

УДК 615.8:[33:614.2]

ББК 53.54+65.495

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАК ФОРМА ИНВЕСТИРОВАНИЯ В КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ

Т.Л. Лепихина, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики и финансов

Электронный адрес: l-pstu@inbox.ru

Пермский национальный исследовательский политехнический университет, 614990, г. Пермь, Комсомольский пр., 29

Ю.В. Карпович, старший преподаватель кафедры экономики и финансов

Электронный адрес: karpushki@mail.ru

Пермский национальный исследовательский политехнический университет, 614990, г. Пермь, Комсомольский пр., 29

М.С. Оборин, канд. географ. наук, доцент кафедры экономического анализа и статистики

Электронный адрес: matvey_uk@rambler.ru

Пермский институт (филиал) Российского государственного экономического университета им. Г.В. Плеханова, 614070, г. Пермь, б-р Гагарина, 57

Актуальность темы обусловлена необходимостью исследования показателей, характеризующих состояние санаторно-курортного комплекса, с целью выявления наиболее проблемных факторов для принятия управленческих решений, способствующих его развитию. Обоснована важность курортного лечения как фактора капитала здоровья, который способствует повышению эффективности и времени функционирования человеческого капитала в целом. Проведена оценка динамики показателей, характеризующих деятельность санаторно-курортных организаций Российской Федерации, территорий Приволжского федерального округа, в том числе Пермского края. В процессе написания работы были применены следующие методологические принципы: принцип системности, позволяющий выявить наиболее проблемные показатели, характеризующие деятельность санаторно-курортных организаций, принцип единства методологии, теории и практики, позволяющий осуществлять достоверную проверку теоретических гипотез путем корреляционного анализа показателей. Сделаны выводы о том, что деятельность санаторно-курортных организаций эффективна в плане общего оздоровления населения Пермского края и неэффективна в части профильного оздоровления. Проведён анализ влияния доходов населения как доминирующего фактора спроса на санаторно-курортные услуги, и сделаны выводы о достаточно высокой корреляционной связи между денежными доходами на душу населения в Пермском крае и доходами санаторно-курортных организаций. Приведены результаты исследования мотивов приобретения путевок в санатории, сроков оздоровления и источников финансирования оздоровления в санатории Пермского края. По результатам оценки осуществлён интегральный рейтинг санаторно-курортного комплекса Пермского края среди соседних регионов Приволжского федерального округа. Обозначены проблемы развития санаторно-курортного комплекса, такие как низкая рентабельность, слабая профилизация деятельности санаторно-курортных организаций, снижение количества оздоравливающихся.

Ключевые слова: капитал здоровья, человеческий капитал, оценка, санаторно-курортный комплекс региона, эффективность.

В современной экономической науке существует множество подходов к исследованию человеческого капитала, но все их можно объединить в две концепции. С точки зрения первой концепции человеческий капитал можно оценивать как запас уже имеющихся у человека способностей, знаний, навыков, состояния здоровья. Вторая концепция трактует человеческий капитал как капитал, формирующийся посредством инвестиций в отдельные его составляющие – образование, здоровье, культуру [3, с. 10; 6, с. 110; 13, с. 34].

В рамках данного исследования особое внимание было уделено такой компоненте человеческого капитала, как здоровье. Взаимосвязь между здоровьем, с одной стороны, и такими факторами,

как производительность труда и экономический рост – с другой, признается и медицинской, и экономическими науками. В условиях старения населения на передний план в качестве компенсаторного механизма поддержания экономического роста при сокращении притока рабочей силы выступают процессы взаимовлияния здоровья и экономического роста [11, с. 81]. Если экономический рост обеспечивается больше чем на 60% за счет человеческого капитала, то формирование самого человеческого капитала на 2/3 зависит от профессионального образования, финансовых вложений в образование и науку, которые хотя и растут в последние годы, но еще отстают от подобных вложений на одного человека в развитых странах [15, с. 21].

Следовательно, можно предположить, что оставшаяся часть человеческого капитала определяется состоянием его здоровья.

Ещё одной актуальной проблемой является недостаток обоснованности осуществляемых инвестиций в отдельные компоненты человеческого капитала, результатом чего является снижение их эффективности. Исследования, проведенные ранее авторами статьи, показали, что, несмотря на рост инвестиций в образование на 41,4 % (3,8 тыс. руб. на человека в среднем) и в сохранение здоровья на 42% (3 тыс. руб. на человека), ВРП Пермского края на 1 работника предприятия вырос лишь на 5,13 % [8].

Исследователями отмечается важность инвестиций в капитал здоровья, которые способствуют повышению эффективности и времени функционирования человеческого капитала в целом. Инвестиции, связанные с охраной здоровья, способны замедлить процесс износа человеческого капитала. Целью инвестиций в здоровье является сокращение потерь рабочего времени, которое достигается за счет улучшения здоровья в результате санаторно-курортного, медицинского обслуживания [12, с. 133]. Существующие методики оценки эффективности инвестиций в оздоровление населения рассматривают различные подходы по определению пользы от мероприятий по повышению уровня здоровья. Именно в таких методиках учитываются потери производительности труда как результат заболеваний, осложнений, что приводит к снижению объемов выпуска продукции и т. д. В них даны формулы экономического эффекта в случае сохранения жизни больного для ребенка и взрослого человека [16, с. 152]. Большинство методик описывают подходы и приводят аналитические выражения расчета медико-экономической эффективности, в том числе по профилям оказания медицинской помощи; представляют модели, позволяющие при учете потерь здоровья населения, оценить выгоды в случае аналогичного роста здоровья (зеркальная модель); рассчитывают экономический ущерб от потерь здоровья населения с учетом прямых и непрямых затрат и как часть – недопроизведенного ВВП [14, с. 255].

