8.17. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ И КОНТУРЫ ЛОГИСТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ткач В.В., к.т.н., доцент, кафедра торгового дела и товароведения, Санкт-Петербургский государственный экономический университет, г. Санкт-Петербург;
Назаров В.А., к.м.н., доцент, кафедра травматологии и ортопедии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

В статье обосновывается необходимость формирования комплексного представления о функциональных областях логистики в сфере здравоохранения. Характеризуется состояние этой отрасли. Устанавливаются факторы, определяющие специфику управления запасами и цепями поставок в сфере здравоохранении. Определяется логистический функционал государственной политики в сфере здравоохранения и конкретизируются контуры логистики в этой отрасли.

Сфера медицинских услуг – это значительное, но практически неисследованное поле приложения логистических знаний. Однако внимания специалистов по логистике она почти не притягивает. Это обусловлено объективными причинами.

- Во-первых, теория логистики в сфере услуг, слабо связанных с вещественной субстанцией (нематериальных, к числу которых относятся и медицинские), еще только формируется [20].
- Во-вторых, существуют факторы, благодаря влиянию которых классические логистические принципы ограниченно применимы к управлению материальными запасами (запасами лекарственных препаратов, медицинских изделий и др.) и цепями поставок в сфере медицинских услуг (рис. 1).

Несмотря на отсутствие должного интереса специалистов по логистике к сфере медицинских услуг, существуют все основания полагать, что эта ситуация в ближайшие годы должна кардинально измениться. В пользу этого утверждения свидетельствуют, по крайней мере, две тенденции. Одна из них является институциональной. Она призвана ускорить развитие национальной системы здравоохранения, к числу приоритетов которого относится разработка обоснованных тарифов обязательного медицинского страхования (ОМС) и повышение эффективности деятельности государственных (муниципальных) медицинских учреждений [2]. Этот императив обусловливает рост интереса экономистов к отраслевым проблемам здравоохранения, среди которых вопросы материально-технического снабжения (МТС) отличаются особой остротой, что и создает объективные предпосылки для привлечения к их решению специалистов по логистике.

Другая тенденция характеризуется постепенным усилением конкуренции между государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, вынуждая последних становиться на путь диверсификации коммерческой деятельности, т.е. трансформироваться в многопрофильные учреждения, что неизбежно актуализирует проблему управления материальными запасами и цепями поставок.

Рис. 1. Особенности логистического менеджмента в медицинских учреждениях

Влияние логистики на развитие здравоохранения, таким образом, является очевидным. Однако принципы и критерии включения логистики в управление деятельностью медицинских учреждений на наш взгляд еще не определены. Чтобы выработать правильное представление о направлениях решения этой проблемы, требуется:

- во-первых, охарактеризовать современное состояние отрасли здравоохранения;
- во-вторых, дать оценку институциональным подходам к обеспечению эффективности государственных медицинских учреждений;
- в-третьих, обосновать концептуальное представление о роли логистики в достижении необходимого уровня медицинской помощи и ее контуров в здравоохранении.

Одним из индикаторов развития здравоохранения является демография медицинских учреждений. Со-

гласно данным официальной статистики, ее отличительной чертой следует считать разнонаправленный характер динамики изменения числа предприятий в государственном и негосударственном секторе здравоохранения (соответственно, отрицательный и положительный). Количество негосударственных больничных организаций составляет менее 5% от общего числа таких предприятий, причем число коек у них не превышает 2% от общей мощности всей отрасли, т.е. такие организации пока не играют существенной роли в развитии отрасли здравоохранение.

Доля удельного веса убыточных негосударственных больничных организаций снижается, однако остается достаточно высокой (около 30%), что служит тревожным симптомом в сфере платных медицинских услуг. Это обусловлено современным состоянием экономики страны, которая находится под влиянием отрицательного воздействия геополитических факторов. В этой ситуации численность малоимущих домохозяйств в последние годы возрастает. Их приспособление к финансовому дефициту проявляется, как правило, в форме отказа от части потребительских расходов. Подобное решение в первую очередь распространяется на платные услуги здравоохранения. Это еще раз свидетельствует в пользу безальтернативности государственного сектора здравоохранения на современном этапе его развития.

