

Инновационное развитие и кластеризация здравоохранения в региональной экономике

В статье исследованы роль и место здравоохранения в территориально-отраслевой экономике Российской Федерации с оценкой ее деятельности на основе показателей эластичности. Разработана и реализована методика кластеризации и позиционирования регионов страны по оценке потенциала здравоохранения, условиям жизни и здоровья населения. Обоснована система императивов формирования и направлений развития регионального здравоохранения.

Ключевые слова: инновационное развитие, региональная экономика, здравоохранение, потенциал, оценка, кластер.



С. Н. Сахнов,
К. Э. Н., К. мед. Н.,
директор Краснодарского филиала ФГБУ
«Межотраслевой научно-технический
комплекс «Микрохирургия глаза»
им. академика С. Н. Федорова»
Министерства здравоохранения России,
академик РАЕН
e-mail: okocentr@mal.kuban.ru

Введение

Инновационное развитие субъектов Федерации является приоритетным направлением формирования современной экономики, ориентированной на высокотехнологичное производство конкурентоспособных товаров и услуг. Переход региональных экономических систем на воспроизводственный путь развития требует активизации инновационной деятельности и использования накопленных результатов научно-технического прогресса в реальной экономике, предполагает разработку инновационных стратегий с соответствующими приоритетами и целями, алгоритмом и мониторингом их реализации [1, 5].

В современных условиях инновационная деятельность интерпретируется, как преобразование идей и новшеств в качественно иные продукты и технологии. Этот непрерывно развивающийся процесс свидетельствует о последовательном переходе от индустриальной к постиндустриальной экономике, на фоне информационно-инновационной парадигмы развития.

Если ранее в качестве стратегического фактора экономического роста выступал накопленный производственный опыт, то в инновационной экономике им являются научные знания, доминирующим капиталом становится интеллектуальный, дополняя физический, а значимость нематериальных активов возрастает, зачастую превалируя по сравнению с материальными.

В итоге кардинально изменяются основные характеристики экономического развития, начиная от

конкурентных преимуществ (усиливается роль технологических и социально-управленческих инноваций) и заканчивая базисными стратегиями, формирующимися и реализуемыми на основе приоритета знаний и технологий, по сравнению с капиталом и собственностью в предыдущих периодах.

Исходная формула производства в инновационной экономике включает не только капитал и труд, но также научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки с их реализацией и соответствующим переходом от эпизодического или периодического инновационного процесса (характерного для предыдущих этапов развития) к постоянному, управляемому на территориально-корпоративном уровне.

При этом, наблюдающийся в мировой экономике этап постиндустриального развития, с формированием эпохи информации и телекоммуникаций, закономерно связан и сопровождается доминированием в общественном производстве сферы услуг, в том числе, развивающегося социального комплекса (включающего, прежде всего, здравоохранение), оказывающего населению, как рыночные, так и нерыночные услуги [7].

Цель исследования

Целью исследования является изучение подсистем региональной экономики (включающих социальную, окружающей среды, производства товаров и услуг, потребительскую, институциональную, финансово-бюджетную, инновационную и инвести-

ционную, управленческую), с выявлением значимости инновационной, инновационной деятельности территориально-отраслевой экономики, разработка и реализация методологии оценки и использования инновационно-экономических ресурсов регионов, измерения потенциала и осуществления кластеризации здравоохранения в региональной экономике.

Оценка и использование инновационно-экономических ресурсов региональной экономики

В экономической литературе, на основе экспертно-го подхода, осуществлен рейтинг инвестиционной привлекательности регионов [7], тогда как количественная оценка (с использованием математического аппарата) инновационно-экономических ресурсов регионов не осуществлялась. Методика такой оценки, реализованная далее, базируется на использовании ряда методов (сравнительного, графического, индексного, аналитических группировок, корреляционно-регрессионного и расчетно-конструктивного), исходных данных Росстата по инновационным и социально-экономическим показателям.

