

На правах рукописи

Калашников

КАЛАШНИКОВ Константин Николаевич

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ УПРАВЛЕНИЯ
РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Апатиты

2011

Работа выполнена в Учреждении Российской академии наук
Институте социально-экономического развития территорий РАН

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
Ильин Владимир Александрович

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Попков Валерий Павлович

кандидат экономических наук, доцент
Торопушина Екатерина Евгеньевна

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Череповецкий государственный
университет»

Защита диссертации состоится «29» марта 2011 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета К 002.185.01 в Учреждении Российской академии наук Институте экономических проблем им Г.П. Лузина Кольского научного центра РАН (ИЭП КНЦ РАН) по адресу: 184200, г. Апатиты Мурманской области, ул. Ферсмана, 24а.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ИЭП КНЦ РАН.

Автореферат разослан «10» февраля 2011 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат экономических наук, доцент



И.А. Гуцина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования обусловлена, с одной стороны, устойчивыми негативными тенденциями в состоянии здоровья населения Вологодской области, высоким уровнем заболеваемости и преждевременной смертности, оборачивающимися масштабными экономическими потерями для региона, в предотвращении которых роль здравоохранения немаловажна, а с другой стороны, низкой структурной, организационной, финансовой эффективностью здравоохранения (его состояние и в РФ в целом, и в отдельных регионах оценивается экспертами как системный кризис), что приводит к нерациональному расходованию бюджетных и страховых средств.

Масштабы финансирования здравоохранения в Вологодской области, как и в целом по России, остаются низкими: за период с 2000 по 2008 г. они не превысили 3% от ВРП. Поэтому важными аспектами деятельности здравоохранения становятся обеспечение рациональности освоения финансовых ресурсов за счёт рационализации структуры медицинской помощи, организации системы оценки эффективности затрат и использования более эффективных методов управления финансами, а также реализации межотраслевого взаимодействия в решении вопросов общественного здоровья и здравоохранения территории, то есть в целом регулирование организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

Потребности реформирования и развития региональной системы здравоохранения определили выбор темы диссертационного исследования, которая является актуальной как в научном, так и практическом аспектах.

Степень научной разработанности проблемы. Теоретическую базу диссертационного исследования составляют работы отечественных и зарубежных исследователей. Вопросы оценки значения здоровья и здравоохранение для экономического развития региона нашли отражение в трудах Беккера Г., Блума Д.Э., Гроссмана М., Масгроува Ф., Пигу А. С., Шульца Т., Юшера Д. Среди зарубежных учёных вопросами организации и финансирования регионального здравоохранения наиболее подробно занимались Барр Н., Гудман Х., Джонас С., Джонсон Э., Йонг К., Кроуфорд К., Лейдл Р., МакКи М., Мингшан Л., Мовчан К.А., Моссиалос Э., Раффель М., Уаддингтон К., Фигерас Дж., Харрингтон Ч., Хофмейер У.К., Шульц Г.А., Эрроу К., Эстес Л.К., Ягги Д. и др. Вопросы финансирования регионального здравоохранения были рассмотрены также в работах таких отечественных учёных, как: Аганбегян А.Г., Вялков А.И., Ермаков С.Н., Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Колосницына М.Г., Кочуров Е.В., Лебедева Н.Н., Окушко Н.Б., Райзберг Б. А., Фрид Э.М., Чубарова Т.В., Шамшурина Н.Г., Шевский В.И., Шейман И.М., Шиленко Ю.В., Шишкин С.В. и др. Вопросы регионального социально-экономического развития подробно представлены в трудах Айзарда О.А., Гранберга А.Г., Ильина В.А., Козьменко С.Ю., Мизеса Л., Мюрдала К.Г., Некрасова Н.Н., Перу Ф., Попкова В.П., Рябовой Л.А., Сели-

на В.С., Сигова В.И., Сычёва М.Ф., Татаркина А.И., Торопушиной Е.Е., Усковой Т.В., Хайка Ф., Чистобаева А.И.

Хотя перечисленными авторами проведено большое количество исследований, их результаты либо относятся к сфере экономики здравоохранения на микроуровне (лечебно-профилактическое учреждение), либо затрагивают лишь самые общие вопросы социально-экономического развития регионов без подробного анализа организационно-экономических факторов управления здравоохранением как важной отраслью социальной сферы, что предопределило цель и задачи диссертационной работы.

Цель исследования – разработка и научное обоснование мер по регулированию организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**:

1. Проанализированы теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как социально-экономической системы в контексте хозяйственного комплекса региона.

2. Систематизированы организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения. На основе оценки их современного состояния выявлены главные проблемы здравоохранения региона.

3. Типологизированы муниципальные районы Вологодской области по уровню расходов на здравоохранение и демографических потерь от преждевременной смертности населения (метод «затраты-потери») и выявлены территории, требующие особого внимания со стороны региональных и местных органов управления здравоохранением.

4. Оценены экономические потери региональной экономики от преждевременной смертности населения как показателя эффективности региональной здравоохранительной политики в разрезе территорий и основных причин смерти населения.

5. Разработаны практические рекомендации по регулированию организационно-экономических факторов управления системой здравоохранения Вологодской области.

Объектом исследования является региональная система здравоохранения.

Предметом исследования выступают организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения.

Исследование выполнено в соответствии с п. 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» Паспорта специальности ВАК (экономические науки: 08.00.05 – экономика и управление народным хозяйством; региональная экономика).

Теоретическая и методологическая основа исследования. Теоретической основой диссертационной работы явились научные труды зарубежных и отечественных специалистов по экономической теории, региональной экономике и экономике социальной сферы, а также концептуальные положения об источниках и факторах регионального развития и регулирования социальных процессов и др.

Методология исследования основывалась на использовании общенаучных методов познания (абстрактно-логический, диалектический, функциональный, структурно-уровневый методы исследований); научных положений по организации управления здравоохранением, методов микро-правового анализа и анализа политических решений, ключевых положениях системного подхода к оценке социально-экономических процессов и проблем региона. В диссертации применены методы экономического анализа (методы минимизации затрат и стоимости болезни), социологического исследования.

Информационная база исследования включает данные Федеральной службы государственной статистики и её Территориального органа по Вологодской области, нормативно-правовые и научно-методические документы, статистические данные Всемирного банка реконструкции и развития, Всемирной организации здравоохранения, Территориального фонда обязательного медицинского страхования и Департамента здравоохранения Вологодской области, базовые научные работы по экономике здравоохранения, публикации в периодических научных изданиях, Интернет-ресурсы, данные социологических опросов, проведённых Институтом социально-экономического развития территорий РАН (ИСЭРТ РАН) в мониторинговом режиме.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Высокие уровни заболеваемости и преждевременной смертности населения, обуславливая существенные экономические потери и снижение производительности труда в регионе, выступают значимыми факторами, сдерживающими социально-экономическое развитие территории.