Официальная статистика свидетельствует о том, что численность населения в Российской Федерации возрастает, хотя и незначительными темпами. На этом фоне на себя обращает внимание тот факт, что в стране, несмотря на формально высокую обеспеченность населения врачами и койками, качество медицинской помощи не всегда можно признать удовлетворительным. Улучшению этой ситуации не способствует снижение числа выпускаемых специалистов со средним и высшим образованием по рассматриваемому направлению, которое приняло характер устойчивой тенденции. Отсев почти 50% студентов в процессе подготовки по медицинской специальности свидетельствует о существовании проблем в организации их обучения.

Степень износа основных фондов (в основном зданий) в здравоохранении превышает 50%. Эта величина является пороговой с точки зрения обеспечения экономической безопасности. В странах с развитой рыночной экономикой она составляет 25%. Динамика ввода в эксплуатацию новых больничных организаций является отрицательной, например, в 2014 г. по сравнению с предыдущим годом объем новых мощностей (коек) снизился почти в три раза.

Официальная статистика не ведет учета использования производственных мощностей (оборудования, аппаратуры) больничных организаций. Оценить степень их загрузки поэтому не представляется возможным, хотя этот показатель крайне важен для анализа основных фондов, стоимость которых постоянно возрастает. Следует также отметить еще одно положение. Капиталоемкость отрасли здравоохранения в том числе определяется ростом затрат на койко-день, в состав которых входит износ специального оборудования.

Капиталовложения в прогрессивные основные средства позволяют более точно диагностировать длительность активной стадии лечения, что создает объективные предпосылки для ускорения оборота койки. Эта закономерность подлежит обязательному учету при проведении технико-экономического обоснования закупки медицинского оборудования. Целесообразно также отметить лидирующую роль организаций здравоохранения в использовании сети Интернет для размещения заказов на поставки материальных ресурсов (МР) у поставщиков. Однако заслуга в достижении такого результата принадлежит Федеральной контрактной системе, согласно которой все способы закупок должны реализоваться в электронной форме.

В пользу качества отечественного здравоохранения свидетельствует рост средней продолжительности жизни и снижение заболеваемости населения, которое наметилось в 2015 г. Число травм и др. последствий воздействий внешних причин, зарегистрированных у пациентов, в последние годы также снижается. Однако обращает на себя внимание сохраняющийся высокий уровень числа переломов костей (конечностей). В этих случаях требуется проводить оперативное лечение в первые часы травмы, которое в большинстве стационаров не осуществляется. Этот пример, в том числе, свидетельствует о необходимости позитивных перемен в здравоохранении.

Отрасль здравоохранения призвана вносить существенный вклад в обеспечение национальной экономической безопасности, который проявляется в росте:

- во-первых, национального дохода, производительности общественного труда и общественного богатства;
- во-вторых, числа трудоспособного населения.

Достижение этой цели, по нашему мнению, должно осуществляться в рамках, по крайней мере, трех принципиальных направлений.

Во-первых, переход на одноканальное финансирование (на основе ОМС) должен исключить угрозу формирования слоя малоимущего населения, которому недоступно качественное медицинское обслуживание. Требуется учитывать, что не в одной национальной системе здравоохранения полностью такой принцип финансирования не реализуется.

Во-вторых, помимо совершенствования менеджмента медицинских организаций необходимо наладить контроль их хозяйственной деятельностью. Количество финансовых нарушений в таких учреждениях, связанных с невыполнением регламентов ОМС, по данным официальной статистики постоянно возрастает (рис. 2). Эта тенденция, с одной стороны, свидетельствует о неспособности значительного ряда руководителей таких организаций планировать потребности в оказании медицинской помощи в отчетном периоде и, соответственно, осуществлять бюджетирование (в том числе логистических затрат) в учреждении. С другой стороны, она сигнализирует о необходимости совершенствования стандартов медицинской помощи, на основе которых происходит расчет затрат на оказание пациентам услуг. В-третьих, необходимо повышать эф-

фективность медицинских услуг (сокращать продолжительность содержания пациента на больничной койке), обеспечивающих доступность и качество лечения при наличии жестких бюджетных ограничений и правил ОМС. Необходимым условием выполнения этого требования выступает более широкое использование инструментов логистики в управлении закупками МР и приобретение специализированного оборудования для нужд медицинских организаций.

