

Интернет-журнал «Наукovedение» ISSN 2223-5167 <http://naukovedenie.ru/>
Выпуск 6 (25) 2014 ноябрь – декабрь <http://naukovedenie.ru/index.php?p=issue-6-14>
URL статьи: <http://naukovedenie.ru/PDF/132EVN614.pdf>
DOI: 10.15862/132EVN614 (<http://dx.doi.org/10.15862/132EVN614>)

УДК 338.465.4

Криворучко Виктор Иванович

НОУ ВПО «Российская международная академия туризма»
Сочинский институт курортной рекреации и гостеприимства (филиал)
Россия, Сочи¹
Зав. кафедрой «Гуманитарных и естественнонаучных дисциплин»
Доктор медицинских наук, профессор
E-mail: apk@sochi.com

Ионов Дмитрий Юрьевич

НОУ ВПО «Российская международная академия туризма»
Сочинский институт курортной рекреации и гостеприимства (филиал)
Россия, Сочи
Аспирант
E-mail: apk@sochi.com

Государственно-профессиональное сотрудничество в развитии санаторно-курортной дестинации

¹ 354008, Краснодарский край, г.Сочи, ул. Клубничная, 2а

Аннотация. В статье основное внимание сосредоточено на совершенствовании отечественной системы общественного здравоохранения посредством развития курортной медицины. Подчеркивается возрастающая значимость направления курортной медицины, ориентированного на сохранение и восстановление здоровья здоровых или практически здоровых людей без функциональных нарушений или предболезненных расстройств. Это особенно важно, когда в стране на протяжении длительного времени сохраняются высокие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте.

Поднимается вопрос о необходимости приведения российского здравоохранения в Парето-оптимальное состояние, при котором с каждым дополнительно потраченным рублем в отрасли издержки общества будут уменьшаться более, чем на этот рубль. В настоящее время, ежегодные издержки общества вследствие преждевременной смертности населения в трудоспособном возрасте практически в два раза превышают сумму расходов на систему здравоохранения.

Определена социально-экономическая эффективность расходов на здоровье как приоритетной инвестиции, обеспечивающей условия успешной реализации человеческого капитала в экономике знаний. Особое внимание уделяется возможности повышения социально-экономической эффективности инвестиций в здоровье посредством лечения и профилактики в санаторно-курортной сфере.

С практической точки зрения рассматривается возможность развития рекреационной дестинации в качестве рыночного механизма повышения качества и доступности услуг санаторно-курортной сферы населению. Кроме того, предлагается контрактный механизм государственно-профессионального сотрудничества для полного устранения дифференциации различных социально-экономических групп населения в доступе к услугам санаторно-курортной сферы.

Ключевые слова: курортная медицина; общественное здравоохранение; курортно-оздоровительные факторы; смертность населения; заболеваемость населения; издержки общества; уровень доходов; дифференциация населения; дестинация.

Ссылка для цитирования этой статьи:

Криворучко В.И., Ионов Д.Ю. Государственно-профессиональное сотрудничество в развитии санаторно-курортной дестинации // Интернет-журнал «НАУКОВЕДЕНИЕ» 2014. № 6
<http://naukovedenie.ru/PDF/132EVN614.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ. DOI:
10.15862/132EVN614

Современная система общественного здравоохранения представляет собой сложноорганизованную структуру, включающую в себя множество субъектов и объектов, занятых предоставлением различного рода услуг медицинского характера. При этом современная система общественного здравоохранения обладает высокой общественной значимостью, т.к. решает задачу организации и обеспечения населения медицинским обслуживанием в целях сохранения и повышения уровня физического и социального здоровья каждого члена общества, поддержанию его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья, независимо от его социального статуса.

Развитие и совершенствование отечественной системы общественного здравоохранения является необходимым условием повышения эффективности мер, направленных на охрану здоровья населения страны – одного из наиболее важных элементов человеческого капитала. При этом законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан, в соответствии с положениями Всемирной организации здравоохранения, закрепляет приоритет профилактических мер в процессе укрепления и охраны здоровья населения. Поэтому совершенствование организации отечественной системы общественного здравоохранения обуславливает необходимость в обеспечении целостности и взаимосвязанности ее этапов. Что, в свою очередь, предполагает осуществление разработки единой системы координации и планирования, нормирования, стандартизации, лицензирования и сертификации.

Совокупность различных факторов, воздействующих на здоровье человека, может быть условно разделена на четыре группы: образ жизни, экологическая обстановка, социально-экономическая обстановка, биологические факторы (наследственность). Кроме того, в качестве некоего внешнего фактора выделяется государственная политика в области охраны здоровья населения. В то же время видно, что основную роль в нивелировании негативного и мультиплицировании положительного влияния различных факторов играет проводимая в области здравоохранения политика и организация системы здравоохранения. При этом возрастающее значение приобретают факторы, не связанные непосредственно с медицинскими методами воздействия на здоровье, в частности курортные факторы [1].

Решение названных задач требует знания теоретических и практических основ применения курортно-оздоровительных факторов. В связи с чем необходимо отметить получившее в последнее время новое развитие профилактическое направление отечественного здравоохранения курортной медицины, развиваемое школой проф. Криворучко В.И. на основе внедрения современных экспресс-диагностических методов оценки уровня здоровья и его мониторинга в процессе курортного лечения и оздоровления [3,4].

Под курортной медициной понимается система знаний и практической деятельности, направленных на восстановление функциональных резервов человека, уровень которых был снижен неблагоприятным воздействием факторов среды и деятельности или в результате болезни, преимущественно природными и преформированными немедикаментозными методами. Как известно, в структуре курортной медицины как отрасли медицины объединяются два основных направления: охрана здоровья здоровых и вторичная профилактика [6].