Каждая социально-экономическая система, начиная от трансконтинентальных и национальных, и заканчивая субъектами хозяйствования, имеет специфические структурные элементы, в виде базовых подсистем, к которым, в рамках региональной экономики, относятся социальная, окружающей среды, производства товаров и услуг, потребительская, институциональная, финансово-бюджетная, инновационная и инвестиционная, управленческая.

В совокупности выделенных подсистем особое место занимает инновационная, являющаяся, совместно с инвестиционной, двигателем территориального развития, как с позиций научных исследований с целью увеличения суммы знаний, разработки и внедрения новых продуктов, передовых производственных и информационно-коммуникационных технологий, так и непрерывного воспроизводственного процесса на основе инноваций, возрастающих потоков денежных средств в рамках основного и оборотного капитала [5].

В организационном плане возможны различные инновационные стратегии достижения конкурентоспособности выпускаемых продуктов, с учетом соответствующей целевой типологии инновационного поведения различных экономических систем.

С этих позиций выделяется четыре типа организаций, осуществляющих различные инновационные стратегии в рамках конкурентной борьбы, производства, продвижения и реализации продуктов на рынках:

- функционирующие в области крупного стандартного бизнеса;
- удовлетворяющие местные потребности, занимающиеся средним и мелким бизнесом, на основе индивидуализации продуктов;
- узко специализированные, работающие в ограниченной нише, и для определенного круга потребителей с повышением потребительской ценности за счет высокого качества и выпуска модной продукции;

- рискованные, венчурные, характерные для двигателей научно-технического прогресса, с возможностью (чаще) или краха, с переходом на иной путь развития, или, что бывает относительно редко, получения инновационной ренты и сверхприбылей.

Исследование многоплановой и сложной проблемы инновационной деятельности территориально-отраслевой экономики [5] осуществлено в рамках ряда этапов, начиная от ситуационно-трансформационного анализа показателей (по федеральным округам и регионам РФ, как в непрерывной динамике, так и по периодам), и заканчивая интегральной оценкой использования инновационно-экономических ресурсов, то есть, имеющихся объективных возможностей.

На первом этапе изучается система институционального обеспечения регионов с позиций числа организаций, выполнявших исследования и разработки, ведущих подготовку аспирантов и докторантов, осуществляющих инновационно активную деятельность, а также выявляются соответствующие закономерности динамических трансформаций.

Сущность второго этапа заключается в исследовании численности и структуры персонала (в том числе, исследователей, с учетом их остепененности), функционирования системы подготовки научных кадров, осуществляется моделирование временных тенденций изучаемых показателей, с прогнозом на ближайшую перспективу.

Логика третьего этапа определяется измерением и моделированием интенсивности инновационной деятельности с позиций объемов и структуры внутренних затрат (по видам затрат, начиная от оплаты труда с начислениями, и заканчивая прочими текущими расходами, а также работ — фундаментальные и прикладные исследования, разработки), издержки на технологические инновации и информационно-коммуникационные технологии.

На четвертом этапе исследования выявляются закономерности динамических трансформаций итогов инновационной деятельности, включающих подачу заявок и итоговую выдачу патентов, число созданных и использованных передовых производственных технологий, объемы инновационных товаров (работ, услуг), характеристики результативности.

Идеология пятого этапа расчетов заключается в интегральной сопоставимой оценке, как инновационных возможностей регионов (определяемых характеристиками институционального обеспечения, трудовых и материальных ресурсов), так и инновационных итогов (включающих подачу патентных заявок и выдачу охраняемых документов на изобретения и полезные модели, передовые производственные технологии и полученную инновационную продукцию), с учетом значимости исследуемых конкретных показателей. Исходя из этих расчетов, осуществляется оценка эластичности, то есть, восприимчивости, инновационной деятельности.

На шестом этапе моделируются зависимости валового регионального продукта (или оборота организаций) от инновационной составляющей, инвестиций в основной капитал и занятых в экономике, с исследованием значимости и взаимозаменяемости каждого из анализируемых факторов.

ИННОВАЦИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РЕГИОНАХ

В рамках *седьмого этапа* на основе проведенного корреляционно-регрессионного анализа осуществляется расчет нормативного валового регионального продукта (оборота организаций), возможного при конкретных факторах воспроизводства и прочих равных условиях. Сопоставление фактических и расчетных результативных характеристик позволяет провести оценку использования имеющихся объективных возможностей в соизмеримом выражении, с позиций производительности общественного труда.

Проведенные расчеты на основании данных Росстата по социально-экономическим показателям и индикаторам инновационной деятельности [3, 6] позволили выявить закономерности взаимосвязей между исследуемыми социально-экономическими показателями. Проведена итоговая группировка субъектов Российской Федерации по следующим основным критериям занятые в экономике, индекс человеческого капитала, инвестиции в основной капитал, основные фонды, инновационные возможности и их использование, производительность общественного труда инновационным возможностям. Это позволило провести сравнительную характеристику инновационных возможностей и их использования и сделать ряд важных выводов для принятия управленческих решений в области здравоохранения (табл. 1).

В *первую группу* с минимальным инновационным потенциалом входят 16 регионов РФ, начиная от Чеченской республики с оценкой 8 баллов, до Магаданской области (25,5 балла), в том числе, 7 регионов ЮФО, 5 – СФО, 3 – ДФО и 1 – СзФО. Этой группе субъектов Федерации свойственны самые низкие характеристики живого и прошлого труда, инновационно-экономических возможностей (15,3 балла к 100 среднерегionalным по России), а также производительности общественного труда.

Вторая группа представлена 18 регионами с крайне низким уровнем инновационных возможностей, включая 5 субъектов федерации из ЦФО, по 3 – из ДФО и СФО, по 2 – из СзФО, ЮФО и ПрФО, 1 – из УФО. Здесь характеристики живого и прошлого труда также находятся на низком уровне, оценка инновационно-экономических возможностей составляет 48,9 баллов, с использованием их на 63,6 %.

В *третью группу* с низким инновационным потенциалом входят 16 регионов РФ, в том числе, 6 субъектов из ЦФО, по 4 из СзФО и ПрФО, по 1 из ДФО и ЮФО. Характеристики социально-экономических

возможностей по всем показателям ниже среднего уровня по РФ. В итоге оценка инновационно-экономических возможностей находится на уровне 64,1 балла, при производительности общественного труда в размере 78,9 %.

Четвертая группа представлена 16 регионами с инновационными возможностями ниже среднего уровня, включая 6 из ЦФО, 4 из СФО, 3 из ПрФО, 2 из ДФО и 1 из СзФО. В этой группе численность занятых в экономике и индекс человеческого капитала несколько превышают среднерегionalный (по РФ) уровень, тогда как характеристики прошлого труда существенно ниже, а оценка инновационно-экономических возможностей составляет 77,2 балла с их использованием на 80%.

В *пятую группу* с высоким уровнем инновационных возможностей входят 19 регионов РФ, в том числе, 5 из ПрФО, 4 из УФО, по 3 из СФО, ЦФО и ЮФО, а также 1 из СзФО. Здесь все показатели значительно превышают среднероссийский уровень, оценка инновационно-экономических возможностей составляет 269,1 балла, а производительность общественного труда находится на уровне 118,5%.

Таким образом, проведенная группировка по показателям инновационных возможностей позволяет провести их сравнительную характеристику по регионам с учетом причинно-следственных связей, выявления закономерностей и тенденций развития.

Оценка потенциала, условий жизни и здоровья населения по регионам

Для исследования системы здравоохранения, условий жизни и здоровья населения по регионам Российской Федерации автором разработана методика, базисом которой явились сравнительный (по регионам и показателям), индексный и графический приемы познания, а также корреляционно-регрессионный метод, которые позволяют, на основе имеющейся статистики [2, 6], выделить наиболее существенные факторы, выявить характерные закономерности взаимосвязей и развития здравоохранения, осуществить оценку и кластеризацию регионального здравоохранения [8].