Как инвестиционное благо здоровье влияет на совокупное количество времени, доступного для рыночной и нерыночной деятельности, поскольку увеличение продолжительности жизни означает добавление дополнительных периодов деятельности получения дохода [9, с. 26]. Следовательно, выступая в качестве объекта инвестирования, здоровье может рассматриваться как капитал.

Под капиталом здоровья понимаются инвестиции в человека, необходимые для формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности.

Понятие «капитал здоровья» ввел в экономическую теорию М. Гроссман. Учёный считал, что капитал здоровья и человеческий капитал нужно рассматривать отдельно, так как навыки, позволяющие зарабатывать больше денег, и возможность в течение большего количества времени при-

менять эти навыки – не одно и то же. «Запас знания, которым обладает человек, влияет на его рыночную и нерыночную производительность, в то время как запас его здоровья определяет суммарное количество времени, которое он сможет потратить, зарабатывая деньги и производя товары» [2, с. 49]. Этот запас и есть капитал здоровья.

По мнению В.И. Ильинского, капитал здоровья – несущая конструкция, основа человеческого капитала. В понятие капитала здоровья В.И. Ильинский выделяет базовый и приобретенный капитал. Первый определяется совокупностью физиологических свойств человека, получаемых наследственным путем. Приобретенный капитал образуется в процессе формирования и потребления физических свойств человека, осуществляемом в производственной деятельности. Капитал приобретенного индивидом образования и уровень его культуры в конечном счете определяют, насколько интенсивно происходят процессы износа базовой и приобретенной частей капитала здоровья и, как следствие, его совокупного человеческого капитала [6, с. 55].

Величина капитала здоровья во многом зависит от качества функционирования и объема финансирования системы здравоохранения на всех уровнях экономической иерархии.

Долгое время инвестиции в здравоохранение в целом по России составляли 3,1–3,5% национального дохода, тогда как в развитых странах они находились на уровне 10% [13, с. 34]. Достижение объема и качества финансирования, обеспечивающего устойчивость социально-демографической ситуации, является общей приоритетной задачей государства и бизнеса.

Таким образом, процесс воспроизводства человеческого капитала здоровья как части национального и регионального богатства невозможен без соответствующих инвестиций на микро- и макроуровне.

На уровне работника мотивацией к поддержанию здоровья и получению образования является дифференциация его доходов. Для компании, вкладывающей деньги в развитие персонала, речь идет о повышении производительности труда, снижении издержек, связанных с временем нетрудоспособности.

Для государства и общества в целом эффект выражается в поддержании конкурентоспособности национальной экономики и росте ВВП. В связи с этим приобретают особое значение не только государственные, но и корпоративные инвестиции в поддержание физического состояния сотрудников: профилактику профзаболеваний, предоставление питания для работников, медицинское обслуживание по месту работы, оплату санаторно-курортного отдыха и лечения, лечение в медицинских учреждениях, профилакториях и санаториях, улучшение жилищных условий, страхование от несчастных случаев. Однако, как показывает статистика, доля российских предприятий и организаций, осуществляющих те или иные меры поддержки здоровья работников, составляет около 54%, что

ниже аналогичных показателей по США и европейским странам [7, с. 282–291].

В процессе инвестирования необходимо учитывать специфику человеческого капитала. Так, например, феномен мужской сверхсмертности во взрослом возрасте увеличивает цену воспроизводства мужского капитала, т. к. мужчины, умирающие в трудоспособном возрасте, не успевают «вернуть» затраченный на их воспитание и обучение человеческий капитал и реализовать накопленный индивидуальный капитал [1, с. 37].

Очевидно, что полноценно решить проблемы приращения капитала здоровья в каждом отдельно взятом регионе только за счет федерального бюджета абсолютно невозможно. Поэтому данная задача не может быть решена без широкого вовлечения сил и средств самого региона, бизнеса и личности в рамках ее ответственного и осознанного отношения к собственному здоровью.

В современных условиях таким механизмом трёхстороннего взаимодействия является государственно-частное партнёрство.

Цель реализации проекта государственно-частного партнёрства в рамках исследуемой проблемы заключается в создании устойчивых предпосылок и условий для обеспечения прироста и сохранения человеческого капитала здоровья, для достижения стратегической цели – успешного социально-экономического развития страны, региона, предприятия и выхода на принципиально новый уровень развитой высококонкурентной экономики.

Взаимосвязь этих целей очевидна: чем больше капитал здоровья на предприятии, тем выше результативность его деятельности, чем больше трудоспособного населения в регионе, тем больше валовой региональный продукт. В конечном итоге синергетический эффект (он может быть как положительным, так и отрицательным) проявляется на национальном уровне.

Воздействовать на состояние здоровья можно, лишь зная систему факторов влияния, которые представляют собой некий «каскад». Первый (высший) уровень – это факторы, влияющие на популяционное здоровье (в том числе и состояние

системы здравоохранения); второй – наиболее крупные агрегаты, воздействующие не столько на популяцию, сколько на индивидов; на третьем агрегаты детализируются на отдельные компоненты; на четвертом определяются конкретные патологии.