Первое направление ориентировано на сохранение и восстановление здоровья здоровых или практически здоровых людей без функциональных нарушений или предболезненных расстройств. В качестве объекта восстановительного воздействия в данном направлении выступают пониженные резервные регуляторные возможности организма. При этом цель данного воздействия заключается в восстановлении нарушенных функций и утраченного здоровья. Где основными технологическими элементами, относящимися к компетенции курортной медицины, являются преморбидная диагностика и резервометрия на основе современных экспресс-диагностических технологий, а также коррекция нарушенных

функциональных состояний за счет реабилитационных мероприятий. Самостоятельным разделом первого направления является формирование, восстановление и укрепление здоровья у детей и подрастающего поколения.

Вторым направлением курортной медицины является медицинская реабилитация больных людей и инвалидов, страдающих различного рода соматическими заболеваниями и необратимыми морфофизиологическими изменениями в органах и системах организма. В данном случае задача восстановительного лечения заключается в увеличении функциональных резервов, компенсации нарушенных функций, вторичной профилактики заболеваний и их осложнений, восстановлении трудовых функций или возвращении дееспособности в условиях частичной недостаточности здоровья.

Основную роль в сокращении общей смертности населения в последние годы сыграли процессы сокращения смертности детей и подростков, в то время как смертность населения в трудоспособном возрасте оказала существенно меньшее влияние. В то же время сохранение высоких показателей смертности населения в трудоспособном возрасте чревато возникновением социально-экономических проблем вследствие того, что труд (человеческий капитал) является одним из основных факторов производства в постиндустриальной экономике. Высокая же смертность трудоспособного населения ведет к ускоренному выбытию данного производственного фактора из процесса общественного производства. Следовательно, высокие показатели смертности трудоспособного населения ведут к высоким издержкам общества вследствие снижения отдачи от производственного капитала.

Произведем оценку издержек, которые несет общество вследствие высоких показателей смертности населения в трудоспособном возрасте. Примем за результат трудовой деятельности размер валовой добавленной стоимости, произведенной в экономике страны за год. Абстрагируемся от факторов, определяющих личностные характеристики трудящегося и оказывающих воздействие на результат трудовой деятельности. Не будем учитывать и численность безработного населения, а также численность трудящихся в возрастах младше и старше трудоспособного. Для упрощения, разделим совокупный объем ВДС на численность населения в трудоспособном возрасте. И получим оценочную характеристику, отражающую то, какой объем произведенной в экономике добавленной стоимости приходится на одного человека в трудоспособном возрасте.

Таблица 1

Оценка объема валовой добавленной стоимости (ВДС), произведенной в экономике в 2012 году, приходящейся на 1 человека в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59, женщины 16-54)*

Показатель	Значение
ВДС в основных ценах в 2012 году, млрд. руб.	52620,2
Численность населения в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59, женщины 16-54) в 2012 году, тыс. чел.	86137,5
Приходится ВДС в расчете на 1 человека в трудоспособном возрасте, тыс. руб.	610,9

* таблица рассчитана и составлена авторами на основе данных: Национальные счета. Официальная статистика // Федеральная служба государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/vvp/tab1.xls; Демографический ежегодник России. 2013: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2013. – С.1,9.

Итак, следуя таблице 1, имеем, что в экономике страны в 2012 году было произведено валовой добавленной стоимости на сумму 52620,2 млрд. руб. Кроме того, имеем численность населения в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59, женщины 16-54) – 86137,5 тыс. чел. Тогда получаем, что в расчете на 1 человека в трудоспособном возрасте в 2012 году пришлось 610,9 тыс. руб. совокупного объема ВДС, созданного в экономике страны. То есть, согласно указанным выше допущениям, при прочих равных условиях, можно считать, что один человек в трудоспособном возрасте способствует производству 610,9 тыс. руб. ВДС в год, в ценах 2012 года.

Таблица 2

Оценка недополученного объема валовой добавленной стоимости (ВДС) в результате преждевременной смертности населения в трудоспособном возрасте в 2012 году*

Возраст, лет	Число умерших по полу и возрасту, человек		Среднее количество недожитых лет в расчете на 1 человека		Среднее количество недожитых человеко-лет в расчете на каждую группу населения, тыс. человеко-лет		Среднее количество общей недополученной ВДС, в расчете на каждую группу, млрд. руб. в год	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
16-19	3716,0	1575,0	42,5	37,5	157,9	59,1	96,5	36,1
20-24	13462,0	3791,0	38,0	33,0	511,6	125,1	312,5	76,4
25-29	23792,0	6876,0	33,0	28,0	785,1	192,5	479,6	117,6
30-34	34059,0	10236,0	28,0	23,0	953,7	235,4	582,6	143,8
35-39	37954,0	12375,0	23,0	18,0	872,9	222,8	533,3	136,1
40-44	39125,0	13925,0	18,0	13,0	704,3	181,0	430,2	110,6
45-49	53784,0	19767,0	13,0	8,0	699,2	158,1	427,1	96,6
50-54	85016,0	33005,0	8,0	3,0	680,1	99,0	415,5	60,5
55-59	103854,0	-	3,0	-	311,6	-	190,3	-
мужчины 16-59, женщины 16-54	394762,0	101550,0	14,4	12,5	5676,3	1273,0	3467,7	777,7
Общее количество недополученной ВДС в расчете на всех умерших, млрд.руб.								4245,4

* таблица рассчитана и составлена авторами на основе данных: Таблица 1; Демографический ежегодник России. 2013: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2013. – С.51.

