачом и пациентами.

Поэтому повсеместно переходят к цифровым инициативам (интегрированным информационным системам здравоохранения) и поддерживают эту политику в области электронного здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения разработала инструментарий национальной стратегии электронного здравоохранения для определения важности инструментов информационно-компьютерных технологий (ИКТ). С помощью этих стратегий электронного здравоохранения различные слои общества смогут получить оперативно медицинскую помощь. Например, медицинская информация о здоровой беременности, безопасных родах и улучшенной защите детей дает возможность просвещать матерей и беременных женщин на семейном уровне. Аналогичным образом, существуют возможности для улучшения официальной регистрации рождений и причин смерти.

Проникновение технологий в нашу повседневную жизнь, о чем свидетельствует растущее использование Интернета, смартфонов, ноутбуков и других технологий, привело к огромным изменениям в том, как люди работают, взаимодействуют с другими людьми и получают доступ к медицинским учреждениям [59; 79; 80; 82; 100].

По данным совместного доклада Всемирной организации здравоохранения на инновации в охране здоровья людей 94% всех стран имеют национальную политику в интересах здоровья женщин и детей, 69% из них уже внедрили электронную систему полностью или частично (в области телемедицины и дистанционных консультационных услуг) для регистрации рождения и смерти. Из этих стран, где было внедрено электронное здравоохранение, 56% сообщили, что электронное здравоохранение поддерживает основные инициативы в области охраны здоровья женщин и детей.

Совершенный инструментарий электронного здравоохранения был разработан Всемирной организацией здравоохранения для обеспечения концепции электронного здравоохранения к 2020 году, который сейчас служит всему миру, предоставляя следующие медицинские услуги в

соответствии с концепцией электронного здравоохранения:

- Медицинские работники должны иметь комплексное и полное представление о медицинской информации пациента в месте оказания медицинской помощи.

- Междисциплинарные группы поставщиков услуг должны быть подключены в электронном виде, чтобы обеспечить более скоординированное оказание медицинской помощи. Решения об уходе должно подкрепляться доступом к источникам информации и инструментам поддержки принятия решений в месте оказания медицинской помощи.

- Медицинские работники должны своевременно и безопасно обмениваться информацией в электронном виде в разных местах и во всех подразделениях системы здравоохранения. Кроме того, они должны в электронном виде заказывать анализы, назначать лекарства и направлять пациентов к другим поставщикам.

- Доступ к данным, которые позволяют им контролировать и оценивать предоставление услуг там, где результаты получаются более эффективными. Кроме того, медицинские работники получают поддержку с помощью автоматизированного мониторинга пациентов.

Тем не менее, есть несколько препятствий, чтобы принять электронные медицинские сервисы, такие как:

- отсутствие квалифицированных и опытных специалистов для разработки и реализации проектов в области электронного здравоохранения;

- неразвитая инфраструктура для поддержки электронной системы здравоохранения;

- несовершенство бизнес-модели для поддержки широкого и устойчивого электронного здравоохранения.

Анализ влияния инициативы в области электронного здравоохранения на население регионов, включая специалистов, учреждения здравоохранения показывает (табл. 1.2).

Таблица 1.2 – Влияние электронного здравоохранения на развитие региональной системы здравоохранения

Категории влияния	Влияние электронного здравоохранения
На население региона	<ul style="list-style-type: none"> - Обеспечивает персонализированный уход во всей системе здравоохранения и на протяжении всей жизни. - Особое внимание уделено профилактике, образованию и самоуправлению.
На специалистов в данной области	<ul style="list-style-type: none"> - Дает доступ к: <ul style="list-style-type: none"> • текущим, специализированным, аккредитованным знаниям для оказания медицинской помощи, исследований и общественного здравоохранения; • научным исследованиям, публикациям и базе данных, обеспечению обмена данными между пациентами и поставщиками. - Дает высокое качество дистанционного обучения для основного и дополнительного профессионального образования, позволяет обеспечивать удаленные консультации с пациентами, для второго мнения, и с профессиональной точки зрения
На медицинские учреждения	<ul style="list-style-type: none"> - Устанавливает: <ul style="list-style-type: none"> • больницы в виртуальной сети провайдеров; • подключение всех уровней системы; • контролирует качество и безопасность; • улучшает внимательность процессов и снижает вероятность врачебных ошибок. - Помогает мобильности доступа граждан и их медицинской документации в обеспечении пациента информацией, когда и где это необходимо. - Открывает новые возможности для проведения фундаментальных и прикладных научных исследований. - Расширяет сотрудничество и общую вычислительную мощность. - Оказывает услуги, несмотря на расстояния и временные барьеры. - Стандартизирует заказы и доставку лекарств и препаратов.
На предприятиях, где заботятся о повышении здоровья работников	<ul style="list-style-type: none"> - Обеспечивает здоровье работников. - Способствует исследованиям и разработке новых медицинских услуг: электронных медицинских карт, информационных систем и клинических реестров. - Обеспечивает широкий и экономически эффективный маркетинг медицинских товаров и услуг.
На органы местного и регионального управления	<ul style="list-style-type: none"> - Предоставляют более надежные, оперативные и своевременные отчеты о состоянии общественного здравоохранения; поскольку здравоохранение становится все более важным для экономики и безопасности. - Создает благоприятные условия, а не технологические ограничения, и предлагает новые роли заинтересованным сторонам, специалистам здравоохранения, органам власти, населению. - Предлагает новые роли для заинтересованных сторон, медицинских работников, органов власти, населения и т.д. - Выявляет тенденции заболеваний и факторов риска; анализирует демографические, социальные и медицинские данные; моделирует заболевания среди населения.

В настоящее время региональная система здравоохранения заинтересована в том, чтобы в регионах внедрялась единая государственная информационная система здравоохранения (ЕГИЗС), которая дает возможность развивать и уточнять дальнейшие направления развития, главные из которых – это поддержка принятия врачебных решений, разумное оптимальное использование имеющихся ресурсов, повышение производительности и качества работы.

Реализация цифрового здравоохранения должна привести к тому, что населению:

- оказывается своевременная, необходимая и качественная помощь с использованием цифровых медицинских сервисов врачами, пациентами, управленцами здравоохранения всех уровней и форм собственности;
- доступные, удобные, эффективные и качественные медицинские услуги способствуют увеличению средней продолжительности жизни населения РФ до 76 лет, в проекте до 2025 г.

Увеличение активного и трудоспособного возраста граждан до 5–6 лет после достижения пенсионного возраста.

Таким образом, в современных условиях можно выделить два направления развития системы здравоохранения: равенство и справедливое предоставление услуг; развитие цифровых технологий в здравоохранении.

Равенство и справедливое предоставление услуг включает: систему здравоохранения; неравномерное распределение ресурсов; ограниченный физический доступ к медицинским учреждениям; высокие расходы населения из собственных средств на оплату медицинских услуг и лекарств.

Справедливость в отношении здоровья можно разделить на две категории, такие как: горизонтальное равенство; вертикальное равенство.

Горизонтальное равенство означает равное отношение к лицам или группам людей в одинаковых обстоятельствах.

В то время как вертикальное равенство означает, что к неравноправным людям следует относиться по-разному в зависимости от

уровня возникающих потребностей. Необходимость и важность равного доступа к системе здравоохранения является решающим фактором для обеспечения качества человеческого капитала.

Во всех регионах страны поставлена задача по укреплению инфраструктуры системы здравоохранения в сельских районах для создания эффективной системы мониторинга и оценки деятельности региональной системы здравоохранения. Более того, поставлены ключевые задачи цифровизации региональной системы здравоохранения.

Цифровое здравоохранение – это в первую очередь попытка создать условия для будущей трансформации принципов организации здравоохранения и оказания медицинской помощи на базе современных цифровых технологий. Распространение приложений и услуг в области информационно-коммуникационных технологий привело к необходимости наращивания потенциала для обеспечения того, чтобы как можно больше людей могли использовать эти приложения информационно-коммуникационных технологий.

Мобильное здравоохранение способно спасти миллионы жизней и миллиарды расходов, обеспечивая равный доступ к медицинским мероприятиям за счет использования цифровых технологий при оказании медицинской помощи, таких как Интернет, текстовые сообщения, звонки, другие специализированные приложения, смартфоны, iPad, планшеты и другие устройства мониторинга.

Выводы по 1 главе

1. Основная цель политики развития человеческого капитала с основной образующей региональной социально-экономической системы – это создание условий для стабилизации численности населения региона и его последующего расширенного воспроизводства: сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и

формирование здорового образа жизни; повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей); управление миграционными процессами в целях обеспечения прироста населения, достаточного для компенсации его естественной убыли, а также потребностей экономики в дополнительных трудовых ресурсах; снижение смертности населения от управляемых причин.

Политика развития человеческого капитала в основе своей содержит обеспечение стабильного роста качества занятости и уровня жизни населения, поддерживая такие аспекты, как рост, равенство и демократия.

Использование человеческого капитала обеспечивает потенциал человеческого капитала: физический; финансовый; экологический.

Программы социально-экономического развития регионов позволяют развивать сравнительные преимущества всех отраслей и видов экономической деятельности, где задействован человек, который может проявить свои возможности в профессиональном мастерстве, там где он наиболее продуктивен.

Развитие человеческого потенциала представляет собой более широкое понятие, многие его элементы в значительной степени пересекаются с более традиционным понятием человеческого капитала. Оба эти понятия влияют на социально-экономическое развитие региона, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни населения. Улучшая потенциал человеческого капитала, происходит взаимосвязь между достижениями в росте показателей социально-экономического развития региона, которые положительно отражаются на развитии самого потенциала человеческого капитала.

Между показателями развития социально-экономической системы региона, показателями использования человеческого капитала и показателями потенциала человеческого капитала существует положительная связь, которая способствует экономическому росту с использованием человеческого капитала. Применительно к человеческому капиталу ядро

социально-экономической системы формирует потенциал человеческого капитала и является социальной инфраструктурой, состоящей из систем: здравоохранения; образования; науки; культуры. Эти составляющие формируют потенциал человеческого капитала, который дает экономической деятельности развиваться за счет включения в себя: деятельность в социальной сфере (социальная инфраструктура); деятельность в отраслях производственной инфраструктуры; деятельность в промышленной сфере и сельском хозяйстве.

Поскольку результаты учений о двусторонней связи между социально-экономическим ростом и реализацией потенциала человеческого капитала имеют естественные политические последствия, их рассматривают на основе результатов социально-экономической деятельности региона, что позволяет сформировать будущий уровень развития региональной социально-экономической системы с учетом использования человеческого капитала.

Положительное состояние после оказания услуг способствует дальнейшему экономическому росту. Точно так же ресурсы, полученные в результате увеличения доходов за счет социально-экономического роста, могут быть в дальнейшем использованы для увеличения потенциала человеческого капитала, что, в свою очередь, дает толчок социально-экономическому росту.

Вмешательство государства в форме потенциала человеческого капитала и его расширение являются ключевыми составляющими развития социально-экономической системы, в которую включены мероприятия по улучшению качества потенциала человеческого капитала; интеграции социальной и экономической деятельности. Между этими мероприятиями на макроэкономическом уровне существует трехсторонняя взаимосвязь.

Для поддержания социально-экономического роста в регионе необходима мобильная деятельность всей инфраструктуры региональной социально-экономической системы, а также представление улучшенных социальных услуг, таких как: институциональные; адресные; конвергентные.

Развитие происходит вокруг людей, а люди расширяют возможности развития.

2. Развитие региональной системы здравоохранения направлено на сохранение капитала здоровья людей, а человек сам эти возможности расширяет. Региональная система здравоохранения представляет собой всю сумму изменений, которые происходят в социально-экономической системе, обращенные к основным потребностям и желаниям людей внутри этой системы, исходящие от состояния

Капитал здоровья – это очень своеобразный актив, потому что в отличие почти от всего остального (включая даже некоторые формы человеческого капитала) он почти полностью неотчуждаем и производительные возможности, включая способности наслаждаться хорошим здоровьем, являются основными составляющими социально-экономического развития региона.

Существует связь между здоровьем взрослого населения и социально-экономическим развитием региона. Это взаимодействие представляет собой двустороннее явление, когда здоровье находится под влиянием социально-экономического развития региона и влияет на его развитие. Исходя из этого следует, что здоровье и социально-экономическое развитие региона тесно взаимосвязаны, и одного без другого невозможно достичь.

Это определение является широким и жизнеутверждающим по своим последствиям, оно устанавливает стандарт позитивного здоровья и представляет собой общую цель, к достижению которой должны стремиться страна, регион, человек, при этом необходимо учитывать аспекты здорового человека: физическое здоровье подразумевает функционирование каждой клетки и органа по оптимальной мощности и хорошо гармонирующим с телом; психическое здоровье; социальное здоровье.

Развитие системы здравоохранения укрепило мнение, что хорошее здоровье надо поддерживать и укреплять, рассматривая это не просто как цель развития, а видеть в этом позитивную движущую силу развития

человеческого капитала. В парадигме развития человеческого капитала присутствуют такие компоненты, как: справедливость; устойчивость; производительность труда; расширение прав и возможностей. Эти компоненты оказывают определенное влияние на социально-экономический рост, соответственно на качество жизни населения и формируют социально-экономическую систему региона.

Связь между здоровьем и социально-экономическим развитием региона сложна, так как региональная система здравоохранения несет ответственность за: физическое воспроизводство человеческого капитала; поддержание и укрепление качественного состава трудоспособном населения региона, где уровень человеческого капитала может непосредственно влиять на производительность труда, определяя степень, в которой регион может адаптировать новые технологии к своим региональным производственным процессам. Развивающийся регион со здоровой и образованной рабочей силой в состоянии догнать передовые технологии гораздо быстрее, чем другие развивающиеся регионы с часто болеющим населением.

В настоящее время преимущества глобального рынка не только сохраняются, но и предоставляют широкие возможности для конкуренции, очень необходимой для оптимального использования ресурсов и, в конечном счете, для улучшения качества жизни человека.

3. В современных условиях можно выделить два направления развития системы здравоохранения: равенство и справедливое предоставление услуг; развитие цифровых технологий в здравоохранении.

Равенство и справедливое предоставление услуг включает: систему здравоохранения; неравномерное распределение ресурсов; ограниченный физический доступ к медицинским учреждениям; высокие расходы населения из собственных средств на оплату медицинских услуг и лекарств.

Справедливость в отношении здоровья можно разделить на две категории, такие как: горизонтальное равенство; вертикальное равенство.

Горизонтальное равенство означает равное отношение к лицам или

группам людей в одинаковых обстоятельствах.

В то время как вертикальное равенство означает, что к неравноправным людям следует относиться по-разному в зависимости от уровня возникающих потребностей. Необходимость и важность равного доступа к системе здравоохранения является решающим фактором для обеспечения качества человеческого капитала.

Во всех регионах страны поставлена задача по укреплению инфраструктуры системы здравоохранения в сельских районах для создания эффективной системы мониторинга и оценки деятельности региональной системы здравоохранения. Более того, поставлены ключевые задачи цифровизации региональной системы здравоохранения.

Цифровое здравоохранение – это в первую очередь попытка создать условия для будущей трансформации принципов организации здравоохранения и оказания медицинской помощи на базе современных цифровых технологий. Распространение приложений и услуг в области информационно-коммуникационных технологий привело к необходимости наращивания потенциала для обеспечения того, чтобы как можно больше людей могли использовать эти приложения информационно-коммуникационных технологий.

Мобильное здравоохранение способно спасти миллионы жизней и миллиарды расходов, обеспечивая равный доступ к медицинским мероприятиям за счет использования цифровых технологий при оказании медицинской помощи, таких как Интернет, текстовые сообщения, звонки, другие специализированные приложения, смартфоны, iPad, планшеты и другие устройства мониторинга.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА РЕГИОНА

2.1. Анализ факторов развития Алтайского края, оказывающих влияние на систему здравоохранения и использование человеческого капитала

Развитие региональной системы здравоохранения обусловлено рядом факторов. В числе таких факторов следует отметить следующие:

- территория и плотность населения;
- экономическое состояние территории;
- отраслевая сфера экономики;
- доходы населения.

Проведем анализ уровня развития системы здравоохранения Алтайского края в соответствие с представленными выше факторами. Представим Алтайский край и его ресурсы, которые будут использоваться при формировании региональной системы здравоохранения.

Алтайский край образован 28 сентября 1937 г., административный центр – город Барнаул. Территория Алтайского края – 168,0 тыс. кв. км.

Плотность населения на 1.01.2020 составляет примерно на 1 кв. км 14,7 человек.

Число административных единиц следующее (табл. 2.1).

Таблица 2.1 – Число административных единиц Алтайского края на 01.01.2020 г. [111]

Наименование административных единиц	Ед. изм.	Кол-во
1	2	3
Городов, в т.ч. районного значения	ед.	15
Внутригородских районов	ед.	5
Районов	ед.	59
Рабочих поселков	ед.	6
Сельских населенных пунктов	ед.	1589

1	2	3
Численность проживающего населения, в т.ч.:	чел.	2176000
- городское	чел.	1189000
- сельское	чел.	987000
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в т.ч.:	лет	70,90
- мужчины	лет	65,53
- женщины	лет	76,36

Структура валового регионального продукта (ВРП) отраслей и видов экономической деятельности Алтайского края за 2020 г. (в т.ч. здравоохранения) (рис. 2.1).

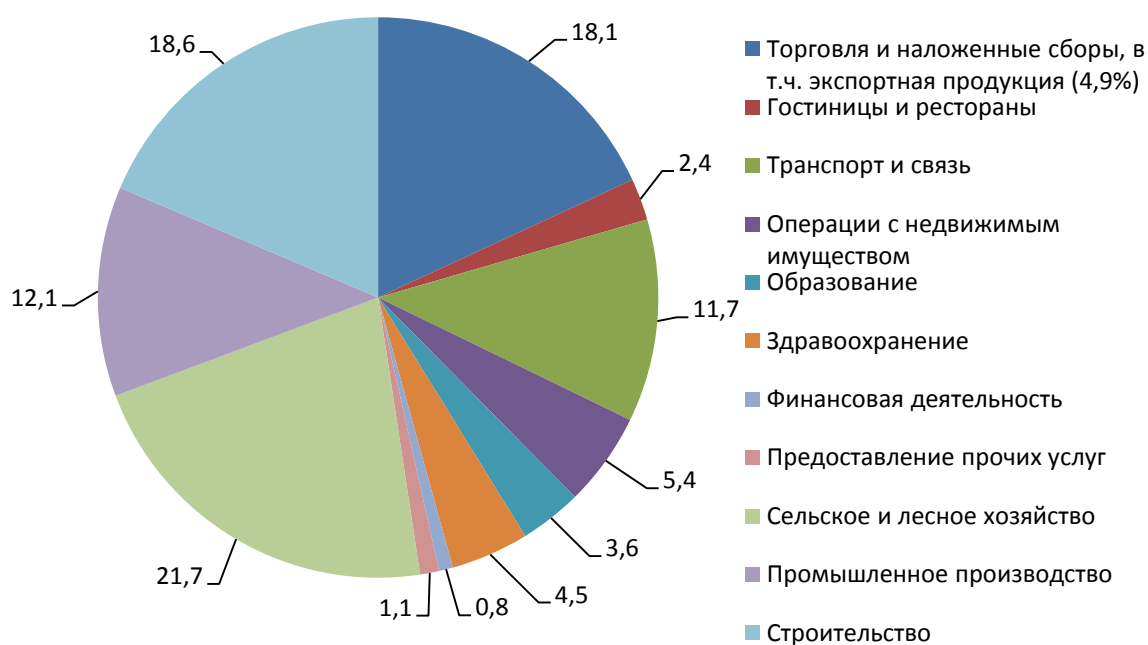


Рис. 2.1. Структура ВРП Алтайского края в разрезе отраслей и видов экономической деятельности за 2020 г., в % [113]

Система здравоохранения в Алтайском крае претерпела существенные, изменения за последние годы. Состоялась передача управления с муниципального на региональный уровень, также проведен переход на одноканальное финансирование через Фонд обязательного медицинского страхования и выполнена реновация и оптимизация медицинских учреждений. Реновация материально-технической базы региональной системы здравоохранения включила в себя обеспечение современным

оборудованием, внедрение новых медицинских технологий, обновление помещений, что позволило обновить подходы к оказанию медицинской помощи (рис. 2.2, табл. 2.2).

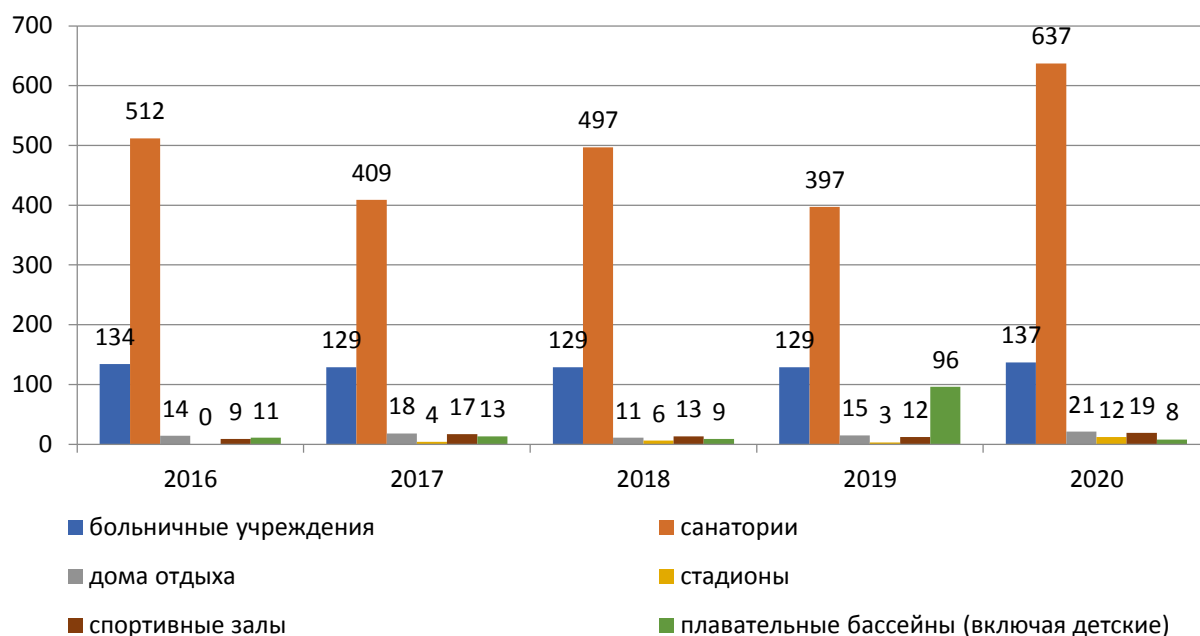


Рис. 2.2. Учреждения по оказанию медицинской помощи Алтайского края за период 2016–2020 гг.

Во всех учреждениях работают врачи, медицинский и обслуживающий персонал, а также задействованы работники организации питания и спорта.

В общую численность врачей включаются все врачи с высшим медицинским образованием, занятые в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обеспечения, научно-исследовательских институтах, учреждениях, занятых подготовкой кадров, в аппарате органов здравоохранения и др. (табл. 2.2).

Таблица 2.2 – Распределение врачей по Алтайскому краю в 2016–2020 гг. [112]

№ п/п	Профессия	2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7
1.	Терапевт	11,1	11,8	11,9	11,9	12,1
2.	Анестезиологи и реаниматоры, токсикологи	2,5	2,7	2,9	3,1	3,7

Окончание таблицы 2.2

1	2	3	4	5	6	7
3.	Хирурги	4,4	4,8	4,9	5,1	5,4
4.	Акушеры-гинекологи	5,2	5,3	5,4	5,4	5,8
5.	Педиатры	20,7	20,9	21,0	21,1	21,7
6.	Офтальмологи	0,9	1,0	1,0	1,1	1,3
7.	Отоларингологи	0,7	0,9	0,9	1,0	1,0
8.	Психиатры и психиатры-наркологи	1,6	1,6	1,7	1,7	1,9
9.	Фтизиатры	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8
10.	Дермато-венерологи	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
11.	Рентгенологи и радиологи	1,3	1,5	1,6	1,7	2,3
12.	Стоматологи	2,8	3,0	3,1	3,4	3,9
13.	Врачи по лечебной физкультуре и спорту	0,2	2,3	2,3	2,3	2,5

В общую численность среднего медицинского персонала включаются все лица со средним медицинским образованием, занятые в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обеспечения, дошкольных общеобразовательных учреждениях, школах, домах ребенка и др.

В число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений включаются все медицинские организации и скорой медицинской помощи кроме микропредприятий, которые ведут амбулаторный прием (поликлиники, амбулатории, диспансеры, поликлинические отделения, они в составе больничных учреждений и др.). В амбулаторно-поликлинических организациях учитывается их мощность (число посещений в смену). Этот показатель предусмотрен в проектной документации, а при его отсутствии учреждение определяется как частное от деления фактически занимаемой площади на нормативный показатель площади (табл. 2.3).

Таблица 2.3 – Численность медицинских кадров Алтайского края и обслуживание населения скорой медицинской помощью в 2016–2020 гг. [113]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Численность врачей всех специальностей, человек					
	всего	10198	10173	9957	9877	1117
	на 10000 человек населения	43,1	43,3	42,7	42,6	47,6
2.	Численность врачей всех специальностей, человек					
	всего	26390	25780	24561	24241	25067
	на 10000 человек населения	111,6	109,7	105,3	104,6	107,7
3.	Число станций (отделений) скорой медицинской помощи	61	56	56	56	61

В больничных организациях учету подлежат койки, оборудованные необходимым инвентарем, независимо от того, заняты они больными или нет (рис. 2.3, 2.4).

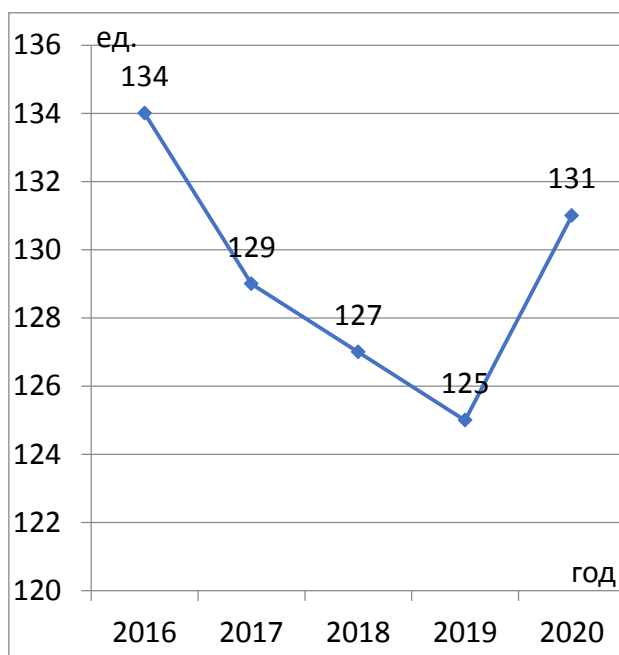


Рис. 2.3. Динамика больничных учреждений

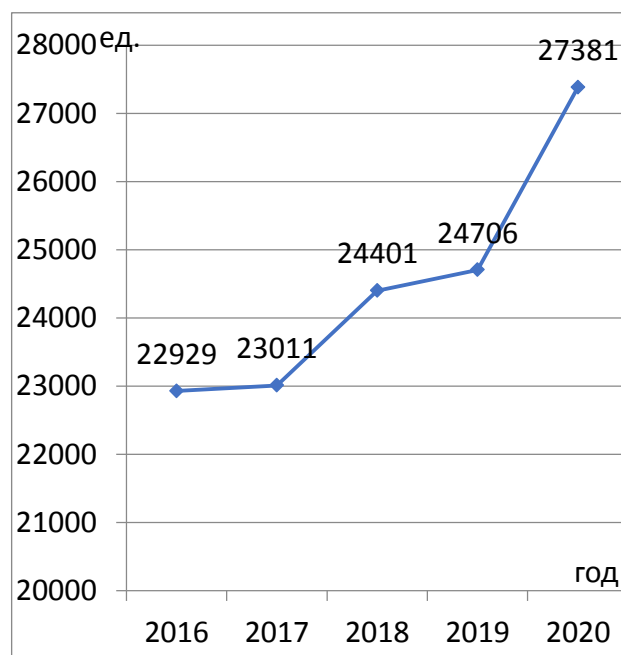


Рис. 2.4. Динамика больничных коек

Заболеваемость населения характеризуется числом больных, выявленных (или взятых под диспансерное наблюдение) в течение года при

обращения в лечебно-профилактические организации или при профилактическом осмотре. Первичная заболеваемость регистрируется при установлении больного диагноза впервые в жизни. Большое внимание уделяется обслуживанию медицинскими услугами женщин и детей, так как именно здесь начало формирования человеческого капитала (табл. 2.4).