2. Состояние современной системы здравоохранения в регионе характеризуется противоречивостью. Так, с одной стороны, в Вологодской области наблюдается неблагоприятная в сравнении с другими субъектами РФ медико-демографическая ситуация, сложная экологическая обстановка, низкий уровень структурной организации и ресурсной обеспеченности здравоохранения на фоне расширения его коммерциализации. С другой стороны, в области имеются положительные прецеденты использования передовых механизмов финансирования и управления здравоохранением, отдельные позитивные показатели внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи, однако они ещё не приобрели должной масштабности применения.

3. Существенным организационно-экономическим фактором управления региональной системой здравоохранения является межотраслевое взаимодействие, реализуемое в контексте проведения общей региональной

социально-экономической политики, одной из составляющих которой выступает региональная здравоохранительная политика.

4. Эффективным способом регулирования финансирования как фактора функционирования региональной системы здравоохранения является использование капитации (подушное финансирование), что позволяет осуществлять распределение финансовых ресурсов между территориями региона адекватно их демографической, природно-климатической и социально-экономической специфике (за счёт использования поправочных коэффициентов) и более полно удовлетворять потребности населения территорий в медицинских услугах.

5. Для оценки эффективности управления региональной системой здравоохранения целесообразно использовать методологический подход, основанный на сопоставлении затрат на финансирование здравоохранения с масштабами потерь региона от преждевременной смертности населения, выраженных с помощью индикатора «потерянные годы потенциальной жизни».

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Выполнен *расчёт упущенной выгоды в производстве ВРП и экономических потерь для Вологодской области вследствие преждевременной смертности населения* в разрезе территорий и основных причин смерти. Это показывает неиспользованные возможности, которые при повышении эффективности деятельности регионального здравоохранения в целях улучшения здоровья населения могли бы увеличить экономический потенциал региона.

2. *Установлено, что на эффективность регионального здравоохранения существенно влияет несовершенство его структуры, выступающее ключевым фактором управления*, выражающееся в недостаточной системной целостности и разобщенности частных функциональных элементов. Исходя из этого автором обоснованы важнейшие направления совершенствования структурной организации медицинской помощи в регионе.

3. *Предложен и апробирован разработанный автором оригинальный методический инструментарий для анализа и прогнозирования пространственной эффективности региональной здравоохранительной политики*, базирующийся на учёте показателей обратной связи как существенного фактора управления региональным здравоохранением. Его применение позволяет выявить муниципальные образования, требующие особого внимания региональных органов власти, а также факторы, в наибольшей степени обуславливающие демографические и экономические потери региона, и тем самым даёт возможность обосновывать перспективные направления региональной здравоохранительной политики.

4. *Доказано, что важнейшим фактором эффективности расходования финансовых средств на здравоохранение является учёт демографических характеристик данной территории*. Рассчитаны дифференцированные по территориям коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи жителями региона, использование которых позволяет оптимизировать плановые параметры и финансовое обеспечение здравоохранения территорий с учётом их демографической специфики.

5. *Осуществлена типологизация муниципальных районов Вологодской области по уровню расходов на здравоохранение и демографических потерь от преждевременной смертности населения (метод «затраты-потери») и выявлены территории, требующие особого внимания со стороны региональных и местных органов управления здравоохранением.*

Практическая значимость исследования. Положения и выводы диссертационного исследования представлялись в Департамент здравоохранения Вологодской области. Рассчитанные автором половозрастные поправочные коэффициенты были рекомендованы Территориальному фонду обязательного медицинского страхования при планировании расходов в рамках Территориальной программы госгарантий.

Результаты экономического анализа малозатратных форм оказания медицинской помощи были использованы департаментом здравоохранения в процессе сотрудничества с органами местного самоуправления при обосновании реструктуризации коечного фонда и создания межрайонных центров – узлов оказания медицинской помощи. Так, в 2008 году была проведена концентрация коек инфекционного и акушерского профилей в Сокольском районе для Харовского, Вожегодского и Усть-Кубинского районов, в 2009 году – концентрация коек хирургического и педиатрического профиля в Тотемском районе для обслуживания жителей соседнего Бабушкинского района.

Выводы, получаемые на базе оценки региональной здравоохранительной политики методом «затраты – потери», используются ежегодно при обсуждении проектов бюджета и финансирования целевых программ с областным департаментом финансов.

Результаты диссертационного исследования позволяют целенаправленно формировать экономико-организационные механизмы функционирования региональной системы здравоохранения и могут найти дальнейшее применение при формировании и реализации политики по охране и укреплению здоровья населения и реформировании здравоохранения в других регионах России.

Апробация результатов исследования. Теоретические положения и практические выводы диссертационного исследования были успешно доложены автором на следующих конференциях и семинарах различного уровня: Межвузовская научно-практическая конференция «Молодые ученые – экономике региона» (г. Вологда, ИСЭРТ РАН, 2007, 2008, 2009, 2010 гг.), Всероссийская научно-практическая конференция «Социальное управление и современное общество» (г. Череповец, декабрь 2008 г.), Межрегиональная научная конференция «Русский Север: вариативность развития в контексте исторического и социально-философского осмысления» (г. Вологда, ВоГТУ, 2008 г.), II Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы функционирования и развития территориальных социально-экономических систем» (г. Уфа, 2008 г., Интернет-доклад), Всероссийская научная конференция студентов и аспирантов «Молодые исследователи – регионам» (г. Вологда, ВоГТУ, 16 – 18 апреля 2009 г.), Всероссийский экономический конгресс, Молодёжная конференция (г. Москва, МГУ, декабрь 2009 г.), XI Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества

(г. Москва, ГУ-ВШЭ, апрель 2010 г.), Франко-российская научно-практическая конференция «Экономика, политика, общество: новые вызовы, новые возможности» (г. Москва, ГУ-ВШЭ, 28-29 октября 2010).

Полученные в ходе диссертационного исследования результаты могут найти применение в учебном процессе вузов в рамках курсов «Региональная экономика», «Экономика социальной сферы», «Экономика здравоохранения», а также при повышении квалификации управленческих кадров здравоохранения муниципального и учрежденческого уровней.

Публикации. По теме диссертации автором опубликовано 13 работ, в том числе 5 – в изданиях ВАК, подготовлена 1 монография. Общий объём работ – 23,9 п.л. (личный вклад автора – 10,2 п.л.).

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, трёх глав, заключения, списка использованных источников (120 наименований).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении к диссертации обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, обозначены объект и предмет исследования, его научная новизна и практическая значимость, представлена апробация результатов работы.