Согласно полученным выше данным, произведем оценку издержек, которые несет общество, в виде недополученного объема ВДС, вследствие преждевременной смертности населения в трудоспособном возрасте. Из таблицы 2 имеем данные о смертности мужчин и женщин, находящихся в трудоспособном возрасте, по возрастным группам в 2012 году. Эта информация необходима для расчета среднего количества недожитых лет трудоспособного возраста. В качестве количества недожитых лет по каждой группе примем разницу значения границы трудоспособного возраста для каждого пола, соответственно, и среднего арифметического возраста по группе. Получим, сколько в среднем лет было недожито умершим представителем каждой из представленных в таблице групп. Затем по каждой группе

перемножим получившееся значение на количество умерших. Тем самым получим среднее количество недожитых человеко-лет в расчете на каждую группу населения. Затем можно посчитать, какой объем недополученной ВДС в год приходится на каждую группу. Для этого следует перемножить значения среднего количества недожитых человеко-лет в расчете на каждую группу населения и объема ВДС, приходящегося на 1 человека в трудоспособном возрасте. Просуммировав значения по всем группам, получим общий объем ВДС, который был недополучен обществом в результате преждевременной смертности трудоспособного населения – 4245,5 млрд. руб.

Принимая во внимание результаты проведенной оценки издержек общества вследствие преждевременной смертности населения в трудоспособном возрасте, сложно не согласиться с тем фактором, что всю без исключения смертность населения в трудоспособном возрасте в современных условиях развития медицины предотвратить невозможно. В то же время, учитывая тот факт, что ежегодные издержки практически в 2 раза превышают сумму расходов на систему здравоохранения, следует задуматься над вопросом достижения Парето-оптимального состояния, при котором с каждым дополнительно потраченным рублем на здравоохранение издержки общества будут уменьшаться более, чем на этот рубль.

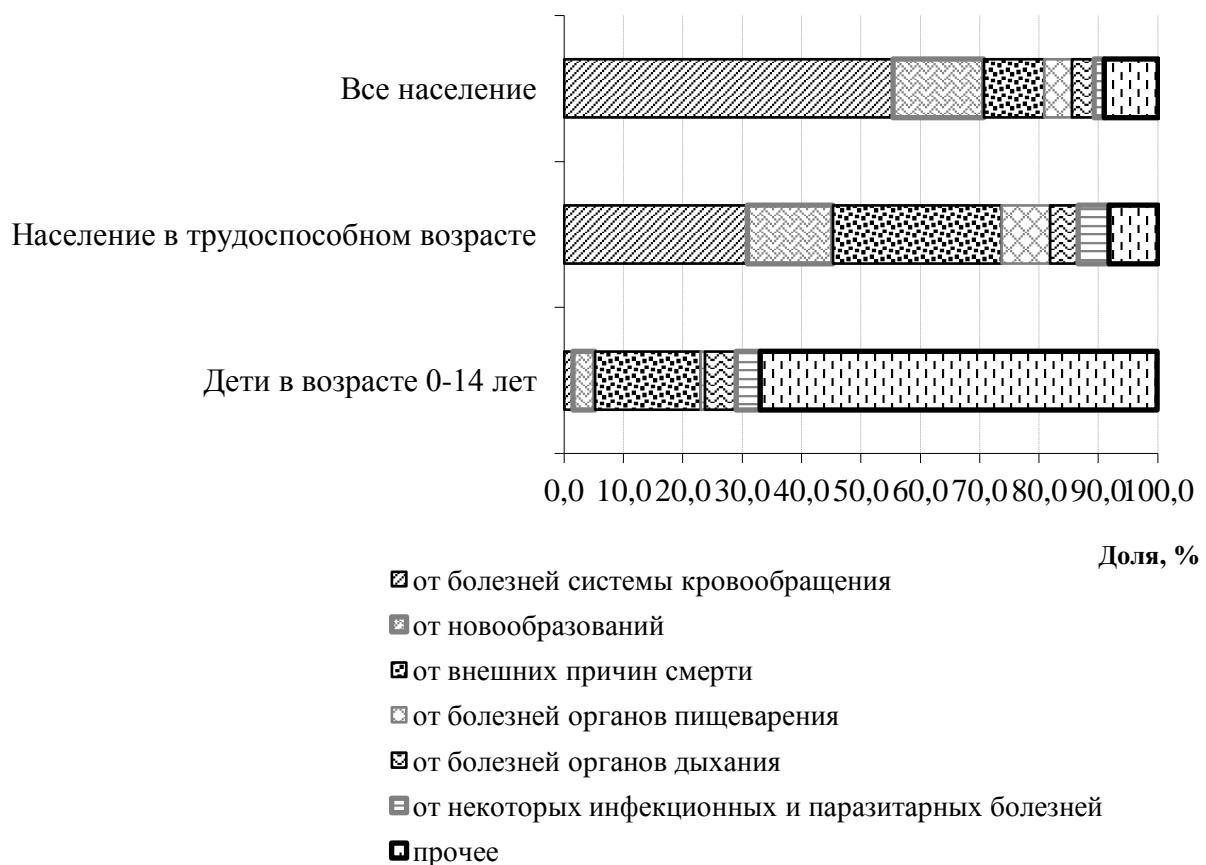


Рисунок 1. Дифференциация структуры причин смертности населения разных возрастных групп в 2012 году (диаграмма рассчитана и составлена авторами на основе данных: *Здравоохранение в России. 2013: Статистический сборник.* – М.: Росстат, 2013. – С.25-26, 28)