Капитал здоровья складывается под влиянием целого ряда социально-экономических, экологических, природно-климатических условий страны и ее регионов и пр. При этом следует использовать разные индикаторы измерения его масштабов и отличать потенциал здоровья от реального состояния человека и общества. Сфера оздоровительной рекреации может повлиять на каждую из составляющих индивидуального человеческого капитала прямо (состояние здоровья) или опосредованно (трудоспособный возраст и уровень умственных способностей). Оздоровительная рекреация позволяет в первую очередь снизить заболеваемость трудоспособного населения и, следовательно, способствует росту продолжительности жизни.

Что касается умственных способностей, то существует множество факторов, обуславливающих их развитие: наследственность, уровень образования и др., но оздоровительный эффект санаториев и курортов также способен стать толчком к росту творческой активности индивида и его саморазвитию и в конечном итоге – к повышению работоспособности и квалификации. Следовательно, потребление санаторно-курортных услуг оказывает позитивное влияние не только на индивидуальный капитал здоровья, но и на индивидуальный капитал образования [12, с. 133].

В рамках данного исследования был осуществлён анализ динамики показателей, характеризующих состояние санаторно-курортного комплекса территорий Приволжского федерального округа, таких как количество, численность размещенных лиц, доходы и затраты санаторно-курортных организаций с 2003 по 2013 гг.

В табл. 1 представлен анализ динамики изменения количества санаторно-курортных организаций Российской Федерации и Приволжского федерального округа.

Таблица 1

Динамика изменения количества санаторно-курортных организаций субъектов Приволжского федерального округа*

Регион	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Темп роста
Российская Федерация	2347	2259	2333	2173	2148	2118	2147	1997	1945	1959	1905	1841	78,44
Приволжский федеральный округ	540	518	507	492	484	489	512	462	448	447	445	428	79,26
Республика Башкортостан	79	82	82	84	80	81	89	80	79	77	82	78	98,73
Республика Марий Эл	17	18	18	18	19	19	18	15	17	17	15	15	88,24
Республика Мордовия	11	11	12	11	11	12	12	12	11	11	10	10	90,91
Республика Татарстан	57	58	60	52	52	51	52	50	48	48	47	46	80,70
Удмуртская Республика	33	32	31	32	32	32	34	34	32	34	33	32	96,97
Чувашская Республика	19	19	21	21	21	20	25	21	19	21	19	17	89,47
Пермский край	74	67	67	65	58	61	60	53	48	46	46	45	60,81
Кировская область	30	24	25	22	21	20	21	17	17	17	17	17	56,67
Нижегородская область	56	54	46	44	42	43	44	41	41	41	40	41	73,21
Оренбургская область	44	40	37	33	33	35	34	30	29	30	29	25	56,82
Пензенская область	22	18	17	17	17	19	18	18	16	16	16	15	68,18
Самарская область	57	53	49	47	53	53	63	49	49	48	48	42	73,68
Саратовская область	21	22	19	23	24	23	23	23	23	22	23	23	109,52
Ульяновская область	20	20	23	23	21	20	19	19	19	19	20	22	110,00

*Составлено по данным [4].

Статистические данные свидетельствуют о том, что с 2002 по 2013 гг. наблюдается снижение количества санаторно-курортных организаций в целом по Российской Федерации на 21,56%, а в Приволжском Федеральном округе на 20,74%. В Пермском крае количество здравниц сократилось на 39,19%. Только в двух территориях Приволжского федерального округа количество санаторно-курортных организаций выросло: в Саратовской области (темп роста составил 109,52%) и в Ульяновской области (110% соответственно). Наибольшее число санаторно-курортных организаций на 2013 г. насчитывается в республике Башкортостан – 78, в республике Татарстан – 46. Пермский край находится на третьем месте по количеству санаторно-курортных организаций (45 организаций в 2013 г.).

В Пермском крае в 2013 г. наибольшее количество здравниц приходилось на санатории и

профилактории – 31 объект, санатории для взрослых – 6 объектов, детские санатории – 6 объектов, санатории для детей с родителями, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия, бальнеологическая лечебница представлены в единичном экземпляре [4]. Снижение количества санаторно-курортных организаций влечет за собой сокращение и их разнообразия, что уменьшает возможность разнопрофильного лечения и оздоровления.

При этом лечебно-оздоровительные услуги, которые получает человек в рамках учреждений санаторно-курортного комплекса, способны повысить качество здоровья в 2–2,5 раза [10, с.149].

Следующим показателем, характеризующим развитие рынка санаторно-курортных услуг, является численность размещенных лиц в санаториях (табл. 2).