В первой главе «Теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как социально-экономической системы» *представлен категориальный аппарат исследования; рассмотрено место и роль здравоохранения в процессах социально-экономического развития общества; систематизированы основные организационно-экономические факторы управления здравоохранением.*

На основе анализа научной литературы, посвящённой изучению региональной экономики, автором принято определение региона, данное академиком Гранбергом А.Г., наиболее информативное и отвечающее специфике исследования: регион – это определённая территория, отличающаяся от других территорий по ряду признаков и обладающая некоторой целостностью, взаимосвязанностью составляющих её элементов¹.

Таким образом, существенными признаками региона и отдельных социально-экономических систем в его рамках являются целостность и специфичность. Это обуславливает необходимость определения места и роли здравоохранения в системе региона и выявления специфики Вологодской области и региональной системы здравоохранения на фоне других регионов России, в особенности входящих в состав Северо-Западного федерального округа.

Место и роль здравоохранения в региональной экономике определены с помощью теории систем и концепции основного и вспомогательного производства, из положений которых можно заключить, что *здравоохранение*

¹ Гранберг А.Г. Основы региональной экономики. – М.: ГУ-ВШЭ, 2000. – С. 16.

является социально-экономической подсистемой второго порядка, входящей в состав подсистемы первого порядка – системообслуживающего блока региона (существующего наряду с прочими подсистемами первого ряда – системообразующим блоком, инфраструктурой, населением, подсистемой политического управления и экологией) в рамках целостной социально-экономической системы региона (рис. 1)².

Вместе с тем здравоохранение является полноценной областью хозяйственной деятельности региона, результатом которой выступают конкретные экономические блага – медицинские услуги, стоимость которых входит в состав ВРП: чем больше ресурсов вовлечено в производство медицинских услуг, чем выше квалификация и интенсивность труда медиков, тем больше размер создаваемого в отрасли национального дохода³.

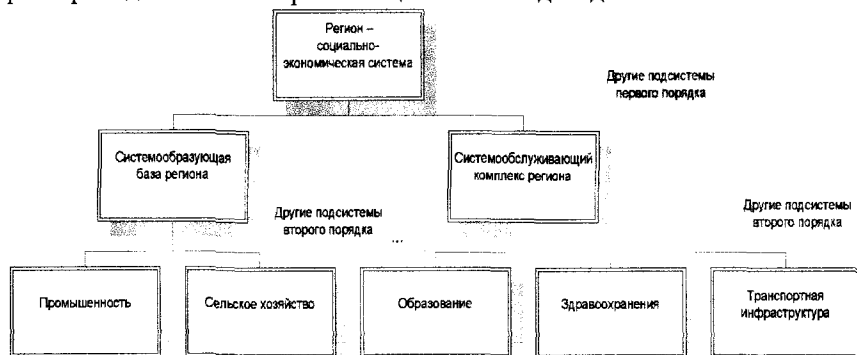


Рис. 1. Декомпозиция социально-экономической системы региона

Социально-экономическую роль системы здравоохранения в региональной экономике целесообразно оценивать с позиций теории человеческого капитала. Согласно модели М. Гроссмана человек потребляет медицинские услуги потому, что стремится увеличить запас здоровья, используемый им в будущем как производственный ресурс (иными словами, здоровье конвертируется в доход)⁴. В этом контексте услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, входящими в состав системы здравоохранения, рассматриваются как инструмент повышения производительности труда в региональной экономике.

Таким образом, вклад здравоохранения в экономический рост региона характеризуется, с одной стороны, объемом оказанных населению медицинских услуг, выраженным в стоимостной форме, обуславливающим рост создаваемого в отрасли регионального дохода, и, с другой стороны, формированием производственного потенциала территории, определяющего ключевые характеристики региональных трудовых ресурсов.

² Meadows D.H., Wright D. Thinking in Systems: A Primer. USA, 2008. – White River Junction, Vermont. – Pp. 11; M. Rausand, A. Hyland. System reliability theory: models and statistical methods. Canada. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2004. – Pp. 75.

³ Шейман И.М. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ-ВШЭ. – с. 11.

⁴ Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // The Journal of Political Economy. – Vol. 80. – No 2. – P. 223-255.

В диссертации систематизированы основные факторы управления региональной системой здравоохранения, подробно рассмотрена наиболее широкая и значимая группа внутренних, регулируемых, факторов – организационно-экономических (табл. 1).

Таблица 1

Факторы управления региональной системой здравоохранения

Группы факторов	Содержание факторов
Внешние (контекстуальные, нерегулируемые)	
Экономическая ситуация в регионе	Развитие производства, налогооблагаемая база, уровень потребления
Политическая обстановка в регионе	Политические приоритеты; развитие институтов гражданского общества (в частности профсоюзов, ассоциаций врачей и т.д.)
Социально-демографические факторы	Численность, половозрастной состав населения; состояние социальной инфраструктуры в целом
Природно-климатические и экологические факторы	Климатические условия; экологическое благополучие территории
Культурные факторы	Ценностные ориентации общества в целом или отдельных групп внутри общества; доверие к правительству и законодательной власти, статус профессионалов; структура идеологических предпочтений
Уровень развития медицинского и экономического образования в регионе	Возможность обеспечивать медицинские учреждения медицинскими и экономическими кадрами
Спрос на медицинские услуги	Объективные потребности населения в медицинских услугах
Ожидания потребителей медицинской помощи	Растущий уровень требований граждан к качеству медицинских услуг и условиям их оказания
Внутренние (регулируемые)	
Нормативно-правовая база организации здравоохранения	Законы, подзаконные акты, регламентирующие интеракции в здравоохранении
Административные	Система принятия решений, профессионализм и уровень личностных качеств управленческих кадров; коммуникативные связи; согласование политики регионального уровня управления здравоохранением с федеральным и муниципальными уровнями;
Организационно-экономические факторы	Рациональность структуры и процесса оказания медицинских услуг населению; характер горизонтальных отношений, ориентация на сотрудничество с другими отраслями и ведомствами; затраты на достижение необходимых объемов медицинских услуг должны о качества; экономическое стимулирование работников
Материально-техническая база здравоохранения	Наличие зданий, оборудования, транспорта, коммуникаций
Кадровый состав медицинских учреждений	Уровень квалификации медицинских работников; количественное соответствие людских ресурсов потребностям здравоохранения, их структурная полнота

По E. Ferlie, T. Bovaird, E. Löffler, E. Mossialos, A. Dixon с дополнениями автора⁵.

Среди них особое место занимают структурная организация региональной системы здравоохранения (системная целостность и преемственность уровней оказания медицинской помощи), особенности финансирования (размеры и структура государственных ассигнований на нужды здравоохранения, механизмы распределения финансовых средств между территориями), практика оценки эффективности здравоохранения (наличие доступной и достоверной информации, разработанность методологической базы экономического анализа, организация системы мониторинга эффективности затрат), вертикальные связи – связи с другими уровнями управления (федеральным, муниципальным и учрежденческим), горизонтальные связи – связи с другими отраслями и ведомствами.