Государство не оставляет открытыми проблемы развития здравоохранения. Оно предпринимает институциональные шаги по их решению, исходя из того, что системообразующим фактором становления сферы медицинских услуг следует считать обеспечение доступности, качества и эффективности медицинской помощи. К числу таких шагов следует отнести разработку:

- во-первых, национальной концепции развития системы здравоохранения до 2020 г.;
- во-вторых, государственную программу РФ «Развитие здравоохранения»; концепции долгосрочного развития РФ на период до 2020 года [7].

Логистические аспекты государственной политики в сфере здравоохранения в этих документах специально не выделяются. Однако в них декларируются задачи, имеющие явную логистическую компоненту, характеристики которой нами приводятся на табл. 1. Их перечень неполный и носит обобщенный характер, поэтому они нуждаются в детализации.

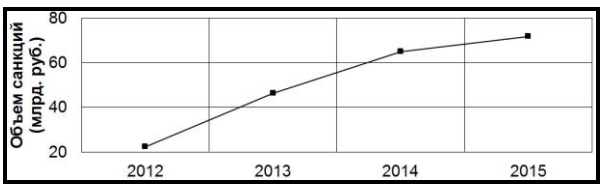

Рис. 2. Финансовые санкции, применяемые к медицинским организациям за нарушения объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи[1]

Институциональные меры, предпринимаемые государством в целях совершенствования системы здравоохранения, имеют следующую направленность:

- группа 1 – обеспечение выполняемости управленческих ведомственных решений на региональном уровне;
- группа 2 – оценка результативности деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения;
- группа 3 – применение модели повышения качества медицинской помощи [3, 4, 8].

Меры группы 1 свидетельствуют о понимании государством значения менеджмента в обеспечении руководства здравоохранением как единым целым в организационно-экономическом отношении. Однако они не учитывают отраслевой характер менеджмента, в том числе, логистического, что затрудняет их использование. Меры группы 2 создают предпосылки для совершенствования менеджмента в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях, хотя не выстроены на основе системного принципа и не учитывают возможности логистического управления. Вопросам обеспечения результативности таких организаций наиболее полно посвящены [6, 7, 8, 21], которые взаимно дополняют друг друга. Необходимо отметить, что в [7, с. 123] в числе принципов формирования механизма государственной политики в рассматриваемой отрасли постулируется применение логистических инструментов. Однако этот тезис является единичным, ничем не обосновывается и не раскрывается. Чтобы развить наше представление о роли логистики в деятельности государственных медицинских учреждений, подвергнем анализу отдельные положения, приведенные в [6, 7, 8, 21].

Во-первых, в [7, с. 4; 8, с. 3] актуализируется необходимость отслеживания расхождений между фактическими параметрами медицинской помощи, оказанной государственным (муниципальным) учреждением, и нормативными величинами показателей ее доступности и качества, т.е. определения результативности их основной деятельности [1, 4]. Реализация этой процедуры, безусловно, должна создать объективные предпосылки для оценки рациональности менеджмента на рассматриваемых предприятиях и социально-экономических потерь (народнохозяйственных убытков) от несоответствия бесплатного медицинского обслуживания уровню, гарантированному государством. Однако вопрос о роли логистики в обеспечении требуемого уровня оказания медицинской помощи остается в этом случае открытым, хотя объем прямых материальных затрат в сфере здравоохранения значителен. Кроме того, в расчет следует принимать еще один фактор. Государственное регулирование логистических процессов в этой отрасли способно оказать существенное влияние на результативность деятельности подобных организаций, т.е. этот показатель зависит не только от них.