Таблица 2

Численность размещенных лиц в санаторно-курортных организациях Приволжского округа за 2002–2013 гг.* (тыс. человек)

Субъекты ПФО	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Темп роста
Российская Федерация	4 953	4 961	5 473	5 941	6 085	6 071	6 356	5 775	5 674	5 733	5 751	5 675	115
Приволжский федеральный округ	960	940	1 075	1 171	1 232	1 346	1 426	1 199	1 189	1 270	1 242	1 236	129
Республика Башкортостан	155	167	187	210	225	243	255	230	227	238	240	256	165
Республика Марий Эл	32	34	38	42	52	48	42	37	41	46	42	43	133
Республика Мордовия	16	14	16	19	19	20	22	19	19	19	18	20	127
Республика Татарстан	116	116	146	162	151	168	162	140	132	163	159	141	122
Удмуртская Республика	56	53	57	79	84	94	88	76	82	92	81	96	171
Чувашская Республика	39	33	43	56	54	70	68	61	64	64	50	53	136
Пермский край	128	130	141	132	144	138	143	130	124	144	139	132	103
Кировская область	63	54	63	66	70	71	73	69	67	70	69	65	102
Нижегородская область	87	84	87	94	103	124	190	95	103	108	112	112	129
Оренбургская область	55	44	47	38	48	67	57	53	54	50	48	49	90
Пензенская область	33	31	35	45	40	45	39	40	35	50	43	39	118
Самарская область	107	106	119	115	130	142	170	140	130	134	141	126	117
Саратовская область	33	32	52	66	64	68	71	66	57	52	52	54	166
Ульяновская область	40	41	45	46	48	50	47	43	53	43	47	51	128

*Составлено по данным [4].

Анализ данных таблицы свидетельствует о том, что численность размещенных лиц в санаторно-курортных организациях Российской Федерации и Приволжского федерального округа выросла на 15% и 3 % соответственно. Исключением является Оренбургская область, где данный показатель за исследуемый период сократился на 10%. Лидерами являются республика Башкортостан и Саратовская область, число размещенных в санаторно-курортных организациях лиц в данных регионах увеличилось на 65% и 66% соответственно.

Увеличение численности отдыхающих на фоне сокращения санаторно-курортных организаций можно объяснить тем, что россияне уже не могут позволить себе лечение в санатории в течение трёх недель, как это предписывает курортология, предпочитая 10–14-дневные курсы. В связи с этим актуальной является разработка дополнительных программ по финансированию инвестиций в капитал здоровья. В отличие от зарубежной прак-

тики российский опыт в сфере организации программ поддержки здоровья изучен мало. Отсутствуют регулярные статистические данные, которые позволили бы анализировать активность работодателей, понять, каков охват работников программами охраны здоровья, насколько они дифференцированы по предприятиям и видам деятельности, какие формы льгот представлены в большей или меньшей степени, какова их связь с другими показателями деятельности предприятия [5, с. 22].

Показателем экономической эффективности и активности организации являются доходы. Доходы в санаторно-курортных организациях формируются за счет покупки путевок, курсовок, посещения различных природных объектов курортно-рекреационной территории и за счет рекреации и покупки дополнительных лечебно-оздоровительных услуг. Рассмотрим динамику показателей доходов санаторно-курортных организаций регионов Приволжского округа (табл. 3).

Таблица 3

Доходы санаторно-курортных организаций от предоставляемых услуг без НДС, акцизов и аналогичных платежей в регионах Приволжского федерального округа (млн руб.)*

Субъекты ПФО	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темп роста
Российская Федерация	33778,6	39754,4	50823,1	61116,0	68777,1	82258,2	83812,6	83275,9	89683,7	97411,1	100265,4	296,83
Приволжский федеральный округ	5295,7	6528,4	8680,0	10430,0	11954,7	15282,8	15158,0	15141,7	16739,3	18500,0	19484,9	367,94
Республика Башкортостан	1027,7	1276,6	1604,1	2039,8	2237,8	3171,9	3208,2	3521,4	3823,4	4183,1	4554,7	443,19
Республика Марий Эл	90,0	108,6	183,0	183,8	209,0	256,6	254,8	226,0	283,9	373,8	378,0	420,00
Республика Мордовия	70,9	88,3	131,7	157,1	179,5	203,7	201,0	190,2	206,6	241,0	241,1	340,06
Республика Татарстан	874,3	954,9	1223,2	1334,9	1491,9	1854,8	1861,2	1762,2	1975,2	2532,2	2724,0	311,56
Удмуртская Республика	280,7	381,2	515,5	618,4	766,1	898,6	1223,0	945,8	1041,6	1127,7	1204,4	429,07
Чувашская Республика	198,9	254,2	383,1	453,4	522,0	654,7	593,8	592,5	644,6	688,6	703,8	353,85
Пермский край	886,8	1069,8	1356,6	1631,4	1796,7	2391,5	2117,4	2175,8	2527,3	2640,1	2753,4	310,49
Кировская область	410,8	533,3	644,2	817,8	955,2	1126,9	1209,4	1207,6	1314,1	1453,0	1453,2	353,75
Нижегородская область	328,1	382,7	453,2	548,8	615,6	763,9	799,6	864,1	966,3	1004,5	847,5	258,31
Оренбургская область	197,9	177,8	311,8	349,4	488,0	641,1	665,7	660,8	668,0	732,7	816,8	412,73
Пензенская область	141,9	187,4	339,3	299,7	347,6	389,9	461,1	355,2	441,9	525,9	495,6	349,26
Самарская область	381,7	597,2	805,7	1187,6	1412,3	1832,4	1459,5	1515,5	1622,9	1814,2	1765,3	462,48
Саратовская область	168,7	240,2	350,9	361,2	416,2	494,8	547,3	520,7	576,1	497,1	622,9	369,24
Ульяновская область	237,3	276,1	377,7	446,7	516,6	602,1	556,1	603,9	647,3	686,2	924,2	389,46

*Составлено по данным [4].