Таблица 2.4 – Медицинская помощь женщинам и детям в 2016–2020 гг.

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Число коек для беременных женщин и рожениц и родильниц	1462	1233	1211	1054	1083
2.	Число коек для больных детей					
	всего	3214	3350	3175	3090	3214
	на 10000 детей	75,7	79,0	75,6	74,5	77,4
3.	Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий, детских отделений (кабинетов), акушерско-гинекологических отделений (кабинетов) (входящих в состав других учреждений)	419	410	677	733	737
4.	Число фельдшерско-акушерских пунктов	879	878	837	843	848

Уровень заболеваемости определяется отношением числа больных к среднегодовой численности постоянного населения.

Инвалидность означает нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящих к ограничению жизнедеятельности человека и вызывающих необходимость ее социальной защиты. Первичный выход на инвалидность - установление инвалидности впервые в отчетном году.

В общую численность инвалидов включаются инвалиды, состоящие на учете и получающие пенсию в органах социальной защиты населения, и дети-инвалиды, состоящие на учете в органах здравоохранения.

Несмотря на хорошую укомплектованность медицинскими кадрами региона и оперативное оказание медицинской помощи и медицинских услуг

в 2016–2020 гг. (табл. 2.5) и принимаемые меры в Алтайском крае, смертность продолжает расти от болезней системы кровообращения, новообразований, внешних причин (в целом по России - аналогичные тенденции) (табл. 2.6).

Таблица 2.5 – Оказание медицинской помощи и медицинских услуг в 2016–2020 гг. [113]

№ п/п	Наименование показателя	Ед. изм.	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Число больничных учреждений	Ед.	134	129	127	125	131
2.	Численность населения на 1 больничную койку	Чел.	103,2	105,1	106,7	107,2	121,7
3.	Число коек для больных детей на 10000 детей в возрасте 0–14 лет	Коек	3214	3301	3347	3942	5127
4.	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений на 10000 населения	Посещений в смену	72278	73147	74003	74431	83970
5.	Численность лиц, которым оказана скорая помощь амбулаторно и при выездах – всего на 1000 населения	Тыс.	819	781	767	755	1213
6.	Профилактические осмотры населения, подлежащего периодическим осмотрам	Чел.	1307803	1401003	1643092	1698809	487956

Таблица 2.6 – Заболеваемость населения Алтайского края в 2016–2020 гг., тыс. ед. [113]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7
1.	Болезни системы кровообращения	151	142	151	153	151

1	2	3	4	5	6	7
2.	Новообразования	68	68	67	69	70
3.	Инфекционные и паразитарные болезни	80	75	74	77	137
4.	Болезни органов дыхания	996	1004	1043	1059	2148
5.	Заболеваемость населения по основным классам болезней, всего	2967	2830	28258	2867	3447

Все население региона знает и пользуется услугами системы здравоохранения, поэтому средства на лечение должны расходоваться эффективно. Несмотря на утверждения о том, что здоровье важнее любой другой цели и что жизнь человека бесценна, экономисты отмечают, что люди идут на компромисс между здоровьем и другими целями и что оценка здоровья необходима для рационального распределения ограниченных ресурсов. В Алтайском крае большую часть среднедушевых денежных доходов население тратит на улучшение жилья, машин, одежды (без питания и лечения) (табл. 2.7).

Таблица 2.7 – Покупательская способность населения Алтайского края в 2016–2020 гг. [111]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Покупательская способность среднедушевых денежных доходов населения в месяц, %	84	83	85	74	69

Представим два ведущих подхода к оценке продолжительности жизни через:

- дисконтированный будущий доход;
- готовность платить.

Дисконтированный будущий доход оценивает затраты на различные заболевания как сумму прямых расходов на медицинское обслуживание. Готовность платить определяется как сумма денег, которую человек заплатил бы в обмен на увеличение (уменьшение) риска смерти (трудоспособное население и люди старше трудоспособного возраста).

Таблица 2.8 – Изменение количественного состава Алтайского края по возрасту за 2016–2020 гг. [113]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Из общей численности населения					
	Моложе трудоспособного	443058	44395	443273	443061	44171
	Трудоспособного	1315440	1318070	1316984	1315723	1315238
	Старше трудоспособного	618276	619513	618851	618348	618187

В городах Барнауле, Заринске, Рубцовске на промышленных предприятиях около 8% от всех рабочих мест с опасными и вредными условиями труда, большинство работников выработав стаж (по вредности) становятся инвалидами и только сейчас предприятия этих городов ведут модернизацию имеющегося старого оборудования, но этот процесс проходит медленно, так как собственники больше обращают внимание на прибыль, а не на замену оборудования и уменьшение рабочих мест с опасными и вредными условиями труда. До каждого промышленного предприятия ежегодно доводится план по снижению рабочих мест с опасными и вредными условиями труда, но изменения по уменьшению рабочих мест требует финансовых вложений для переоборудования этих рабочих мест (табл. 2.9).

Таблица 2.9 – Численность пострадавших от профессиональных заболеваний по Алтайскому краю за 2016–2020 гг. [112]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Численность пострадавших от профессиональных заболеваний (отравлений) – всего на 10000 работающих	3,1	3,1	3,0	2,8	2,7

Медицинские профилактические осмотры проводятся во всех бюджетных учреждениях и на предприятиях для работников, работающих в опасных и вредных условиях труда, остальные категории работающих на промышленных предприятиях не получают бесплатный медицинский профилактический осмотр, так же как и сельское население.

Независимо от уровня дохода, люди стремятся к улучшению своего состояния здоровья, расширению доступа к широкому спектру медицинских и связанных с ними услуг, а также желают пользоваться частью преимуществ услуг, которые способствуют улучшению их здоровья, включая процедуры омоложения.

Это согласуется с общей картиной (рис. 2.5), которая не показывает значительного дохода на душу населения, исходя из этого можно сделать вывод, что еще очень маленький процент населения может воспользоваться дорогими медицинскими услугами. Алтайский край по уровню среднедушевых доходов из 85 регионов стоит на 75 месте на 1.01.2021.

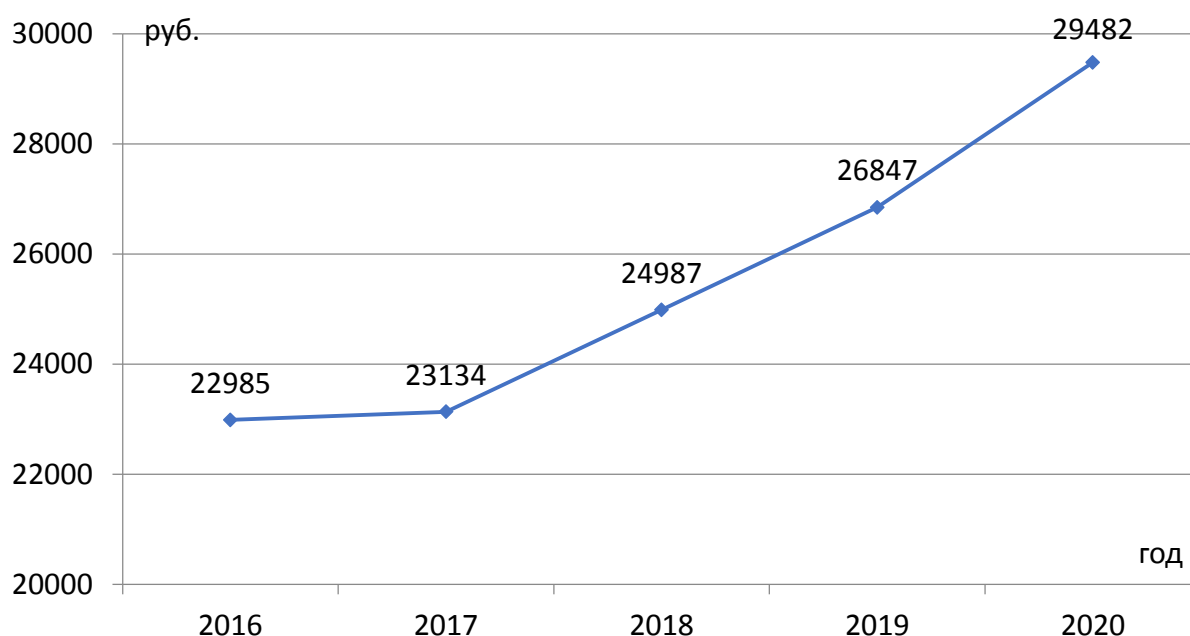


Рис. 2.5. Среднедушевой денежный доход по Алтайскому краю [112]

Региональное правительство управляет всей экономикой региона, оно распределяет ограниченные ресурсы между конкурирующими видами

использования и решает, какие из народных требований удовлетворить по приоритетам. Кроме того, расходы на здравоохранение оправданы чисто с экономической точки зрения. Улучшение состояния здоровья способствует социально-экономическому росту за счет:

- сокращения потерь в производстве, вызванных болезнью работника;
- использования природных ресурсов, которые высвобождают ресурсы, которые пришлось бы тратить на лечение болезней.

Особое внимание уделяется борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями с помощью различных программ и развитию подготовленных медицинских кадров. Больше внимания уделяется таким уязвимым группам, как матери, дети и пожилые люди. Поскольку существует тесная взаимосвязь между семейным здравоохранением и здоровьем детей.

Мир сталкивается с новыми вызовами в области здравоохранения. По мнению Всемирного банка, реформы, которые проводятся в системе здравоохранения должны иметь обоснования:

- многие связанные со здравоохранением услуги, такие как информация и борьба с инфекционными заболеваниями, являются общественными благами, и поэтому правительство должно разработать способы увеличения предложения этих благ. Правительство должно поощрять поведение, которое несет в себе положительные внешние эффекты, и препятствовать тем, кто имеет отрицательные внешние эффекты;

- правительство должно предоставлять экономически эффективные медицинские услуги и бесплатно провести вакцинацию всем россиянам;

- Министерство здравоохранения должно проводить разумную макроэкономическую политику, направленную на сокращение количества малообеспеченных по уровню распределения среднедушевых денежных доходов (табл. 2.10).

Таблица 2.10 – Население Алтайского края, разделенное на 5 групп по распределению среднедушевых денежных доходов за 2019–2020 гг. [112]

Группы	Величина среднедушевых денежных доходов	2019 г.	2020 г.
1 группа	от 8000 до 14000	262000	252000
2 группа	от 14000 до 20000	325000	367000
3 группа	от 20000 до 25000	328000	384000
4 группа	от 25000 до 30000	266000	249000
5 группа	от 30000 и выше	131000	147000
Всего работающего населения		1312000	1399000

Из таблицы мы видим население, имеющее низкий уровень доходов:

- в 1 группе – 20,0% в 2019 г. и 18,0% в 2020 г.;
- во 2 группе – 24,7% в 2019 г. и 26,2% в 2020 г.;
- в 3 группе – 25,0% в 2019 г. и 27,4% в 2020 г.;
- в 4 группе – 20,3% в 2019 г. и 17,7% в 2020 г.;
- в 5 группе – 9,9% в 2019 г. и 10,5% в 2020 г.

Учитывая то, что медицинские услуги являются одним из основных компонентов инфраструктуры социально-экономической системы, то инвестиции в здоровье – это инвестиции в капитал здоровья и в улучшение качества жизни населения.

В настоящее время произошел заметный сдвиг в фокусе планирования региональной системы здравоохранения от простого социально-экономического роста к повышению качества жизни населения, так как финансирование программ за 2019 г. по трем основным приоритетам социально-экономического развития региона (включая достижение высокого уровня качества жизни населения) распределилось по следующим приоритетам (рис. 2.6).

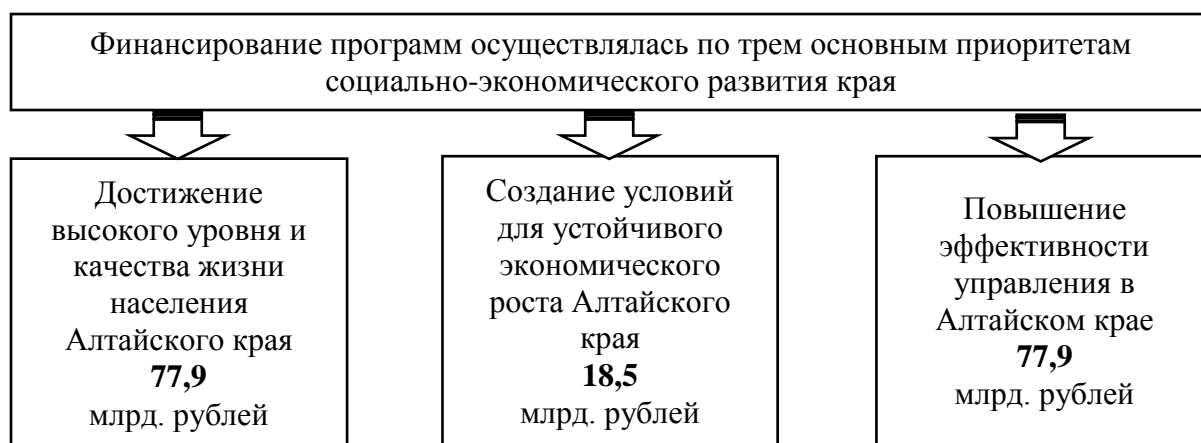


Рис. 2.6. Распределение финансовых средств по основным приоритетам социально-экономического развития региона

Актуальным остается обеспечение уже установленных мер социальной поддержки. При этом на первый план выходит информированность населения о своих правах на получение мер социальной поддержки, качество и доступность получения государственных услуг.

Получателями выплат являются более 700 тысяч человек – почти треть жителей Алтайского края. В основном это ветераны труда, труженики тыла, малообеспеченные граждане, семьи с детьми.

В настоящее время органы социальной защиты населения Алтайского края предоставляют гражданам более 60 мер социальной поддержки в денежной форме, которые систематически пересматриваются в целях недопущения снижения уровня и ухудшения условий их предоставления.

Бюджетная политика в сфере здравоохранения, проводимая в Алтайском крае в 2019 году, была ориентирована на повышение качества медицинского обслуживания, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, обеспечение лекарственными средствами и современным диагностическим оборудованием, предупреждение болезней и снижение смертности, пропаганду здорового образа жизни. Общие расходы на здравоохранение в 2019 году составили 43 294 млн рублей. Расходы краевого бюджета на здравоохранение в 2019 году составили 10 285 млн

рублей. Общий объем расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края в 2019 году составил 33 009 млн рублей, в том числе взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения – 11 974 млн рублей (рис. 2.7).



Рис. 2.7. Структура расходов краевого бюджета на здравоохранение в 2019 г.

Средства направлялись на содержание краевых учреждений здравоохранения, оказание высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи, централизованные закупки медикаментов и медицинского оборудования.

Расходы на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи в 2019 году за счет средств краевого бюджета составили 131 млн рублей, за счёт средств федерального бюджета – 26 млн рублей.

Расходы на профессиональные доплаты специалистам в сфере здравоохранения за счет средств краевого бюджета составили 15 млн рублей.

На оказание отдельным категориям граждан социальные услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам составили 546 млн руб. на:

- лекарственные препараты;
- медицинские изделия;
- специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов.

Расходы на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения исполнены в объеме 240 млн рублей.

Расходы на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в части финансового обеспечения дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, составили 47 млн рублей.

Расходы на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты (рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек), исполнены в объеме 53 млн рублей за счет средств федерального бюджета и 35 млн рублей за счет средств краевого бюджета.

Расходы на подготовку специалистов-врачей по программам послевузовского профессионального образования по остродефицитным специальностям и предоставление студентам целевого набора мер поддержки исполнены в сумме 8,8 млн рублей.

Значительно большие расходы показал 2020 г. в связи с тем, что начиная с мая началась пандемия COVID-19, не все расходы 2020 г. представлены так подробно, как в 2019 г. По факту они следующие: из таблицы Z мы наблюдаем, что за 2020 г. расходы на здравоохранение

значительно увеличились, они отнесены в статью другие вопросы в области здравоохранения (вопросы, связанные с COVID-19) и увеличилась на 8558 млн руб., что составляет 119,8%.

Таким образом, развитие региональной системы здравоохранения обусловлено рядом факторов. В числе таких факторов следует отметить следующие: территория и плотность населения; экономическое состояние территории; отраслевая сфера экономики; доходы населения.

Система здравоохранения в Алтайском крае претерпела существенные изменения за последние годы. Состоялась передача управления с муниципального на региональный уровень, также проведен переход на одноканальное финансирование через Фонд обязательного медицинского страхования и выполнена реновация и оптимизация медицинских учреждений. Реновация материально-технической базы региональной системы здравоохранения включила в себя обеспечение современным оборудованием, внедрение новых медицинских технологий, обновление помещений, что позволило обновить подходы к оказанию медицинской помощи.

Несмотря на хорошую укомплектованность медицинскими кадрами региона и оперативное оказание медицинской помощи и медицинских услуг и принимаемые меры в Алтайском крае, смертность продолжает расти от болезней системы кровообращения, новообразований, внешних причин (в целом по России - аналогичные тенденции).

Все население региона знает и пользуется услугами системы здравоохранения, поэтому средства на лечение должны расходоваться эффективно. Несмотря на утверждения о том, что здоровье важнее любой другой цели и что жизнь человека бесценна, экономисты отмечают, что люди идут на компромисс между здоровьем и другими целями и что оценка здоровья необходима для рационального распределения ограниченных ресурсов.

Мир сталкивается с новыми вызовами в области здравоохранения. По мнению Всемирного банка, реформы, которые проводятся в системе здравоохранения, должны иметь обоснования: многие связанные со здравоохранением услуги, такие как информация и борьба с инфекционными заболеваниями, являются общественными благами, и поэтому правительство должно разработать способы увеличения предложения этих благ. Правительство должно поощрять поведение, которое несет в себе положительные внешние эффекты, и препятствовать тем, кто имеет отрицательные внешние эффекты; правительство должно предоставлять экономически эффективные медицинские услуги и бесплатно провести вакцинацию всем россиянам.

Министерство здравоохранения должно проводить разумную макроэкономическую политику, направленную на сокращение количества малообеспеченных по уровню распределения среднедушевых денежных доходов.

Бюджетная политика в сфере здравоохранения, проводимая в Алтайском крае в 2019 г., была ориентирована на повышение качества медицинского обслуживания, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, обеспечение лекарственными средствами и современным диагностическим оборудованием, предупреждение болезней и снижение смертности, пропаганду здорового образа жизни.

2.2. Анализ региональной системы здравоохранения с позиции формирования и сохранения человеческого капитала

Улучшение здоровья во всем мире сегодня является важной социальной задачей, которая имеет очевидные прямые выгоды с точки зрения более долгой и лучшей жизни миллионов людей. Существует также растущий консенсус в отношении того, что улучшение здоровья может иметь столь же большие косвенные выгоды за счет ускорения социально-

экономического развития регионов, что влечет за собой увеличение темпов роста доходов на душу населения, и это дает толчок к расширению охвата жизненно важными медицинскими услугами, которые стимулируют социально-экономическое развитие и содействует глобальной безопасности. Межстрановые регрессионные исследования показывают сильную корреляцию между показателями здоровья (например, ожидаемой продолжительностью жизни) и уровнем экономического развития. В настоящее время исследования еще окончательно не установили причинно-следственного влияния здоровья и болезней на экономический рост. В мире еще много стран, страдающих от короткой продолжительности жизни и плохого состояния здоровья, что подтверждается низкими результатами в сфере здравоохранения. Макроисследования, проводимые в регионах страны, демонстрирует важность здоровья для индивидуальной производительности труда и производства. Эти исследования не решают вопрос о том, что:

- существуют ли различия в состоянии здоровья людей, у которых большие различия в доходах;
- наблюдаются ли в реальной действительности слишком большая разница;
- существующая разница в доходах не включает эффекты общего равновесия.

Наиболее важный эффект общего равновесия возникает из-за уменьшения отдачи от эффективных единиц труда, так как человек когда трудится, у него всегда присутствует большое желание быть и чувствовать себя здоровым. При наличии такой убывающей отдачи микрооценки могут преувеличивать совокупные выгоды от повышения производительности труда в результате улучшения здоровья, особенно когда улучшение здоровья сопровождается увеличением численности населения (табл. 2.11).

Таблица 2.11 – Численность населения Алтайского края за период 2016–2020 гг. [113]

Население, тыс. чел.	Год					% роста 2020 / 2019 гг.
	2016	2017	2018	2019	2020	
Городское	1135	1332	1320	1324	1357	102,5
Сельское	1041	1034	977	963	987	102,4
Мужчины	993	1093	1045	945	994	105,2
Женщины	1183	1273	1321	1352	1293	95,6
Моложе трудоспособного	437	448	445	442	451	102
Трудоспособное	1290	1289	1291	1312	1399	106,6
Старше трудоспособного	632	630	641	635	671	105,6
Родившихся	29	30	37	39	38	97,4
Умерших	33	31	29	33	36	109,1
Естественный прирост	-1	-1	+8	+6	+2	33,3
Всего	2176	2366	2297	2287	2344	102,5

Численность населения Алтайского края в 2020 г. приросла на 2,5%, это объясняется тем, что рождаемость в течение 2016–2019 гг. выросла (незначительно), уменьшилось число умерших и выросло количество молодого еще нетрудоспособного поколения, кроме того идет приток работоспособного русскоязычного населения с Республики Казахстан, преимущественно в сельскую местность. Прежде чем провести исследования по увеличению продолжительности жизни населения региона, проанализируем мировые исследования в этой области.

Исследуя влияние общего состояния здоровья, опосредованного ожидаемыми результатами продолжительности жизни при рождении, на социально-экономический рост, мы наблюдаем значительные улучшения в ожидаемой продолжительности жизни, вызванные международными вмешательствами в области здравоохранения, более эффективными мерами общественного здравоохранения и внедрением новых химических веществ и лекарств. Эти жизненные моменты мы называем международным

эпидемиологическим переходом, который приводит к беспрецедентному улучшению ожидаемой продолжительности жизни во многих странах. Построим график ожидаемой продолжительности жизни в странах, которые первоначально (около 1940 года) были бедными, затем вышли на средний уровень доходов, а к 2000 году стали богатыми. Кривые графики показывают, что, хотя ожидаемая продолжительность жизни была низкой во многих бедных странах и странах со средним уровнем дохода, международный эпидемиологический переход приблизил их уровень ожидаемой продолжительности жизни к уровню, преобладающему в более богатых частях мира (рис. 2.8). Россия сегодня входит в средний уровень доходов в соответствие с мировыми показателями по уровню доходов на душу населения (рис. 2.9).

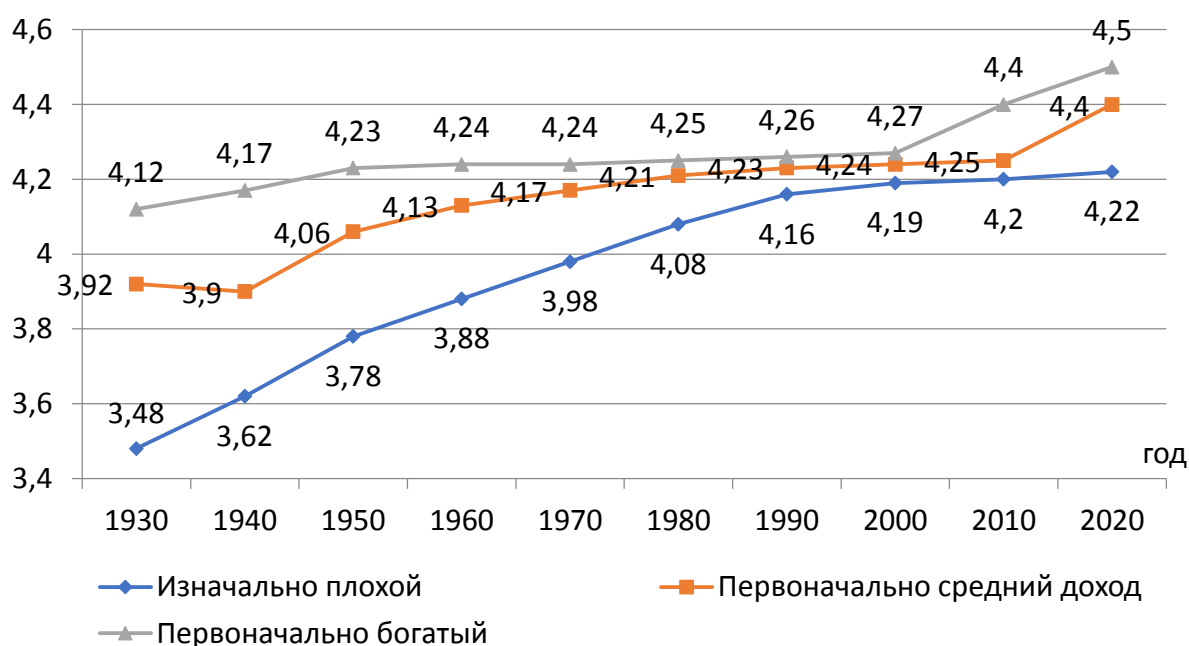


Рис. 2.8. Логарифм ожидаемой продолжительности жизни при рождении в базовой выборке по России (Экономикс, 2020)

Международный эпидемиологический переход предоставляет нам эмпирическую стратегию для выделения потенциально экзогенных изменений о состоянии здоровья по странам мира.

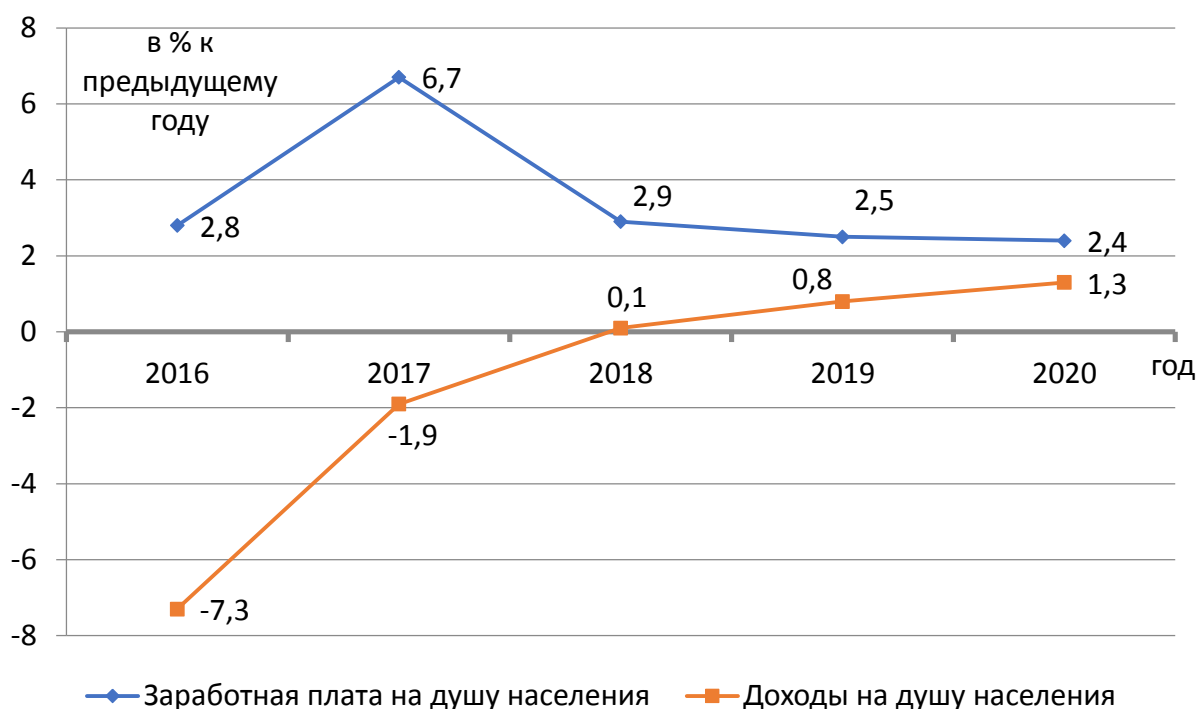


Рис. 2.9. Реальная заработная плата и доходы на душу населения в России за период 2016–2020 гг. (Росстат) [113]

Влияние международного эпидемиологического перехода на ожидаемую продолжительность жизни нашей страны и регионов с различными специфическими заболеваниями (например, пневмония) требует проведения различных медицинских профилактических осмотров не менее одного раза в год.