Во-вторых, в [3, с.33; 21, с.54] отмечается, что совершенствование управления государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения требует учета социально-экономической специфики медицинской помощи при формировании системы показателей основной деятельности рассматриваемых учреждений.

В [7, с. 43] предлагается, в частности, оценивать:

- показатель 1 – удовлетворенность пациента (следует заметить, что это рекомендовано [3]);
- показатель 2 – затраты на лечение;
- показатель 3 – риск дополнительного травмирования (потери нетрудоспособности).

Использование показателя 1 (удовлетворенность пациента), по нашему мнению, нуждается в специальном обосновании по следующим причинам:

- пациенты, как правило, не способны оценивать качество медицинской помощи на профессиональном уровне;
- удовлетворенность потребителей любых нематериальных услуг (включая, медицинские) нередко складывается в результате непосредственного (активного) взаимодействия исполнителя и потребителя, т.е. без учета эффективности собственной деятельности первого из них по удовлетворению потребностей второго [16, 17, 20].

[1] График построен авторами на основе открытых данных официальной статистики.

Таблица 1

ЛОГИСТИЧЕСКИЙ ФУНКЦИОНАЛ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Задачи	Логистический функционал
Обеспечение государственных гарантий оказания бесплатной мед-помощи	Специфицирование потребностей в МР в целях конкретизации видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи; стандартизация логистических операций в здравоохранении; планирование МР, обеспечивающих реализацию государственных гарантий
Модернизация системы ОМС	Обоснование тарифов на оплату медицинской помощи с учетом логистических расходов; создание системы управления качеством медицинской помощи с учетом требований к логистике в стандартах ISO
Повышение эффективности системы организации медицинской помощи	Совершенствование службы скорой помощи путем оптимизации перевозок пациентов; оптимизация стационарной помощи за счет приобретения прогрессивного оборудования; учет логистических затрат в расходах на оказание медицинской помощи; обоснование инвестиций в развитие материально-технической базы (логистической системы) медицинской организации; расширение хозяйственной самостоятельности учреждений за счет, в т.ч. повышения уровня логистических знаний их руководителей; реализация отраслевых логистических проектов и тиражирование логистического опыта
Улучшение лекарственного обеспечения	Рационализация запасов лекарственных средств и изделий медицинского назначения; управление цепями поставок этих МР (в т.ч. обеспечение безопасности цепей поставок и управление «холодовыми цепями»); установление хозяйственных связей с поставщиками стратегических этих МР, дислоцированными на территории РФ
Информатизация системы здравоохранения	Использование логистических информационных систем для управления взаимодействиями с поставщиками и материальными запасами
Развитие мед. науки и инноваций, повышение квалификации мед. работников и мотивации к труду	Управление логистическими инновациями в здравоохранении; подготовка руководителей медицинских организаций по направлению «Логистика в здравоохранении»; введение в перечень ключевых показателей эффективности менеджмента медицинских учреждений логистических параметров
Реализация национального проекта «Здоровье»	Логистическое обеспечение приоритетного проезда специализированного медицинского транспорта и обоснование территориальных зон обслуживания им учреждений здравоохранения

Одним из элементов такого вида деятельности между тем является МТС, в котором сконцентрирована вся логистика [19]. Она играет вспомогательную роль в сфере здравоохранения. Однако это не умаляет ее значения в обеспечении доступности и качества медицинской помощи, поскольку от МТС во многом зависит отсутствие сбоев в реализации мероприятий на поддержание (восстановление) здоровья по причине дефицита МР.

Чтобы минимизировать затраты на лечение (показатель 2), соответственно, необходимо знать состав и размеры логистических расходов. Показатель 3 (риск ятрогении) частично также связан с логистикой, поскольку медицинские изделия могут принадлежать разным классам в зависимости от потенциального риска их применения и в тоже время признаваться взаимозаменяемыми.