Анализ данных табл. 3 показал, что наблюдается увеличение доходов санаторно-курортных организаций как в целом по Российской Федерации, так и в Приволжском федеральном округе, что отчасти можно объяснить ростом стоимости санаторно-курортного лечения и оздоровления. В Российской Федерации доходы санаторно-курортных организаций за исследуемый десятилетний период

увеличились почти в 3 раза, в Приволжском федеральном округе – почти в 7,5 раз. Лидерами по росту доходов являются Самарская область и Республика Башкортостан. Доходы санаторно-курортных организаций Пермского края выросли в 3 раза.

Рассмотрим затраты санаторно-курортных организаций территорий Приволжского федерального округа (табл. 4).

Таблица 4

Затраты санаторно-курортных организаций, связанные с производством и реализацией продукции (работ, услуг, товаров) (значение показателя за год, млн рублей) *

Субъекты ПФО	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темп роста
Российская Федерация	38882,7	47382,6	57417,1	70444,9	77491,6	98352,0	100332,9	105047,3	110624,1	116777,6	123399	317,36
Приволжский федеральный округ	6556,31	7651,90	9508,56	11662,96	13319,69	17437,22	15800,48	16119,24	18263,78	19830,17	21104,6	321,90
Республика Башкортостан	1112,24	1496,58	1850,33	2162,60	2310,22	3225,12	2730,09	3136,78	3641,20	3945,26	4477,19	402,54
Республика Марий Эл	90,85	106,57	181,30	174,81	198,38	244,28	246,33	222,45	271,51	325,49	363,49	400,10
Республика Мордовия	79,73	92,88	127,08	154,74	166,31	194,68	189,55	204,47	238,45	235,64	232,59	291,72
Республика Татарстан	984,34	1170,83	1379,99	1631,70	1782,47	2254,87	2340,53	2159,22	2371,14	2805,04	3056,56	310,52
Удмуртская Республика	497,99	473,99	524,72	674,36	868,94	925,77	1038,24	1086,48	1209,10	1328,26	1392,54	279,63
Чувашская Республика	218,84	277,83	391,33	445,76	500,88	655,18	591,17	541,31	758,40	737,25	772,31	352,91
Пермский край	1105,16	1201,00	1392,27	1849,97	2006,15	3340,80	2332,29	2072,30	2407,47	2487,58	2705,89	244,84
Кировская область	447,84	556,28	660,25	815,62	945,24	1128,25	1192,27	1221,28	1341,36	1426,65	1374,97	307,02
Нижегородская область	385,93	441,74	527,08	701,16	884,98	1021,31	1097,98	1212,15	1179,61	1157,46	1469,59	380,79
Оренбургская область	239,89	231,13	363,08	427,06	586,39	741,18	679,55	699,29	849,61	897,69	922,49	384,55
Пензенская область	159,64	189,27	341,78	310,00	376,90	404,54	456,83	382,11	445,83	553,56	531,45	332,91
Самарская область	662,87	828,22	1054,62	1479,97	1740,98	2180,35	1885,43	1877,19	2119,51	2402,09	2217,97	334,60
Саратовская область	295,70	328,39	409,38	485,82	569,18	671,38	579,39	742,68	848,49	892,44	965,04	326,36
Ульяновская область	275,29	257,21	305,35	349,37	382,68	449,52	440,85	561,54	582,10	635,77	622,51	226,13

*Составлено по данным [4].

Данные табл. 4 показывают, что увеличение затрат происходит и в Российской Федерации, и на всех территориях Приволжского федерального округа. При этом в Российской Федерации темп роста затрат составил 317,4%, а темп роста доходов – лишь 296,8%. В Приволжском федеральном округе темп роста доходов незначительно опережает темп роста затрат. Санаторно-курортные организации всех территорий исследуемого региона являются рентабельными.

Таким образом, анализ показателей, характеризующих развитие санаторно-курортных организаций в современной рыночной среде, позволяет сделать выводы:

– за анализируемый период количество санаторно-курортных организаций и численность размещённых в них лиц сократилась как в целом в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе, так и в Пермском крае;

– несмотря на превышение темпов роста затрат над темпами роста доходов санаторно-

курортных организаций, их деятельность является в Приволжском федеральном округе и в Пермском крае рентабельной.

Результативность деятельности санаторно-курортного комплекса территории можно оценить при помощи изменения первичной общей заболеваемости и заболеваемости теми болезнями, на профилактику которых направлены услуги, предоставляемые санаториями на определённой территории.

В качестве показателей, характеризующих эффективность санаторно-курортных организаций

Пермского края, рассматривались показатели общей заболеваемости и первичная заболеваемость болезнями органов пищеварения, мочеполовой и нервной системы, так как на профилактику именно этих заболеваний направлена деятельность санаториев Пермского края.

В табл. 5 представлены корреляционные зависимости исследуемых показателей санаторно-курортной службы с показателями заболеваемости.

Таблица 5

Корреляция показателей заболеваемости с показателями, характеризующими деятельность санаторно-курортной службы

Показатели результативности санаторно-курортной деятельности	Доходы санаторно-курортных организаций	Затраты санаторно-курортных организаций	Численность размещенных лиц в санаторно-курортных организациях	Количества санаторно-курортных организаций
Общая заболеваемость	0,77	0,35	-0,9	-0,78
Болезни органов пищеварения	0,15	0,19	0,15	-0,15
Болезни мочеполовой системы	-0,02	0,36	0,3	0,22
Болезни нервной системы	-0,04	0,47	0,41	0,46

Полученные коэффициенты парной корреляции позволяют сделать вывод о том, что рост количества санаторно-курортных организаций и численности размещенных в них лиц вызывает снижение общей заболеваемости. Связь показателей, характеризующих деятельность санаторно-курортных организаций, и показателей первичной заболеваемости по профильным заболеваниям практически отсутствует, что может свидетельствовать о снижении профилизации деятельности санаторно-курортных организаций в рыночных условиях.