Эти данные позволяют нам создать инструмент для изменения ожидаемой продолжительности жизни, основанный на предварительном распределении смертности от различных заболеваний по всем регионам и в частности по Алтайскому краю.

Инструментальные изменения в ожидаемой продолжительности жизни оказывают большое влияние на формирование и сохранение человеческого капитала, так увеличение ожидаемой продолжительности жизни на 1% связано с увеличением численности населения примерно на 1,7–2% в течение 40-60 лет. Величина этой оценки указывает на то, что снижение рождаемости было достаточным, что не дает возможности компенсировать увеличение

продолжительности жизни населения в регионе. Результат между ожидаемой продолжительностью жизни и общей рождаемостью и естественным приростом в Алтайском крае за последние 5 лет следующий (рис. 2.10, табл. 2.12).

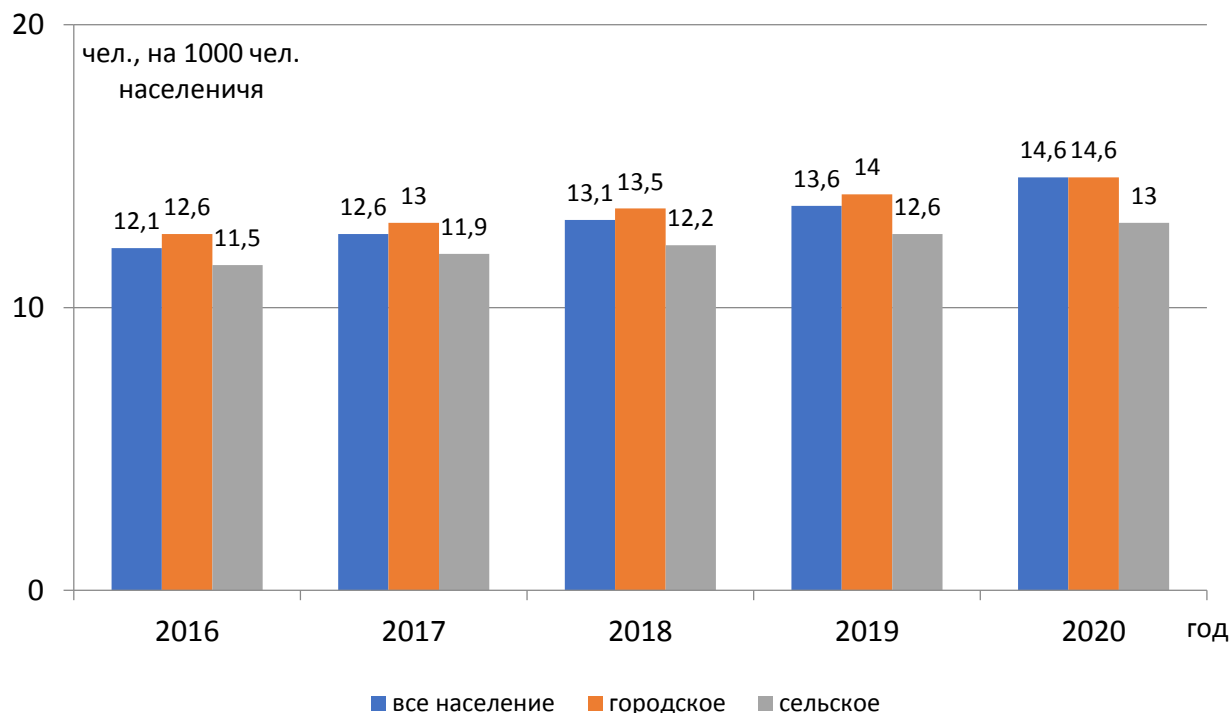


Рис. 2.10. Естественный прирост на 1000 человек населения Алтайского края за 2016–2020 гг.

Таблица 2.12 – Количество умерших на 1000 человек населения Алтайского края за 2016–2020 гг. [113]

№ п/п	Наименование показателя	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Умершие на 1000 человек всего населения	14,2	14,2	13,9	14,0	14,15
2.	Городское население	12,8	13,3	13,6	13,9	14,2
3.	Сельское население	15,6	15,2	14,7	14,1	13,9

За период 2016–2020 гг. мы наблюдаем, что число родившихся на 1000 человек населения Алтайского края начиная с 2016 г. – 12,1 чел., до 2020 г. выросло до 14,1 чел., рост в среднем по годам составил 0,23 чел. на 1000 чел. населения, но в то же время число умерших в 2016 г. было 14,2 чел., в 2020 г. составило 14,15 чел. на 1000 человек населения, на протяжении 2017, 2018,

2019 г. оно уменьшилось незначительно, но было меньше, чем рождаемость, а в 2020 г. увеличилось и превысило показатель рождаемости на 0,05 чел. на 1000 человек населения.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни статистически значимого влияния на общий валовой внутренний продукт (ВВП) не оказывает. Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения трудоспособного возраста тоже не отражается на относительном увеличении в регионе, но каждый регион испытывает необходимость в увеличении ожидаемой продолжительности жизни населения.

Инструмент прогнозируемой смертности оказывает большое, статистически значимое влияние на ожидаемую продолжительность жизни, особенно до 20 лет. В статистической отчетности количество человек в 20 лет является самой качественной мерой общего состояния здоровья, которая приводит к более точным результатам по прогнозированию продолжительности жизни.

Анализируя деятельность региональной системы здравоохранения, которая в первую очередь направлена на увеличение продолжительности жизни населения, а также сохранение человеческого капитала, представим обоснование ученых по планированию и прогнозированию продолжительности жизни, что способствует сохранению человеческого капитала, при этом используется ряд микро-оценок.

Согласно Всемирной организации здравоохранения состояние здоровья измеряется с точки зрения:

- ожидаемой продолжительности жизни при рождении;
- уровня младенческой смертности;
- коэффициента рождаемости;
- общего уровня рождаемости;
- общего уровня смертности.

Эти микро-оценки здоровья определяются многочисленными факторами, такими как:

- доход на душу населения;
- питание;
- жилье;
- санитария;
- безопасная питьевая вода;
- социальная инфраструктура;
- здравоохранение, включающее медицинские услуги.

На состояние здоровья оказывает влияние:

- географический климат;
- статус занятости;
- уровень бедности.

Вместе с тем, система здравоохранения играет не последнюю роль в формировании капитала здоровья.

Считается, что здоровье человека влияет на ожидаемую продолжительность жизни и способствует экономическому росту. Прямое влияние на производительность труда оказывает региональная система здравоохранения, которая воздействует на экономическое развитие и демографическое положение. Хорошее здоровье и питание младенцев напрямую увеличивают преимущества накопления человеческого капитала. За счет увеличения продолжительности жизни человека, его здоровье снижает уровень износа человеческого капитала, делая инвестиции, вложенные в здоровье, более привлекательными [41; 67; 73; 75].

Эти микро-оценки являются важными в совокупности. Автор считает, что улучшение здоровья надо считать тогда, когда численность населения в регионе остается постоянной или прирастает.

Использование микро-оценок считается, что сокращение численности населения в результате всех заболеваний может увеличить доход на душу населения, увеличивая при этом у большинства работающего населения интенсивность труда.

Чтобы сформулировать эмпирический анализ, проследим среднесрочные и долгосрочные последствия увеличения продолжительности жизни в неоклассической модели роста закрытой экономики. Мы опосредуем все переменные, связанные со здоровьем, с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Экономика i имеет постоянную отдачу от масштаба совокупной производственной функции, при условии:

$$\alpha + \beta \geq 1, \quad (2.1)$$

где α – здоровье;

β – продолжительность жизни.

При этом эффективные единицы труда равны:

$$H_{it} = h_{it} N_{it}, \quad (2.2)$$

где H_{it} - эффективные единицы труда, данные по росту производительности производства;

N_{it} - общее население (и занятость);

h_{it} - человеческий капитал на человека.

Предположим, что ожидаемая продолжительность жизни (или состояние здоровья) может увеличить объем производства (на душу населения) по различным аспектам:

- более быстрое накопление человеческого капитала;
- прямое положительное влияние на общую факторную производительность труда.

Зафиксируем эти аспекты следующими отношениями:

$$A_{it} = A_{it} X_{it}, \quad (2.3)$$

$$h_{it} = h_{it} X_{it}, \quad (2.4)$$

где A_{it} – базовые различия между регионами;

i – количество регионов;

t – момент времени;

X_{it} – ожидаемая продолжительность жизни в регионе i в момент времени t ;

h_{it} - человеческий капитал на человека.

Увеличение продолжительности жизни естественным образом ведет к увеличению численности населения (как прямо, так и потенциально косвенно за счет увеличения общего числа рождений по мере того, как все больше растет детородный возраст женщин).

$$N_{it} = N_{it}X_{it}, \quad (2.5)$$

где N_{it} – общее население (и занятость);

X_{it} –изменения ожидаемой продолжительности жизни от некоторого базового значения X_{it0} в момент времени t_0 до нового значения X_{it1} в момент времени t_1 зависит от:

- во-первых, при изменении ожидаемой продолжительности жизни (и, как следствие, численность населения, производительность производства и человеческий капитал на одного работника) общий фонд человеческого капитала остается фиксированным на некотором K_{it0} ;

- во-вторых, увеличение ожидаемой продолжительности жизни повысит доход на душу населения, если существует положительное влияние здоровья, которое зависит от экологического состояния региона и климата, то оно оказывает влияние на человеческий капитал, который превысит потенциальные негативные эффекты, возникающие в результате увеличения численности населения. С учетом всех этих переменных проводится расчет ожидаемой продолжительности жизни населения региона (расчеты проводит Министерство экономического развития и Росстат).

В 2021 г. расчет ожидаемой продолжительности жизни населения региона будет корректироваться с учетом результатов пандемии COVID-19 (рис. 2.11).

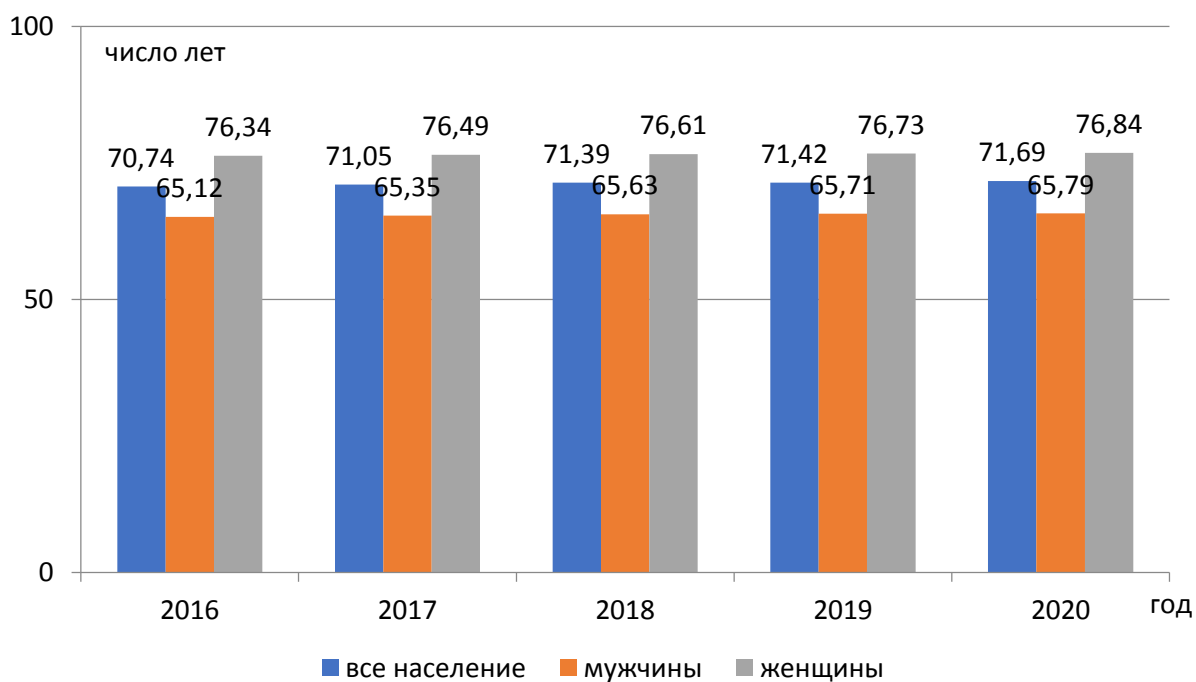


Рис. 2.11. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за 2016–2020 гг. по Алтайскому краю

В расчете доходов на душу населения рассматривают еще другие переменные результаты, которые будут информативны и включают в себя:

- возрастной состав населения;
- рождаемость.

Несмотря на улучшение показателей в системе здравоохранения в нашей стране, а также в регионах наблюдается ограниченное улучшение состояния здоровья, это касается и Алтайского края. Причина этого заключается в том, что в Алтайском крае мало эффективных лекарств против основных болезней, в том числе и в борьбе с алкоголизмом (мужское население из-за безработицы во многих отдаленных селах спивается).

С мая 2020 г. ситуация по состоянию здоровья и наличия лекарств резко изменилась в лучшую сторону в основном из-за трех факторов:

- во-первых, в связи с пандемией прошла волна глобальных фармацевтических и химических инноваций, эффективных против COVID-19. Наиболее важным было открытие и последующее массовое производство вакцины «Спутник V»;

- во-вторых, болезни, которые выявляются у людей, теперь можно лечить, для большинства людей без серьезных побочных эффектов, включая пневмонию;

- антибиотики, которые предлагаются для лечения, уменьшают смертность, косвенно вызванную (и приписываемую) вирусам, такими как грипп, который часто убивает, ослабляя иммунную систему и позволяет развиваться вторичным бактериальным инфекциям.

Эти факторы в совокупности привели к тому, что население стало обращать внимание на свое здоровье (особенно сельское).

Анализ результатов по Алтайскому краю показывает, что увеличение продолжительности жизни приводит к увеличению численности населения, рождаемость не снизилась, а очень не на много увеличилась, что незначительно компенсирует увеличение продолжительности жизни. Так положительное влияние показателя продолжительности жизни, который оказывает влияние на общий валовый внутренний продукт (ВВП) в течение первых 40 лет (этот эффект несколько возрастает в течение следующих 20 лет), не достаточен, чтобы компенсировать рост населения. В целом увеличение ожидаемой продолжительности жизни, связано с увеличением численности населения в регионах. Нет никаких доказательств того, что увеличение продолжительности жизни приводит к более быстрому росту дохода на душу населения или выпуска продукции на одного работника. Исходя из этого следует, что региональная система здравоохранения направляет свою деятельность на сохранение человеческого капитала посредством увеличения продолжительности жизни и способствует улучшению показателей социально-экономического развития региона (рис. 2.12).

Показатели социально-экономического развития	Региональная система здравоохранения	Продолжительность жизни населения региона
<ul style="list-style-type: none"> • Административно-территориальный статус 	<ul style="list-style-type: none"> • Создание современной и хорошо оборудованной материальной медицинской базы 	<ul style="list-style-type: none"> • Территория с имеющимся социально-экономическим потенциалом
<ul style="list-style-type: none"> • Рост доходов на душу населения 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка экономической эффективности региональной системы здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> • Рост объемов ВВП в течение первых 40 лет
<ul style="list-style-type: none"> • Расширенное воспроизводство 	<ul style="list-style-type: none"> • Методические подходы к определению стоимости медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания 	<ul style="list-style-type: none"> • Рост численности населения
		
<p>Сохранение человеческого капитала</p>		

Рис. 2.12. Взаимосвязь социально-экономического развития, региональной системы здравоохранения и продолжительности жизни населения региона

Во всем мире для общего социального и экономического развития необходимо наполнение человеческого капитала.

Выделим пять аспектов наполнения человеческого капитала:

- Люди генерируют человеческий капитал, которым нельзя торговать. Однако услуги, предоставляемые человеческим капиталом, являются рыночными.

- Человеческий капитал обладает потенциалом для оказания услуг не только на индивидуальном, но и на социальном уровне.

- Человеческий капитал может быть использован в целом или в определенной форме в соответствии с потребностями организации, использующей его.

- Люди могут приобретать человеческий капитал как можно быстрее, но они не могут переводить его в сферу услуг с той же скоростью.

- Качество человеческого капитала зависит от человека и его активной работоспособности.

Существует пять путей развития качества человеческого капитала:

- Обучение на своем рабочем месте с получение квалификации.

- Организация профессионального обучения взрослых, которое не охватывается учебными программами, особенно тех, кто занят в сельском хозяйстве.

- Расходы на региональную систему здравоохранения должны быть рациональными, чтобы это положительно сказывалось на трудоспособности людей и способствовало увеличению продолжительности жизни.

- Имея в виду предстоящие возможности трудоустройства, люди должны иметь место жительства.

В данном случае осторожность необходима при интерпретации наших результатов по двум причинам.

- Наиболее важным ограничением является то, что подход использует международный эпидемиологический результат, который не всегда применим непосредственно к сегодняшнему дню (международный эпидемиологический подход) – это уникальное событие (табл. 2.13) [77; 78; 81].

Таблица 2.13 – Расходы на здравоохранение с учетом средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования и краевого бюджета на здравоохранение, млн руб.

Структура расходов краевого бюджета на здравоохранение	2019 г.	2020 г.	% роста 2020 / 2019
1	2	3	4
Стационарная медицинская помощь	5707,0	7463,0	130,7

1	2	3	4
Амбулаторная помощь	1500,0	2271,0	151,4
Скорая медицинская помощь	261,0	250,0	95,8
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	283,0	304,0	107,4
Санаторно-оздоровительная помощь	269,0	261,0	97,0
Другие вопросы в области здравоохранения	2265,0	6058,0	267,5
Общий объем расходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края	33009,0	35497,0	107,5
Общие расходы на здравоохранение	43294,0	51852,0	119,8

- Подобные изменения в ожидаемой продолжительности жизни сразу не приведут к увеличению населения, но окажут влияние на ВВП на душу населения, что является позитивным.

Таким образом, макроисследования, проводимые в регионах страны, демонстрирует важность здоровья для индивидуальной производительности труда и производства. Эти исследования не решают вопрос о том, что существуют ли различия в состоянии здоровья людей, у которых большие различия в доходах; наблюдаются ли в реальной действительности слишком большая разница; существующая разница в доходах не включает эффекты общего равновесия. Наиболее важный эффект общего равновесия возникает из-за уменьшения отдачи от эффективных единиц труда, так как человек когда трудится, у него всегда присутствует большое желание быть и чувствовать себя здоровым.

Исследуя влияние общего состояния здоровья, опосредованного ожидаемыми результатами продолжительности жизни при рождении, на социально-экономический рост, мы наблюдаем значительные улучшения в ожидаемой продолжительности жизни, вызванные международными вмешательствами в области здравоохранения, более эффективными мерами

общественного здравоохранения и внедрением новых химических веществ и лекарств.

Россия сегодня входит в средний уровень доходов в соответствии с мировыми показателями по уровню доходов на душу населения.

Влияние международного эпидемиологического перехода на ожидаемую продолжительность жизни нашей страны и регионов с различными специфическими заболеваниями (например, пневмония) требует проведения различных медицинских профилактических осмотров не менее одного раза в год.

За период 2016–2020 гг. мы наблюдаем, что число родившихся на 1000 человек населения Алтайского края начиная с 2016 г. – 12,1 чел., до 2020 г. выросло до 14,1 чел., рост в среднем по годам составил 0,23 чел. на 1000 чел. населения, но в то же время число умерших в 2016 г. было 14,2 чел., в 2020 г. составило 14,15 чел. на 1000 человек населения, на протяжении 2017, 2018, 2019 гг. оно уменьшилось незначительно, но было меньше, чем рождаемость, а в 2020 г. увеличилось и превысило показатель рождаемости на 0,05 чел. на 1000 человек населения.

Согласно Всемирной организации здравоохранения состояние здоровья измеряется с точки зрения: ожидаемой продолжительности жизни при рождении; уровня младенческой смертности; коэффициента рождаемости; общего уровня рождаемости; общего уровня смертности. Эти микро-оценки здоровья определяются многочисленными факторами, такими как: доход на душу населения; питание; жилье; санитария; безопасная питьевая вода; социальная инфраструктура; здравоохранение, включающее медицинские услуги. На состояние здоровья оказывает влияние: географический климат; статус занятости; уровень бедности.

При изменении ожидаемой продолжительности жизни (и, как следствие, численность населения, производительность производства и человеческий капитал на одного работника) общий фонд человеческого капитала остается фиксированным.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни повысит доход на душу населения, если положительное влияние здоровья (это зависит от экологического состояния региона и климата) скажется на человеческом капитале, который превысит потенциальные негативные эффекты, возникающие в результате увеличения численности населения. С учетом всех этих переменных проводится расчет ожидаемой продолжительности жизни населения региона.

С мая 2020 г. ситуация по состоянию здоровья и наличия лекарств резко изменилась в лучшую сторону в основном из-за трех факторов: во-первых, в связи с пандемией прошла волна глобальных фармацевтических и химических инноваций, эффективных против COVID 19. Наиболее важным было открытие и последующее массовое производство вакцины «Спутник V»; во-вторых, болезни, которые выявляются у людей, теперь можно лечить, для большинства людей без серьезных побочных эффектов, включая пневмонию; антибиотики, которые предлагаются для лечения, уменьшают смертность, косвенно вызванную (и приписываемую) вирусам, такими как грипп, который часто убивает, ослабляя иммунную систему и позволяет развиваться вторичным бактериальным инфекциям.

Во всем мире для общего социального и экономического развития необходимо наполнение человеческого капитала. Человеческий капитал обладает потенциалом для оказания услуг не только на индивидуальном, но и на социальном уровне. Человеческий капитал может быть использован в целом или в определенной форме в соответствии с потребностями организации, использующей его. Качество человеческого капитала зависит от человека и его активной работоспособности.

2.3. Оценка развития региональной системы здравоохранения Алтайского края

Повышение качества жизни каждого человека является важной целью парадигмы развития регионов и жизни каждого человека. Улучшение здоровья имеет широкие возможности трудоустройства для всех, но при этом необходимо, чтобы организации несли ответственность за:

- устойчивую и чистую окружающую среду;
- достоинство;
- самоуважение и безопасность жизни;
- ключевую направленность и качеству жизни населения.

Физический капитал и природные ресурсы не могут быть должным образом использованы, а экономический рост не может быть ни устойчивым, ни качественным без хорошего качества человеческого капитала. Региональная система здравоохранения является одним из основных направлений, формирующих человеческий капитал.

Оценка показателей развития региональной системы здравоохранения исходит из потребности людей, которые осознают, что улучшение показателей должно быть направлено на рост качества жизни населения и социальных расходов, что отражается в результатах социального обеспечения.

В настоящее время актуальным вопросом социальной политики является экономический рост, который трансформируется в человеческое развитие в различных условиях развития региона. При этом особое внимание сегодня уделяется здоровью человека.

В настоящее время региональная система здравоохранения сталкивается со следующими двойными проблемами:

- борьба с инфекционными заболеваниями (COVID 19) имеет первостепенное значение, но бюджетные ассигнования правительства увеличиваются не так быстро и не очень значительно;

- огромная проблема удовлетворения потребностей в области здравоохранения в обеспечении доступности, эффективности, справедливости и качества здравоохранения;

- достижения цели роста на основе равенства и социальной справедливости (далеко не все могут оплачивать свое лечение).

Долгое время велись поиски более всеобъемлющего измерения развития системы здравоохранения, которое служило бы лучшим мерилom социально-экономического развития. Поиск измерения развития системы здравоохранения выявил ряд трудностей.

Во-первых, некоторые аналитики вышли с десятками экономических и социальных показателей, но не суммировали их в сводный индекс, поэтому политикам было трудно переварить такие меры.

Во-вторых, несколько комплексных мер не имели прочной методологической базы и были отменены после непродолжительных испытаний.

В-третьих, недостаточно инвестиций было вложено в разработку мер и недостаточно продолжительных усилий было затрачено на разработку, уточнение и проверку социально-экономических показателей.

Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) представила как проводить оценку развития системы здравоохранения страны. В соответствии с этой программой проводится оценка развития региональной системы здравоохранения.

Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения используются следующие показатели:

- Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – это составное число, которое имеет значения от 0 до 1. Большее значение ИРЧП указывает на относительно лучшее развитие человека. Индекс человеческого развития (ИРЧП) - это сводная статистика, используемая для ранжирования стран и регионов по уровню человеческого развития. Статистика состоит из следующих данных об:

- ожидаемой продолжительности жизни населения региона;
- валового регионального продукта (ВРП) на душу населения;
- показатель уровня жизни населения с учетом регионального уровня развития.

- Ожидаемая продолжительность жизни при рождении считается как показатель здоровья населения и долголетия.

- Уровень качества жизни населения измеряется среднемесячным доходом на душу населения.

Индекс развития человеческого потенциала зависит не только от ВРП на душу населения, который влияет на качество жизни человека, но он является всеобъемлющим показателем человеческого развития, включающим в себя такие важные показатели, как:

- неравенство доходов;
- уважение прав человека;
- уважение политических свобод.

В целом индекс развития человеческого потенциала предоставляет расширенную призму для рассмотрения человеческого прогресса и сложной взаимосвязи между доходом и качеством жизни населения [83; 91; 94; 97; 102].

Поиск нового сводного индекса социально-экономического развития начинается с учета нескольких принципов, измеряющих базовую концепцию человеческого развития, чтобы расширить выбор людей, который охватывает:

- желание жить;
- приобретать знания;
- иметь комфортные условия жизни;
- получать доходную работу;
- дышать чистым воздухом;
- быть свободным;
- жить в обществе.

Очевидно, что не все эти принципы могут быть количественно оценены или измерены. Но основная идея состоит в том, чтобы измерить, по крайней мере, еще несколько вариантов выбора помимо дохода на душу населения, чтобы отразить их в методологически обоснованном сводном индексе социально-экономического развития, который включает только ограниченное число переменных, чтобы они были простыми и управляемыми.

Первоначально продолжительность жизни была выбрана в качестве показателя долгожительства, а затем в качестве индекса долголетия.

Валовый региональный продукт (ВРП) на душу населения с поправкой на паритет покупательной способности – в качестве индекса доступа к множеству экономических возможностей. Данные о среднем запасе калорий не смогли показать, как на самом деле распределяются продукты питания среди населения, чтобы была значительная покупательская способность с «удовлетворительными» средними показателями по региону.

В итоге составной индекс социально-экономического развития не получился, так как он создает несколько проблем.

В отличие от показателя валового регионального продукта (ВРП), который измеряется денежными средствами, для измерения социально-экономического развития нет возможности определить это в цифровом выражении, так как ожидаемая продолжительность жизни населения измеряется в годах.

Как свести эти показатели к общему знаменателю? Методологическим прорывом является измерение фактического развития по каждому показателю как относительного расстояния от желаемой цели.

Преимущество этой методологии состояло в том, что фактическое развитие измеряется в зависимости от поставленной цели.

Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) охватывает как социальный, так и экономический выбор. В прошлом ошибкой было

создание отдельных показателей экономического развития и отдельно социального развития (таких, как индекс физического качества жизни).

Такая формулировка упускает из виду синергию между социальным и экономическим развитием. Экономический рост увеличивает ресурсы и возможности для социального развития. А социальное развитие создает проводящую среду для экономического роста. Развитие людей должно измеряться и на экономическом, и на социальном направлениях, а не по отдельности. Эти рассуждения привели к включению в ИРЧП реальных доходов, а также ожидаемой продолжительности жизни населения в регионе.