В-третьих, в [7, 8, 21] максимизация результатов государственных медицинских учреждений справедливо рассматривается в качестве одной из приоритетных целей. В числе последних, однако, не называется обеспечение соответствия предоставляемых медицинских услуг установленным критериям (показателям) и территориальной программе ОМС. Решение этой задачи между тем зависит и от рационализации МТС государственных (муниципальных) медицинских учреждений, в котором, не смотря на ряд ограничений, просматривается логистическая компонента.

В-четвертых, в [7, 8, 21] справедливо констатируется, что федеральный стандарт медицинской помощи призван стать основным инструментом повышения ее уровня и увеличения оплаты услуг, оказанных государственными медицинскими учреждениями, страховыми медицинскими организациями. Однако в расчет следует принимать ряд аспектов:

- подобные стандарты включают усредненные показатели;
- в дальнейшем не исключается нормирование затрат на медицинскую помощь, оказываемую в системе ОМС, в том числе логистических;
- расходы на оказание медицинских услуг, в том числе логистические, растут быстрее, чем цена на них («болезнь издержек» Баумоля);
- установление реальных нормативных обязательств государства представляет не простую задачу.

В-пятых, направленность подходов к оценке деятельности муниципальных учреждений здравоохранения, выработанных субъектами РФ (в том числе, органами самоуправления) и учеными, согласно [7, 8, 21], определяется необходимостью более полно охарактеризовать профессиональную (медицинскую) и экономическую эффективность рассматриваемых организаций.

В этом контексте обращает на себя внимание, по крайней мере, один факт. Первая группа разработчиков, в первую очередь, руководствуется стремлением не допустить неэффективных расходов местных бюджетов и подвести методическую базу под обоснование размера премии руководителю медицинских учреждений.

Справедливости ради необходимо отметить, что стремление выработать суждение о финансово-экономической деятельности (финансовых и кадровых рисках) все же есть. Однако логистическая составляющая в оценке медицинской и экономической эффективности никем не учитывается. Следует отметить, что МТС оказывает прямое влияние на доступность и качество медицинской помощи, в частности, по следующим причинам:

- во-первых, дефицит (нехватка), например, медицинских изделий, непосредственно влияет на качество медицинского обслуживания;
- во-вторых, качество медицинских изделий, оборудования непосредственно связано с результатом медицинской услуги.

Это означает, что оценка медицинской эффективности должна предусматривать блок показателей, характеризующих логистические факторы, которые не позволили выполнить нормативные требования к деятельности медицинского учреждения. Заметим, что в [7, с. 158] предлагается критерии эффективности использования ресурсов здравоохранения. Однако лишь один из них (обеспеченность больничными койками) соотносится с учетом МР.

В-шестых, в [6, 7, 8, 21] совершенно обосновано ставится вопрос о необходимости расчета интегрального показателя эффективности деятельности государственных (муниципальных) медицинских учреждений, в том числе, многопрофильных стационаров. Предложение об однокритериальной оценке такой эффективности путем свертки частных показателей, предварительно подвергнутых нормализации, следует считать заслуживающим интереса [6, с. 14, 3, 161].

Однако оно, по нашему мнению, нуждается в доработке, так как требуется специальное обоснование удельного веса частных таких показателей (с учетом специализации медицинского учреждения и профилей стационара). Кроме того, его следует считать недостаточным, поскольку оно не предусматривает учета логистических показателей, а также показателей, характеризующих результативность оказания медицинской помощи с позиции ее соответствия требованиям ОМС. Упоминание в [21, с. 66] о сбалансированной системе показателей в сфере здравоохранения, по нашему мнению, не следует расценивать как инновационное:

- во-первых, оно носит декларативный характер;
- во-вторых, концепция построения такой системы еще только формируется (в том числе и в теории логистики).