Эффективное управление системой здравоохранения требует реализации его в контексте общего управления системой региона и общей

⁵ The Oxford handbook of public management / Ewan Ferlie, Laurence E. Lynn, Christopher Pollitt. Oxford– 2007. – Pp. 558; *Public management and governance* / edited by Tony Bovaird and Elke Löffler. – Routledge. – 2009. – Pp. 84; *Funding health care: Options for Europe* / edited by E. Mossialos... [et al.]. Open University Press. Buckingham - Philadelphia – 2002. – Pp. 11.

региональной социально-экономической политики, одной из составляющих которой является *региональная здравоохранительная политика*.

В данной главе диссертации проведён критический анализ подходов к пониманию категории «региональная здравоохранительная политика», в результате чего дано её уточнённое определение. В трактовке автора *региональная здравоохранительная политика – это деятельность региональных органов власти, а также неправительственных общественных организаций, имеющая целью сохранение и укрепление здоровья населения, результатом которой выступают официальные решения о практических мерах, прямо (в рамках отрасли здравоохранения) или косвенно (в других отраслях социальной сферы и в целом регионального хозяйства) направленных на поддержание общественного здоровья и реализуемых на основе межотраслевого подхода к управлению*.

Во второй главе «Анализ организационно-экономических факторов управления системой здравоохранения в Вологодской области» проведён анализ финансовых, структурных, организационных аспектов функционирования здравоохранения Вологодской области; выделены основные особенности системы здравоохранения Вологодской области; на основе статистических и социологических данных выявлен комплекс основных проблем, имеющих место в региональной системе здравоохранения.

Вологодская область имеет некоторые особенности по сравнению с другими регионами Северо-Западного федерального округа как в общих характеристиках социально-экономического развития, так и в организации деятельности системы здравоохранения.

Во-первых, вклад Вологодской области в экономическое развитие России и Северо-Западного федерального округа достаточно весомый. В области производится каждая шестая тонна российского проката и стали, каждая восьмая тонна минеральных удобрений, каждый девятый метр льняных тканей, каждый десятый кубометр клееной фанеры. Вологодская область устойчиво занимает второе место среди регионов СЗФО по производству промышленной и сельскохозяйственной продукции, причём валовой региональный продукт в области продолжает расти (за период с 2000 по 2008 г. он увеличился в 4,3 раза).

Во-вторых, в создании валового регионального продукта области весьма значительна роль производственного сектора, занимающего две трети в структуре ВРП, причём большую его долю (47%) составляет промышленность. По итогам 2008 г. в структуре производства промышленной продукции наибольшие удельные веса приходятся на *чёрную металлургию*, где производится 70% общего объема промышленной продукции региона, и *химическую промышленность* (16%). В то же время стабильно высокий уровень промышленности в структуре ВРП свидетельствует об отсутствии существенных тенденций диверсификации региональной экономики. Результатом деятельности металлургических и химических производств является также неблагоприятная экологическая обстановка, складывающаяся в регионе, что приводит к снижению качества жизни населения и росту заболеваемости; особенно острой эта проблема является для территорий

вблизи крупнейших промышленных городов – Череповца и Сокола. Сложность экологической ситуации в Вологодской области в целом подтверждает показатель экологической устойчивости: его значение как в 2000, так и в 2007 гг. было одним из самых низких в СЗФО (соответственно 9 и 8 места в списке из 10 регионов)⁶.

В-третьих, по уровню оборота розничной торговли на душу населения Вологодская область занимает последнюю позицию в ряду регионов СЗФО (в 2009 г. – 57,3 тыс. руб. при среднеокружном – 102,3 и среднероссийском – 102,9).

Таким образом, экономическая обстановка в Вологодской области является противоречивой. С одной стороны, регион имеет сильные позиции в экономике России и СЗФО, а наличие развитой промышленности позволяет обеспечивать финансовыми средствами бюджет и выполнять социальные обязательства государства, с другой стороны, существенной проблемой для региона продолжает оставаться низкий уровень инновационной активности, недостаточное развитие потребительского рынка, моноструктурность экономики, ставящая возможности по обеспечению социальных гарантий в зависимость от общероссийской и международной экономической конъюнктуры.

Особенности системы здравоохранения Вологодской области выявляются с помощью оценки её основных количественных и качественных характеристик в сравнении с прочими регионами РФ и СЗФО.

В здравоохранении Вологодской области имеются следующие позитивные стороны:

– по обеспеченности населения койко-местами в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях Вологодская область занимает 8 место в России и 1 место в СЗФО;

– в регионе имеется существенный практический опыт использования эффективных методов оплаты медицинской помощи, апробированных в рамках реализации пилотных проектов (внедрение принципов «нового хозяйственного механизма» в 1980-х гг., реализация подушевой модели финансирования медицинской помощи в МУЗ «Великоустюгская ЦРБ» в 2003 г.; внедрение подушевого финансирования в амбулаторно-поликлинических учреждениях области в 2009 и 2010 гг.).

Среди негативных характеристик здравоохранения области следует назвать следующие.

Масштабы коечных фондов в Вологодской области выше, чем в среднем по регионам СЗФО (показатель обеспеченности населения больничными койками в среднем за период с 2000 по 2008 г. превышал среднее по СЗФО значение на 9%), однако к 2009 г., в связи с реструктуризацией стационарной помощи, он достиг среднеокружного и среднероссийского уровней – 97 коек на 10 тыс. человек населения).

⁶Индекс экологической устойчивости определяется как интегральный показатель на основе метода «платерн», путём расчета коэффициентов отклонения от наилучших в рамках макрорегиона (в данном случае – Северо-Западного федерального округа) значений (Ускова Т.В. Управление устойчивым развитием региона: монография. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – С. 105).

По уровню душевых расходов на здравоохранение Вологодская область в 2008 г. занимала 6 место среди регионов Северо-Западного федерального округа. Рост данного показателя в регионе за период с 2000 по 2008 г. составил только 20% (с 4566 до 5482 руб. в реальном выражении на одного жителя). Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий в Вологодской области составил 77% от необходимого объема (соответственно дефицит составил 23%), что меньше, чем в среднем по СЗФО (82%), и в среднем по всем субъектам РФ (81%)⁷. В то же время в Вологодской области наблюдается один из самых высоких в СЗФО уровень платных медицинских услуг населению (в 2008 г. на каждого жителя области приходилось по 2409 руб. медицинских расходов, выше данный показатель был только в Санкт-Петербурге, где душевые платные медицинские услуги составили 2988 руб.).