Следует отметить, что структуры причин смертности населения разных возрастных групп значительно дифференцированы, что подтверждает информация, представленная за 2012 год с помощью диаграммы на рисунке 1. Из диаграммы видно, что доля болезней системы

кровообращения в структуре причин смертности населения в трудоспособном возрасте почти на 15 п.п. ниже, чем в целом всего населения. При этом эти же причины в структуре смертности детского населения вообще незначительны. В то время как смертность населения в трудоспособном возрасте от новообразований практически сопоставима с общей смертностью населения от этих причин смертности. В структуре смертности детского населения эта причина по-прежнему мала, но несколько выше, чем от болезней системы кровообращения. Смертность населения в трудоспособном возрасте от внешних причин смертности практически в три раза выше, чем в структуре общей смертности населения. Также данные причины смертности практически в 1,7 раз чаще встречаются в структуре смертности детского населения.

В целом же становится видно, что к высокой смертности населения в трудоспособном возрасте ведут заболевания системы кровообращения. В то время как среди детей основными причинами смертности являются различного рода причины, связанные с беременностью и послеродовым периодом. Кроме того в обеих группах высока смертность и от внешних причин. Помимо всего прочего, к высокой смертности населения в трудоспособном возрасте приводит возникновение новообразований.

Следует отметить, что не только преждевременная смертность населения в трудоспособном возрасте ведет к общественным издержкам. Этому способствуют и различного рода заболевания, снижающие трудоспособность населения.

Воздействие различных факторов на заболеваемость различных групп населения меняется с возрастом (рисунок 2). В то же время, выделяются некоторые болезни, которые занимают основное место в структуре заболеваемости практически всех групп населения, а именно, речь идет о болезнях органов дыхания, травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин. Причем, те болезни, которые в итоге являются основными причинами смертности населения, исходно занимают не такое уж и значимое положение в структуре заболеваемости. В свою очередь, негативное влияние на здоровье населения большинства из этих заболеваний, в т.ч. и ведущих к высокой смертности, вполне может быть нивелировано путем развития мероприятий по профилактике и всеобщей диспансеризации, приобщению к ведению здорового образа жизни и др. мероприятий, не требующих существенного увеличения расходов на финансирование системы общественного здравоохранения.