Среди институциональных мер, предпринимаемых государством в целях совершенствования системы здравоохранения, относящихся к третьей группе, в первую очередь, следует выделить рекомендации по использованию в этой отрасли индустриальной модели управления качеством медицинской помощи [4]. В качестве обязательных условий ее использования называются готовность материально-технической базы и оснащенность оборудованием (их выполнение, как известно, является функцией логистики). Согласно [4], проектированию основной деятельности медицинских учреждений направленность придает протокол ведения больных (дня), который предусматривает структурное, сетевое и календарное планирование работ. Нужно заметить, что визуализация потоков работ в форме блок-схемы является стандартным инструментом проектирования процессов обслуживания клиентов, независимо от отраслевой принадлежности предприятия, причем такая схема носит название сервисного плана. Однако этот план не лишен недостатков, так как, в частности, не несет информации о материальных ресурсах, которые необходимы для выполнения той или иной операции. Этот недостаток, по нашему мнению, создает препятствия на пути повышения точности определения потребностей в МР в сфере здравоохранения. Однако его можно устранить, если использовать технологию структурного анализа и проектирования (***SADT***), которая позволяет учитывать ресурсы необходимые для выполнения работ.

Отдельно следует отметить еще одно положение. Протоколы ведения больных и нормы оснащения медицинских учреждений определяются соответственно стандартом и порядком оказания медицинской помощи. При их разработке, по нашему мнению, не исключается логистический конфликт, обусловленный различиями видения потребности в МР (оборудовании, лекарственных препаратах и др.).

Анализ научных публикаций, в которых в той или иной мере рассматриваются возможности использования инструментов логистики в сфере здравоохранения (исключая те, в которых декларируется необходимость такого шага), позволил определить сфокусированность этих работ по следующей проблематике:

- проблема 1 – применение метода ***ABC/VEN***-анализа для оценки качества лекарственного и др. обеспечения;
- проблема 2 – организация доставки медицинских препаратов и др. в рамках «холодовой цепи».

Актуальность проблемы 1, несомненно, непосредственно обусловлена отраслевой спецификой обоснования качественной и количественной структуры запаса МР. Однако следует учитывать то, что решения по управлению запасами МР в сфере здравоохранения должны быть производными от плана оказания медицинских услуг, т.е. рассматриваемая проблема является частной, хотя и значимой с позиции отраслевой логистики.

Актуальность проблемы 2 в большей степени предопределяют три фактора:

- во-первых, рост спроса на доставку МР для нужд медицинских учреждений, в процессе которой обеспечиваются необходимые условия хранения и транспортировки;
- во-вторых, институциональная регламентация «холодовой цепи» в отечественных ведомственных нормативных актах;
- в-третьих, потребность в создании логистической инфраструктуры, отвечающей требованиям к «холодовым цепям» в сфере здравоохранения.

Решение этой проблемы, несмотря на свою специфику, по нашему мнению, может базироваться на классических логистических принципах. Основанием для такого суждения служит накопленный опыт по управлению цепями поставок пищевой продукции при определенном температурном режиме.

Отдельно в последнем контексте следует выделить проблему учета МР в этой отрасли, причиной которой выступает применение усредненных норм расхода МР [9]. Уместно заметить, что к таким МР относятся и медицинские отходы, управление которыми должно стать самостоятельными направлением логистического менеджмента. Таким образом, следует констатировать, что степень теоретической разработанности концепции логистики в сфере здравоохранения остается невысокой, хотя отраслевой спрос на нее растет, а его структура постоянно усложняется. Кроме того, целесообразно, отметить следующее. Наиболее исследованным отраслевым полем приложения инструментов логистики выступает оптовая торговля, т.е. сфера услуг, имеющих высокую степень вещественности. Степень вещественности медицинских услуг мала, поэтому в здравоохранении

логистике отводится только вспомогательная роль [20]. Однако многие положения классической теории логистики и управления цепями поставок все же применимы в рассматриваемой отрасли. Чтобы более полно их использовать, необходимо в первую очередь конкретизировать вклад логистического сервиса в обеспечение необходимого уровня медицинской помощи [5, с. 34; 20].

Очевидно, что существенные различия в специфике использования логистических инструментов проявляются на макро-, мезо- (региональном) и микроэкономическом уровнях сферы здравоохранения. Учитывая, что ее предприятия преимущественно находятся в государственной (муниципальной) собственности, существенная роль в совершенствовании отраслевого менеджмента принадлежит государственному регулированию логистических процессов в границах первых двух уровней сферы здравоохранения.