В качестве фактора, определяющего спрос на услуги санаторно-курортных организаций, были



Основные цели отдыха в санаторно-курортных организациях Пермского края

Большая часть отдыхающих посещают санаторно-курортные организации с целью лечения (60%), оздоровления (20%), отдыха (8%), среди них есть гости, приехавшие ради общения – их насчитывается также 8% и 4% приезжают с целью рекреации. По результатам проведенного опроса выявлено, что наибольшая продолжительность лечения составляет 11–14 дней – 60,7%, наименьшая часть предпочитает полный курс санаторно-курортного оздоровления (21 день), наблюдается рост отдыхающих по путевкам выходного дня, т.е. с рекреационными функциями.

выбраны денежные доходы населения. Анализ показал, что существует связь между денежными доходами на душу населения в Пермском крае и доходами санаторно-курортных организаций края (коэффициент корреляции 0,95).

По результатам исследования, проведенного в сентябре-октябре 2014 г., в котором приняли участие 750 респондентов, что составляет 5% от общего числа отдыхающих ежегодно на курортах Пермского края, было выявлено, что путевки приобретаются с различными целями, в основном это лечение, восстановление, отдых.

На рисунке представлено процентное соотношение различных целей отдыха.

Источниками финансирования покупки путевки в санаторно-курортное учреждение являются собственные средства населения края (отметили 56% респондентов), средства работодателя (15% респондентов), частично за счет средств работодателя (10,1% респондентов), частично за счет средств профсоюзных организаций (6,6% респондентов).

Покупка путевок на санаторно-курортное лечение наблюдается на протяжении всего года, что свидетельствует о стабильности спроса на данный вид услуг.

Подводя итоги анализа санаторно-курортной деятельности Пермского края, рассмотрим интегральный рейтинг показателей санаторно-курортных организаций края в сравнении с регио-

нами-соседями Приволжского федерального округа, к которым относятся Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Удмуртская республика и Кировская область (табл. 6).

Таблица 6

Интегральный рейтинг санаторно-курортного комплекса Пермского края среди соседних регионов Приволжского федерального округа

Показатель	Число санаторно-курортных организаций	Число койко-мест	Численность размещенных лиц	Доходы санаторно-курортных организаций	Итоговый рейтинг
2010	3	4	4	2	3
2011	4	4	3	2	3
2012	4	4	4	2	3
2013	3	4	3	2	3
Средний рейтинг	3	4	3	2	3

Анализ данных позволяет сделать вывод о том, что в сравнении с соседними территориями Пермский край имеет невысокий рейтинг по критериям количества санаторно-курортных организаций, числу койко-мест и численности размещенных лиц. Так, например, число санаторно-курортных организаций края составляет 45 объектов против 78 в республике Башкортостан. По величине доходов санаторно-курортные организации Пермского края находятся на втором месте по сравнению с соседними территориями. Итоговый рейтинг санаторно-курортного комплекса Пермского края не меняется на протяжении исследуемого периода и составляет 3.

Заключение

Проведённое исследование позволяет сделать ряд выводов.

Санаторно-курортный комплекс – сложный природно-социальный объект, основной деятельностью которого является сохранение и восстановление здоровья отдыхающих, а также оказание рекреационных услуг населению. Потребление санаторно-курортных услуг является одним из факторов, оказывающих влияние на капитал здоровья и на количество и качество человеческого капитала в целом.

Развитие рыночных отношений в санаторно-курортной сфере привело к сокращению количества санаторно-курортных организаций и численности размещённых лиц в них в целом в Российской Федерации и на большей части территорий Приволжского федерального округа, в том числе и в Пермском крае.

Анализ динамики доходов и расходов санаторно-курортных организаций показал, что они имеют достаточно низкую рентабельность.

Результативность санаторно-курортных услуг является также достаточно низкой по причине сокращения сроков лечения и слабой профиликации деятельности санаторно-курортных организаций.

Более половины населения приобретает санаторно-курортные путёвки за собственные денежные средства, что, безусловно, влияет на количество оздоравливающихся.

Эффективное развитие рынка санаторно-курортных услуг возможно при активном участии населения, работодателей и государства. Не слу-

чайно, несмотря на невозможность количественной оценки всех выгод от реализации программ охраны здоровья и развития курортотечения, многие страны предпринимают специальные меры, стимулирующие работодателей организовывать и финансировать рекреационные программы для своих сотрудников и членов их семей. Эти меры должны найти отражение как в соответствующих стратегических документах, целевых программах, так и в законодательных актах.