Слабая сторона ИРЧП в том, что доход на душу населения по существу является средством для жизни и агрегируется с переменными составляющими реальных целей развития. Они основаны на непонимании того, как доходы на душу населения рассматриваются в индексе развития человеческого потенциала. Слияние экономических и социальных показателей является одной из проблемных и основных сильных сторон ИРЧП.

Рейтинги ИРЧП используются для оказания давления с целью убедить директивные органы инвестировать достаточные суммы в подготовку соответствующих данных и поощрять международные учреждения к подготовке сопоставимых систем статистических данных. Расчеты ИРЧП по-прежнему страдают от некоторых неадекватных и нереализуемых данных, но разработка индекса развития человеческого потенциала уже оказала значительное давление на мировое сообщество в целях создания повышения качества базовой социальной и экономической статистики.

Согласно Программе развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), индекс развития человеческого потенциала включает четыре компонента:

- производительность производства;
- справедливость;
- расширение прав и возможностей;

- устойчивость.

Компонент производительности производства позволяет людям повысить свою производительность труда и в полной мере участвовать в процессе получения дохода и оплачиваемой занятости, при этом должны быть созданы благоприятные условия для достижения их максимального потенциала.

Компонент справедливости предполагает, что люди должны иметь доступ к равным возможностям для максимального раскрытия своего потенциала, с тем чтобы воспользоваться преимуществами развития с точки зрения более широкого выбора. Для этого необходимо устранить все барьеры, мешающие экономическим, политическим и социальным возможностям максимально раскрыть свой потенциал. Необходимо вовлечение и участие всех людей в принятии экономических решений без каких-либо препятствий.

Подлинное расширение прав и возможностей невозможно без разработки надлежащих социальных и политических рамок.

Устойчивость требует обеспечения равных возможностей не только для нынешнего поколения, но и для будущих поколений. Устойчивость должна применяться к составляющим качества жизни, к целям, а не к его детерминантам или средствам. Если возможна подмена входов или средств для достижения определенных целей, то не имеет значения, исчерпаны ли некоторые из этих входов.

Поскольку население мира растет, возникает потребность в большем количестве ресурсов. Их количество и состав зависят от роста населения, технического прогресса и изменения предпочтений.

Проблемы для богатых и бедных различны, но они возникают как из бедности, так и из богатства. Передовые страны снижают устойчивость за счет своего безудержного спроса на все более высокое производство ресурсоемкого, загрязняющего характера с сопутствующим ущербом, который это вызывает. В бедных странах спрос на продовольствие и топливо

быстро растущего и бедного населения приводит к обезлесению, опустыниванию, социальной эрозии, засолению, заиливанию и истощению запасов воды. Вода для человека – это основной источник здоровья.

Питание связано с общим здоровьем, которое обеспечивает лучшее физическое и психическое здоровье, необходимое для развития человека. Нельзя думать о хорошем здоровье без питательной и хорошей пищи. Количество и качество доступной пищи определяют физическое и психическое здоровье и благополучие общества [26; 106; 108; 121; 127].

Поскольку весь мир находится под угрозой изменения климата, существует необходимость в том, чтобы региональная система здравоохранения создавала среду более благоприятную для выздоровления, и в то же время устраняла барьеры для безопасности пациентов, включая и экологические риски. Элементы любого движения за здоровую больницу включают «зеленые» больницы, программы здорового питания, инициативы по оздоровлению своих работников и безусловно безопасность пациентов. Организация региональной системы здравоохранения должна твердо сосредоточиться на планировании, проектировании и поддержании красивых, зеленых и экологически чистых медицинских учреждений и уголков отдыха. Эти хорошо развитые медицинские учреждения могут стать подарком для будущих поколений, когда пациенты будут лечиться в безопасной и мирной обстановке для их исцеления. Существует бесчисленное множество причин для того, чтобы медицинское учреждение стало «зеленым», основное внимание уделяется тому, чтобы информировать и обучать весь персонал в секторе здравоохранения о новых более зеленых инициативах, которые они могут включить для улучшения положения пациентов и, следовательно, общества в целом. Поскольку медицинские учреждения действуют как микрокосм общества, в котором мы живем, будучи активными в более экологичных маркетинговых методах, можно в долгосрочной перспективе сделать медицинские учреждения образцовой организацией для подражания тому, чтобы сделать землю зеленой.

Для того, чтобы оценить развитие региональной системы здравоохранения, необходимо выявить факторы, влияющие на развитие системы с обоснованием подходов по реализации в обеспечении качества человеческого капитала.

По реализации этих подходов проводится оценка функционирования региональной системы здравоохранения, которая включает:

- Повышение эффективности системы организации медицинской помощи:

- оперативное оказание первой медико-санитарной помощи (ПМСП);
- медицинское лечение;
- медико-экономическая эффективность лечебного процесса;
- учет показателей заболеваемости в регионе, включая COVID-19;
- гарантии качественных бесплатных медицинских услуг населению региона;
- учет всех видов затрат на медицинское обслуживание населения.

- Улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях:

- реализация современных медицинских технологий, с помощью которых проводится эффективное лечение;
- совершенствование закупок, доставки и распределения лекарственных средств по медицинским учреждениям.

- Кадровая обеспеченность медицинских учреждений:

- обеспеченность врачами, включая узких специалистов;
- обеспеченность средним медицинским персоналом;
- содержание медицинских учреждений в надлежащем порядке с оборудованием рабочих мест персонала, работающего в учреждениях;
- организация создания фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

- Информатизация системы здравоохранения:

- создание единой информационной базы в региональной системе здравоохранения;
- создание и поддержание информационно-коммуникационных технологий;
- компьютеризованные медицинские и лабораторные, диагностические операционные кабинеты и помещения;
- административно-хозяйственная деятельность;
- социальная защита населения в региональной системе здравоохранения, где 2020 г. стал показательным (рис. 2.13).



Рис. 2.13. Социальные выплаты населению Алтайского края за 2020 г.

Социальная защита населения в системе здравоохранения:

- повышать качество жизни социально уязвимых слоев населения, оказывая медицинские услуги;
- сохранение и укрепление кадрового потенциала, обеспечивая их социальной поддержкой;
- повышение социальных гарантий работников и обеспечение соблюдения трудовых прав.

Оценка развития региональной системы здравоохранения проводится по следующим показателям (табл. 2.14).

Таблица 2.14 – Показатели развития региональной системы здравоохранения

№ п/п	Наименование группы показателей / обобщенных показателей	Показатели, характеризующие развитие региональной системы здравоохранения
1.	Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП)	Сводный показатель, включающий: - ожидаемую продолжительность жизни населения региона: <ul style="list-style-type: none"> • численность населения; • рождаемость; • смертность; - валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения
2.	Показатели результативности организация медицинской помощи	- заболеваемость населения по основным классам болезней; - смертность населения; - средняя продолжительность жизни
3.	Уровень изменения показателей (по результатам пандемии COVID-19)	- изменение уровня смертности; - число дней нетрудоспособности в расчете на 1 трудоспособного

Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения необходимо первоначально понять, какие показатели необходимы, чтобы можно было провести оценку выполнения этих показателей и есть ли такая возможность провести их оценку.

Таким образом, оценка показателей развития региональной системы здравоохранения исходит из потребности людей, которые осознают, что улучшение показателей должно быть направлено на рост качества жизни населения, что отражается в результатах социального обеспечения.

В соответствии с программой проводится оценка развития региональной системы здравоохранения. Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения используются следующие

показатели: индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – это составное число, которое имеет значения от 0 до 1. Большее значение ИРЧП указывает на относительно лучшее развитие человека. Индекс человеческого развития (ИРЧП) - это сводная статистика, используемая для ранжирования стран и регионов по уровню человеческого развития. Статистика состоит из следующих данных об ожидаемой продолжительности жизни населения региона; валового регионального продукта (ВРП) на душу населения; как показатель уровня жизни населения региона с учетом регионального уровня развития. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении считается как показатель здоровья населения и долголетия. Уровень качества жизни населения измеряется среднемесячным доходом на душу населения.

Индекс развития человеческого потенциала зависит не только от ВРП на душу населения, который влияет на качество жизни человека, но он является всеобъемлющим показателем человеческого развития.

Для того, чтобы оценить развитие региональной системы здравоохранения, необходимо выявить факторы, влияющие на развитие системы здравоохранения с обоснованием подходов по реализации в обеспечении качества человеческого капитала.

По реализации этих подходов проводится оценка функционирования региональной системы здравоохранения.

Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения необходимо первоначально понять, какие показатели необходимы, чтобы можно было провести оценку выполнения этих показателей и есть ли такая возможность провести их оценку.

Выводы по второй главе

1. Развитие региональной системы здравоохранения обусловлено рядом факторов. В числе таких факторов следует отметить следующие: территория

и плотность населения; экономическое состояние территории; отраслевая сфера экономики; доходы населения.

Система здравоохранения в Алтайском крае претерпела существенные, изменения за последние годы. Состоялась передача управления с муниципального на региональный уровень, также проведен переход на одноканальное финансирование через Фонд обязательного медицинского страхования и выполнена реновация и оптимизация медицинских учреждений. Реновация материально-технической базы региональной системы здравоохранения включила в себя обеспечение современным оборудованием, внедрение новых медицинских технологий, обновление помещений, что позволило обновить подходы к оказанию медицинской помощи.

Несмотря на хорошую укомплектованность медицинскими кадрами региона и оперативное оказание медицинской помощи и медицинских услуг и принимаемые меры в Алтайском крае, смертность продолжает расти от болезней системы кровообращения, новообразований, внешних причин (в целом по России - аналогичные тенденции).

Все население региона знает и пользуется услугами системы здравоохранения, поэтому средства на лечение должны расходоваться эффективно. Несмотря на утверждения о том, что здоровье важнее любой другой цели и что жизнь человека бесценна, экономисты отмечают, что люди идут на компромисс между здоровьем и другими целями и что оценка здоровья необходима для рационального распределения ограниченных ресурсов.

Мир сталкивается с новыми вызовами в области здравоохранения. По мнению Всемирного банка, реформы, которые проводятся в системе здравоохранения, должны иметь обоснования: многие связанные со здравоохранением услуги, такие как информация и борьба с инфекционными заболеваниями, являются общественными благами, и поэтому правительство должно разработать способы увеличения предложения этих благ.

Правительство должно поощрять поведение, которое несет в себе положительные внешние эффекты, и препятствовать тем, кто имеет отрицательные внешние эффекты; правительство должно предоставлять экономически эффективные медицинские услуги и бесплатно провести вакцинацию всем россиянам.

Министерство здравоохранения должно проводить разумную макроэкономическую политику, направленную на сокращение количества малообеспеченных по уровню распределения среднедушевых денежных доходов.

Бюджетная политика в сфере здравоохранения, проводимая в Алтайском крае в 2019 г., была ориентирована на повышение качества медицинского обслуживания, развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, обеспечение лекарственными средствами и современным диагностическим оборудованием, предупреждение болезней и снижение смертности, пропаганду здорового образа жизни.

2. Макроисследования, проводимые в регионах страны, демонстрирует важность здоровья для индивидуальной производительности труда и производства. Эти исследования не решают вопрос о том, что существуют ли различия в состоянии здоровья людей, у которых большие различия в доходах; наблюдаются ли в реальной действительности слишком большая разница; существующая разница в доходах не включает эффекты общего равновесия. Наиболее важный эффект общего равновесия возникает из-за уменьшения отдачи от эффективных единиц труда, так как человек когда трудится, у него всегда присутствует большое желание быть и чувствовать себя здоровым.

Исследуя влияние общего состояния здоровья, опосредованного ожидаемыми результатами продолжительности жизни при рождении, на социально-экономический рост, мы наблюдаем значительные улучшения в ожидаемой продолжительности жизни, вызванные международными вмешательствами в области здравоохранения, более эффективными мерами

общественного здравоохранения и внедрением новых химических веществ и лекарств.

Россия сегодня входит в средний уровень доходов в соответствие с мировыми показателями по уровню доходов на душу населения.

Влияние международного эпидемиологического перехода на ожидаемую продолжительность жизни нашей страны и регионов с различными специфическими заболеваниями (например, пневмония) требует проведения различных медицинских профилактических осмотров не менее одного раза в год.

За период 2016–2020 гг. мы наблюдаем, что число родившихся на 1000 человек населения Алтайского края начиная с 2016 г. – 12,1 чел., до 2020 г. выросло до 14,1 чел., рост в среднем по годам составил 0,23 чел. на 1000 чел. населения, но в то же время число умерших в 2016 г. было 14,2 чел., в 2020 г. составило 14,15 чел. на 1000 человек населения, на протяжении 2017, 2018, 2019 гг. оно уменьшилось незначительно, но было меньше, чем рождаемость, а в 2020 г. увеличилось и превысило показатель рождаемости на 0,05 чел. на 1000 человек населения.

Согласно Всемирной организации здравоохранения состояние здоровья измеряется с точки зрения: ожидаемой продолжительности жизни при рождении; уровня младенческой смертности; коэффициента рождаемости; общего уровня рождаемости; общего уровня смертности. Эти микро-оценки здоровья определяются многочисленными факторами, такими как: доход на душу населения; питание; жилье; санитария; безопасная питьевая вода; социальная инфраструктура; здравоохранение, включающее медицинские услуги. На состояние здоровья оказывает влияние: географический климат; статус занятости; уровень бедности.

При изменении ожидаемой продолжительности жизни (и, как следствие, численность населения, производительность производства и человеческий капитал на одного работника) общий фонд человеческого капитала остается фиксированным.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни повысит доход на душу населения, если положительное влияние здоровья (это зависит от экологического состояния региона и климата) скажется на человеческом капитале, который превысит потенциальные негативные эффекты, возникающие в результате увеличения численности населения. С учетом всех этих переменных проводится расчет ожидаемой продолжительности жизни населения региона.

С мая 2020 г. ситуация по состоянию здоровья и наличия лекарств резко изменилась в лучшую сторону в основном из-за двух факторов: во-первых, в связи с пандемией прошла волна глобальных фармацевтических и химических инноваций, эффективных против COVID 19. Наиболее важным было открытие и последующее массовое производство вакцины «Спутник V»; во-вторых, болезни, которые выявляются у людей, теперь можно лечить, для большинства людей без серьезных побочных эффектов, включая пневмонию; антибиотики, которые предлагаются для лечения, уменьшают смертность, косвенно вызванную (и приписываемую) вирусам, такими как грипп, который часто убивает, ослабляя иммунную систему и позволяет развиваться вторичным бактериальным инфекциям.

Во всем мире для общего социального и экономического развития необходимо наполнение человеческого капитала. Человеческий капитал обладает потенциалом для оказания услуг не только на индивидуальном, но и на социальном уровне. Человеческий капитал может быть использован в целом или в определенной форме в соответствии с потребностями организации, использующей его. Качество человеческого капитала зависит от человека и его активной работоспособности.

3. Оценка показателей развития региональной системы здравоохранения исходит из потребности людей, которые осознают, что улучшение показателей должно быть направлено на рост качества жизни населения, что отражается в результатах социального обеспечения.

В соответствии с программой проводится оценка развития региональной системы здравоохранения. Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения используются следующие показатели: индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – это составное число, которое имеет значения от 0 до 1. Большее значение ИРЧП указывает на относительно лучшее развитие человека. Индекс человеческого развития (ИРЧП) - это сводная статистика, используемая для ранжирования стран и регионов по уровню человеческого развития. Статистика состоит из следующих данных об ожидаемой продолжительности жизни населения региона; валового регионального продукта (ВРП) на душу населения; как показатель уровня жизни населения региона с учетом регионального уровня развития. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении считается как показатель здоровья населения и долголетия. Уровень качества жизни населения измеряется среднемесячным доходом на душу населения.

Индекс развития человеческого потенциала зависит не только от ВРП на душу населения, который влияет на качество жизни человека, но он является всеобъемлющим показателем человеческого развития.

Для того, чтобы оценить развитие региональной системы здравоохранения, необходимо выявить факторы, влияющие на развитие системы здравоохранения с обоснованием подходов по реализации в обеспечении качества человеческого капитала.

По реализации этих подходов проводится оценка функционирования региональной системы здравоохранения.

Для проведения оценки развития региональной системы здравоохранения необходимо первоначально понять, какие показатели необходимы, чтобы можно было провести оценку выполнения этих показателей и есть ли такая возможность провести их оценку.

ГЛАВА 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА

3.1. Влияние пандемии COVID-19 на развитие региональной системы здравоохранения и капитала здоровья

Коронавирусная инфекция в 2020 году оказала на мировую и российскую экономику негативные последствия, так темпы сокращения валового внутреннего продукта (ВВП) по России составили (-5,5%), они оказались больше среднемирового показателя (-3%) (рис. 3.1).

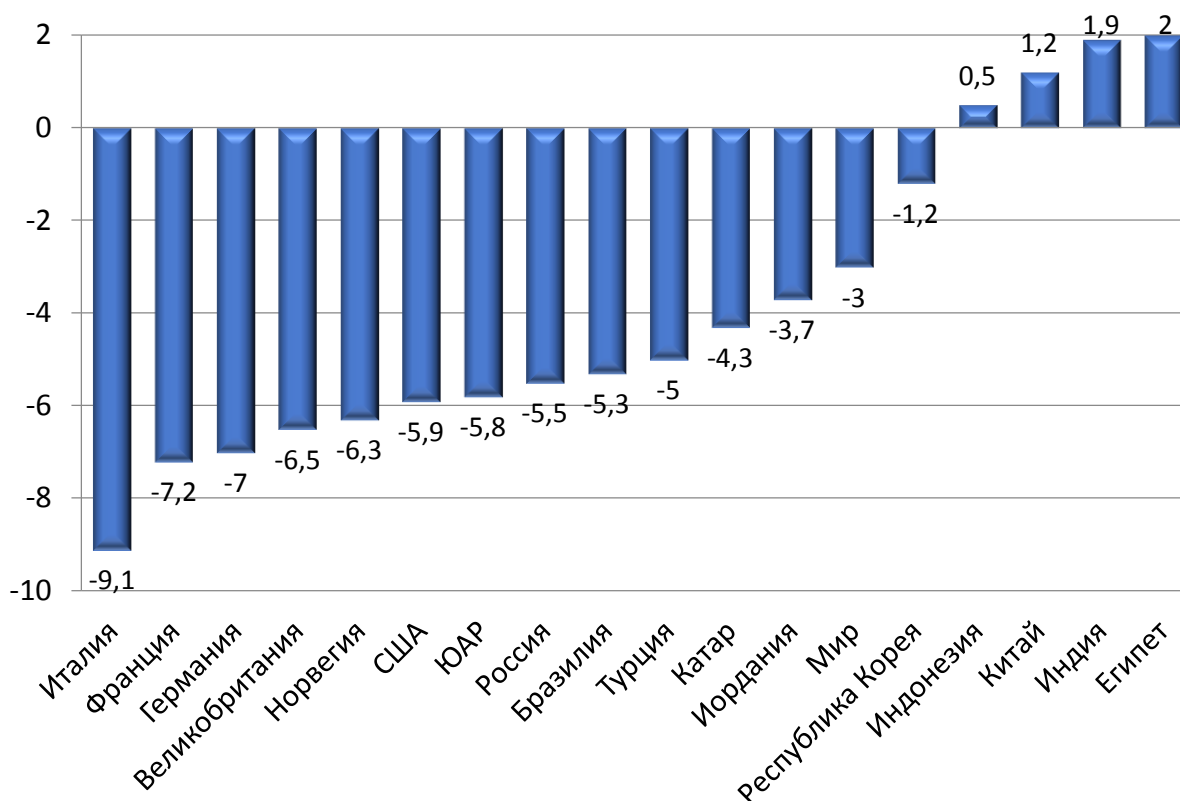


Рис. 3.1. Темпы роста ВВП по России за 2020 г.
(в %, по отношению к предыдущему году)

Из представленных темпов прироста ВВП по странам мы наблюдаем, что пандемия COVID-19 опустошила в 2020 г. глобальную экономику, что

привело к обнищанию многих людей в мире. Кроме того, пандемия породила некоторую неопределенность в отношении экономической и социальной политики. Это явление в последнее время является главной проблемой каждого правительства во всем мире. Исследование показывает влияние пандемии на сокращение масштабов бедности и мирового ВВП путем рассмотрения неоднородных последствий отдельных стран в рамках группового исследования. Мотивация состоит в том, чтобы распутать социальные и экономические последствия для мировой экономики.

За несколько десятилетий мир не видел такого опыта. Однако пандемия оказывает значительное воздействие на различные экономики из-за шоков, вызванных ухудшением условий жизни и здоровья людей. Эта пандемия является исключительно кризисом в области здравоохранения, а также социально-экономическим кризисом из-за последствий, которые она оказывает на жизнь людей и экономику в целом. Кроме того, последствия пандемии будут неоднородными от страны к стране, от региона к региону и она, вероятно, расширит неравенство и бедность во всем мире. Такое развитие событий затормозило прогресс, достигнутый за последние годы. Для того, чтобы выйти на условия устойчивого развития, требующие большого внимания и срочного реагирования (Программа развития Организации Объединенных Наций, 2020 год), необходимо, чтобы связь между окружающей средой, здоровьем и экономическим воздействием на жизнь людей стран в целом стала необходимой в связи с появлением пандемии COVID-19, поскольку глобальная пандемия вызвала необходимость проявлять большую озабоченность по поводу последствий, среди окружающих и окружающей среды, здоровьем человека и экономикой региона, страны. По состоянию на 18 декабря 2020 года число случаев заболевания COVID-19, зарегистрированных во всем мире, составляет 72 851 747, а число смертей-1 643 339, в то время как больше всего пострадали Соединенные Штаты Америки (16 446 844 случая, что составляет 22,58% от общего числа случаев) и 301 536 смертей, что составляет 18,35% от общего

числа смертей в мире, а Индия, Бразилия, Россия и Франция следуют этому примеру как первая пятерка стран с наибольшим количеством случаев заболевания в мире (рис. 3.2).

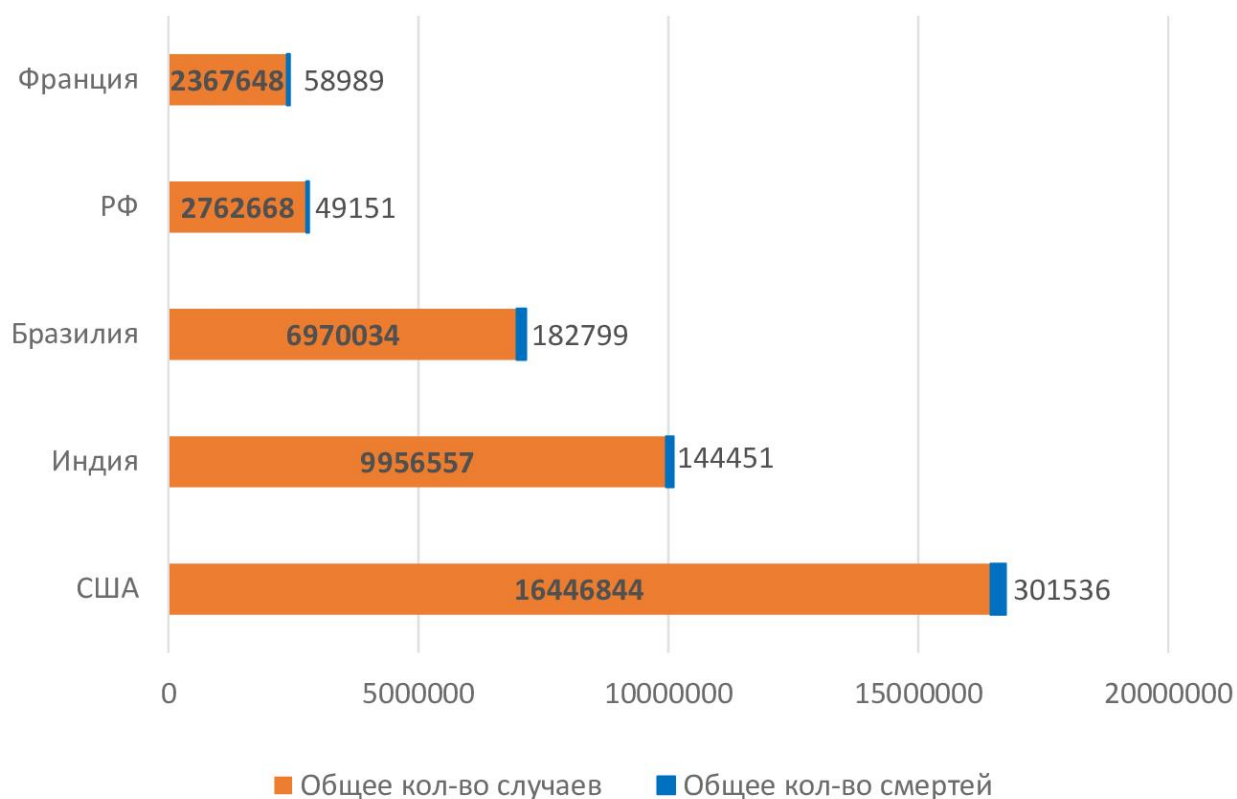


Рис. 3.2. Обновление COVID-19 по состоянию на 18 декабря 2020 г.

Обновляя статистику по России и Алтайскому краю, представим результаты коронавируса на 24.10.2021 (рис. 3.3, 3.4).

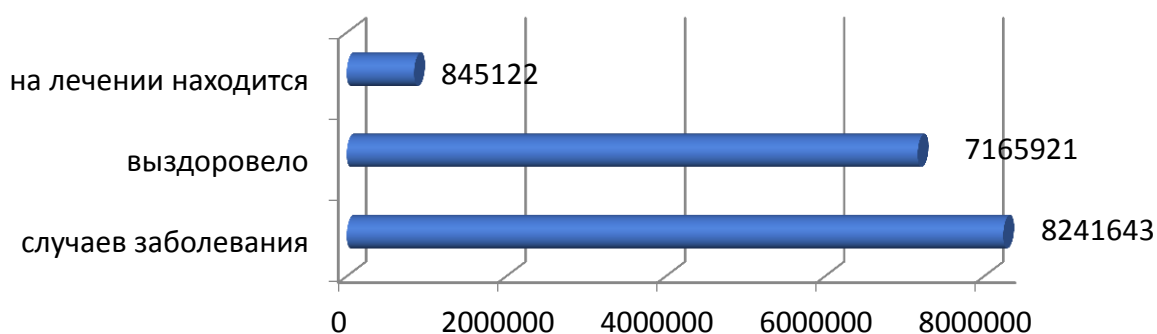


Рис. 3.3. Результаты статистику коронавируса по России

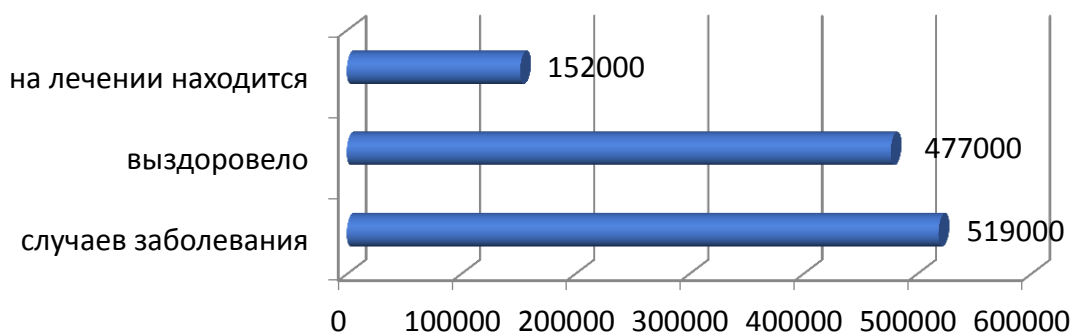


Рис. 3.4. Результаты статистики по коронавирусу в Алтайском крае

Глобальная пандемия одновременно подорвала как спрос, так и предложение в мировой экономике. Что касается предложений по социально-экономическому развитию российских регионов, то перебои, вызванные инфекциями, снизили производительность труда и производительность производства в бизнесе. Ограничения, наложенные на мобильность, социальное дистанцирование и закрытие бизнеса, нарушили поставки товаров и услуг. Со стороны спроса потери доходов и увольнения работников, вызванные карантинами, заболеваемостью и безработицей, а также сокращением инвестиций во всех отраслях и видах экономической деятельности, в домашних хозяйствах произошли из-за экономических ухудшений. Кроме того, жесткие меры, принятые для ограничения распространения вируса, такие как запрет на поездки, карантин, блокировка, ограничения на передвижение, социальное дистанцирование и закрытие общественных мероприятий и общественных мест другими способами повлияли на экономическое развитие и экологическую устойчивость [170; 171].