К числу направлений такого регулирования следует отнести:

- во-первых, совершенствование отраслевого ценообразования с учетом логистической составляющей;
- во-вторых, централизация МТС государственных учреждений здравоохранения и усиление требований к обоснованию планов закупок МР для их нужд;
- в-третьих, строительство логистических центров, призванных обслуживать государственные медицинские учреждения на локальных территориях (развитие специализированной отраслевой логистической инфраструктуры.

Такие центры могли бы взять на себя функцию размещения заказов на поставки МР для нужд рассматриваемых организаций и их МТС не только на региональном уровне, но и в городских агломерациях. Экономический эффект в этом случае должен образоваться по следующим причинам:

- во-первых, экономия на масштабах закупок;
- во-вторых, снижение уровня текущего запаса МР за счет потребления различными учреждениями здравоохранения одноименных МР с неодинаковой, в том числе, временной интенсивностью;
- в-третьих, сокращение логистических (складских и др.) затрат в этих организациях.

На микроэкономическом уровне, т.е. на уровне рассматриваемых учреждений на первое место выходит планирование поставок МР для их нужд (закупок) ориентированное на выполнение плана финансово-хозяйственной деятельности государственного медицинского учреждения. План таких поставок с точки зрения логистики должен обладать такими свойствами как надежность, гибкость, адаптивность и др. [11, 15]. В его обосновании особому учету подлежат логистические ограничения, налагаемые федеральной контрактной системой [12-14]. Проектирование условий государственных контрактов должно осуществляться на основе единой стратегии ведения договорной работы, гарантирующей равномерность и ритмичность поставок для нужд государственных учреждений здравоохранения [10, 18]. Проектные условия таких контрактов, причем должны подвергаться логистической экспертизе.

Основной целью данной работы явилось определение контуров логистики в сфере здравоохранения. Потребность в этом в последнее время ощущается очень остро, поскольку менеджмент государственных медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальное финансирование нуждается в совершенствовании. Предпринятая нами попытка развития концептуального представления о логистике в сфере здравоохранения во многом обусловлена тем, что во многих научных публикациях предлагается фрагментарный взгляд на эту проблему. Хотелось бы отметить, что перспективы дальнейшей проработки данной проблематики связаны в первую очередь с разработкой рекомендаций по управлению операционной логистической деятельностью в государственных учреждениях здравоохранения.

Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в РФ [Электронный ресурс] : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. №323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. [Электронный ресурс] : постановление Правительства РФ от 10 февр. 2017 г. №172. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Оптимизация процесса принятия и контроля реализации управленческих решений [Электронный ресурс] : метод. рекомендации №99/197 ; утв. М-вом здравоохранения РФ 31 дек. 1999 г. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении [Электронный ресурс] : метод. рекомендации ; утв. М-вом здравоохранения РФ от 9 окт. 2002 г. №2002/92. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Бауэрсокс Д. Дж. Логистика: интегрированная цепь поставок [Текст] / Д. Дж. Бауэрсокс, Д. Дж. Клосс ; пер. с англ. – М. : Олимп-бизнес, 2001. – 640 с.
6. Гадаборшев М.И. Интегральная оценка результативности деятельности отделений многопрофильного стационара [Текст] / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – №6. – С. 12.
7. Гадаборшев М.И. и др. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи [Текст] : монография / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. – М. : ИНФРА-М, 2016. – 424 с.
8. Левкевич М.М. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности [Текст] : монография / М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. – М. : ИНФРА-М, 2016. – 216 с.
9. Малых В.Л. и др. Проблемы автоматизации учета прямых материальных затрат в медицине. Архитектура прецедентного материального учета [Текст] / В.Л. Малых, Я.И. Гулиев, А.И. Крылов, Е.В. Рюмина // Аудит и финансы. – 2009. – №2. – С. 465-471.
10. Ткач В.В. Логистическая контрактация как системообразующий фактор построения цепей поставок [Текст] / В.В. Ткач // Аудит и финансовый анализ. – 2013. – №3. – С. 156-160.
11. Ткач В.В. Общие условия устойчивости цепей поставок [Текст] / В.В. Ткач // Вестн. Южно-Уральского госуд. ун-та ; Сер. : Экономика и менеджмент. – 2011. – Вып. 17 ; №8. – С. 173-177.
12. Ткач В.В. Оценка инвестиционного замысла (идеи) проекта логистической системы [Текст] / В.В. Ткач // Российское предпринимательство. – 2005. – №2. – С. 60-65.
13. Ткач В.В. Оценка инвестиционного замысла (идеи) проекта логистической системы [Текст] / В.В. Ткач // Российское предпринимательство. – 2005. – №4. – С. 73-76.