Отсутствие в регионе высших медицинских учебных заведений становится главной причиной дефицита высших медицинских кадров. В 2009 г. Вологодская область вместе с Калининградской и Псковской областями демонстрировала самые низкие в СЗФО показатели обеспеченности населения врачами (35,5, 34,8 и 33,2 единицы на 10 тыс. человек населения при среднем окружном уровне – 57,9 и среднероссийском – 50,1).

В диссертации проведён анализ современного состояния основных организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения. Подробно рассмотрены проблемы структурной организации здравоохранения, которые в целом типичны для всех регионов РФ, однако в Вологодской области проявляются особенно ярко и во многом обусловлены институциональными особенностями созданной во второй половине 1960-х гг. системы материальных фондов с ориентацией на стационарное звено.

Базовые показатели здравоохранения Вологодской области, как и РФ в целом (количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации), значительно выше, чем в развитых странах (табл. 2).

Таблица 2

Показатели стационарной помощи в ряде стран мира

Регион	Число поступивших в стационары, на 100 человек населения			Средняя продолжительность пребывания в стационаре (все виды стационаров), дни		
	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2000 г.	2005 г.	2007 г.
Швеция	15,87	15,60	15,63	6,8	6,3	6,2
Норвегия	16,77	19,46	18,82	7,8	7,6	7,0
Германия	23,50	22,60	22,64 (2006)	11,4	10,2	10,1 (2006)
Беларусь	29,26	28,10	28,52	13,9	11,8	11,4
Украина	19,41	21,61	21,94 (2006)	14,9	13,5	13,3 (2006)
Российская Федерация	21,95	22,20	23,67 (2006)	15,5	13,8	13,6 (2006)
Вологодская область	24,40	25,80	22,20 (2009)	15,0	14,0	13,2 (2009)
ЕС	18,93	20,81	20,52	9,6	8,0	7,6
СНГ	19,01	19,82	20,78	14,8	13,0	12,6

Источники: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех». – URL:

<http://www.euro.who.int/hfad/?language=Russian>, Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2001, 2005 и 2010 гг.

⁷Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ / База данных. – URL: <http://www.healthreform.ru/>

Однако если по уровню общей госпитализации Россия близка к развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая такую как в развитых странах, так и в трансформационных экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской помощи, чем о более широком предоставлении её гражданам.

Статистический анализ позволил установить тесную взаимосвязь между размерами коечного фонда муниципальных образований Вологодской области и зафиксированными в них масштабами госпитализации ($R = 0,820$), а также размерами коечного фонда и уровнем предложения стационарной помощи, выраженного в относительном количестве койко-дней ($R = 0,945$) (рис. 2).

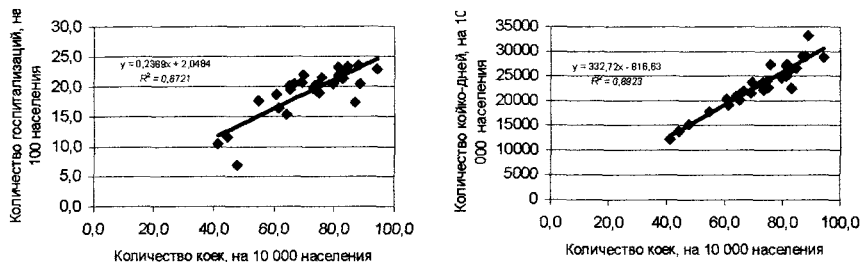


Рис. 2. Взаимосвязь между обеспеченностью муниципальных образований Вологодской области койками круглосуточного пребывания и масштабами стационарной помощи

Это объясняется тем, что расширение коечного фонда приводит к росту масштабов госпитализации, поскольку возникает необходимость заполнить созданные койки (*закон Рёмера*⁸). Однако масштабы действующих в муниципальных образованиях коечных фондов не являются реальным отражением потребностей населения в медицинской помощи.

В свете *теории интерфейсов*⁹ автором рассмотрена сложившаяся в здравоохранении Вологодской области организационная структура медицинской помощи, в результате чего сделан вывод о её недостаточной системной целостности, разобщённости частных функциональных элементов и низкой структурной эффективности. Выделены следующие недостатки организационной структуры здравоохранения:

- отсутствуют устойчивые связи внешнего интерфейса, обеспечивающие мероприятия по постгоспитальной реабилитации пациентов; не развита практика перевода больных, прошедших первую стадию стационарного лечения, в режим постгоспитальной реабилитации в условиях дневного стационара;

⁸ Steven Jonas, Introduction to the United States health care system. 5th ed. – Springer Publishing Company. – 2003. – USA. – p. 55.

⁹ Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press. – 2002. – Buckingham, Philadelphia. – p. 11.

– не распространены однодневные госпитализации, что в условиях реструктуризации здравоохранения является негативным моментом;

– дневные стационары широко распространены как структурные подразделения стационарных учреждений, в то же время рекомендуемой формой их организации является структурное подразделение при амбулаторно-поликлиническом учреждении;

– принципы системной организации здравоохранения нарушаются, в частности организационная цепь «первичная – вторичная – третичная» медицинская помощь формируется с преобладанием вторичного звена (стационарной помощи), в то время как необходимым условием эффективности здравоохранения, согласно рекомендациям ВОЗ, является доминирование первичного звена.

В качестве важнейшего фактора управления региональной системой здравоохранения рассматривается её финансовое обеспечение. Так, прямые расходы на оказание медицинской помощи населению Вологодской области в 2008 г. составили около 7 млрд. руб., то есть 2% от валового регионального продукта; в предыдущие годы эти затраты имели сопоставимые масштабы, не превышая 3% от объёма ВРП (табл. 3).

Таблица 3

Масштабы затрат на здравоохранение в Вологодской области

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Общественные затраты на оказание медицинской помощи, тыс. руб.	4331811,9	4489261,6	3959185,9	6336882,2	7264087,8
Затраты, млн. руб., в номинальном выражении	4331,8	4489,3	3959,2	6336,9	7264,1
Затраты, млн. руб., в ценах 2008 г.	6782,0	6315,0	5100,1	7243,1	7264,1
Затраты на 1 жителя, руб., в номинальном выражении	3434,63	3597,86	3214,66	3952,66	5481,75
Затраты на 1 жителя, руб., в ценах 2008 г.	5377,3	5061,0	4141,0	4517,9	5481,8
ВРП, млн. руб.	161 378,6	193 966,1	201 939,2	243 336,3	298 125,8
Размер прямых затрат, в % от ВРП	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0

Источник: Рассчитано автором по данным ГУЗ МИАЦ и Росстата. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/vvp/vrp98-08.xls

Наиболее существенными недостатками системы финансирования здравоохранения Вологодской области являются:

1. *Многоканальность* (разделение финансовых потоков между несколькими финансовыми каналами). В регионе действует многоканальная схема финансирования, объединяющая несколько источников поступления финансовых ресурсов, наиболее крупными из которых являются бюджет и страховые фонды (бюджетно-страховое финансирование). Однако данные каналы финансирования не сообщаются друг с другом, в них действуют разные схемы сбора и распределения финансов. Это оборачивается низким уровнем прозрачности и эффективности управления расходами, ростом затрат на содержание субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования, потерями при многократном прохождении финансов через банковские структуры;

2. *Неважность* (ориентированность на валовые системные показатели, а не на потребности населения). Установлено, что в здравоохранении региона

имеет место феномен Ганы Мерсона¹⁰: на финансирование первичной медицинской помощи, через службы которой проходит 97% всех пациентов (включая повторные визиты), направляется лишь 25% средств здравоохранения, тогда как на обеспечение вторичной, стационарной, помощи, обслуживающей только 3% пациентов, – 54% средств. В качестве важнейших предпосылок данной ситуации выступают использование неэффективных механизмов оплаты медицинской помощи и нарушение принципа этапности в процессе её оказания;

3. *Территориальное неравенство* в финансовом обеспечении прав граждан на получение медицинской помощи. В 2003 г. диапазон значений подушевых общественных расходов на здравоохранение в муниципальных образованиях Вологодской области достигал 3,3 раза, в 2009 г. – 2,8 раза. Причинами дифференциации муниципальных районов по уровню затрат на здравоохранение являются следующие обстоятельства:

– неоднородность материально-технического оснащения ЛПУ (в г. Череповце, Сокольском и Великоустюгском районах, где функционируют крупные сети медицинских учреждений, причём преимущественно стационарного направления, количественные и качественные характеристики материально-технической базы существенно выше, чем в других районах области);

– несоответствие коэффициентов половозрастных затрат, используемых Территориальным фондом обязательного медицинского страхования при планировании расходов в рамках Территориальной программы государственных гарантий, объективной демографической ситуации в регионе в целом и в отдельных муниципальных районах.

Помимо оценки затрат на здравоохранение в диссертации проведена количественная и качественная оценка экономических потерь региона от преждевременной смертности населения, которые принимаются как косвенные затраты или упущенная выгода в производстве ВРП вследствие недостатков работы и здравоохранения, и социально-экономической системы региона в целом, с выявлением основных факторов риска. При этом показатель «ППГДЖ» («потерянные годы потенциальной жизни») рассматривается в качестве индикатора неэффективности межотраслевого взаимодействия в вопросах сохранения здоровья населения и в целом низкого уровня ведения здравоохранительной политики в регионе, а выражение потерянных лет потенциальной жизни в стоимостных показателях позволяет оценить масштабы экономических потерь региона от преждевременной смертности в терминах недопроизведённого ВРП (табл. 4). Согласно проведенным вычислениям, размер упущенной выгоды вследствие преждевременной смертности населения Вологодской области в 2008 г. составил в среднем 108,6 тыс. руб. на одного занятого в экономике и около 22% в общем объеме ВРП. Речь идёт о потерях не одного года, в котором имели место случаи смерти, а всего периода недожития умерших, то есть пролонгированных на 65 лет за счёт преждевременных смертей в данном году.

¹⁰ Merson M.H., Black R.E., Anne Mills. *International public health: diseases, programs, systems, and policies.* – 2006. – P. 3.

Таблица 4

Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения в 2003 – 2008 гг.

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ПТТЖ, чел.-лет	108 775	107 024	105 074	85 799	130 962	136 163
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб.	137,9	206,7	246,7	264,4	396,5	487,7
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, тыс. руб.	15 000 073	22 121 861	25 921 756	22 685 256	51 926 433	66 406 695
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, тыс. руб. на одного занятого в экономике	24,6	36,8	42,8	37,2	84,6	108,6
Доля от ВРП, %	13,9	13,7	13,4	11,2	21,3	22,2
Примечание. Размеры ВРП приведены в текущих ценах.						
Источник: рассчитано автором по данным ГУЗ МИАЦ: Росстата.						

В третьей главе «Основные направления регулирования организационно-экономических факторов управления системой здравоохранения в регионе» предложены и обоснованы ключевые направления регулирования организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения с учётом международного научного и практического опыта, рекомендаций учёных, экспертов ВОЗ и Всемирного банка реконструкции и развития, а также результатов исследований, проведённых автором.

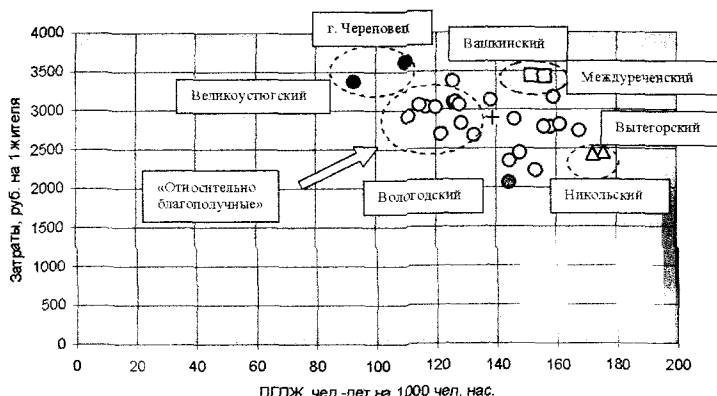
Одним из эффективных механизмов устранения сложившихся в региональной системе здравоохранения структурных диспропорций и одновременно инструмента балансировки региональной Программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи является широкое внедрение малозатратных, стационарозамещающих технологий. Автором показано, что использование малозатратных форм оказания медицинской помощи позволяет достичь существенного экономического эффекта (в 2008 г. он составил 9% от суммы средств Территориальной программы государственных гарантий).

На материалах Вологодской области апробирован механизм оценки эффективности региональной здравоохранительной политики «затраты-потери», основанный на сопоставлении совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с масштабами демографических потерь региона от преждевременной смертности. В качестве оценочной меры эффективности рассматривается соотношение показателей затрат и демографических потерь в рамках типологической матрицы муниципалитетов и классов заболеваний. Одной из важнейших качественных особенностей данного методического подхода является то, что результаты оценки могут интерпретироваться с позиций межотраслевого подхода к здравоохранительной политике и региональной социально-экономической политике в целом¹¹.

¹¹ Например, данные о высокой смертности от производственных травм или дорожно-транспортных происшествий в конкретном муниципальном образовании служат обоснованием необходимости принятия мер по совершенствованию условий производственного процесса, ремонту дорожно-транспортных путей в рамках данной территории.

Основные результаты экономического анализа, проведённого с помощью описываемого инструментария, позволили выявить наиболее проблемные территории.

Ряд муниципальных образований Вологодской области (прежде всего Междуреченский и Вашкинский районы) характеризуются высокими на среднеобластном фоне показателями затрат на здравоохранение в сочетании со значительными потерями от преждевременной смертности (рис. 3).