Согласно «Глобальным экономическим перспективам», мировая экономика прогнозирует сокращение валового внутреннего продукта (ВВП) на 2021 г. на 5,2%, несмотря на чрезвычайные вмешательства различных правительств в решение проблем денежно-кредитной и фискальной политики. Все это, последствия пандемии, по прогнозам, оставят неизгладимый след в мировой экономике, разрушив человеческий капитал в

результате потери здоровья образования и работы, снижения инвестиций и дезинтеграции глобальных производственно-сбытовых и торговых связей. Сегодня большинство стран утверждают, что ограничения и строгие меры, введенные для сдерживания распространения вируса COVID-19 через социальное дистанцирование и блокирование, оказывают серьезное экономическое, экологическое и медицинское воздействие на мировое население. Эффект блокировки внес огромный вклад в укрепление системы здравоохранения и привел к сокращению вредных выбросов, тем самым подняв коэффициент экономичности даже несмотря на то, что пандемия вызвала некоторый хаос, она привела к большим урокам, требующим принятия мер не только гигиены, соблюдения чистоты и культуры к своему здоровью, но и экономической помощи для обеспечения того, чтобы ухудшение темпов экономического развития было зафиксировано.

Пандемия COVID-19 в России затронула порядка 4,17 млн компаний и ИП от общего числа 6,05 млн, то есть до 67 % малых, средних и крупных предприятий и ИП. МСП, которые столкнулись с падением выручки более чем на 30 %.

По данным мониторинга «Мнение малого и среднего бизнеса о мерах государственной поддержки в период эпидемии коронавируса»:

- 53,3% компаний характеризуют свое положение как «кризис» и «катастрофа»;
- 62,2% оценивают шанс выживания ниже 50%;
- на текущий момент деятельность приостановлена у 35,7% компаний, на пике карантина не работало 56,1% компаний;
- 55,6 % компаний отметили, что спрос сократился на 50% и более;
- ключевые трудности — невозможность платить заработную плату (52,4%), аренду и налог на имущество (42,8%);
- большинство компаний не сократили сотрудников, но при этом снизили фонд оплаты труда (ФОТ) (60,88%) и отправили сотрудников в отпуск за свой счет (57,6%).

Блокировка (строгость) ухудшила развитие человеческого капитала на 0,015 и 0,003 балла индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), соответственно. Однако дальнейшее ужесточение мер правительства может привести к ухудшению развития потенциала человеческого капитала в результате потери рабочих мест, потери здоровья и потери доходов от перерабатывающих предприятий. Кроме того, потеря доходов у населения из-за краха бизнеса затормозила усилия по улучшению развития потенциала человеческого капитала за счет инвестиций в здравоохранение, и сразу отмечено ухудшение здоровья, а также увеличения безработных из-за сокращения рабочих мест в организациях и на предприятиях.

Для своевременного восстановления деятельности необходима скоординированная и всеобъемлющая межрегиональная политика реагирования системы здравоохранения в части лечения и уменьшения смертности от ковида (рис. 3.5).

Глобальная пандемия COVID-19 оказывает неблагоприятное воздействие на экономику, общество и уязвима для людей. Возможно, правительствам, директивным органам и партнерам по развитию необходимо адаптировать оперативную политику для обеспечения надежного и устойчивого восстановления. Однако без прагматичных и чрезвычайных социально-экономических мер реагирования потрясения пандемии приведут к эскалации глобальных бед, что наиболее важно, поставив под угрозу средства к существованию и жизнь людей на более длительный период.

Здоровье населения должно обеспечивать социально-экономическое функционирование региона, но при этом сам регион должен обеспечить социально-экономическими условиями систему здравоохранения.

Трансформация российского общества выбрала чёткий путь социально-экономического развития, при этом государственная медицина является превалирующей, но становление частной медицины и внедрение дополнительного медицинского страхования имеет уже богатый опыт.

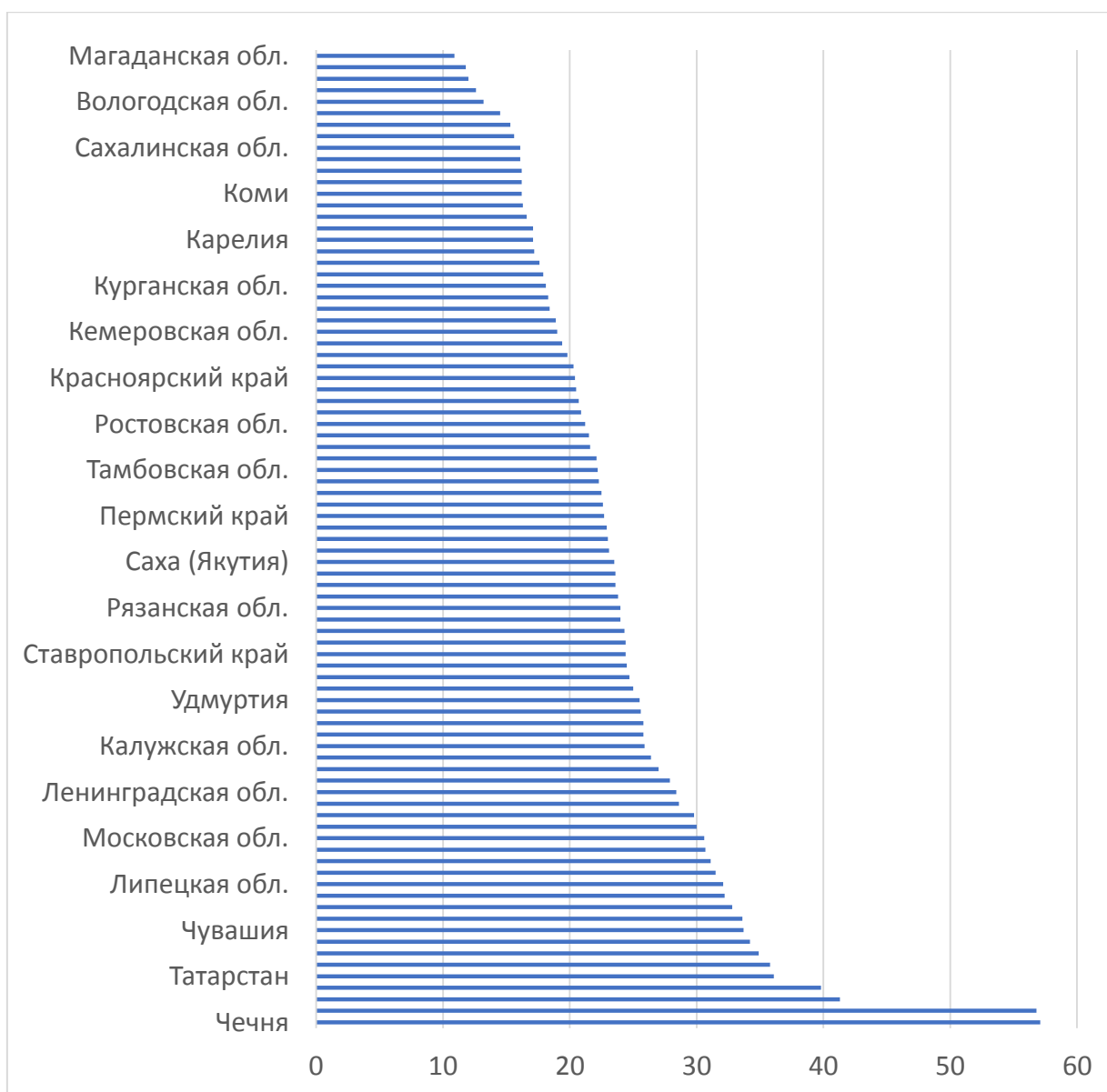


Рис. 3.5. Динамика развития COVID-19 по российским регионам и в Алтайском крае, начиная с мая 2020 г.

Выбрав строгий курс движения уже достигнуты конкретные цели в данной области, именно поэтому так важно говорить сегодня о политике развития региональной системы здравоохранения.

Сегодня для того, чтобы уменьшить количество заболевших коронавирусом пропаганда здорового образа жизни должна быть повсеместна. Регион должен создать благоприятную среду для обеспечения здорового образа жизни. В рамках государственной политики это решение экономических, социальных и экологических вопросов должно

реализовываться на предприятиях и в организациях, где четко должны выполняться поставленные требования. Такой тандем условий дает хорошие плоды для устойчивого развития системы здравоохранения. Разработка критериев по оценке эффективности функционирования региональной системы здравоохранения в регионе проводится с ориентацией на «затраты – результаты», где больше внимания уделяется профилактическим мерам, способных предупредить вспышки эпидемий.

Важную роль в обеспечении региональной системы здравоохранения является питание населения. Говоря о питании, мы подразумеваем высокотехнологичное развитие пищевой промышленности. То есть здесь прослеживается целая цепочка: сельское хозяйство (животноводство и растениеводство), отрасли пищевой промышленности (молочная, мясная, рыбная, мукомольно-крупяная и т.д.). В совокупности, все эти направления определяют состояние здоровья населения через систему питания, при этом пищевая промышленность является элементом социально-экономического развития региона, которая важна для обеспечения региональной системы здравоохранения и человеческого капитала, в частности.

В настоящее время особое внимание уделяется экологическому менеджменту как одному из основных механизмов развития региональной системы здравоохранения. Окружающая среда – это совокупность природных, физических и социальных элементов, которые окружают человека и влияют на его функционирование на различных уровнях. Люди взаимодействуют в окружающей среде, в пределах возможностей отдельного человека. Природная среда, то есть окружающие территории или геофизическое пространство, которое охватывает все живые и неживые объекты и системы, играет важную роль в здоровье. Принадлежность человека к окружающей среде отражается в эволюционном процессе. Человек извлекает ресурсы из окружающей среды, включающую растения и животных, которые он использует в качестве пищи, воды, жилья и одежды.

Взаимодействие между природной средой и здоровьем можно рассматривать с двух точек зрения [12; 27; 28; 60; 61].

Во-первых, обеспечивает ли окружающая среда положительные последствия для здоровья (например, обеспечивая психическое облегчение за счет уменьшения депрессии, уныния, гнева, агрессии, разочарования, враждебности, стресса, а также за счет улучшения самочувствия как отдельного человека, так и общества).

Во-вторых, воздействуя на определенные факторы, связанные со здоровьем, природная среда имеет ряд положительных преимуществ, которые снижают частоту инфекционных заболеваний и усиливают положительное влияние на культурное, духовное благополучие, материальные блага. Окружающая среда обеспечивает психическое благополучие людей за счет рекреационных услуг. Рекреационные услуги, такие как прогулки, кемпинг, туризм обеспечивают множество жизненно важных преимуществ, таких как физические упражнения, эстетические впечатления, интеллектуальную стимуляцию, вдохновение и другие вклады в физическое и психологическое благополучие. Большинство из этих услуг приносят пользу городским жителям, поскольку материалистическая культура в значительной степени заменяет природу, и лишь немногие участки природы в виде парков и лесов используются для рекреационных мероприятий. Природа обеспечивает средства к существованию и помогает в ритмичном образе жизни людям как из сельских, так и из городских районов. Все основные потребности в жизни и здоровье извлекаются из природной среды.

Ключевым качественным показателем в рамках развития человеческого капитала является система здравоохранения. Рассмотрим систему здравоохранения как интегральный показатель, который формирует человеческий капитал в регионе [49; 52; 98; 110; 114].

Одним из важнейших постулатов при установлении интегрального показателя «здравоохранение» служит гипотеза о продолжительности жизни,

а точнее выявление мер, необходимых для увеличения продолжительности жизни населения с учетом всех текущих обстоятельств. При исследовании здоровья граждан стоит выделить два показателя:

- количественный;
- качественный.

Под количественным показателем мы подразумеваем число больных, количество болезней, число больниц и медицинских учреждений, количество обращений за текущий период, число зарегистрированных случаев заболевших коронавирусом. Данные обстоятельства определили несовершенство действующей модели здравоохранения и необходимость совершенствования системы здравоохранения.

Пандемия COVID-19, стала еще одним свидетельством несовершенства современной модели здравоохранения показавшей, что действующая система здравоохранения способна бороться с последствиями пандемии COVID-19, но не способна оказать сколь-либо существенные действия на предотвращение заболевания и его распространение. Данное обстоятельство подтверждается данными таблицы 3.1, в которой представлены количественные показатели влияния пандемии COVID-19 на экономику и систему здравоохранения Алтайского края за 2019–2020 гг. (табл. К).

Таблица 3.1 – Количественные показатели влияния COVID-19 на экономику и систему здравоохранения Алтайского края за 2019–2020 гг.

Наименование показателя	Ед. изм.	2019	2020	% роста 2020/2019
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	тыс. чел.	117	343	293,2
Число человеко-дней нетрудоспособности у пострадавших на производстве	тыс. дней	19,2	18,4	95,8
Число человеко-дней нетрудоспособности (включая COVID-19)	тыс. дней	819	4116	502,6

Качественный показатель призван обеспечить эффективность реализации программ и реформ системы здравоохранения, поскольку отражает уровень смертности и заболеваемости, расходы на медицину, оценку трудовых ресурсов в сфере здравоохранения, ожидаемая общая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, коэффициент смертности по разным причинам, выполнение национальных проектов (табл. 3.2).

Таблица 3.2 – Качественные показатели влияния пандемии COVID-19 на экономику и систему здравоохранения Алтайского края за 2019–2020 гг.

Наименование показателя	Ед. изм.	2019	2020	% роста 2020 / 2019
Уровень смертности				
Стационарная медицинская помощь	млн руб.	5707,0	7463,0	130,7
Ожидаемая общая продолжительность жизни	лет	70,9	71,4	100,7
Расходы на национальный проект «Здравоохранение»	млрд руб.	1,2	21,0	В 17,5 раз

В настоящее время для развития системы здравоохранения и капитала здоровья необходимо ставить задачи с постоянным проведением экономического анализа и прогнозированием результатов сценариев выхода из кризиса. Региональная система здравоохранения Алтайского края на 2020 г. и 1 квартал 2021 г. поставила следующие задачи (рис. 3.6).

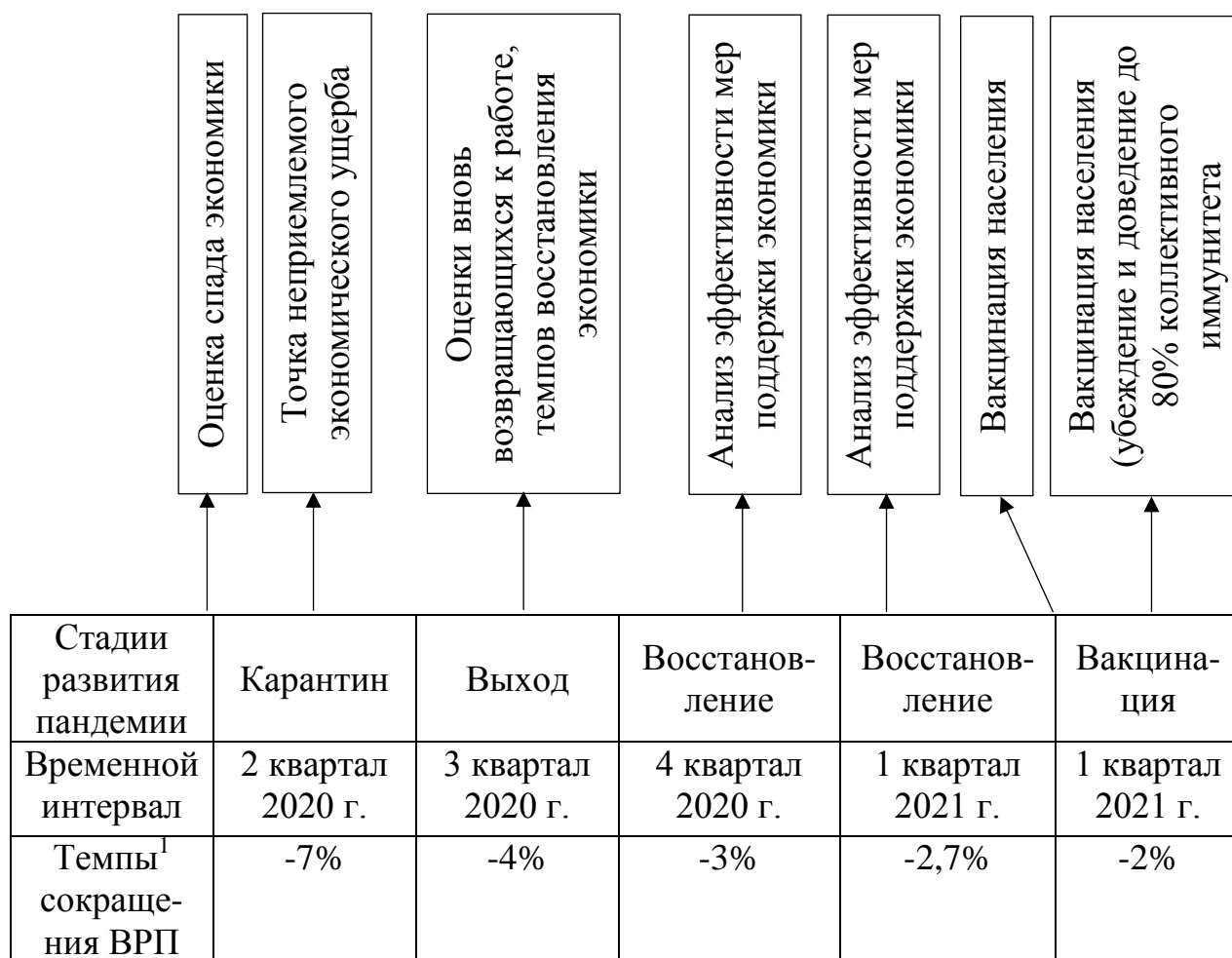


Рис. 3.6. Стадии развития пандемии COVID-19 и ее влияние на экономику Алтайского края за 2020–2021 гг.

Уровень влияния пандемии COVID-19 на экономику региона, определяется снижением динамики ВРП. Для оценки потенциальных потерь ВРП может быть использована следующая формула:

$$V_{\text{потерь ВРП}} = (Ч_{\text{дн}} * D_{\text{рн}} / 100 * (ЗП_{\text{см}} / 22) * (100 / D_{\text{зп}}) + (Ч_{\text{дн}} * D_{\text{рн}} / 100 * ВРП_{\text{дн}} * (1 - D_{\text{зп}} / 100)) * I_{\text{и}}, \text{ где}$$

$V_{\text{потерь ВРП}}$ – объем потерь ВРП;

$Ч_{\text{дн}}$ – число дней нетрудоспособности больных COVID-19

¹ Проценты спада экономики по Алтайскому краю представлены Росстатом.

$D_{рн}$ – доля работающего населения в его общей численности;

$ЗП_{см}$ – среднемесячная заработная плата;

$ВРП_{дн}$ – объем ВРП, приходящийся на одного занятого в экономике за год, предшествующий пандемии COVID-19;

$D_{зп}$ – доля оплаты труда в ВРП;

$I_{и}$ – индекс роста цен (применяется при оценке потерь ВРП на основе данных предшествующих периодов).

На основании предложенного методического подхода с использованием данных за 2019-2020 годы (табл.7) проведена оценка прямых потерь ВРП Алтайского края в 2020 г. в результате пандемии COVID-19, которая составила 8006,97 млн. руб., что составляет около 1,18% от его прогнозной величины.

Таблица 3.3 – Данные для расчет объема потерь ВРП Алтайского края за 2020 год в результате пандемии COVID-19

Обозначение показателей	$Ч_{дн}$, дней (табл.5)	$D_{рн}$, %	$ЗП_{см}$, тыс. руб.	$ВРП_{дн}$, тыс. руб.	$D_{зп}$, %	$I_{и}$
Значение	3 297 000	46,43	27,962	2,38	35,8	1,03

Региональная система здравоохранения в течение всего периода пандемии COVID-19 использует схему взаимодействия экономических и медицинских расчетных блоков как и все регионы России (рис. 3.7).

Во всех расчетных блоках ведется учет по региону:

- заболевших коронавирусом;
- выздоровевших;
- умерших.

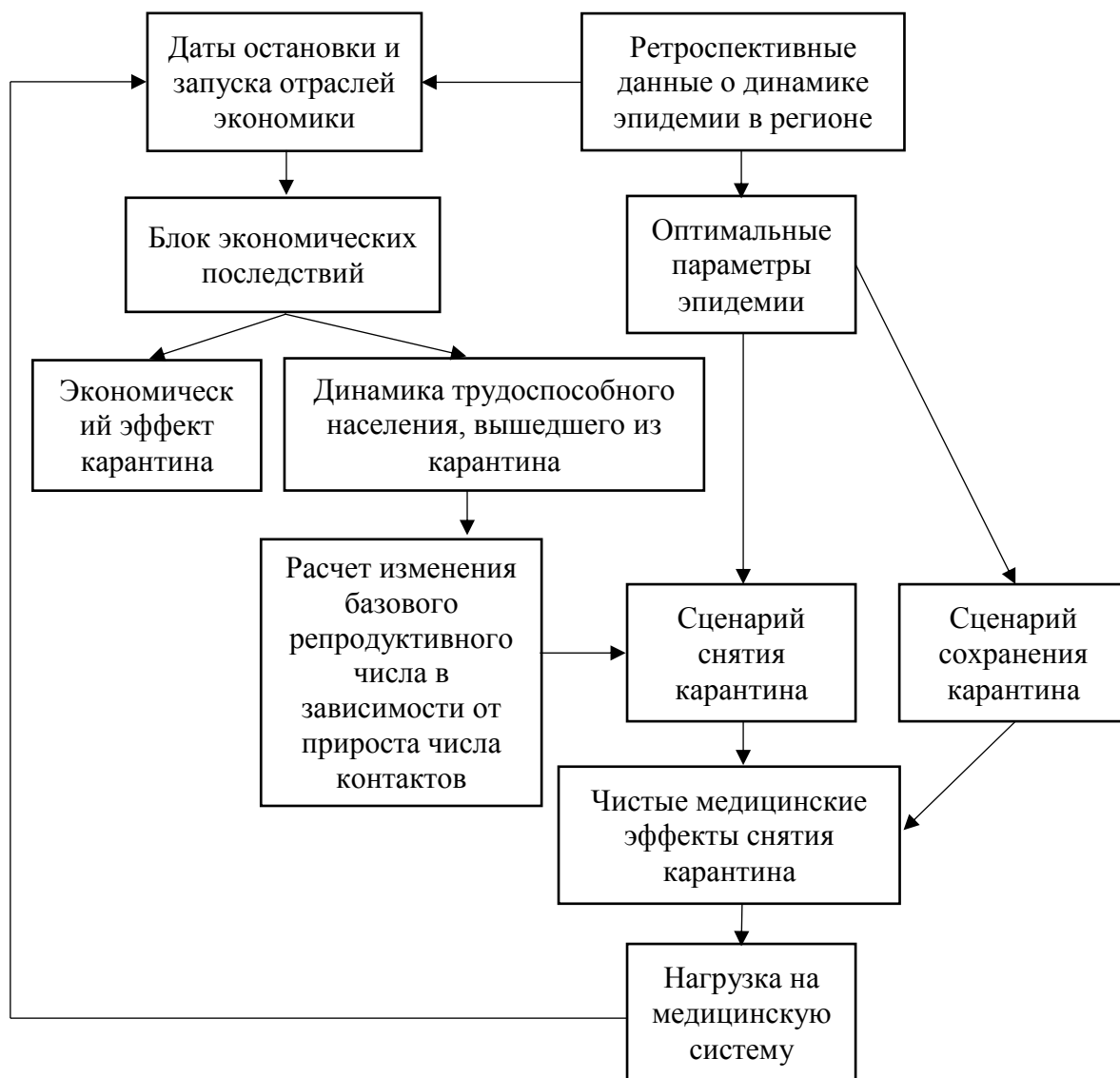


Рис. 3.7. Схема взаимодействия экономических и медицинских расчетных блоков в Алтайском крае

В итоге прогноз ежедневного прироста числа подтвержденных случаев следующий (рис. 3.8).

Условием поэтапного снятия карантина должно стать ограничение давления на систему здравоохранения.

Снижение условий изоляции а расчете на май 2020 г. дает рост ежедневной заболеваемости COVID-19 примерно на 20% по России и 5% по Алтайскому краю.

В соответствии с теорией развития человеческого капитала, возникает необходимость совершенствования региональной системы здравоохранения, как основной ее части, используя следующие инструменты.

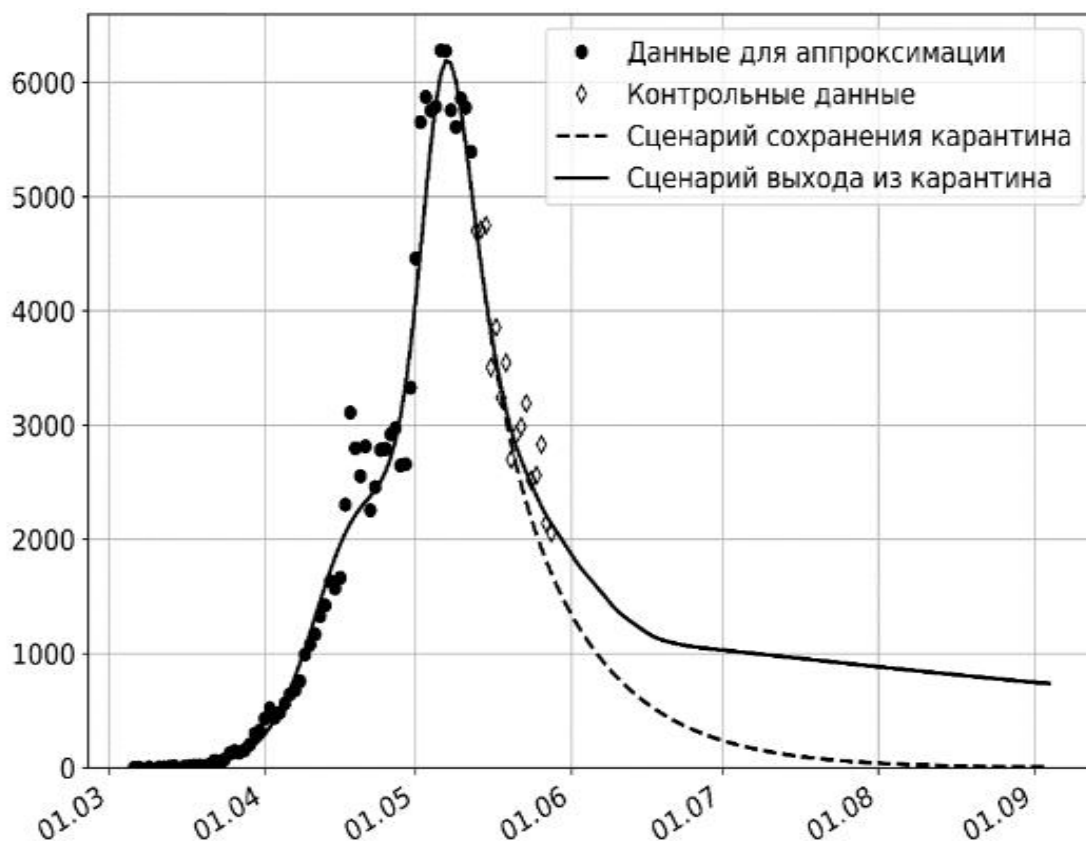


Рис. 3.8. Ежедневный прирост числа подтвержденных случаев на 1.09.2021 по РФ и Алтайскому краю

Если участились заболевания по тем или иным причинам (ярким примером служит текущая пандемия COVID-19), общество может переходить на другие технологии осуществления трудовой деятельности. Не секрет, что коронавирусная инфекция заставила большинство людей перейти в режим «онлайн», тем самым обретая новый квалификационный уровень.