14. Ткач В.В. Проблемы моделирования цепей поставок [Текст] / В.В. Ткач // Вестн. Южно-Уральского госуд. ун-та ; Сер. : Экономика и менеджмент. – 2010. – Вып. 16 ; №39. – С. 106-110.
15. Ткач В.В. Проблемы обеспечения надежности плана поставок [Текст] / В.В. Ткач // Экономика и управление. – 2012. – №1. – С. 73-77.
16. Ткач В.В. Сервисные приоритеты управления логистическими цепями [Текст] / В.В. Ткач // Ж-л правовых и экономических исследований. – 2013. – №3. – С. 110-113.
17. Ткач В.В. Учет фактора лояльности потребителя и поставщика в планировании поставок в логистических цепях [Текст] / В.В. Ткач // РИСК. – 2012. – №2. – С. 77-80.
18. Ткач В.В. Элементы контрактной стратегии управления цепями поставок [Текст] / В.В. Ткач // Науч.-техн. ведомости СПб. госуд. политехн. ун-та. – 2012. – №5. – С. 147-151.
19. Ткач В.В. Логистические приоритеты управления снабженческо-сбытовой деятельностью [Текст] / В.В. Ткач, А.Н. Клунко // Аудит и финансы. – 2016. – №6. – С. 295-298.
20. Ткач В.В. Разграничение SC и SR логистических активностей в процессе предоставления услуги [Текст] / В.В. Ткач, Е.А. Демин // Логистика – евразийский мост: мат-лы 10-й Междунар. науч.-практ. конф. (14-16 мая 2015 г., Красноярск). – Красноярск : КГАУ, 2015. – С. 315-320.
21. Цыганкова С.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения [Текст] : монография / С.М. Цыганкова, М.М. Левкевич. – М. : ИНФРА-М, 2016. – 156 с.

Ключевые слова

Здравоохранение; логистика; материально-техническое снабжение; материальные ресурсы; медицинская помощь; управление цепями поставок.

Ткач Владимир Владимирович
E-mail: vvt@unecon.ru

Назаров Владимир Анатольевич
E-mail: nazarov_v_a@mail.ru

РЕЦЕНЗИЯ

Статья Ткача В.В. и Назарова В.А. «Институциональные предпосылки развития и контуры логистики в сфере здравоохранения» представляет собой результат комплексного обоснования постановки научных исследований в области выработки системного подхода в обосновании использования инструментов логистики на государственных и муниципальных предприятиях здравоохранения.

Актуальность темы этой научной публикации не вызывает никаких сомнений, что подтверждается остротой проблемы реализации методов логистического менеджмента в сфере здравоохранения с учетом ее отраслевой специфики.

Статья обладает научной новизной, которая заключается в системном подходе к построению интегральной картины восприятия контуров логистики в сфере здравоохранения. Доказательность научных результатов, содержащихся в статье, определяется комплексной логикой изложения ее положений и научной преемственностью.

Статья Ткача В.В. и Назарова В.А. «Институциональные предпосылки развития и контуры логистики в сфере здравоохранения» может быть рекомендована к публикации в журнале «Аудит и финансовый анализ».

Уваров С.А., д.э.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный экономический университет, г. Санкт-Петербург.