Примечание. «+» – средний уровень показателей в области.

Рис. 3. Диаграмма рассеяния муниципальных образований Вологодской области по затратам на здравоохранение и демографическим потерям в ППЖ
(по данным, усреднённым за период с 2003 по 2008 г.)

Это говорит о необходимости рационализации затрат, повышения эффективности организации медицинских служб, в том числе за счёт расширения практики оказания первичной медицинской помощи выездными бригадами врачей общей практики и концентрации услуг специализированной медицинской помощи на базе межрайонных центров в крупных приграничных районах.

Никольский, Вытегорский и Грязовецкий районы имеют высокие потери от преждевременной смертности на фоне низких показателей подушевых затрат на здравоохранение. Они требуют особого внимания в процессе принятия управленческих решений, потому что проблемы с недофинансированием здесь дополняются неблагоприятными демографическими тенденциями. В частности, необходимо увеличение финансирования медицинских служб в данных районах и расширение практики оказания медицинской помощи их жителям на базе межрайонных центров (Тотемская ЦРБ).

Использование предложенного механизма в режиме мониторинга позволяет повысить научную обоснованность принятия управленческих решений. Принципиально то, что результаты экономического анализа могут быть использованы на всех основных этапах проведения региональной здравоохранительной политики (рис. 4).

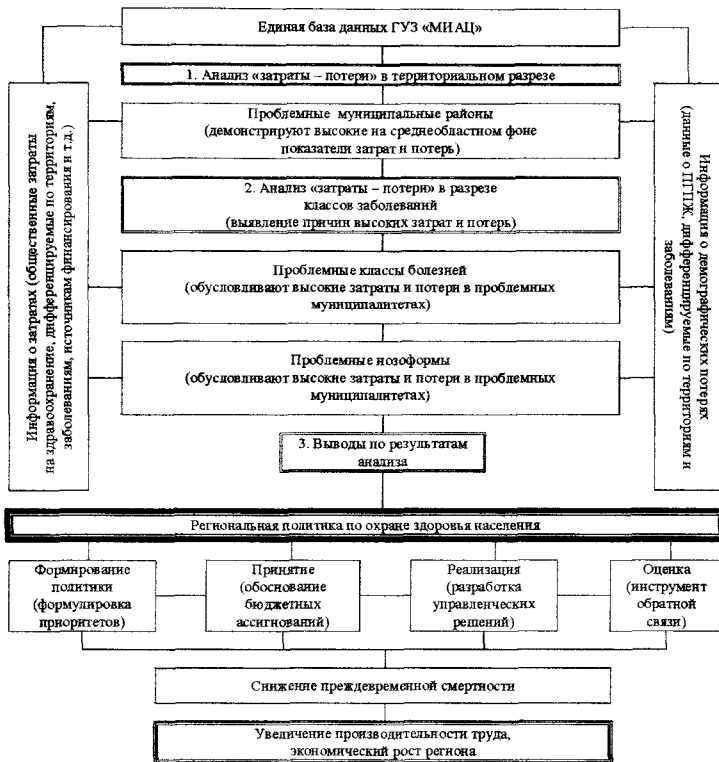


Рис. 4. Системная диаграмма экономического анализа «затраты – потери» в контексте региональной политики

Примечание: ГУЗ МИАЦ – Государственное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр»; ППДЖ – потерянные годы потенциальной жизни.

Принятие решений, основанных на результатах оценки эффективности региональной здравоохранительной политики и направленных на предотвращение преждевременной смертности населения как существенного фактора снижения производительности труда в региональной экономике, позволяет обеспечить экономическое развитие региона, его экономический рост.

Автором рассчитаны коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи жителями Вологодской области, использование которых позволяет оптимизировать планирование и финансовое обеспечение здравоохранения территорий с учётом их демографической специфики.

Согласно проведённым расчётам, наибольшие общественные затраты связаны с оказанием медицинской помощи детям в возрасте от 2 до 4 лет, а также пожилым людям (рис. 5).

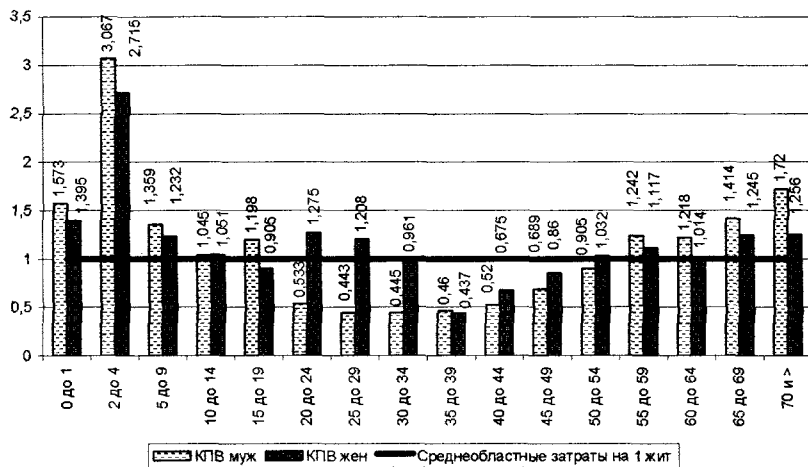


Рис. 5. Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами населения Вологодской области

Источник: рассчитано автором по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

Расходы на оказание медицинской помощи гражданам имеют некоторые гендерные особенности, что указывает на необходимость более предметного подхода к освоению финансовых средств здравоохранения, с учётом половозрастной структуры населения территорий:

- в возрастном интервале от 20 до 35 лет общественные расходы на здравоохранение для женщин устойчиво превышают их уровень для мужчин; наибольшее расхождение в показателях затрат характерно для возрастной группы от 25 до 29 лет – 2,7 раза (от 0,443 для мужчин до 1,208 для женщины)¹²;
- для возрастных групп от 0 до 15 и от 55 до 70 и более лет уровень потребления медицинской помощи женщинами превышает таковой для мужского населения.

Использование расчётных половозрастных коэффициентов в рамках методической базы подушевого финансирования здравоохранения позволит организовать более эффективную и отвечающую реальным потребностям населения в медицинских услугах систему распределения финансовых средств между страховыми медицинскими организациями и муниципалитетами.

Однако направленность на теоретически верные ориентиры (реструктуризация, внедрение передовых методов оплаты медицинской помощи) должна дополняться адекватным методическим и материальным обеспечением данного процесса, соответствующими кадровыми решениями и дополнительными ассигнованиями. Мероприятия по сокращению стационарного звена и расширению штатов врачей первичного контакта нельзя рассматривать как способ «удешевления» здравоохранения.

¹²Это означает, что затраты на медицинскую помощь, предоставленную в среднем одному мужчине в возрасте от 25 до 29 лет, составили 44% от расходов на среднестатистического жителя области. Расходы на медицинскую помощь женщинам данной возрастной группы превышали средний по области показатель на 21%.