Также общество, имея более слабый иммунитет или здоровье, старается использовать новые факторы производства, заменяя человеческий труд (имеется в виду переход на более высокую степень технологического уклада). Такой подход ярко подчеркивает взаимосвязь этих показателей и необходимость ставить во главу угла систему здравоохранения.

Восстановление и воспроизводство человеческого капитала аналогичным образом накладывает отпечаток на финансовый аспект, поскольку заболевания создают дополнительные барьеры для развития трудового потенциала и требуют больших затрат по устранению подобного дисбаланса в региональной экономике. Именно поэтому региональные и федеральные национальные проекты по типу «Здоровье» призваны обеспечить минимизацию уровня заболеваний с целью стабилизировать трудовой потенциал, учитывая пандемию COVID-19.

Основные проблемы, связанные с диссонансом социально-экономической ситуации в системе здравоохранения в целом, выражаются в недоработанности и несовершенстве программ поддержки медицинских учреждений, а также медицинского страхования. Суть в том, что обязательное медицинское страхование не полностью покрывает потребность людей в получении медицинских услуг, что соответственно сказывается на их здоровье. Причиной служит слабое финансирование медицинских учреждений через фонды обязательного медицинского страхования.

Инструментом решения данной проблемы является развитие системы дополнительного медицинского страхования, которое значительно расширяет круг и спектр медицинских услуг. Но данный тип системы медицинского страхования не может подходить всем и каждому, в первую очередь по опять же финансовым соображениям. Только конкурентоспособные организации с высоким уровнем финансовой возможности способны предоставлять своим работникам полис дополнительного медицинского страхования, поскольку это является существенной финансовой нагрузкой. В Алтайском крае таких организаций две – «Газпром» и «Роснефть».

В ближайшее время потребуются действия в региональной системе здравоохранения – это создание мобилизационного резерва больничных

коек, что потребует удорожания медицинского страхования или дополнительных расходов бюджета.

Учитывая стадии развития пандемии COVID-19 и ее влияние на экономику Алтайского края, представим расчет по повышению производительности производства за счет активной деятельности здравоохранения по оздоровлению населения региона и использованию человеческого капитала в части повышения производительности производства за счет увеличения рабочих часов (табл. 3.4).

Таблица 3.4 – Расчет по увеличению производительности производства за счет сокращения дней нетрудоспособности по Алтайскому краю на 2021 г.

Показатели, влияющие на повышение производительности производства	Расчет по повышению производительности производства за счет добавленного рабочего времени
1	2
- количество рабочих дней в году (баланс рабочего времени, 40 час. в неделю, 2021 г.)	164,33
- количество дней нетрудоспособности с учетом COVID-19 (2020 г.)	4116 дней * 8 час. = 32928 час.
- количество рабочих дней, вошедших в локдаун, итого (с 30.10.21 по 7.11.2021)	3 дня * 8 час. = 24 час.
- годовой баланс рабочего времени на 1 чел., час.	1972
- количество дней нетрудоспособности (с учетом COVID-19) в среднем на 1 работающего человека	3,09 дня * 8 час. = 24,72 час.
- процент нетрудоспособности в расчете на 1 человека к годовому балансу рабочего времени	0,013%
- численность работающих 1367 тыс. чел., 8/10 работающих непосредственно на производстве	1367 тыс. чел. 1094 тыс. чел.
Общий фонд нерабочих часов составил 26256, что составляет от годового баланса рабочего времени	0,01% на 1 чел.

1	2
- при достижении коллективного иммунитета 80% количество больных людей COVID-19 резко сократится	% дней нетрудоспособности упадет в 4 раза
В итоге из 6,3 дней нетрудоспособности 4,7 дней будут рабочими	4,7 дней * 8 час. = 37,6 час.
- производительность производства в месяц увеличится за счет рабочих часов	на 8,5%

Представленные расчеты можно применить, сочетая с расчетами, представленными Росстатом по темпам сокращения ВРП (рис. С), что дает очень приблизительный результат – 2% (1 квартал 2021 г. вакцинация +8,5%), с учетом расчетов этот результат корректируется и получается более точным.

Таким образом, коронавирусная инфекция в 2020 году оказала на мировую и российскую экономику негативные последствия, так темпы сокращения валового внутреннего продукта (ВВП) по России составили (-5,5%), они оказались больше среднемирового показателя (-3%).

Глобальная пандемия одновременно подорвала как спрос, так и предложение в мировой экономике. Что касается предложений по социально-экономическому развитию российских регионов, то перебои, вызванные инфекциями, снизили производительность труда и производительность производства в бизнесе. Ограничения, наложенные на мобильность, социальное дистанцирование и закрытие бизнеса, нарушили поставки товаров и услуг. Со стороны спроса потери доходов и увольнения работников, вызванные карантинами, заболеваемостью и безработицей, а также сокращением инвестиций во всех отраслях и видах экономической деятельности, в домашних хозяйствах произошли из-за экономических ухудшений. Кроме того, жесткие меры, принятые для ограничения

распространения вируса, такие как запрет на поездки, карантин, блокировка, ограничения на передвижение, социальное дистанцирование и закрытие общественных мероприятий и общественных мест другими способами повлияли на экономическое развитие и экологическую устойчивость.

Эффект блокировки внес огромный вклад в укрепление системы здравоохранения и привел к сокращению вредных выбросов, тем самым подняв коэффициент экономичности даже несмотря на то, что пандемия вызвала некоторый хаос, она привела к большим урокам, требующим принятия мер не только гигиены, соблюдения чистоты и культуры к своему здоровью, но и экономической помощи для обеспечения того, чтобы ухудшение темпов экономического развития было зафиксировано.

При исследовании здоровья граждан стоит выделить два показателя: количественный; качественный.

Пандемия COVID-19, стала еще одним свидетельством несовершенства современной модели здравоохранения показавшей, что действующая система здравоохранения способна бороться с последствиями пандемии COVID-19, но не способна оказать сколь-либо существенные действия на предотвращение заболевания и его распространение.

Региональная система здравоохранения в течение всего периода пандемии COVID-19 использует схему взаимодействия экономических и медицинских расчетных блоков как и все регионы России

В соответствии с теорией развития человеческого капитала, возникает необходимость совершенствования региональной системы здравоохранения, как основной ее части, используя следующие инструменты.

Если участились заболевания по тем или иным причинам (ярким примером служит текущая пандемия COVID-19), общество может переходить на другие технологии осуществления трудовой деятельности. Не секрет, что коронавирусная инфекция заставила большинство людей

перейти в режим «онлайн», тем самым обретая новый квалификационный уровень.

Также общество, имея более слабый иммунитет или здоровье, старается использовать новые факторы производства, заменяя человеческий труд (имеется в виду переход на более высокую ступень технологического уклада). Такой подход ярко подчеркивает взаимосвязь этих показателей и необходимость ставить во главу угла систему здравоохранения.

Восстановление и воспроизводство человеческого капитала аналогичным образом накладывает отпечаток на финансовый аспект, поскольку заболевания создают дополнительные барьеры для развития трудового потенциала и требуют больших затрат по устранению подобного дисбаланса в региональной экономике. Именно поэтому региональные и федеральные национальные проекты по типу «Здоровье» призваны обеспечить минимизацию уровня заболеваний с целью стабилизировать трудовой потенциал, учитывая пандемию COVID-19.

Основные проблемы, связанные с диссонансом социально-экономической ситуации в системе здравоохранения в целом, выражаются в недоработанности и несовершенстве программ поддержки медицинских учреждений, а также медицинского страхования.

Инструментом решения данной проблемы является развитие системы дополнительного медицинского страхования, которое значительно расширяет круг и спектр медицинских услуг. Но данный тип системы медицинского страхования не может подходить всем и каждому.

Учитывая стадии развития пандемии COVID-19 и ее влияние на экономику Алтайского края, представим расчет по повышению производительности производства за счет активной деятельности здравоохранения по оздоровлению населения региона и использованию человеческого капитала в части повышения производительности производства за счет увеличения рабочих часов.

3.2. Направления совершенствования системы здравоохранения, обеспечивающей повышение эффективности использования человеческого капитала

Разрабатывая методические рекомендации по формированию основы экономического роста системы здравоохранения Алтайского края, необходимо проработать стратегию развития системы здравоохранения, отразив в ней показатели экономического роста, такие как:

- средняя продолжительность жизни;
- снижение смертности;
- здоровье населения.

Теоретические взгляды на среднюю продолжительность жизни основаны на научных трудах и профессиональных перспективах развития системы здравоохранения и социально-экономического развития региона, представленные в параграфах 1.3 и 2.3, которые необходимо дополнить в прикладном варианте, где отразить развитие региональной системы здравоохранения в том числе и Алтайского края происходит с учетом реализации моделей здоровья, таких как:

- медицинская;
- социальная.

Медицинская модель известна как биомедицинская или западная модель здоровья. Эта модель имеет научное, редукционистское, индивидуалистическое и механическое понимание, которое рассматривает здоровье с точки зрения медицинской диагностики, патологических симптомов, лечения заболеваний и болезней. Физическое тело рассматривается как отдельная сущность от социальных и психологических процессов. Отсутствие болезней и недугов рассматривается как состояние здоровья, требующее интенсивной биохимической медицинской помощи и профилактики заболеваний. Эта модель основана на «медикализации», которая в основе своей содержит научные инновации, помогающие решать

человеческие проблемы. Медицинская (биомедицинская) модель доминировала в системе здравоохранения благодаря своей рациональной интерпретации причинно-следственной связи заболеваний. Медицинская модель подвергается постоянной критике за ее неприменение социально-психологических и экологических факторов, которые в большей степени влияют на среднюю продолжительность жизни. Социологи ставят под сомнение эмпирическую природу биомедицинских знаний, применяемых в медицинской науке. В современных условиях медицинская модель продолжает использоваться, так большое количество людей доверяют медикализации и верят в ее исцеление.

Социальная модель здоровья предполагает, что на здоровье влияет множество факторов, которые действуют извне организма, таких как:

- политические;
- экономические;
- социальные;
- психологические;
- культурные.

Эта модель подчеркивает, что средняя продолжительность жизни определяется социальными факторами. Данная модель определяет, что индивидуальные различия в инцидентах со здоровьем являются результатом социальных ситуаций и социальных статусов. Социальная модель не может быть выше медицинской модели, но обе они взаимозависимы друг от друга для понимания природы, профилактики и укрепления здоровья [122; 132; 135; 137; 138].

Обе эти модели используются для снижения смертности, где первичная медико-санитарную помощь (ПМСП) является важнейшей медицинской помощью, основанной на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые становятся универсально доступными для населения, благодаря их всестороннему участию и за счет средств, которые утверждены для региональной системы здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь является неотъемлемой частью как системы здравоохранения региона, так и центральной функцией, в основном направлении развития системы здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь является основным звеном в социально-экономическом развитии общества. Это первый уровень контакта отдельных лиц, семьи с системой здравоохранения, который максимально приближает медицинское обслуживание к месту, где люди живут и работают, и представляет собой первый элемент непрерывного процесса оказания медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь является первым пунктом направления пациентов и членов их семей для продолжения лечения и служит для распространения медицинской помощи на уязвимые группы (дети, женщины, пожилые люди и бедные). Первичная медико-санитарная помощь рассматривается как наиболее фундаментальная и элементарная система здравоохранения, которая лечит пациентов на каждом первичном этапе. Центр первичной медико-санитарной помощи является первичным в развитии региональной системы здравоохранения. Успех и долговечность первичной медико-санитарной помощи зависят от социальной приемлемости и поддержки общества [7; 140; 144; 147; 151].

В этом контексте первичная медико-санитарная помощь состоит как из первичной медицинской помощи, так и из мероприятий, связанных с детерминантами здоровья населения региона. Представим действия первичной медико-санитарной помощи в современных условиях по Алтайскому краю (рис. 3.9).

Развитие системы здравоохранения в части первичной медико-санитарной помощи	Характеристика первой медико-санитарной помощи
<p>- прямая зависимость системы здравоохранения от социально-экономического развития региона</p> <p>- просвещение о существующих проблемах в регионе и профилактические меры</p> <p>- охват всех территорий региона</p> <p>- максимальный общественный и индивидуальный контроль первичной медико-санитарной помощи с максимальным использованием всех ресурсов</p>	<p>- применение методов первичной медико-санитарной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • биомедицинские услуги • лечебные и реабилитационные услуги <p>- содействие по снабжению безопасной водой</p> <p>- контроль за обеспечением здоровым продовольствием и питанием</p> <p>- профилактика местных эндемических заболеваний</p> <p>- охрана здоровья матери и ребенка</p> <p>- обеспечение основными лекарствами</p> <p>- наличие фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) в селах, где проживает до 100 человек</p> <p>- наличие в каждом районном центре не менее 2 автобусов, переоборудованных в ФАПы, для оказания помощи в деревнях, где численность проживающих менее 100 чел.</p> <p>- обеспечение лекарствами по льготной цене всех ветеранов и инвалидов труда на всей территории региона</p> <p>- улучшение комплексного медицинского обслуживания для всех и уделение приоритетного внимания наиболее нуждающимся</p>
<p>Обеспечение медицинских работников, включая врачей, медсестер, акушерок, вспомогательных работников достойным уровнем оплаты труда</p>	<p>Условия, которые должны соответствовать всем нормам и требованиям для оказания первичной медико-санитарной помощи</p>

Рис. 3.9. Действия первичной медико-санитарной помощи в современных условиях

Говоря о долголетию, мы подразумеваем такие индикаторы как уровень рождаемости и уровень смертности. Но в контексте нынешних событий мы

просто обязаны включить эпидемиологическую ситуацию в стране (и её оценку), а также восприимчивость человеческого организма к подобным флуктуациям.

И здесь необходимо учитывать социально-экологический подход к здоровью, который учитывает то, что состояние здоровья отдельного человека или общества определяется сложными взаимосвязанными отношениями между людьми и их окружающей средой. Природная среда поддерживает и поощряет психическое здоровье и качество жизни населения. Природная среда формирует наше физическое, социальное, эмоциональное, интеллектуальное и духовное состояние. Некоторые аспекты этих связей являются абсолютными и не могут быть созданы с помощью технологий. Вода, которую мы пьем, воздух, которым мы дышим, и основные продукты питания, которые мы выращиваем, не могут быть созданы без участия природных факторов. Мы извлекаем эти ресурсы из окружающей нас среды. В некотором смысле все они предоставляют экосистемные услуги. Экосистемные услуги, предоставляемые природой, приносят пользу человеку за счет питания, очистки воды, защиты от стихийных бедствий и снижения распространения инфекционных заболеваний.

Алтайский край по переработке пищевых продуктов считается самым экологически чистым регионом. Так продукты растениеводства и их переработка пользуются большим спросом на внутреннем и внешнем рынках, такие как:

- пшеница – мука – мучные изделия (макароны, лапша, спагетти, хлеб, хлебобулочные);
- гречка – гречневая крупа (продел);
- просо – пшено;
- подсолнечник – подсолнечное масло, семечки;

Продукты животноводства:

- мясо – свинина, говядина, баранина, куры, утки, гуси;

- молоко – масло, сметана, сыр.

Эти продукты Алтайский край в большом количестве даже не вывозит, за ними приезжают (Новосибирск, Кемерово, Тюмень, Казахстан, Монголия, Китай).

Здоровье рассматривается как драгоценный аспект человеческой жизни. Поскольку хорошее здоровье является необходимым условием благополучия человека, техническое определение здоровья и его значение для восприятия населением в целом требуют надлежащего внимания. Здоровье человека зависит от качественного статуса человека, такого как образование, модель поведения, культурное наследие, а также от конкретного времени и ситуации, в которую попадает человек во время интерпретации концепции здоровья. Хорошее или оптимальное здоровье, являющееся неотъемлемой частью человеческого благополучия и необходимым условием для эффективной жизнедеятельности человека, оно также зависит от сложностей образа жизни. Необходимо понять, что здоровье не является общей и независимой сущностью в жизни человека, но оно имеет различные аспекты, включая биомедицинские, социальные и другие взаимосвязанные и взаимозависимые показатели. Вот почему здоровье – это абстрактное понятие. Задача разработки правильного определения здоровья усложняется тем фактом, что оно требует динамичного понимания широкого спектра перспектив, знаний, субъективностей и опыта, которые, в свою очередь, находятся под экономическим, социальным, историческим и культурным влиянием [149; 150; 159; 163; 169].

Все уточнения и дополнения по определению здоровья выражаются через эффекты, которые можно разделить на три группы проблем.

Первая проблема – это непреднамеренная медикализация общества. Постоянный акцент на «полном физическом благополучии» оставил дилемму о том, как достичь полноты, которая может привести к дорогостоящему медицинскому вмешательству и скринингу, приносящих пользу

фармацевтам, но у человека применение лекарств увеличивает медицинскую зависимость и риск для здоровья.

Во-вторых, сегодня характер заболеваемости изменился в связи с демографией, мерами здравоохранения и вмешательствами, а также с образом жизни. Острые заболевания в настоящее время не являются серьезным бременем в современном мире. Сегодня хронические заболевания стали одной из самых серьезных проблем для системы здравоохранения. Определение Всемирной организации здравоохранения становится контрпродуктивным, поскольку оно определяет хронические заболевания и инвалидность как болезнь. Это снижает роль способности человека к ощущению благополучия при перенесении хронического заболевания или инвалидности (он психологически относит себя к инвалидам).

Третья проблема заключается в операционном недостатке определения, которое остается неподходящим, поскольку «полный» не является ни оперативным, ни измеримым.

Современное исследование в области психосоматической медицинской науки и духовной философии объясняет более широкую интерпретацию здоровья и, следовательно, расширяет определение здоровья, включив в него «физическое, эмоциональное, духовное и социальное благополучие». Здоровье можно рассматривать как гармоничное и сбалансированное сосуществование этих взаимосвязанных и взаимозависимых проблем. Любое изменение, которое имеет тенденцию нарушать это гармоничное и сбалансированное сосуществование, может поставить под угрозу здоровье отдельного человека. Сегодня здоровье человека не просто объективные осмотры и измерения тела или разума, но также это положительная оценка самим человеком своего тела и разума, что позволяет ему адаптироваться и управлять собой.

Целостное здоровье включает в себя лечение или излечение любого заболевания и способствует общему здоровью и благополучию отдельных людей.

Сегодня работает модель, которая включает в себя и медицинскую, и социальную модель, такой стала интегрированная модель. Исходя из сказанного, до мая 2020 г. на всех территориях РФ использовалась интегрированная модель, которую схематично представим на рисунке 3.10.

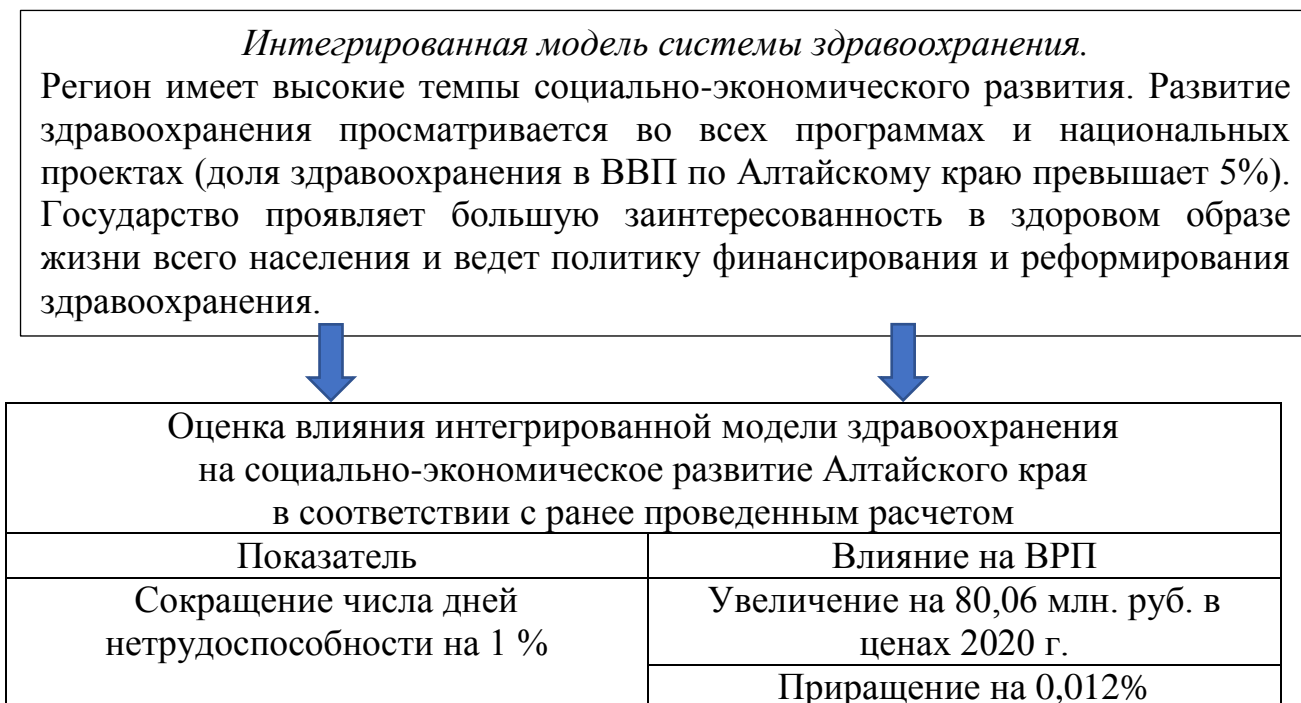


Рис. 3.10. Эффекты внедрения интегрированной модели системы здравоохранения

Очевидным результатом внедрения интегрированной модели здравоохранения является увеличение ВРП региона. Очевидным результатом внедрения Применительно к условиям Алтайского края, определяемыми средней заработной платой в регионе, долей работающего населения в его общей величине, и вкладом оплаты труда в формирование ВРП сокращение числа дней нетрудоспособности населения региона на 1% обеспечит приращение ВРП на 0,012%.

Интегрированная модель представляет интерес у населения Алтайского края, так как экономически ее ощущает каждый житель региона и в городе, и в селе, так городское население получило больше возможностей по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС) больше получать медицинских услуг узкого профиля, а в селах стали открываться ФАПы, где

тоже при наличии полиса ОМС жители могут пройти лечение. Платными остаются только узкопрофильные врачи. Но с мая 2020 г. по всему миру началась эпидемия, которая получила название COVID-19. Пандемия COVID-19 сразу оказала влияние на падение темпов прироста крупнейших экономик по всему миру и в России тоже (рис. 3.11).

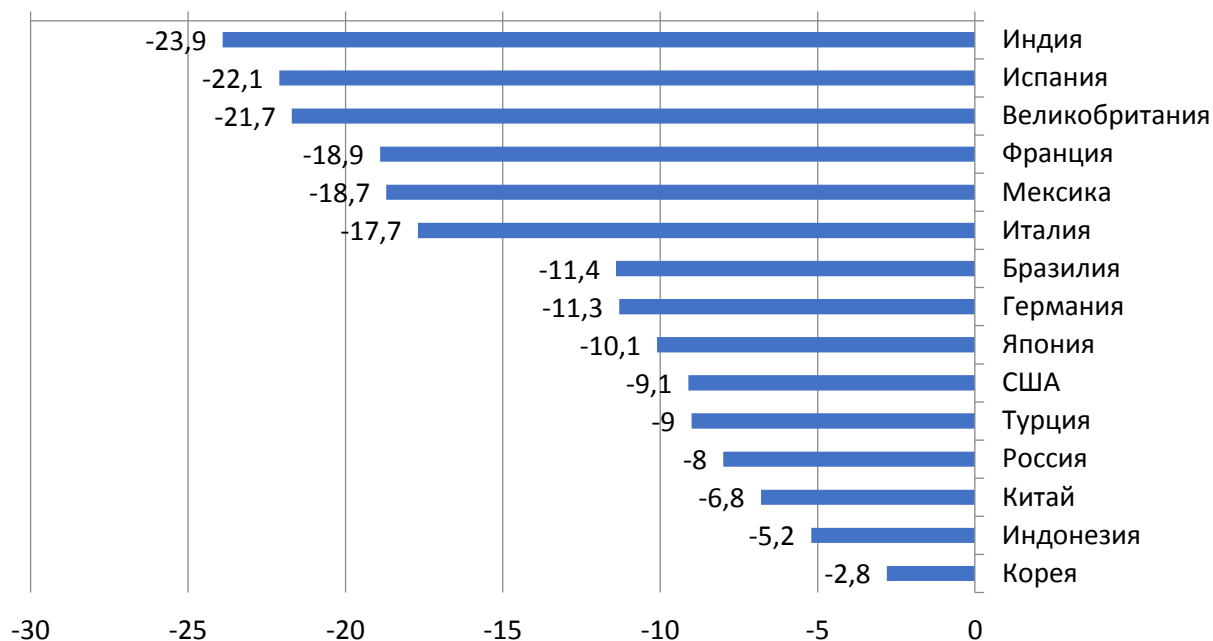


Рис. 3.11. Темп прироста валового внутреннего продукта (ВВП) за 2 квартал 2021 г.

Падению темпов роста валового внутреннего продукта способствовала заболеваемость людей COVID-19 (рис. 3.12).

В Алтайском крае заболеваемость COVID-19 на 22 ноября 2021 г. составила прирост к 25 августа 2021 г. +273 чел., это 22 место среди 85 регионов России. Вакцинацию 1 дозы провели 922054 чел., 2 дозы – 808693 чел., коллективный иммунитет составляет 38,4%.

Низкий коллективный иммунитет объясняется недоработкой в организации проведения вакцинации, а также невыполнением Постановления Правительства Алтайского края об оборудовании автобусов в передвижной ФАП, который должен в соответствии с графиком объезжать все малые села (около каждого дома) и приглашать население на прививку.

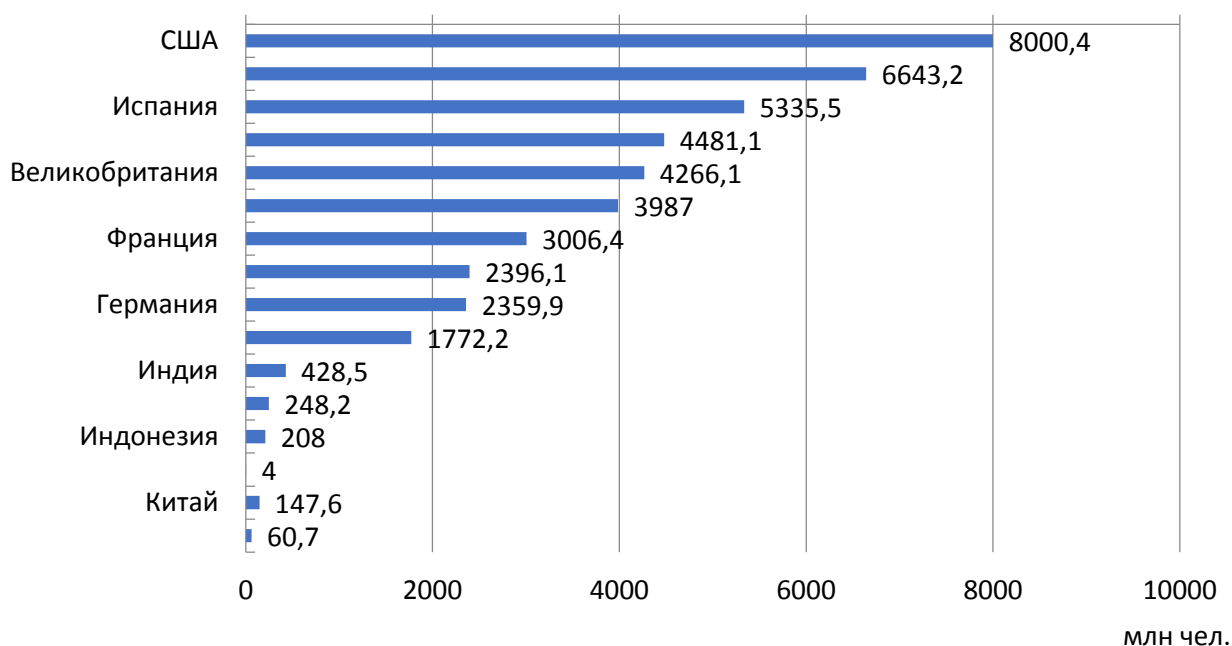


Рис. 3.12. Заболеваемость по COVID-19 за 2 квартал 2021 г. на млн чел.