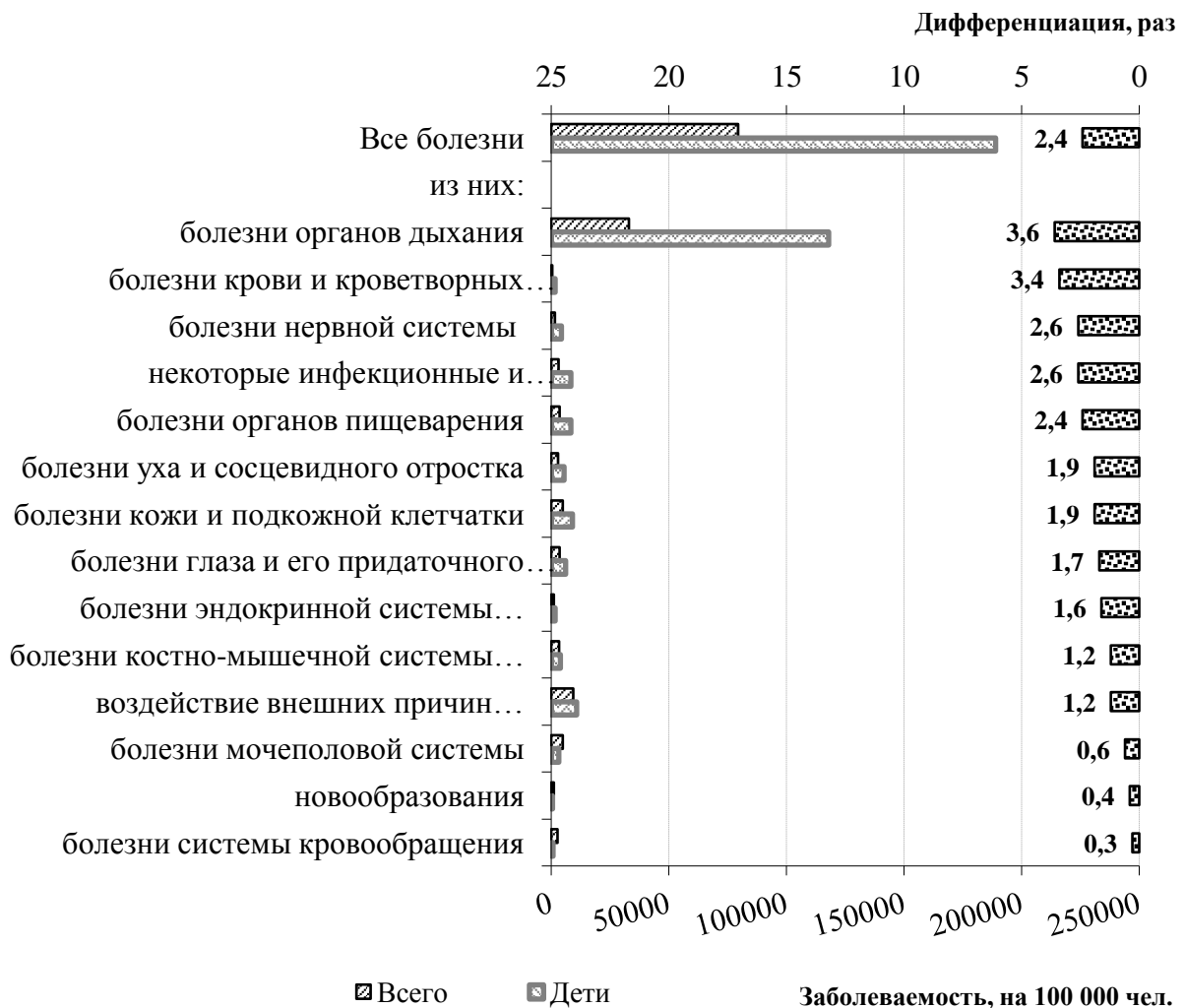


Рисунок 2. Дифференциация структуры заболеваемости населения (зарегистрировано заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни) разных возрастных групп в 2012 году (диаграмма рассчитана и составлена авторами на основе данных: *Здравоохранение в России. 2013: Статистический сборник.* – М.: Росстат, 2013. – С. 50-51, 126-127)

В данном контексте, необходимо уточнить некоторые представления о процессах, происходящих в сфере санаторно-курортного лечения. Тем более, что согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, целью функционирования министерств и департаментов здравоохранения является «улучшение здоровья населения», что подразумевает не только оказание медицинской помощи заболевшим, но и проведение профилактических мер для всего населения в целом, а также обеспечение координации межведомственных программ по повышению приверженности населения к ведению здорового образа жизни [7].

Такой подход к ответственности министерств здравоохранения обуславливает их высокую степень влияния их деятельности на здоровье населения. К примеру, с учетом комплексного воздействия на здоровье население санитарно-эпидемиологических мероприятий, медико-санитарного просвещения населения, профилактических мероприятий и лечение тяжелых заболеваний антибиотиками, степень влияния системы общественного здравоохранения может находиться на уровне 75%. При этом оказание только лишь медицинской помощи заболевшим в системах с достаточным финансированием оказывает влияние на уровне в 10-15% [8].

Влияние образа жизни на здоровье более чем в два раза превышает воздействие остальных факторов. Так, более 80% случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа, а также порядка 40% случаев заболеваний злокачественными новообразованиями можно предотвратить изменением образа жизни населения и снижением влияния факторов риска [5].

В нашей стране, на фоне роста общего числа отдохнувших, происходит снижение количества организаций, предоставляющих санаторно-курортные услуги. Вследствие чего, рост числа отдохнувших обеспечивается в основном за счет уплотнения мест в действующих организациях. Подобное уплотнение сопровождается процессом снижения количества медицинского персонала, что в совокупности может привести к резкому ухудшению качества предоставляемых в санаторно-курортной сфере услуг.

Кроме того, следует отметить и тот факт, что профилактическое звено санаторно-курортной сферы оказалось под наибольшим давлением. И здесь происходит не только уменьшение числа организаций, но и снижение численности отдохнувших. В то же время, санаторно-курортная сфера, с позиции восстановления и приумножения общественного здоровья, ценится именно за возможность проведения профилактики заболеваний и восстановления здоровья.

Представляется, что причиной подобной динамики изменения показателей численности и структуры отдохнувших может являться ухудшение качества предоставляемых в санаторно-курортной сфере услуг, происходящее, в т.ч. за счет уплотнения мощностей санаторно-курортных организаций.

Между тем, объем платных санаторно-оздоровительных услуг населению, с учетом потребительской инфляции, вырос всего лишь на 30,3% (базисный темп роста составил 130,3%). При этом объем расходов на санаторий, из расчета за каждый день, вырос на 52,4%. Что, в совокупности с показателями, иллюстрирующими динамику снижения числа санаторно-курортных организаций и рост числа отдохнувших, свидетельствует о сокращении программ санаторно-курортного лечения.

Более подробный анализ процессов изменения объемов потребления санаторно-оздоровительных услуг населением позволяет произвести информация, представленная на рисунке 3. В частности, на рисунке представлена информация, позволяющая проанализировать динамику физического объема и структуры платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха в период с 2000 по 2012 годы.

Из диаграммы на рисунке видно, что на всем рассматриваемом промежутке времени происходило постепенное увеличение доли медицинских услуг в структуре потребительских расходов населения. В итоге, доля медицинских услуг возросла с 4,6 до 5,5%. В то же время доля санаторно-оздоровительных услуг на всем промежутке рассматриваемого времени постепенно сократилась с 2,8 до 1,3%.

Таким образом, получается, что с одной стороны самые бедные слои населения по объективным причинам имеют более высокий уровень заболеваемости, нежели слои населения с более высоким уровнем доходов. С другой стороны, расходы наиболее незащищенных слоев населения на оплату услуг санаторно-оздоровительного комплекса являются наиболее незначительными, что отчасти объясняется мерами социальной поддержки граждан. Однако, учитывая снижающийся ускоренными темпами объем государственной поддержки в части оплаты санаторно-курортного лечения, проведенный выше анализ показал, что услуги санаторно-курортного комплекса, преимущественно, являются платными. Принимая во внимание динамику стоимостных и объемных показателей, возникает ситуация, когда наиболее

нуждающиеся слои населения становятся в значительной мере ограниченными в доступе к услугам санаторно-курортной отрасли.