Здравоохранение, как специфическая социально-экономическая система, функционирует в территориально-отраслевой экономике, характеризующейся средой осуществления видов экономической деятельности (начиная от сельского хозяйства и заканчивая

Сравнительная характеристика инновационных возможностей и их использования по регионам РФ

Таблица 1

Группы регионов по инновационным возможностям, баллы	Занятые в экономике, тыс. чел.	Индекс человеческого капитала	Инвестиции в основной капитал, млн руб.	Основные фонды, млн руб.	Инновационные возможности, баллы	Использование инновационных возможностей, %	Инновационно-экономические возможности, баллы	Производительность общественного труда, %
До 27	133,0	1,61	14745	77612	16,5	14,4	15,3	34,7
От 27 до 43	419,4	1,74	46270	396450	34,4	81,9	48,9	63,6
От 43 до 64	645,1	1,94	54999	429313	52,3	84,9	64,1	78,9
От 64 до 100	828,9	2,01	57033	458680	74,6	101,6	77,2	80,0
Свыше 100	1920,4	2,52	228555	1939600	293,9	108,0	269,1	118,5

прочими коммунальными, социальными и персональными услугами) в мега-, макро-, мезо- и микро-регионах: стране, федеральных округах, субъектах Федерации, муниципальных образованиях.

В здравоохранении можно выделить семь основных индикаторов, каждый из которых характеризуется многочисленной системой конкретных показателей:

- макроэкономические характеристики;
- демографическая ситуация;
- состояние здоровья населения;
- отдых с физкультурой и спортом;
- условия жизни населения;
- ресурсы и деятельность учреждений, основные экономические показатели).

Так, индикатор «макроэкономических характеристик» включает конкретные показатели валового выпуска, промежуточного потребления, валовой добавленной стоимости, оплаты труд наемных работников, текущих расходов, валовой прибыли экономики и смешанных доходов. На основе этих базисных показателей рассчитываются относительные, в том числе, структурные.

Соответствующие расчеты в области здравоохранения и предоставления социальных услуг выявили, что удельный вес значимого показателя экономической деятельности «здравоохранение и предоставление социальных услуг» в валовой добавленной стоимости национальной экономики РФ изменился с 3,18% в 2002–2005 гг. до 3,48% в 2006–2009 гг., в промежуточном потреблении с 2,26 до 2,23%, в валовом выпуске с 2,72 до 2,85% [4].

Анализируя эти периоды сроком в четыре года, можно сделать вывод, что, при близкой, даже несколько снижающейся, с позиций промежуточного потребления, доле в экономике Российской Федерации анализируемой отрасли, удельный вес валового выпуска отрасли возрос на 0,13 процентных пункта, тогда как ВДС — на 0,3 п. п.

Если в первом периоде коэффициент эластичности промежуточного потребления по валовой добавленной стоимости составил 1,407, то во втором он увеличился до 1,561, что свидетельствует об относительно большем вкладе здравоохранения в национальную экономику, по сравнению с другими видами экономической деятельности, а также экономической эффективности отрасли.

Вместе с тем, как социальная эффективность здравоохранения, так и, медицинская в России находятся на низком уровне, несмотря на то, что в последние годы, в рамках национальной программы начата модернизация материально-технической базы, поэтапно осуществляется внедрение новых высокоэффективных технологий, ставится задача формирования системы управления качеством труда и медицинской помощи.

Сущность методики исследования системы здравоохранения, условий жизни и здоровья населения, с алгоритмом ее реализации заключается в следующем алгоритме реализации:

- *проводится ситуационный анализ (с оценкой полярных различий по субъектам Федерации) характеристик здравоохранения регионов страны,*

включая показатели числа больничных коек, мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, численности врачей и среднего медицинского персонала, инвестиций в отрасль, оборота организаций в здравоохранении;

- *осуществляется оценка потенциала здравоохранения с учетом нормализации исходных данных по регионам Российской Федерации, позволяющая, посредством сопоставления с имеющимися результативными характеристиками, измерить уровни использования имеющихся объективных условий функционирования отрасли;*
- *исследуются характеристики жизни и здоровья населения по субъектам РФ и выделяются наиболее существенные условия, как позитивные (доходы населения, уровень и качество питания, обеспеченность ресурсами здравоохранения, инвестиции и пр.), так и негативные (характеристики бедности населения, экологических условий, преступлений и др.), с позиций их влияния на уровень жизни и здоровья населения;*
- *проводится интегральная оценка позитивных условий жизни и здоровья населения, а также анализ соответствующих негативных характеристик с их сопоставлением, как в разрезе регионов федеральных округов РФ, так и по всем субъектам Российской Федерации.*