Как показала практика, где были передвижные ФАПы население 100% сделали прививки. До 1 марта 2022 г. коллективный иммунитет по стране должен достичь 80%, поэтому региональному Министерству здравоохранения необходимо принять все меры, чтобы вывести Алтайский край из зоны риска.

Учитывая все мероприятия и культуру поведения населения относительно COVID-19, предлагается модернизированная интегрированная модель, в которой обязательно должны быть учтены культурные подходы. Это все формирует интегрированную модель, которая учитывает факторы, влияющие на развитие региональной системы здравоохранения и подходы по повышению использования человеческого капитала.

Результат деятельности интегрированной модели:

- снижение заболеваемости (коллективный иммунитет играет очень важную роль);
- увеличение фактически отработанных рабочих дней (за счет уменьшения дней нетрудоспособности);

- перевод предприятий на надомный режим работы (использование цифровых технологий), это дает возможность людям иметь стабильную заработную плату, а предприятиям – уменьшить количество арендных помещений;

- больше времени уделять воспитанию детей и заниматься их здоровьем.

Российская экономика оказалась среди «лучших» по итогам 2 кв. 2020 г. При том, что заболеваемость от COVID-19 в России одна из самых высоких в пересчете на 1 миллион населения.

Для населения России в этих условиях необходима такая модель, которая должна включать в себя разъяснительную работу, убеждения, отношение к прививкам, изоляцию людей, т.к. COVID-19 в народе называют «болезнь толпы».

Для того, чтобы пандемия COVID-19 не распространялась все больше и больше, необходимо развивать профилактические действия, включая в первую очередь культуру

Культура – это интегрированный образец усвоенных убеждений и поведения. Культура формируется различными атрибутами, такими как:

- мораль;
- ценности;
- нормы;
- обычаи (вера);
- традиции;
- телевизионное вещание.

Так как здоровье общества формируется и культурой, поскольку культура формирует мировоззрение, знания, убеждения, концепции, практики, касающиеся здоровья и болезней. Здоровье и болезнь являются культурными концепциями, потому что наша культура формирует то, как мы воспринимаем, переживаем и управляем здоровьем и болезнью. Поведение в отношении здоровья, такое как время (когда) и пространство (где) обращения

за помощью и лечением, продолжительность лечения и оценка лечения, определяется культурой. А наша культура включает в себя убеждения, восприятие, эмоции, питание, одежду, представления о пространстве и времени, отношение к болезни, порогу терпимости – все это имеет важное значение для здоровья и медицинской помощи в жизни людей. Немедицинские и нефизиологические аспекты здоровья отдельных лиц или сообществ определяются культурными убеждениями, представлениями и практикой.

Модели убеждений и практики определяют не только причины болезни, но и то, как определяются и интерпретируются симптомы. Культуру следует понимать, как конгломерат значений, дискурсов, технологий и практик, которые также определяют и накапливаются в медицинских системах и вокруг них. Ценности, обычаи и практики, связанные с плохим здоровьем, не могут быть поняты изолированно, но должны быть приняты как более широкая часть культуры. Без понимания культурного фона невозможно понять, как люди реагируют на болезни, смерть или другие несчастные случаи. Роль культуры также значима для здоровья людей, то как они реагируют на боль и болезнь. Происхождение и проявление болезней и недугов имеют разное объяснение в разных человеческих обществах. Культурная компетентность врачей и медицинского персонала определяется как «способность систем оказывать помощь пациентам с различными ценностями, убеждениями и поведением, включая адаптацию доставки в соответствии с социальными, культурными и языковыми потребностями пациента». Эта культурная компетенция определяет лечебные практики и управление здоровьем в обществе. Культурная компетентность требует понимания социального контекста в сочетании со структурными и функциональными барьерами, существующими в обществе. Структурные барьеры включают региональную систему здравоохранения, существующую в обществе, и ее доступ к пациентам.

Все действия моделей, на которые опирается региональная система здравоохранения и создавшаяся ситуация с COVID-19 по Алтайскому краю, культура медицинского обслуживания и профилактика вступают как в первичную медико-санитарную помощь, так и в систему вторичного медицинского обслуживания, и далее в систему третичного медицинского обслуживания, которая не так оперативно работает с марта 2021 г. началась четкая оперативная работа всех видов медицинского обслуживания.

Так и системе вторичного медицинского обслуживания, которая определяется как промежуточный уровень системы здравоохранения, включающей диагностику и лечение, которые проводятся в больнице, имеющей специализированное оборудование и лабораторные помещения. Алтайскому краю были выделены 885000 рублей на увеличение количества больничных коек и снабжение кислородом. Специалисты, предоставляющие медицинские услуги, обеспечены защитными костюмами и все больницы обеспечены лекарствами и лечением на основе рекомендаций специалистов первичной медико-санитарной помощи. Они оказывают неотложную помощь при травмах и болях. Пациенты направляются к специалистам вторичной медицинской помощи в случае чрезвычайной ситуации и продолжительной болезни. Вторичная медицинская помощь включает в себя медицинский центр и районные больницы.

С август 2021 г. в Алтайском крае заработала система третичного медицинского обслуживания, которая является третьим и высшим уровнем трехуровневой системы здравоохранения, она узкоспециализированная, но консультативная помощь часто оказывается специалистами первичной и вторичной медицинской помощи. Она включает в себя расширенную, но сложную диагностическую поддержку, специализированные медицинские и хирургические процедуры. В нее входят специализированные региональные больницы, медицинские колледжи и передовые медицинские научно-исследовательские институты. Система третичного медицинского

обслуживания до сих пор дает сбои и выполняется преимущественно частными больницами, но условия бесплатного лечения соблюдаются:

- сокращение изоляции и социального неравенства в области здравоохранения (реформы всеобщего охвата);
- организация медицинских услуг с учетом потребностей и ожиданий людей (реформы предоставления услуг);
- интеграция здравоохранения во все секторы (реформы государственной политики);
- реализация совместных моделей политического диалога (реформы руководства).

Учитывая то, что прогнозы ученых говорят о том, что и в дальнейшем будет заболевания будут проходить по подобию COVID-19, исходя из этого система здравоохранения должна быть переформатирована с учетом современных тенденций развития человеческого общества.

В этой связи существующая модель здравоохранения, ориентированную сугубо на оказание медицинской помощи следует трансформировать в модель, предупреждающую развитие заболеваний и осуществляющую борьбу с ними (рис. 3.13).

Современная модель здравоохранения должна быть ориентирована не только на оказание медицинской помощи и медикаментозное обеспечение больных, сколько на предотвращение и профилактику заболеваний. При этом важная роль в интегрированной модели здравоохранения отводится самому человеку, и его социально-ответственному поведению в части сохранения своего здоровья и здоровья окружающих, предполагающему занятие физической культурой и спортом, организацию правильного питания, а также самоограничение перемещений (самоизоляция) в случае возникновения новых заболеваний подобных COVID-19.



Рис. 3.13. Интегрированная модель региональной системы здравоохранения

При этом государство должно выработать экономические механизмы поддержки эффективного функционирования социальной модели здравоохранения. В качестве таких инструментов могут использоваться:

- система накопительного страхования здоровья с бюджетным софинансированием по принципу «1+1» в случае отсутствия заболеваний;
- система санкций за преднамеренное распространение заболеваний.

Также, учитывая региональную специфику структуры заболеваемости, особенности распространения отдельных заболеваний в первую очередь представляющих опасность для общества в целом, подобных COVID-19, региональная система здравоохранения должна быть наделена полномочиями на самостоятельное, обусловленное развитие отдельных заболеваний, принятие мер по борьбе с ними. В число таких мер должно входить введение ограничений и запретов, установление экономических санкций и бонусов и пр.

Таким образом, здоровье не является общей и независимой сущностью в жизни человека, но оно имеет различные аспекты, включая биомедицинские, социальные и другие взаимосвязанные и взаимозависимые показатели. Вот почему здоровье – это абстрактное понятие. Задача разработки правильного определения здоровья усложняется тем фактом, что оно требует динамичного понимания широкого спектра перспектив, знаний, субъективностей и опыта, которые, в свою очередь, находятся под экономическим, социальным, историческим и культурным влиянием.

Все уточнения и дополнения по определению здоровья выражаются через эффекты, которые можно разделить на три группы проблем.

Первая проблема – это непреднамеренная медикализация общества. Постоянный акцент на «полном физическом благополучии» оставил дилемму о том, как достичь полноты, которая может привести к дорогостоящему медицинскому вмешательству и скринингу, приносящих пользу фармацевтам, но у человека применение лекарств увеличивает медицинскую зависимость и риск для здоровья.

Во-вторых, сегодня характер заболеваемости изменился в связи с демографией, мерами здравоохранения и вмешательствами, а также с образом жизни. Острые заболевания в настоящее время не являются серьезным бременем в современном мире. Сегодня хронические заболевания стали одной из самых серьезных проблем для системы здравоохранения.

Третья проблема заключается в операционном недостатке определения, которое остается неподходящим, поскольку «полный» не является ни оперативным, ни измеримым.

Сегодня работает модель, которая включает в себя и медицинскую, и социальную модель, такой стала интегрированная модель. Исходя из сказанного, до мая 2020 г. на всех территориях РФ использовалась интегрированная модель, которую схематично представим.

Учитывая все мероприятия и культуру поведения населения относительно COVID-19, предлагается модернизированная интегрированная модель, в которой обязательно должны быть учтены культурные подходы. Это все формирует интегрированную модель, которая учитывает факторы, влияющие на развитие региональной системы здравоохранения и подходы по повышению использования человеческого капитала.

Результат деятельности интегрированной модели даст положительный эффект:

- снижение заболеваемости (коллективный иммунитет играет очень важную роль);*
- увеличение фактически отработанных рабочих дней (за счет уменьшения дней нетрудоспособности);*
- перевод предприятий на надомный режим работы (использование цифровых технологий), это дает возможность людям иметь стабильную заработную плату, а предприятиям – уменьшить количество арендных помещений;*

- больше времени уделять воспитанию детей и заниматься их здоровьем.

Современная модель здравоохранения должна быть ориентирована не только на оказание медицинской помощи и медикаментозное обеспечение больных, сколько на предотвращение и профилактику заболеваний. При этом важная роль в интегрированной модели здравоохранения отводится самому человеку, и его социально-ответственному поведению в части сохранения своего здоровья и здоровья окружающих, предполагающему занятие физической культурой и спортом, организацию правильного питания, а также самоограничение перемещений (самоизоляция) в случае возникновения новых заболеваний подобных COVID-19. При этом государство должно выработать экономические механизмы поддержки эффективного функционирования социальной модели здравоохранения. В качестве таких инструментов могут использоваться:

- система накопительного страхования здоровья с бюджетным софинансированием по принципу «1+1» в случае отсутствия заболеваний;

- система санкций за преднамеренное распространение заболеваний.

Также, учитывая региональную специфику структуры заболеваемости, особенности распространения отдельных заболеваний в первую очередь представляющих опасность для общества в целом, подобных COVID-19, региональная система здравоохранения должна быть наделена полномочиями на самостоятельное, обусловленное развитие отдельных заболеваний, принятие мер по борьбе с ними. В число таких мер должно входить введение ограничений и запретов, установление экономических санкций и бонусов и пр.

Выводы по третьей главе

1. Коронавирусная инфекция в 2020 году оказала на мировую и российскую экономику негативные последствия, так темпы сокращения

валового внутреннего продукта (ВВП) по России составили (-5,5%), они оказались больше среднемирового показателя (-3%).

Глобальная пандемия одновременно подорвала как спрос, так и предложение в мировой экономике. Что касается предложений по социально-экономическому развитию российских регионов, то перебои, вызванные инфекциями, снизили производительность труда и производительность производства в бизнесе. Ограничения, наложенные на мобильность, социальное дистанцирование и закрытие бизнеса, нарушили поставки товаров и услуг. Со стороны спроса потери доходов и увольнения работников, вызванные карантинами, заболеваемостью и безработицей, а также сокращением инвестиций во всех отраслях и видах экономической деятельности, в домашних хозяйствах произошли из-за экономических ухудшений. Кроме того, жесткие меры, принятые для ограничения распространения вируса, такие как запрет на поездки, карантин, блокировка, ограничения на передвижение, социальное дистанцирование и закрытие общественных мероприятий и общественных мест другими способами повлияли на экономическое развитие и экологическую устойчивость.

Эффект блокировки внес огромный вклад в укрепление системы здравоохранения и привел к сокращению вредных выбросов, тем самым подняв коэффициент экономичности даже несмотря на то, что пандемия вызвала некоторый хаос, она привела к большим урокам, требующим принятия мер не только гигиены, соблюдения чистоты и культуры к своему здоровью, но и экономической помощи для обеспечения того, чтобы ухудшение темпов экономического развития было зафиксировано.

При исследовании здоровья граждан стоит выделить два показателя: количественный; качественный.

Пандемия COVID-19, стала еще одним свидетельством несовершенства современной модели здравоохранения показавшей, что действующая система здравоохранения способна бороться с последствиями пандемии COVID-19,

но не способна оказать сколь-либо существенные действия на предотвращение заболевания и его распространение.

Региональная система здравоохранения в течение всего периода пандемии COVID-19 использует схему взаимодействия экономических и медицинских расчетных блоков как и все регионы России

В соответствии с теорией развития человеческого капитала, возникает необходимость совершенствования региональной системы здравоохранения, как основной ее части, используя следующие инструменты.

Если участились заболевания по тем или иным причинам (ярким примером служит текущая пандемия COVID-19), общество может переходить на другие технологии осуществления трудовой деятельности. Не секрет, что коронавирусная инфекция заставила большинство людей перейти в режим «онлайн», тем самым обретая новый квалификационный уровень.

Также общество, имея более слабый иммунитет или здоровье, старается использовать новые факторы производства, заменяя человеческий труд (имеется в виду переход на более высокую ступень технологического уклада). Такой подход ярко подчеркивает взаимосвязь этих показателей и необходимость ставить во главу угла систему здравоохранения.

Восстановление и воспроизводство человеческого капитала аналогичным образом накладывает отпечаток на финансовый аспект, поскольку заболевания создают дополнительные барьеры для развития трудового потенциала и требуют больших затрат по устранению подобного дисбаланса в региональной экономике. Именно поэтому региональные и федеральные национальные проекты по типу «Здоровье» призваны обеспечить минимизацию уровня заболеваний с целью стабилизировать трудовой потенциал, учитывая пандемию COVID-19.

Основные проблемы, связанные с диссонансом социально-экономической ситуации в системе здравоохранения в целом, выражаются в недоработанности и несовершенстве программ поддержки медицинских учреждений, а также медицинского страхования.

Инструментом решения данной проблемы является развитие системы дополнительного медицинского страхования, которое значительно расширяет круг и спектр медицинских услуг. Но данный тип системы медицинского страхования не может подходить всем и каждому.

Учитывая стадии развития пандемии COVID-19 и ее влияние на экономику Алтайского края, представим расчет по повышению производительности производства за счет активной деятельности здравоохранения по оздоровлению населения региона и использованию человеческого капитала в части повышения производительности производства за счет увеличения рабочих часов.

2. Здоровье не является общей и независимой сущностью в жизни человека, но оно имеет различные аспекты, включая биомедицинские, социальные и другие взаимосвязанные и взаимозависимые показатели. Вот почему здоровье – это абстрактное понятие. Задача разработки правильного определения здоровья усложняется тем фактом, что оно требует динамичного понимания широкого спектра перспектив, знаний, субъективностей и опыта, которые, в свою очередь, находятся под экономическим, социальным, историческим и культурным влиянием.

Все уточнения и дополнения по определению здоровья выражаются через эффекты, которые можно разделить на три группы проблем.

Первая проблема – это непреднамеренная медикализация общества. Постоянный акцент на «полном физическом благополучии» оставил дилемму о том, как достичь полноты, которая может привести к дорогостоящему медицинскому вмешательству и скринингу, приносящих пользу фармацевтам, но у человека применение лекарств увеличивает медицинскую зависимость и риск для здоровья.

Во-вторых, сегодня характер заболеваемости изменился в связи с демографией, мерами здравоохранения и вмешательствами, а также с образом жизни. Острые заболевания в настоящее время не являются

серьезным бременем в современном мире. Сегодня хронические заболевания стали одной из самых серьезных проблем для системы здравоохранения.

Третья проблема заключается в операционном недостатке определения, которое остается неподходящим, поскольку «полный» не является ни оперативным, ни измеримым.

Сегодня работает модель, которая включает в себя и медицинскую, и социальную модель, такой стала интегрированная модель. Исходя из сказанного, до мая 2020 г. на всех территориях РФ использовалась интегрированная модель, которую схематично представим.

Учитывая все мероприятия и культуру поведения населения относительно COVID-19, предлагается модернизированная интегрированная модель, в которой обязательно должны быть учтены культурные подходы. Это все формирует интегрированную модель, которая учитывает факторы, влияющие на развитие региональной системы здравоохранения и подходы по повышению использования человеческого капитала.

Результат деятельности интегрированной модели даст положительный эффект: снижение заболеваемости (коллективный иммунитет играет очень важную роль); увеличение фактически отработанных рабочих дней (за счет уменьшения дней нетрудоспособности); перевод предприятий на надомный режим работы (использование цифровых технологий), это дает возможность людям иметь стабильную заработную плату, а предприятиям – уменьшить количество арендных помещений; больше времени уделять воспитанию детей и заниматься их здоровьем.

Современная модель здравоохранения должна быть ориентирована не только на оказание медицинской помощи и медикаментозное обеспечение больных, сколько на предотвращение и профилактику заболеваний. При этом важная роль в интегрированной модели здравоохранения отводится самому человеку, и его социально-ответственному поведению в части сохранения своего здоровья и здоровья окружающих, предполагающему занятие физической культурой и спортом, организацию правильного питания, а

также самоограничение перемещений (самоизоляция) в случае возникновения новых заболеваний подобных COVID-19. При этом государство должно выработать экономические механизмы поддержки эффективного функционирования социальной модели здравоохранения. В качестве таких инструментов могут использоваться: система накопительного страхования здоровья с бюджетным софинансированием по принципу «1+1» в случае отсутствия заболеваний; система санкций за преднамеренное распространение заболеваний.

Также, учитывая региональную специфику структуры заболеваемости, особенности распространения отдельных заболеваний в первую очередь представляющих опасность для общества в целом, подобных COVID-19, региональная система здравоохранения должна быть наделена полномочиями на самостоятельное, обусловленное развитие отдельных заболеваний, принятие мер по борьбе с ними. В число таких мер должно входить введение ограничений и запретов, установление экономических санкций и бонусов и пр.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основная цель политики развития человеческого капитала в рамках региональной социально-экономической системы – это создание условий для стабилизации численности населения региона, как носителя человеческого капитала, и его последующего расширенного воспроизводства. В этой связи развитие региональной системы здравоохранения должно быть направлено на сохранение капитала здоровья, как составляющей человеческого капитала региона.

В настоящей работе представлены методические положения и практические предложения по развитию региональной системы здравоохранения как фактора повышения эффективности использования человеческого капитала.

В частности доказано, что ядром социально-экономической системы региона, определяющим состояние человеческого капитала является социальная инфраструктура, включающая в себя здравоохранение, которое формирует человеческий капитал и определяет возможности его использования в целях социально-экономического развития. Определено влияние капитала здоровья, зависящего от основных компонентов качества жизни человека, на социально-экономическое развитие региона. Обоснована необходимость для оценки функционирования региональной системы здравоохранения, ответственной за формирование капитала здоровья, составляющей человеческого капитала и определяющей возможный уровень его использования в экономической деятельности применения следующих показателей: сохранение человеческого капитала; продолжительность жизни населения региона; индекс развития человеческого потенциала. Рассмотрено влияние пандемии COVID-19 на развитие региональной системы здравоохранения и эффективность использования человеческого капитала региона. На основе чего предложена интегрированная модель региональной системы здравоохранения, которая наделана дополнительным функционалом

в части профилактики здорового образа жизни и формирование моральной нормы для населения - ответственность за состояние своего здоровья и здоровья окружающих. Определены эффекты внедрения интегрированной модели системы здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аганбегян, А.Г. Инвестиции в основной капитал и вложения в человеческий капитал – два взаимосвязанных источника социально-экономического роста / А.Г. Аганбегян // Проблемы прогнозирования. – 2017. – № 4 (163). – С. 17–20.
2. Акрамова З.Б. Человеческий капитал как фактор устойчивого развития региональной экономики / З.Б. Акрамова // Вестник ПИГТУ имени академика М.С. Осими. 2018. № 2(7). С. 70-75.
3. Алексеев, В.М. Повышение эффективности использования человеческого капитала в Краснодарском крае за счет внедрения зарубежных методик / В.М. Алексеев, А.С. Купреева, М.С. Алексеева // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2018. – Т. 1. – № 12. – С. 95–100.
4. Алиев, И.М. Экономика труда 2-е изд., пер. и доп. учебник для бакалавриата и магистратуры / И.М. Алиев, Н.А. Горелов, Л.О. Ильина. — Люберцы: Юрайт, 2016. — 478 с.
5. Алиев, И.М. Экономика труда: Учебник для бакалавров / И.М. Алиев, Н.А. Горелов, Л.О. Ильина. — М.: Юрайт, 2017. — 671 с.
6. Аманов, О.А. Повышение эффективности использования человеческого капитала / О.А. Аманов, Ж.К. Чуллиев // Экономика и социум. – 2020. – № 12-1 (79). – С. 373–377.
7. Аракелова И.В. Человеческий капитал врача: медикоцентричная модель здравоохранения / И.В. Аракелова, Д.Л. Качалов, С.Ю. Соболева, А.В. Соболев // В книге: Управление развитием крупномасштабных систем MLSD'2019. Материалы двенадцатой международной конференции Научное электронное издание. Под общей ред. С.Н. Васильева, А.Д. Цвиркуна. 2019. С. 1096-1098.
8. Бабенко А.И. Человеческий капитал и медико-экономическая эффективность системы здравоохранения / А.И. Бабенко, О.В. Пушкарев // В

сборнике: Актуальные вопросы здоровья и организации здравоохранения на современном этапе. 2011. С. 101-102.

9. Бабенко А.И. Человеческий капитал как показатель общественного здоровья и критерии оценки эффективности системы здравоохранения / Бабенко А.И. // Сибирский Консилиум. 2007. №8. С. 19-21.

10. Банщиков, Р.И. Человеческий капитал России / Р.И. Банщиков, Л.Ю. Айснер // Современные тенденции развития науки и производства. – 2016. – С. 32–34.

11. Бараненко, С.П. Экономика и социология труда: Учебно-методический комплекс для студентов очной и заочной формы обучения / С.П. Бараненко. — М.: Рос. Акад. предпр., 2018. — 434 с.

12. Басова, А.Е. Человеческий капитал и инвестиции в человеческий капитал организации / А.Е. Басова, А.С. Шамигова // Актуальные вопросы и перспективы развития науки и образования. – 2016. – С. 61–64.

13. Басовский Л.Е. Проблема влияния человеческого капитала, формируемого в системе образования, на социально-экономическое развитие регионов России / Л.Е. Басовский, Е.Н. Басовская // Научные исследования и разработки. Экономика. 2021. Т. 9. №2. С. 34-37.

14. Безродная Л.В. Социальное управление модернизацией российского здравоохранения: человеческий капитал и информатизация / Л.В. Безродная // В сборнике: Модернизация социальных систем в современном российском обществе: потенциал и практика повседневности (STUDIUM-XII). Доклады Ежегодной всероссийской научно-практической конференции. Министерство обороны Российской Федерации; ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный университет», Институт социальных наук. Иркутск, 2011. С. 304-312.

15. Беккер Г. Человеческий капитал (главы из книги). Воздействие на заработки инвестиций в человеческий капитал / Г. Беккер // США: экономика, политика, идеология. – 1993. – №11–12. – С. 109-119.

16. Блюмина, А.А. Человеческий капитал как ключевой ресурс конкурентоспособности / А.А. Блюмина, В.Р. Пискунов // Журнал научных и прикладных исследований. – 2016. – № 1. – С. 82-83.
17. Болатова, Л.К. Повышение эффективности использования человеческого капитала в сельском хозяйстве / Л.К. Болатова // Перспективы развития АПК в современных условиях. – Владикавказ, 2021. – С. 54–56.
18. Валдайцева, М.В. Проблемы инвестирования в человеческий капитал / М.В. Валдайцева // «Новая экономика» и основные направления ее формирования / под общ. ред. А.В. Яковлевой. – 2016. – С. 39–45.
19. Валишина Г.Л. Тенденции развития сферы медицинского здравоохранения в россии на опыте социально-экономических трансформаций зарубежных стран и регионов / Г.Л. Валишина, А.Р. Атабаев // Московский экономический журнал. 2020. №11. С. 87.
20. Васенев С.Л. Территориальный аспект влияния экологических факторов на формирование человеческого капитала региона / С.Л. Васенев, О.В. Грибова // Фундаментальные исследования. 2020. №3. С. 7-11.
21. Вейс Е.В. Методика оценки формирования человеческого капитала региона в условиях цифровых трансформаций / Е.В. Вейс // Финансовая экономика. 2021. №1. С. 140-146.
22. Вернигор, Н.Ф. Повышение эффективности использования человеческого капитала в свеклосахарном производстве Алтайского края / Н.Ф. Вернигор // Инновационное развитие АПК: социально-экономические проблемы и пути решения. – 2017. – С. 68–69.
23. Власова О.В. О тенденциях развития системы здравоохранения региона в текущих социально-экономических условиях / О.В. Власова // Наука и практика регионов. 2021. №3(24). С. 47-51.
24. Власова О.В. Оптимизация в здравоохранении и ее социально-экономические последствия для региона / О.В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2021. Т. 10. №3(36). С. 99-102.

25. Волков, А.Д. Человеческий капитал и социальный капитал в диалектике общественного развития / А.Д. Волков, Г.Б. Козырева, А.А. Морозов // Управление экономическими системами. – 2017. – № 10 (104). – С. 12.
26. Воронкова, О.Ю. Организационно-экономические основы производства органической продукции на неиспользуемых землях / О.Ю. Воронкова, Л.И. Петрова // Министерство науки и высшего образования РФ, Алтайский государственный университет. – Барнаул, 2021.
27. Воронкова, О.Ю. Управление цепочкой поставок органической продукции на мезоуровне / О.Ю. Воронкова // Приоритетные направления научно-технологического развития агропромышленного комплекса. – 2020. – С. 207–211.
28. Воронкова, О.Ю. Регулирование земельных отношений в апк при производстве органической продукции / О.Ю. Воронкова // ПИЩА. ЭКОЛОГИЯ. КАЧЕСТВО. – 2019. – С. 178–181.
29. Ворошилова, А.И. Человеческий капитал как результат родительского труда: опыт социологического осмысления / А.И. Ворошилова // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. – 2015. – Т. 1. – № 4. – С. 32–43.
30. Габдинова В.Р. Региональный человеческий капитал как фактор развития воспроизводственных процессов в регионе / В.Р. Габдинова // Вестник ГГУ. 2018. №1. С. 1-7.
31. Гапоненко А. Л. Стратегия социально – экономического развития: страна, регион, город: Учебное пособие. – М.: Издательство РАГС, 2001.
32. Гарифуллина, Р.С. Человеческий капитал как важнейший ресурс развития экономики / Р.С. Гарифуллина, Ф.М. Сафин // Проблемы экономики, организации и управления в России и мире. – 2016. – С. 39–43.
33. Генкин, Б.М. Экономика и социология труда: Учебник для вузов / Б.М. Генкин. — М.: Норма, 2017. — 464 с.