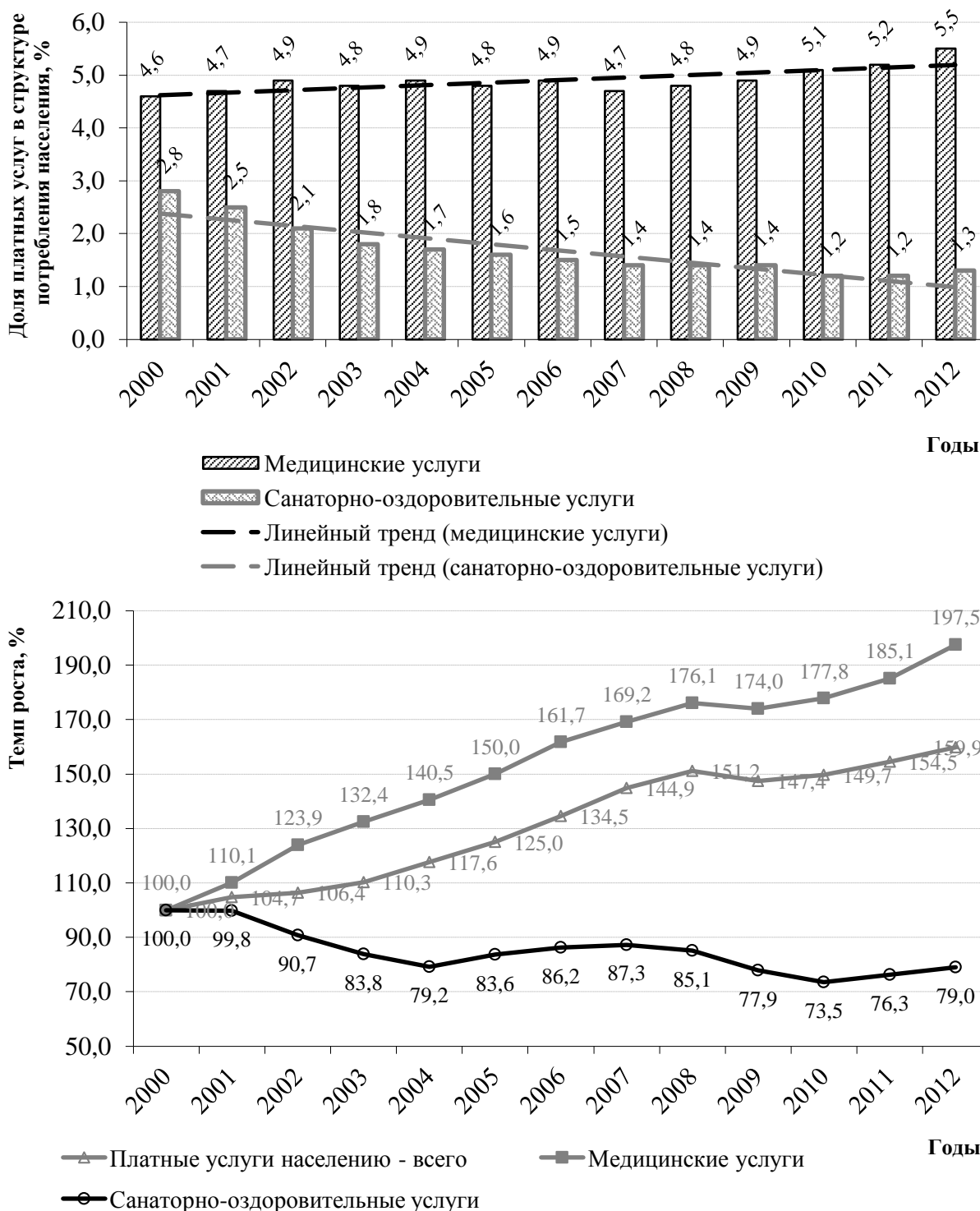


Рисунок 3. Динамика физического объема и структуры платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха в период с 2000 по 2012 годы (диаграмма рассчитана и составлена, график рассчитан и построен авторами на основе данных: Здравоохранение в России. 2013: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2013. – С.368-369)

То есть, имеет место дифференциация населения в доступе к данному типу услуг. Учитывая, что речь идет именно о той категории населения, чье здоровье в большей мере подвержено влиянию различных негативных факторов, данный аспект определяет снижение медико-социально-экономической эффективности санаторно-курортного комплекса в борьбе с высокой заболеваемостью и низким уровнем общественного здоровья.

Очевидно, что выявленные проблемы требуют комплексного подхода к их решению. При этом основным вектором необходимо принять работу над дальнейшим повышением качества предоставляемых услуг, улучшением организации досуга и снижением стоимости услуг. Также надо учитывать особые характеристики курортной отрасли с позиции рыночной экономики, которые обеспечивают ей высокую инвестиционную привлекательность. Так, каждый рубль, вложенный в санаторно-курортное лечение и реабилитацию, обеспечивает восстановление ресурсов здоровья, трансформирующихся впоследствии в 6-30 рублей национального дохода [2].

Учитывая содержательную специфику такого экономического явления, как рекреационная дестинация, можно заключить, что развитие санаторно-курортной сферы в рамках дестинации позволяет использовать все преимущества данного образования. А именно, с одной стороны, дестинация предполагает высокий уровень развития различного рода объектов транспортной, коммунальной и прочих видов инфраструктуры. С другой стороны, дестинация предполагает наличие элементов предоставляющих не только санаторно-курортные услуги, но и различные услуги досуга, туризма и пр. Помимо этого, развитие дестинации предполагает наличие множества конкурирующих организаций. Т.е., по сути, дестинация является своего рода территориальной формой комплексной системы по предоставлению туристско-рекреационных услуг. Вертикальные и горизонтальные связи между элементами дестинации позволяют использовать полезные эффекты от специализации, кооперации, масштаба производств и комплексного управления, что в совокупности сказывается на снижении издержек и повышении качества услуг – залого повышения коммерческой эффективности. И, таким образом, в рамках рыночной системы способствует повышению доступности рекреационных услуг, в т.ч. и услуг санаторно-курортного комплекса, для менее обеспеченных слоев населения. Что в аспекте решаемой проблемы о преумножении здоровья общества определяет условия повышения социально-экономической эффективности сферы санаторно-курортных услуг.