Список литературы

1. *Базуева Е.В.* Динамика смертности населения России: гендерный аспект //Здоровье – основа человеческого потенциала – проблемы и пути их решения. 2013. Т. 8, № 1. С. 36–37.
2. *Василенко И. В., Боровкова О. Э.* Здоровье как социальный актив в борьбе за статус и удовлетворение потребностей в современном российском обществе //Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. 2014. № 2. С. 45–51.
3. *Добрынин А. И., Дятлов С. А., Курганский С. А.* Методология человеческого капитала // Экономика образования. 1999. № 1. С. 10–15.
4. *Единая межведомственная информационно-статистическая система.* URL: <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do> (дата обращения: 15.05.2015).
5. *Засимова Л.С., Хоркина Н.А., Калинин А.М.* Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте//Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. № 4. С. 22–29.
6. *Ильинский И. В.* Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве. СПб.: Изд. СПбУЭФ, 1996. 163 с.
7. *Колосницына М., Лесневский К.* Политика здоровья на российских предприятиях: опыт эмпирического анализа // Мотивация и оплата труда. 2012. № 4. С. 282–291.
8. *Лепихина Т.Л., Карнович Ю.В.* Социальное и экономическое значение здоровья работников как фактора накопления человеческого капитала предприятия //Современные технологии управления. 2013. №01 (25). URL:

<http://sovman.ru/all-numbers/archive-2013/january2013/item/146-social-and-economic-importance-of-workers-health-as-a-factor-of-accumulation-of-the-human-capital-of-the-enterprise.html> (дата обращения: 04.05.2015).

9. Мухачева А.В. Инвестиции работников в здоровье как способ повышения уровня и качества жизни // Глобальный научный потенциал. 2010. № 7. С. 26–27.

10. Оборин М.С. Динамика развития санаторно-курортного комплекса и лечебно-оздоровительного туризма в Пермском крае // Вестник Удмуртского университета. 2013. № 6–4. С. 146–153.

11. Оганезова А.В. Инвестиционный подход к здоровью в условиях старения населения // Бизнес-информ. 2012. № 10. С. 81–84.

12. Сайпушева О. С. Вклад оздоровительной рекреации в воспроизводство человеческого капитала // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2009. № 92. С. 132–135.

13. Станишевская С.П., Якупова И.Н. Взаимосвязь человеческого потенциала и инвестиционной привлекательности территории (на примере крупных городов) // Вестн. Перм. ун-та. Сер. Экономика. 2013. Вып. 4 (19). С. 32–40.

14. Угольников В.В. Формирование среды оказания экономически эффективной высокотехнологичной медицинской помощи: инвестиции в капитал здоровья // Инновации. Менеджмент. Маркетинг. Туризм. 2013. № 1. С. 254–255.

15. Хараева М.С. Человеческий капитал как фактор опережающего экономического развития // Креативная экономика. 2009. № 3. С. 20–27.

16. Шамаков Д.И. Оценка экономического ущерба от потерь здоровья населения в России и ее регионах. М.: Приор, 2004. 316 с.

Получено: 10.06.2015

References

1. Bazueva E.V. Dinamika smertnosti naselenija rossii: gendernyj aspect [Dynamics of population mortality in Russia: gender aspect]. *Zdorov'e - osnova chelovecheskogo potenciala - problemy i puti ih reshenija* [Health as the basis of human potential: problems and ways of their solution], 2013, no 1, pp. 36–37.

2. Vasilenko I.V., Borovkova O.Je. Zdorov'e kak social'nyj aktiv v bor'be za status i udovletvorenije potrebnostej v sovremennom rossijskom obshhestve [Health as a social asset in the struggle for status and satisfaction in the modern Russian society]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta* [Volgograd state University Herald], 2014, no. 2, pp. 45–51.

3. Dobrynin A.I., Djatlov P.A., Kurganskij P.A. [Human capital methodology]. *Jekonomika obrazovanija* [Economics of education], 1999, no. 1, pp. 10–15.

4. Edinaja mezhdomstvennaja informacionno-statisticheskaja sistema [Unified interagency

information-statistics system]. Available at: <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>. (accessed 15.05.2015).

5. Zasimova L.P., Horkina N.A., Kalinin A.M. Rol' gosudarstva v razvitii programm ukreplenija zdorov'ja na rabochem meste [Role of the state in the development of health programmes in the workplace]. *Voprosy gosudarstvennogo i municipal'nogo upravlenija* [Problems of state and municipal management], 2014, no. № 4, pp. 22–29.

6. П'инский I.V. *Investicii v budushhee: obrazovanie v innovacionnom vosproizvodstve* [Investing in the future: education in innovative reproduction]. St. Petersburg, Izd. SPbUJeF Publ., 1996. 163 p.

7. Kolosnycyna M., Lesnevskij K. Politika zdorov'ja na rossijskih predpriyatijah: opyt jempiricheskogo analiza [Health policy at Russian enterprises: an empirical analysis]. *Motivacija i oplata truda* [Motivation and remuneration], 2012, no. 4, pp. 282–291.

8. Lepihina T.L., Karpovich Ju.V. Social'noe i jekonomicheskoe znachenie zdorov'ja rabotnikov kak faktora nakoplenija chelovecheskogo kapitala predprijatija [Social and economic importance of the health of workers as a factor of accumulation of human capital enterprises]. *Sovremennye tehnologii upravlenija* [Modern management technologies], 2013, no. 1(25). Available at: <http://sovman.ru/all-numbers/archive-2013/january2013/item/146-social-and-economic-importance-of-workers-health-as-a-factor-of-accumulation-of-the-human-capital-of-the-enterprise.html> (accessed 04.05.2015).