34. Гисматулина, А.Х. Повышение эффективности использования человеческого капитала предприятия / А.Х. Гисматулина // Международный молодежный симпозиум по управлению, экономике и финансам. – 2018. – С. 270–273.
35. Горшенина Е.В. Человеческий капитал региона: методические и практические аспекты оценки / Е.В. Горшенина, А.А. Кобелева // Экономические исследования. 2019. №1. С. 2.
36. Гранберг А. Г. Основы региональной экономики. – М.: ГУ, ВШЭ, 2000. – С. 97,201.
37. Гречко, М.В. Человеческий капитал в инновационной модели развития России / М.В. Гречко. – Ростов-на-Дону, 2016.
38. Грушичев, В.Ю. Человеческий капитал и его составляющие / В.Ю. Грушичев, Н.В. Сбродова // Модернизация современного общества: проблемы, пути развития и перспективы. – 2015. – № VII. – С. 136–142.
39. Гунина, И.А. Повышение эффективности использования человеческого капитала в условиях цифровой трансформации / И.А. Гунина, И.В. Логунова, В.Ю. Пестов // Регион: системы, экономика, управление. – 2019. – № 1 (44). – С. 18–25.
40. Гурьева, М.А., Человеческий капитал и качество жизни / М.А. Гурьева, З.Г. Курманалиева // Проблемы устойчивого развития российских регионов. – 2015. – С. 185–187.
41. Демидова, О.О. Инвестиции в человеческий капитал / О.О. Демидова // Экономика России в XXI веке / под редакцией Г.А. Барышевой, Л.М. Борисовой ; Томский политехнический университет. – 2015. – В 2-х т. – С. 26–30.
42. Добрынин А. И. Методология человеческого капитала / А. И. Добрынин, С. А. Дятлов, С. А. Курганский // Экономика образования. – 2003. – №1. – С.10-15.

43. Добрынин А. Н., Дятлов С. А. Человеческий капитал в транзитивной экономике: формирование, оценка, эффективность использования. Спб.: Наука, 1999. – 309 с.

44. Дошанникова О.А. Роль региональных программ социально-экономического стимулирования в привлечении врачебных кадров в систему сельского здравоохранения / О.А. Дошанникова, Т.В. Поздеева, Ю.Н. Филиппов, А.Л. Хлапов // Здравоохранение Российской Федерации. 2018. Т. 62. №4. С. 172-180.

45. Дубровин, И.А. Экономика труда: Учебник / И.А. Дубровин, А.С. Каменский. — М.: Дашков и К, 2017. — 232 с.

46. Дятлов С. А. Человеческий капитал России: проблемы эффективности использования в условиях переходной экономики / С. А. Дятлов. – Спб.: СПбУЭФ, 2005. – 280с.

47. Евграшина, И.А. Человеческий капитал молодежи как фактор инновационного развития / И.А. Евграшина // Alma mater. – 2016. – № 1. – С. 22–27.

48. Жуковская И.Ф. Экономика здравоохранения и человеческий капитал: эффект лечения гемофилии / И.Ф. Жуковская, С.Т. Каджаева // Экономика и управление: проблемы, решения. 2018. Т. 2. №4. С. 113-120.

49. Задорожная, Е.К. Человеческий капитал в странах СНГ / Е.К. Задорожная // Сборник научных трудов XXI Международной научно-практической конференции. – 2017. – В 2-х т. – С. 384–388.

50. Запольский А.Д. Инструменты государственного регулирования формирования человеческого капитала региона / А.Д. Запольский, Л.Н. Гусельникова, А.Н. Шевцов // Наука и бизнес: пути развития. 2019. №10(100). С. 83-85.

51. Захаренков В.В. Человеческий капитал и стратегия здравоохранения / В.В. Захаренков, А.И. Бабенко // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2014. Т. 34. №1. С. 72-77.

52. Ишназарова З.М. Факторы, определяющие качество жизни человеческого капитала региона / З.М. Ишназарова, Д.У. Ишназаров, Я.Т. Суюндуков // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2020. №4-2. С. 200-207.

53. Кабалина, А.С. К вопросу об инвестициях в человеческий капитал / А.С. Кабалина // Белгородский экономический вестник. – 2015. – № 4 (80). – С. 208–217.

54. Казакова, Ф.К. Экономика и социология труда / Ф.К. Казакова, И.В. Беянина. — М.: МГИУ, 2017. — 48 с.

55. Какаулин, С.П. Экономика безопасного труда: Учебно-практическое пособие / С.П. Какаулин. — М.: Альфа-Пресс, 2018. — 192 с.

56. Карелин И.Н. Эффективность использования человеческого капитала в регионах Российской Федерации / И.Н. Карелин // Вестник НГУЭУ. 2021. №1. С. 168-180.

57. Китова А.Л. Государственные расходы на здравоохранение как инвестиции в человеческий капитал / А.Л. Китова // В сборнике: Россия в XXI веке: стратегия и тактика социально-экономических, политических и правовых реформ. Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященной 75-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 годов. 2020. С. 101-103.

58. Клычова, Г.С. Человеческий капитал: проблемы отражения в учете и отчетности / Г.С. Клычова, Э.Р. Камилова, А.Р. Сиразиева // Профессия бухгалтера - важнейший инструмент эффективного управления сельскохозяйственным производством. – 2015. – С. 148–150.

59. Ключев, К.В. Инвестиции в человеческий капитал в условиях инновационного развития предприятий / К.В. Ключев // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2015. – С. 302–305.

60. Ковалева, И.В. Оценка развития российского рынка молока и молочных продуктов / И.В. Ковалева // Глобализация науки и техники в условиях кризиса. – Ростов-на-Дону, 2021. – С. 214–221.

61. Ковалева, И.В. Устойчивое развитие сельского хозяйства региона / И.В. Ковалева // Экономика и предпринимательство. – 2021. – № 4 (129). – С. 406–411.
62. Ковалева, И.В. Оценка развития рынка органической продукции / И.В. Ковалева // Контроль качества продукции. – 2021. – № 10. – С. 23–29.
63. Ковалева, И.В. Оценка развития российского рынка молока и молочных продуктов / И.В. Ковалева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2021. – № 1-1 (71). – С. 151–156.
64. Койкова, Т.Л. Человеческий капитал хозяйствующего субъекта и его оценка / Т.Л. Койкова // Проблемы и перспективы социально-экономического развития регионов. – 2015. – С. 15–17.
65. Конопацкая Е.А. Человеческий капитал как фактор инновационного развития регионов / Е.А. Конопацкая // Проблемы развития предприятий: теория и практика. 2020. № 1-2. С. 215-218.
66. Константюк Н.И. Финансовое обеспечение здравоохранения как важный компонент инвестиций в человеческий капитал / Н.И. Константюк // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Економіка. 2013. №24. С. 179-183.
67. Кончакова, Л.Н. Человеческий капитал и инвестиции в человеческий капитал предприятия // Л.Н. Кончакова, С.В. Чугунова // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2017. – Т. 3. – № 13. – С. 48–50.
68. Коробко, В.И. Охрана труда: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Экономика и управление на предприятии», «Менеджмент организации», «Государственное и муниципальное управление» / В.И. Коробко.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. — 239 с.
69. Косинцева, Т.Д. Человеческий капитал: методы стимулирования труда / Т.Д. Косинцева // Проблемы устойчивого развития российских регионов. – 2015. – С. 202–203.

70. Кривенко Н.В. Оценка результативности здравоохранения как один из факторов устойчивого социально-экономического развития региона / Н.В. Кривенко, В.М. Иванов, Л.А. Кривенцова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2019. Т. 15. №12(381). С. 2223-2241.

71. Кривенко Н.В. Социально-экономические аспекты обеспечения экономической безопасности региона при внедрении инноваций в здравоохранении / Н.В. Кривенко, А.А. Куклин, А.И. Цветков // Уровень жизни населения регионов России. 2017. №4(206). С. 71-79.

72. Куделина О.В. Предпринимательский человеческий капитал в сфере здравоохранения / О.В. Куделина, И.Б. Адова, Н.Ф. Арефьева // В сборнике: Россия: Тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Москва, 2020. С. 640-643.

73. Кудрявцев Н.С. Развитие инвестиций в человеческий капитал как элемент конкурентоспособности организаций здравоохранения / Н.С. Кудрявцев, Е.Г. Шеина // В сборнике: Проблемы устойчивого развития в отраслевом и региональном аспекте. Материалы международной научно-практической конференции. В 2 томах. Тюмень, 2020. С. 237-241.

74. Кудрявцев Н.С. Финансовые инвестиции в человеческий капитал в условиях совершенствования экономической безопасности организаций системы здравоохранения / Н.С. Кудрявцев, Е.Г. Шеина // В сборнике: Экономико-правовые проблемы обеспечения экономической безопасности. Материалы III Международной научно-практической конференции. Отв. редакторы Е.Б. Дворядкина, Г.З. Мансуров. 2020. С. 115-119.

75. Кузнецов, А.А. Инвестиции в человеческий капитал как основа экономического развития / А.А. Кузнецов // *Via scientiarum - Дорога знаний*. – 2015. – № 3. – С. 102–105.

76. Кульбовская, Н.К. Экономика охраны труда (разработка концепции государственного управления охраной труда) / Н.К. Кульбовская. — М.: Экономика, 2018. — 247 с.

77. Кулькова В.Ю. Человеческий капитал в оказании паллиативной помощи как социально-экономические ресурсы развития здравоохранения в субъектах РФ / В.Ю. Кулькова // В сборнике: Проблемы и перспективы развития социально-экономического потенциала российских регионов. Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции. ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». 2018. С. 223-227.

78. Кундиус, В.А. Обоснование концепции развития органического сельского хозяйства на основе биоинтенсивных технологий / В.А. Кундиус // Аграрная наука - сельскому хозяйству. – Барнаул, 2021. – С. 81–84.

79. Кундиус, В.А. Перспективы сотрудничества России и Монголии в развитии органического сельского хозяйства / В.А. Кундиус, Г. Гантулга // Аграрная наука - сельскохозяйственному производству Сибири, Монголии, Казахстана, Беларуси и Болгарии. – Минск, 2020. – С. 196–202.

80. Кярова М.А. Человеческий капитал как ключевой ресурс инновационного развития региональной социально-экономической системы / М.А. Кярова, Л.А. Яндарбаева // Вестник Академии знаний. 2020. №4(39). С. 253-256.

81. Лапшова О.А. Человеческий капитал и модернизация региональной экономики / О.А. Лапшова, М.В. Шеломенцева // Вектор экономики. 2019. №12(42). С. 88.

82. Лебедева И.С. Влияние здравоохранения и образования на человеческий капитал / И.С. Лебедева., П.В. Лебедев // В сборнике: Актуальные проблемы менеджмента и экономики в России и за рубежом. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 13-18.

83. Лисин И. С. Социальная инфраструктура как элемент качества жизни населения и социального развития региона // Экономика и предпринимательство. – 2011. – № 6. – С. 83-86.

84. Литвиненко, И.Л. Человеческий капитал как основа инновационной экономики / И.Л. Литвиненко // Человек. Общество. Инклюзия. – 2016. – № 1 (25). – С. 87–101.

85. Логачева Н. М. Социальная инфраструктура региона: понятие, особенности и значение для экономического развития территории // Журнал экономической теории. – 2012. – № 4.

86. Ложко В. В. Современные подходы к формированию качества жизни населения и человеческого капитала в национальной и региональной экономике // Проблемы современной экономики. – НПК «Рост». – СПб. – 2010. - №4. – С 255-259.

87. Лясников, Н.В. Экономика и социология труда: Учебное пособие / Н.В. Лясников, М.Н. Дудин, Ю.В. Лясникова. — М.: КноРус, 2018. — 288 с.

88. Мазин, А.Л. Экономика труда. 3-е изд., перераб. и доп. Учеб. пособие. Гриф МО РФ. Гриф УМЦ «Профессиональный учебник» / А.Л. Мазин. — М.: ЮНИТИ, 2018. — 623 с.

89. Мазин, А.Л. Экономика труда: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности 080104 «Экономика труда» / А.Л. Мазин. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2018. — 623 с.

90. Макаров П.Ю. Человеческий капитал и социальная сфера региона / П.Ю. Макаров, Ю.Н. Лапыгин // Ученые записки. 2019. №3. С. 108-122.

91. Маликова, В.В. Человеческий капитал работников предпенсионного возраста как фактор экономического развития региона (постановка проблемы) / В.В. Маликова // Экономика. Профессия. Бизнес. – 2020. – № 1. – С. 84–88.

92. Маркс К. Капитал. М., 2009

93. Маслоу, А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М. Мысль, 1999. – С. 30 – 31.

94. Матершева, В.В. Инвестиции в российский человеческий капитал / В.В. Матершева, Ю.С. Щекина // Актуальные проблемы исследования

региональных рынков / под ред. Т. Н. Гоголевой, П. А. Канапухина. – 2016. – С. 172–175.

95. Мищенко В. В. Экономика региона: учеб. пособие. – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2003.

96. Мищенко В. В., Ютяева О. Н. Устойчивое и безопасное развитие региона. Монография – Барнаул, Из-во АлтГУ, 2012.

97. Мусаева А.З. Анализ основных компонентов формирования человеческого капитала региона (на примере регионов СКФО) / А.З. Мусаева, А.Р. Рустамова // European Social Science Journal. 2017. №8. С. 132-144.

98. Мухаметова А.Д. Парадигма управления региональным развитием на основе использования человеческого капитала региона / А.Д. Мухаметова // Уфимский гуманитарный научный форум. 2021. №3(7). С. 75-82.

99. Насулложанова Ш.А. Оценка эффективности использования человеческого капитала в экономике региона / Ш.А. Насулложанова Ш.А. // Экономика Таджикистана. 2020. №4-2. С. 199-209.

100. Новикова Л.А. Управление человеческим капиталом на основе программно-целевого метода в интересах инновационной деятельности региона / Л.А. Новикова, Н.В. Олексюк, Н.А. Новиков // Вестник Воронежского института высоких технологий. 2020. №4(35). С. 125-129.

101. Общая экономическая теория: учеб. для студентов, обучающимся по экономическим специальностям / В. З. Баликоев. – 11-е изд., стер. – М.: Издательство "Омега-Л"; Новосибирск: Сибирское соглашение, 2008. – 732 с.

102. Обьедкова, Л.В. О некоторых аспектах инвестирования в человеческий капитал // Л.В. Обьедкова, Т.В. Опейкина // 21 век: фундаментальная наука и технологии. – 2016. – С. 162–164.

103. Одегов, Ю.Г. Экономика труда 2-е изд., пер. и доп. учебник и практикум для академического бакалавриата / Ю.Г. Одегов, Г.Г. Руденко. — Люберцы: Юрайт, 2016. — 423 с.

104. Одегов, Ю.Г. Экономика труда: Учебник для бакалавров / Ю.Г. Одегов, Г.Г. Руденко. — М.: Юрайт, 2017. — 423 с.
105. Осинина, Е.А. Инвестиции в человеческий капитал / Е.А. Осинина, Т.И. Салимова // Начало в науке. – 2016. – С. 40–43.
106. Осипян, В.О. Человеческий капитал как особый фактор экономического роста в России / В.О. Осипян, А.А. Чесебиев // Проблемы достижения экономической устойчивости и социальной сбалансированности: императивы, правовые и хозяйственные механизмы. – 2015. – С. 110–112.
107. Осипян, И.Ю. Сущность понятия "человеческий капитал" / И.Ю. Осипян // Проблемы устойчивого развития российских регионов. – 2015. – С. 230–231.
108. Остапенко Е.А. Оценка человеческого капитала в развитии региональной экономики / Е.А. Остапенко // Региональная экономика: теория и практика. 2019. Т. 17. №4(463). С. 703-717.
109. Остапенко, Ю.М. Экономика труда: Учебное пособие / Ю.М. Остапенко. — М.: ИЦ РИОР, 2018. — 160 с.
110. Остапенко, Ю.М. Экономика труда: Учебное пособие / Ю.М. Остапенко. — М.: ИНФРА-М, 2017. — 272 с.
111. Официальный сайт Администрации Алтайского края [электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.altairegion22.ru>
112. Официальный сайт Информационного агентства ИА REGNUM [электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.regnum.ru>
113. Официальный сайт Управление Федеральной службы государственной статистики по Алтайскому краю и Республике Алтай [электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://akstat.gks.ru>
114. Паняева, Ю.М. Повышение эффективности использования человеческого капитала / Ю.М. Паняева // Развитие / отв. редактор Е.М. Мосолова. – 2017. – С. 42–48.

115. Паспорт ВАК 08.00.05. Экономика и управление народным хозяйством. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://teacode.com/online/vak/p08-00-05.html>. (дата обращения: 14.11.2013)

116. Петров А.М. Человеческий капитал, как элемент развития стратегического планирования в рф (национальный проект «здравоохранение») / А.М. Петров // Экономические науки. 2021. №198. С. 208-212.

117. Плотникова О.О. Системы индикативных показателей оценки состояния человеческого капитала регионов / О.О. Плотникова // Наукосфера. 2020. №6. С. 142-145.

118. Почкин, Е.О. Формирование человеческого капитала и роль его составляющих в обеспечении экономического развития / Е.О. Почкин // Экономика устойчивого развития. - 2021. - №3(47). С. 121-124.

119. Почкин, Е.О. Оптимальное использование ресурсов как фактор улучшения качества жизни людей / Е.О. Почкин // Финансовый бизнес. - 2021. - № 6 (216). - С. 256-258.

120. Почкин, Е.О. Влияние ожидаемой продолжительности жизни на экономический рост / Е.О. Почкин // Финансовый бизнес. - 2021. - № 7 (217). - С. 79-81.

121. Почкин, Е.О. Роль кластеров в политике регионального экономического развития / Е.О. Почкин // Экономика и управление: проблемы, решения. - 2021. - Т. 1. - № 8 (116). - С. 175-78.

122. Почкин, Е.О. Формирование человеческого капитала и роль его составляющих в обеспечении экономического развития / Е.О. Почкин // Экономика и управление: проблемы, решения. - 2020. - Т. 4. - № 10 (106). - С. 3-7.

123. Программа социально-экономического развития Кемеровской области до 2012 года. [Электронный ресурс]. – Заголовок с экрана. – <http://www.sndko.ru>

124. Пушкарев О.В. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении / О.В. Пушкарев : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / ГУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения РАМН». Новокузнецк, 2009.

125. Пушкарёв О.В. Человеческий капитал как индикатор эффективности модернизации системы здравоохранения / О.В. Пушкарёв // В сборнике: Экономика здравоохранения. Материалы международной научно-практической конференции. 2012. С. 111-115.

126. Разумовская Е.М. Взаимосвязь показателей сферы здравоохранения и социально-экономического развития региона / Е.М. Разумовская, Г.Ф. Валеева // Вопросы управления. 2019. №5(60). С. 142-156.

127. Свинаярёва, Е.Л. Человеческий капитал как фактор развития экономики страны / Е.Л. Свинаярёва // Образование, наука, производство. – 2015. – С. 4213–4216.

128. Седых И.О. Анализ эффективности человеческого капитала на уровне регионов / И.О. Седых // Экономика и предпринимательство. 2020. №11(124). С. 504-508.

129. Скляревская, В.А. Экономика труда: Учебник для бакалавров / В.А. Скляревская. — М.: ИТК Дашков и К, 2015. — 304 с.

130. Смит А. исследование о природе и причинах богатства народов. М.: Соцэгиз, 1956. – С. 490

131. Статистика: учеб. / В. Г. Минашкин [и др.]; под ред. В. Г. Минашкина. – М.: ТКВелби, Изд-во Проспект, 2006. – 272 с.

132. Столбов, В.А. Современная культура и региональный человеческий капитал: теоретические основы инновационного сотрудничества / В.А. Столбов // Инновационное развитие экономики: тенденции и перспективы. – 2016. – Т. 1. – С. 498–506.

133. Стратегия развития Алтайского края до 2025 года. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://www.altairegion22.ru/territory/soc_econ/arkhiv/strategiya-2025

134. Стратегия развития региона: теория, методология, практика: монография / Под общ. ред. Л. М. Шодоевой, Е. Е. Швакова. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2006. – 234 с.

135. Стрелкова, Л.В. Внутрифирменное планирование: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Экономика труда», «Экономика и управление на предприятии (по отраслям)» / Л.В. Стрелкова, Ю.А. Макушева. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. — 367 с.

136. Стрелкова, Л.В. Труд и заработная плата на промышленном предприятии: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Экономика труда», «Экономика и управление на предприятии (по отраслям)» / Л.В. Стрелкова, Ю.А. Макушева. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. — 351 с.

137. Сухотин, А.Б. Человеческий капитал и его ценовая координация как источник скрытой инфляции стоимости конечного продукта / А.Б. Сухотин, Л.С. Чернова // XXIII Кондратьевские чтения: Тупики глобальной экономики, поиск новой научной парадигмы. – 2015. – С. 270–275.

138. Таранова И.В. Инновационное развитие сферы медицинского здравоохранения в России на опыте социально-экономических трансформаций зарубежных стран и регионов / И.В. Таранова, И.А. Прядко, Д.В. Воронцов // Московский экономический журнал. 2020. №6. С. 62.

139. Тощенко, Ж.Т. Социология труда: Учебник для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Социология» и «Экономика труда» / Ж.Т. Тощенко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. — 423 с.

140. Троцкий А. Я. Теоретические вопросы изучения социально-территориальной структуры региона / А. Я. Троцкий. – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2002.

141. Троцкий А.Я., Щетинин М. П. Концептуальные основы регулирования территориального развития на мезоуровне // Известия Алтайского государственного университета. –2010. – №2/2. – С. 298–308.

142. Троцкий, А.Я. Разработка стратегий развития территориальных зон Алтайского края: продуктивна ли идея в условиях нестабильности? / А.Я. Троцкий, Ю.Ю. Наземцева, С.И. Обиремко // Экономика устойчивого развития. – 2019. – № 1 (37). – С. 247–252.

143. Троцкий, А.Я. Стратегия социально-экономического развития алтайского края до 2035 г.: экспертная оценка и предложения по совершенствованию / А.Я. Троцкий, Л.В. Родионова, А.М. Сергиенко // Экономика. Профессия. Бизнес. – 2019. – № 2. – С. 79–85.

144. Убайдуллаев Г.З. Управление человеческим капиталом как фактор социально-экономического и инновационного развития региона / Г.З. Убайдуллаев. Экономика и социум. 2021. №1-2(80). С. 530-541.

145. Управление человеческим капиталом: учебное пособие / Смирнов В. Т., Сошников И. В., Власов Ф. Б., Скоблякова И. В. – Орел: ОрелГТУ. – 2005.

146. Федеральная служба государственной статистики. Социально – экономические показатели 2019 год. – 2019. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.gks.ru>.

147. Хайруллина, Ю.Р. Человеческий капитал: теоретический и практический аспекты / Ю.Р. Хайруллина // Научные труды Центра перспективных экономических исследований. – 2015. – № 9. – С. 84–89.

148. Чажаев М.И. Разработка механизма управления построением инновационного потенциала человеческого капитала в региональной экономической системе / М.И. Чажаев, Д.В. Петров // Вестник Академии знаний. 2020. №6(41). С. 297-300.

149. Чигарева Ю.Д. Факторы развития регионального человеческого капитала / Ю.Д. Чигарева, Т.Б. Саматова // Экономика и бизнес: теория и практика. 2020. №11-3(69). С. 176-178.

150. Чижова, Л.С. Инновационная экономика: занятость, трудовая мотивация, эффективность труда / Л.С. Чижова. — М.: Экономика, 2017. — 430 с.
151. Шавлохова, З.П. Повышение эффективности использования человеческого капитала в сельском хозяйстве / М.А. Кантемирова // Достижения науки – сельскому хозяйству. – 2017. – С. 347–350.
152. Шваков, Е.Е. Институциональная подсистема инвестиционной политики региона: проблемы формирования и функционирования// Алтай – Россия: через века в будущее: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 250-летию вхождения алтайского народа в состав Российского государства. Т.2. – Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2006.
153. Шваков, Е.Е. О некоторых особенностях формирования инвестиционного механизма в субъектах Российской Федерации // Управление регионом: тенденции, закономерности, проблемы: Сборник научных статей. Часть 1. – Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2003.
154. Шваков, Е.Е. Проблемы формирования инвестиционной политики региона// Вестник молодых ученых: Сборник научных работ. – Горно-Алтайск: РИО ГАГУ, 2004.
155. Шваков Е. Е. Формирование и реализация инвестиционной политики экономического роста в регионах Российской Федерации: монография / Е. Е. Шваков. – Томск: Изд-во Том. Унта, 2006. – 282 с.
156. Шваков, Е.Е. Формирование стратегии инвестиционной политики экономического роста субъекта Российской Федерации // Финансы и кредит. – 2006. – №33. – С. 49-56.
157. Шваков, Е.Е. Инвестиционная политика региона / Е.Е. Шваков. – Барнаул, 2016.
158. Шваков, Е.Е. Модернизация социальной инфраструктуры как фактор социально-экономического развития региона / Е.Е. Шваков, Н.В. Бойко. – Барнаул, 2015.

159. Шорохов В. «Человеческий потенциал» и «человеческий капитал»: соотношении понятий. / Шорохов В., Морозова Н. // Человек и труд. – 2007. – №3. – С.80-82.

160. Шумаков, Ю.Н. Экономика труда в организациях АПК: Учебное пособие для студентов экономических факультетов сельскохозяйственных вузов / Ю.Н. Шумаков, Л.Б. Винничек, С.Н. Алексеева, Т.А. Максимова. — М.: НИЦ ИНФРА-М, 2018. — 223 с.

161. Шумпетер, Йозеф. Теория экономического развития: (Исследование предпринимательской прибыли, капитала, кредита, процента и цикла конъюнктуры) / Й. Шумпетер; Пер. с нем. В. С. Автономова и др. [с. 5-35]. – М.: Прогресс, 1982. – 455 с.

162. Шутяева, А.А. Взаимосвязь понятий "интеллектуальный капитал", "интеллектуальная собственность" и "человеческий капитал" / А.А. Шутяева, Е.В. Хоменко // Инновационный менеджмент и технологическое предпринимательство. – 2015. – С. 376–380.

163. Щинова Р.А. Человеческий капитал как фактор инновационного развития экономики региона / Р.А. Щинова // Инновационное развитие экономики. 2020. №6(60). С. 84-95.

164. Экономическая и социальная политика: теоретические и прикладные аспекты: сб. статей под ред. А. Я. Троцкого – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2009.

165. Ютяева О. Н., Мищенко В. В. Устойчивое развитие региона как основа обеспечения его экономической безопасности // Известия Алтайского государственного университета. – 2011. – № 2/2 (70). – С. 343-346. Программа развития ООН: Развитие человеческого потенциала в регионах России в 2013 году [Электронный ресурс]. – Заголовок с экрана: <http://gtmarket.ru/news/2013/06/17/6014>. (дата обращения: 09.01.2015).

166. Baharun R., Mi T.J., Mardani A., Shakeel J., Streimikiene D., Nitsenko V. Innovation in Healthcare Performance Among Private Brand's

Healthcare Services in Small and Medium-Sized Enterprises (Smes) // Acta Polytechnica Hungarica. 2019. T. 16. №5. C. 151-172.

167. Tortorella G.L., Fogliatto F.S., Espôsto K.F., Mac Cawley A.F., Vassolo R., Tlapa D., Narayanamurthy G. Healthcare Costs' Reduction Through the Integration of Healthcare 4.0 Technologies in Developing Economies // Total Quality Management & Business Excellence. 2020.

168. Kumar A., Krishnamurthi R., Nayyar A., Sharma K., Grover V., Hossain E. A Novel Smart Healthcare Design, Simulation, and Implementation Using Healthcare 4.0 Processes // IEEE Access. 2020. T. 8. C. 118433-118471.

169. Young R.A. WHAT DO WE MEAN, 'NECESSARY'?-ACHIEVING BALANCE AND RECOGNIZING LIMITS IN PRIMARY HEALTHCARE AND UNIVERSAL HEALTHCARE // Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2021.

170. Mishon E.V., Gogoleva T.N., Kanapukhin P.A., Sokolov A.A. Analysis and Forecasting of Prospects for Digitalization of a Regional Healthcare System // Lecture Notes in Networks and Systems. 2020. T. 87. C. 548-554.

171. Cavicchi C. Healthcare Sustainability and the Role Of Intellectual Capital: Evidence From an Italian Regional Health Service // Journal of Intellectual Capital. 2017. T. 18. №3. C. 544-563.