Между тем, важным моментом является организационный характер системы управления дестинацией. Особенно в контексте расширяющегося в современных условиях явления государственно-частного партнерства [10, 11]. И здесь представляется интересным опыт создания в 2013 году в Сочи Некоммерческого партнерства «Профессиональная гильдия курортного дела» [9], как конкретной организационно-экономической формы государственно-профессионального сотрудничества.

Так, согласно Уставу Гильдии, предметом ее деятельности является объединение санаторно-курортных, гостиничных, ресторанных и туристских организаций, а также иных физических и юридических лиц для реализации принципов повышения эффективности профессиональной деятельности санаторно-курортных, гостиничных, ресторанных и туристских организаций. При этом основными целями провозглашаются: обеспечение условий осуществления санаторно-курортной, туристско-оздоровительной деятельности; защита законных интересов членов Гильдии; создание условий для улучшения конкурентоспособности членов Гильдии; разрешение конфликтов и споров, возникающих в процессе практической деятельности; контроль за соблюдением нормативной правовой базы санаторно-курортного, гостиничного, ресторанный сервиса и туризма.

Выделяется четыре комитета: по стандартизации, сертификации, классификации и аккредитации профессиональной деятельности организаций; по профессиональному и дополнительному образованию, сертификации, аккредитации и аттестации специалистов; по правовым вопросам, государственно-частного партнерства и взаимодействию с профессиональными объединениями; по бюджету и отчетности. Три комиссии: по внедрению национальных и международных стандартов безопасности и качества серии ИСО-9001-2008 и др.; по внешнему контролю медицинских, санаторно-оздоровительных, гостиничных, туристско-экскурсионных, ресторанных и других услуг, выдачи и подтверждению сертификатов соответствия национальным и международным стандартам качества; по вопросам дисциплинарной ответственности и награждения. И четыре сектора: курортной медицины и практического здравоохранения; санаторно-курортного бизнеса; гостиничного, ресторанного и туристско-экскурсионного бизнеса; общественного питания, торговли и транспорта.

В целом же, эффекты специализации, масштаба и комплексного управления в рекреационной дестинации будут способствовать сокращению издержек производителей услуг санаторно-курортного комплекса. В свою очередь, снижение издержек в рамках рыночного механизма, и в условиях развитой конкуренции (контроль за состоянием которой должен осуществляться Гильдией), приведет к естественному снижению стоимости услуг для конечных потребителей. Что в целом, естественным для рыночного механизма образом, будет способствовать повышению доступности услуг санаторно-курортного комплекса для более широких слоев населения и, главным образом, для малообеспеченных слоев. Следом за повышением доступности услуг широким слоям населения, в рамках решения задачи восстановления и приумножения здоровья, как основного элемента человеческого капитала, будет обеспечен и рост социально-экономической эффективности сферы санаторно-курортных услуг.

При этом, контрактный механизм реализации партнерства между государством и частным сектором может послужить своего рода источником ресурсов повышения социально-экономической эффективности услуг санаторно-курортной сферы, особенно в рамках дестинации. Так, с одной стороны, предоставляемые в рамках рекреационной дестинации санаторно-курортные услуги будут обладать высоким качеством и относительно невысокой стоимостью. С другой стороны, так как вопрос инвестирования в здоровье обладает высокой социальной значимостью, государство в рамках контрактного механизма может выступить источником финансирования расходов населения на потребление услуг санаторно-курортной сферы.

В то же время остается нерешенным вопрос определения первоочередных категорий граждан, которые могут рассчитывать на подобную финансовую поддержку государства. И здесь очень важно учитывать два фактора. Во-первых, необходимо определить те категории граждан, которые действительно нуждаются в санаторно-курортных услугах, а медицинская эффективность данных услуг будет наибольшей. Во-вторых, необходимо определить те категории граждан, из числа нуждающихся, которые не могут самостоятельно оплатить услуги санаторно-курортной сферы. Именно таким гражданам государство может оказать полную или частичную финансовую поддержку.

Если второй фактор не вызывает особых затруднений, т.к. в качестве параметра способности оплаты услуг может выступать показатель дохода. То первый фактор – выявление категорий наиболее нуждающихся граждан, профилактика или лечение которых в санаторно-курортных организациях будут наиболее эффективными с медицинской точки зрения, – связан с определенными сложностями, решить которые может проведение всеобщей диспансеризации

и запуск Единой государственной информационной системы персонифицированного учета в здравоохранении.

Введенная всеобщая диспансеризация в совокупности с разрабатываемыми системами Универсальной электронной карты гражданина РФ и Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, позволяют решить вопрос определения первоочередных категорий граждан, которые могут рассчитывать на финансовую поддержку государства в вопросах полной или частичной оплаты услуг санаторно-курортной сферы. Учитывая данные аспекты, предлагается схема реализации контрактного механизма государственно-частного партнерства в решении вопроса повышения социально-экономической эффективности сферы санаторно-курортных услуг.