В заключении представлены основные выводы и результаты проведённого исследования:

1. В свете общей теории систем и концепции основного и вспомогательного производств доказано, что здравоохранение является подсистемой второго порядка общей социально-экономической системы региона. На основе положений теории человеческого капитала (модели М. Гроссмана) показано, что медицинские услуги, производимые в рамках системы здравоохранения и потребляемые населением территории для восстановления здоровья как производственного ресурса, служат средством повышения производительности труда в экономике региона.

2. Ключевыми организационно-экономическими факторами управления региональной системой здравоохранения являются следующие: структурная организация региональной системы здравоохранения, особенности финансирования, практика оценки эффективности здравоохранения, связи с прочими уровнями управленческой иерархии, связи с другими отраслями и ведомствами в контексте межотраслевого сотрудничества в решении проблем общественного здоровья и здравоохранения региона.

Исходя из анализа современного состояния данных факторов выделены главные проблемы регионального здравоохранения:

- структурная несбалансированность с опорой на малоэффективное стационарное звено медицинской помощи;
- территориальное неравенство населения в праве на получение медицинской помощи;
- неэффективные механизмы оплаты медицинской помощи;
- многоканальная система финансирования;
- нарастающая коммерциализация здравоохранения;
- слабое конструктивное взаимодействие здравоохранения с другими отраслями региональной экономики.

Это требует проведения сбалансированной и продуманной политики по реструктуризации сети медицинских учреждений, регулированию организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

3. На базе апробированного автором методологического подхода проведена типологизация муниципальных образований Вологодской области по группам проблем. Выявлены муниципальные районы, где высокие на среднеобластном фоне затраты на здравоохранение не приводят к снижению преждевременной смертности, что требует повышения эффективности освоения средств. В других муниципальных образованиях имеет место высокий уровень смертности и недофинансирование здравоохранения, что свидетельствует о необходимости увеличения бюджетных субвенций на нужды здравоохранения. Использованный методологический подход может быть применен для организации системы мониторинга эффективности региональной здравоохранительной политики.

4. Заболеваемость и смертность населения обуславливают существенные экономические потери в регионе. В 2003 г. размер упущенной выгоды от

преждевременной смертности населения составил 14% от ВРП, в 2008 г. – 22%.

5. Автором сформулирован ряд практических рекомендаций по регулированию организационно-экономических факторов управления региональным здравоохранением:

– реструктуризация медицинской помощи должна проводиться параллельно с процессом модернизации здравоохранения, состоящим в технологическом оснащении и кадровом обеспечении медицинских служб и активном внедрении компенсаторных механизмов (дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, диагностических и консультативных служб);

– территориальное неравенство населения региона в обеспечении прав на получение медицинской помощи может нивелироваться с помощью применения передовых механизмов оплаты медицинской помощи, в частности капитации;

– использование рассчитанных автором поправочных половозрастных коэффициентов, объективно отражающих демографическую структуру населения региона, позволят повысить эффективность распределения средств между территориями.

На базе положений теории интерфейсов предложены основные направления по совершенствованию структурной организации медицинской помощи с использованием принципов системного подхода, среди которых:

– формирование практики постгоспитальной реабилитации пациентов в условиях дневного стационара (за счёт сокращения сроков госпитализации);

– распространение практики оказания хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии;

– расширение использования малозатратных форм оказания медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ ОТРАЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩИХ ПУБЛИКАЦИЯХ АВТОРА:

В изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Калашников, К.Н. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты-результаты» / К.Н. Калашников, А.А. Колинько, М.Д. Дуганов, С.В. Ковригина, А.А. Шабунова // *Финансы*. – 2008. – №7. – С. 9-12. – 0,25 п.л. (личный вклад автора – 0,05 п.л.).

2. Калашников, К.Н. Методы финансового анализа эффективности здравоохранения / К.Н. Калашников, А.А. Колинько, М.Д. Дуганов, Р.В. Петухов // *Финансы*. – 2008. – №12. – С. 14-26. – 0,2 п.л. (личный вклад автора – 0,05 п.л.).

3. Калашников, К.Н. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // *Вестник ИНЖЭКОНа*. – 2009. – №7 (34). – С. 95-100. – 0,4 п.л. (личный вклад автора – 0,1 п.л.).

4. Калашников, К.Н. Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // *Экономические и социальные перемены: фак-*

ты, тенденции, прогноз. – 2010. – №10. – С. 115-123. – 0,6 п.л. (личный вклад автора – 0,2 п.л.).

5. Калашников, К.Н. Оценка эффективности расходов на здравоохранение: опыт Вологодской области / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // Регион: экономика и социология. – 2010. – №3. – С.201-218. – 1 п.л. (личный вклад автора – 0,33 п.л.).

В других изданиях:

6. Калашников, К.Н. Организация регионального здравоохранения как фактор формирования здорового поколения / К.Н. Калашников // Дети и молодежь – будущее России: материалы Третьей Рос. науч.-практ. конф.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008.– Часть II. – С. 462-466. – 0,3 п.л.

7. Калашников, К.Н. Анализ финансовой ситуации в здравоохранении Вологодской области / К.Н. Калашников // Молодые ученые – экономике: сборник работ молодежной научной школы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2008. – Вып. 8 – С. 224-228. – 0,3 п.л.

8. Калашников, К.Н. Здравоохранение Вологодской области в контексте современных социальных реформ / К.Н. Калашников // Русский Север: вариативность развития в контексте исторического и социально-философского осмысления: материалы межрегиональной науч. конф.: в 2-х т. – Вологда: ВоГТУ, 2008. – Т.2. – С. 109-114. – 0,4 п.л.

9. Калашников, К.Н. Экономическая оценка потерь трудового потенциала населения / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.– 2008.– №4.– С. 53-61. – 0,6 п.л. (личный вклад автора – 0,3 п.л.).

10. Калашников, К.Н. Экономическая эффективность стационарозамещающих технологий в здравоохранении региона / К.Н. Калашников // Молодые ученые – экономике региона: сборник работ молодежной научной школы. – Вологда, 2009.– Вып. 9. – С. 24 - 38. – 0,9 п.л.

11. Калашников, К.Н. Развитие стационарозамещающих технологий в здравоохранении Вологодской области // Проблемы функционирования и развития территориальных социально-экономических систем: сборник статей второй Всерос. науч.-практ. конф. – Уфа, 2008. – Т. 3. – С. 136 –142. – 0,4 п.л.

12. Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с. – 18 п.л. (личный вклад автора – 6 п.л.).

13. Калашников, К.Н. Здравоохранение и экономика региона / К.Н. Калашников // Проблемы развития территории. – 2011.– №1(53).– С. 75-82. – 0,6 п.л.