9. Muhacheva A.V. Investicii rabotnikov v zdorov'e kak sposob povyshenija urovnja i kachestva zhizni [Investment in workers' health as a way to improve the level and quality of life]. *Global'nyj nauchnyj potencial* [Global scientific potential], 2010, no. 7, pp. 26–27.

10. Oborin M.P. Dinamika razvitija sanatorno-kurortnogo kompleksa i lechno-ozdorovitel'nogo turizma v Permskom krae [Dynamics of development of sanatorium-resort and health tourism in the Perm region]. *Vestnik Udmurtskogo universiteta* [Bulletin of Udmurt University], 2013, no. 6, pp. 146–153.

11. Oganезова A.V. Investicionnyj podhod k zdorov'ju v uslovijah starenija naselenija [Investment approach to health in terms an aging population]. *Biznes-inform* [Business-inform], 2012, no. 10, pp. 81–84.

12. Sajpusheva O.P. Vklad ozdorovitel'noj rekreacii v vosproizvodstvo chelovecheskogo kapitala [Contribution of health recreation to the reproduction of human capital]. *Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena* [Russian State Pedagogical University Bulletin named after A.I. Herzen], 2009, no. 92, pp. 132–135.

13. Stanishevskaja P.P., Jakupova I.N. Vzaimosvjaz' chelovecheskogo potenciala i investicionnoj privlekatel'nosti territorii (na primere krupnyh gorodov) [The relationship of human potential and investment attractiveness of the territory (on the example of large cities)]. *Perm University Herald. Economy*, 2013, no. 4 (19), pp. 32–40.

14. Ugol'nikov V.V. Formirovanie sredy okazaniya jekonomicheski jeffektivnoj vysokotekhnologichnoj medicinskoj pomoshhi: investicii v kapital zdorov'ja [Formation of the environment provide cost-effective high-tech medical care: investment in health capital]. *Innovacii. Menedzhment. Marketing. Turizm* [Innovations. Management. Marketing. Tourism], 2013, no. 1, pp. 254–255.

15. Haraeva M.P. Chelovecheskij kapital – kak faktor operezhajushhego jekonomicheskogo razvitija [Human capital as a factor of advancing economic de-

velopment]. *Kreativnaja jekonomika* [Journal of creative economy], 2009, no. 3. pp. 20–27.

16. Shmakov D.I. *Ocenka jekonomicheskogo ushherba ot poter' zdorov'ja naselenija v Rossii i ee regionah* [Assessment of the economic losses of the population health in Russia and its regions]. Moscow, Prior Publ., 2004. 316 p.

The date of the manuscript receipt:
10.06.2015

HEALTH RESORT TREATMENT AS A FORM OF INVESTMENT IN HEALTH CAPITAL

Tatiana L. Lepikhina, Candidate of Economic Sciences, Associate Professor

E-mail: l-pstu@inbox.ru

Perm National Research Polytechnic University; 29, Komsomolsky prospekt, Perm, 614990, Russia

Yuliya V. Karpovich, Senior Lecturer

E-mail: karpushki@mail.ru

Perm National Research Polytechnic University; 29, Komsomolsky prospekt, Perm, 614990, Russia

Matvey S. Oborin, Candidate of Geographical Sciences, Associate Professor

E-mail: matvey_uk@rambler.ru

Perm Institute (Branch) of Plekhanov Russian University of Economics; 57, Gagarina bul., Perm, 614070, Russia

Relevance of the topic under consideration is connected with the necessity of studying indicators which characterize the state of the sanatorium-resort complex. This will allow for identifying the most problematic factors in decision-making when taking decisions concerning the complex's development. The paper justifies the importance of health resort treatment as a factor of health capital, which contributes to increasing the effectiveness and duration of human capital's functioning in general. The dynamics of indicators characterizing activities of sanatorium-resort institutions in the territories of the Russian Federation and the Volga Federal District, including Perm region, is evaluated. The following methodological principles were used in the course of research: the system principle, which helps to identify the most problematic indicators characterizing activities of the sanatorium-resort organizations, the principle of unity of methodology, theory and practice, allowing for accurate testing of theoretical hypotheses by means of correlation analysis of indicators. It is concluded that the abovementioned activities are effective in terms of the population's general health but not effective in terms of specialized treatment. The authors also conducted analysis of the influence of income as a dominant factor on the demand for sanatorium-resort services. According to the analysis results, in Perm region there is a fairly high correlation between money income per capita and income of sanatorium institutions. The article also provides the results of studying duration of staying in sanatorium institutions, motives for acquiring health resort vouchers, and sources of funding such vouchers characteristic of Perm region. The evaluation allowed us to make an integral rating of the sanatorium complex of Perm region among the neighboring regions of the Volga Federal District. Besides, the article identifies some problems of the sanatorium-resort complex's development, such as low profitability, poor profiling, and reduction in the number of patients.

Keywords: health capital, human capital, evaluation, sanatorium-resort complex of the region, efficiency.

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

Лепихина Т.Л., Карпович Ю.В., Оборин М.С. Курортное лечение как форма инвестирования в капитал здоровья // Вестник Пермского университета. Сер. «Экономика» = Perm University Herald. Economy. 2015. № 4(27). С. 123–131.

Please cite this article in English as:

Lepikhina T.L., Karpovich Y.V., Oborin M.S. Health resort treatment as a form of investment in health capital // Vestnik Permskogo universiteta. Seria Ekonomika = Perm University Herald. Economy. 2015. № 4(27). P. 123–131.