В целом же, реализация данного механизма государственно-профессионального партнерства, построенного на базе рекреационной дестинации, позволит существенно повысить социально-экономическую эффективность сферы санаторно-курортных услуг. В частности, будут решены основные проблемы, сопутствующие данной сфере в настоящее время – снижена стоимость и повышено качество услуг, исключена социально-экономическая дифференциация. В совокупности это позволит в полной мере использовать возможности санаторно-курортной сферы в эффективном восстановлении и профилактике здоровья населения – ключевого элемента человеческого капитала, лежащего в основе современного развития общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветитнев А.М., Журавлева Л.Б. Курортное дело. – М.: КНОРУС, 2006. – С. 21-28.
2. Корчажкина Н.Б. Современное состояние санаторно-курортной службы в Российской Федерации и возможные пути ее развития // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – №5. – С.14-21.
3. Криворучко В.И. Нелюбин В.В. Справочник по курортной медицине и спортивно-оздоровительному туризму в РФ. – М: Издательство «Советский спорт», 2013.
4. Криворучко В.И., Ионов Д.Ю. «Курортное дело как социально-экономическая категория в системе охраны здоровья россиян». – Пермь: сборник научных трудов Международной научно-практической конференции «Инновационная курортология: настоящее и будущее», 2013, с.90-93.
5. Моисеева Н.А., Козлова М.В. Влияние факторов среды обитания и образа жизни на состояние здоровья населения // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2011. – №4. – С.32.
6. Разумов А.Н. Методология развития и организации системы восстановительной медицины и медицинской реабилитации // Доктор.Ру. – 2013. – №10. – С.5-8.
7. Сегодня актуальнее, чем когда-либо: первичная медико-санитарная помощь / Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125с.
8. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение в России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С.47-48.
9. Устав Некоммерческого партнерства «Профессиональная гильдия курортного дела». – Сочи: НП ПГКД, 2013.
10. Хомерики Н.Б. Государственно-частное партнерство в развитии социальной сферы регионов Российской Федерации // Экономические науки. – 2011. – №.82. – С.89-91.
11. Шевелкина К.Л. Сопоставление российского и зарубежного опыта в реализации проектов на основе государственно-частного партнерства (ГЧП) // Научные труды Вольного экономического общества России. – 2013. – Т.171. – С.292-308.

Рецензент: Боков Михаил Алексеевич, зав.кафедрой «Административное управление и региональная экономика», д.э.н., профессор. Сочинский государственный университет.

Ionov Dmitriy Ivanovich

Russian International Academy of Tourism
Russia, Sochi
E-mail: apk@sochi.com

Krivoruchko Viktor Yur'evich

Russian International Academy of Tourism
Russia, Sochi
E-mail: apk@sochi.com

State and professional cooperation in the development of a sanatorium-resort destination

Abstract. In article the main attention is concentrated on enhancement of domestic system of public health care by means of development of resort medicine. The increasing significance of the direction of resort medicine oriented on saving and recovery of health of healthy or almost healthy people without the functional violations or prepainful disorders is emphasized. It is especially important when in the country throughout the long time high rates of mortality of the population at working-age remain.

The question of need of coercion of the Russian health care in the Pareto-optimal status in case of which with each in addition spent ruble in branch of expenses of society will decrease more, than by this ruble is brought up. Now, annual expenses of society owing to premature mortality of the population at working-age practically exceed the amount of expenditures on health system twice.

Social and economic efficiency of expenditures on health as the priority investment providing conditions of successful implementation of the human capital in economy of knowledge is defined. Special attention is paid to possibility of increase of social and economic efficiency of investments into health by means of treatment and prevention in the sanatorium sphere.

From the practical point of view possibility of development of a recreational destination as a market mechanism of improvement of quality and accessibility of services of the sanatorium sphere to the population is considered. Besides, the contract mechanism of state and professional cooperation for full elimination of differentiation of different social and economic groups of the population in access to services of the sanatorium sphere is offered.

Keywords: resort medicine; public health care; resort factors; mortality of the population; incidence of the population; expenses of society; level of the income; differentiation of the population; destination.

REFERENCES

1. Vetitnev A.M., Zhuravleva L.B. Resort business. – М.: KNORUS, 2006. – P. 21-28.
2. Korchazhkina N.B. The current state of sanatorium service in the Russian Federation and possible ways of its development // Bulletin of rehabilitation medicine. – 2013. – №. 5. – P. 14-21.
3. Krivoruchko V.I. Nelyubin V.V. The reference manual on resort medicine and sports tourism in the Russian Federation. – М: Soviet Sport publishing house, 2013.
4. Krivoruchko V.I., Ionov D.Y.. "Resort business as social and economic category in system of health protection of Russians". – Perm: collection of scientific works of the International scientific and practical conference "Innovative balneology: present and future", 2013, 90-93 p.
5. Moiseyeva N.A., Kozlova M.V. Influence of factors of habitat and way of life on a state of health of the population // Health care of the Russian Federation. – 2011. – № 4. – P. 32.
6. Razumov A.N. Methodology of development and organization of rehabilitation medicine and medical rehabilitation // Doctor.ru. – 2013. – № 10. – P. 5-8.
7. Today is more actual, than ever: primary medical and sanitary help / Report about a health care status in a pattern, 2008. – Geneva: WHO, 2008. – 125 p.
8. Ulumbekova G.E. Health care in Russia. That it is necessary to do: scientific reasons "Strategy of development of health care of the Russian Federation till 2020". – М.: GEOTAR-media, 2010. – P. 47-48.
9. Charter of noncommercial partnership "Professional Guild of Resort Business". – Sochi: NP PGKD, 2013.
10. Homeriki N.B. Public-private partnership in development of the social sphere of regions of the Russian Federation // Economic sciences. – 2011. – №.82. – P. 89-91.
11. Shevelkina K.L. Comparison of the Russian and foreign experience in projects implementation on the basis of the public-private partnership (PPP) // Scientific works of Free economic society of Russia. – 2013. – Т.171. – P. 292-308.