Анализируя ключевые характеристики полярных регионов РФ по условиям жизни и здоровья населения, следует отметить, что максимальные параметры в пяти случаях, из 21, наблюдаются по Москве, тогда как минимальные значения, в подавляющем большинстве случаев, характерны для мелких регионов Российской Федерации, в том числе, горских республик Северо-Кавказского федерального округа.

С позиций ресурсов и экономической деятельности здравоохранения, следует отметить, что максимальные характеристики в восьми случаях (из 15) наблюдаются также по Москве, а минимальные значения, в подавляющем большинстве случаев, характерны для Ненецкого автономного округа, Республик Коми и Ингушетия.

Расчеты, на основе аналитической группировки регионов Российской Федерации по потенциалу здравоохранения, показывают, что интегральные характеристики объективных возможностей здравоохранения возрастают от 16,2 баллов в первой группе и 48,2 баллов во второй до 209,5 баллов в шестой группе и 463,6 в седьмой группе.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что итоговый потенциал здравоохранения регионов РФ формируется под влиянием различных факторов. При этом, выявляется взаимосвязь характеристик доли инвестиций (в потенциале) с параметрами его использования.

Соответствующие оценки показали, что коэффициенты использования имеющихся возможностей отрасли, с одной стороны, после некоторого роста от первой группы (0,417) ко второй (0,544), снижаются в третьей (0,429), с другой стороны, далее последовательно возрастают до максимума в последней группе (1,817).

Объясняется это структурой потенциала: в первой–третьей группах доля инвестиций существенно ниже (порядка 8–10%), при минимальной характеристике в третьей группе, тогда как в последующих группах она возрастает. Иными словами, с ростом инвестиционной активности не только повышается потенциал здравоохранения, но и улучшается его использование.

Анализ факторов условий жизни и здоровья населения позволяет выявить в их системе как позитивные, так и негативные признаки. К первым, прежде всего, относятся коэффициенты рождаемости, характеристики питания населения и обеспеченности его жилой площадью, удельные параметры больничных коек, врачей, мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, а также, в расчете на одну организацию отрасли — численности занятых, объемов инвестиций и оборота. Негативными характеристиками являются экологические (выбросы загрязняющих веществ в воздух и сбросы загрязненных сточных вод в водоемы всего, в том числе, на душу населения), параметры, связанные с бедностью населения, безработицей и преступлениями.

Итоговый корреляционный анализ показал, что в системе изучаемых многочисленных характеристик по регионам РФ большей значимостью характеризуются, прежде всего, факторы потенциала здравоохранения и среднедушевых доходов населения, а также (в положительном плане) позитивных условий, в отрицательном — негативных условий.

Кластеризация регионов РФ по потенциалу здравоохранения, условиям жизни и здоровья населения

Кластеризация (выделение совокупности элементов, образующих однородные группы) регионального здравоохранения проведена на основе выделения групп регионов РФ с позиций их близости друг другу по характеристикам и признакам, включая:

- *имеющийся потенциал здравоохранения, с учетом его использования;*
- *оценку позитивных и негативных условий жизни;*
- *здоровье населения, характеристики смертности и заболеваемости.*

В итоге, сформированы кластеры регионов Российской Федерации, расположенных в определенном

порядке по определяющим критериям **потенциала здравоохранения и среднедушевых доходов населения**, с выделением девяти групп, характеризующихся различным сочетанием этих признаков (табл. 2).

В первый кластер, характеризующийся максимальным потенциалом, при больших доходах населения, входят Москва, Санкт-Петербург, Московская область и Краснодарский край.

Второй и третий кластеры, на фоне высокого потенциала, разнятся большими или меньшими доходами населения. В них, соответственно, входят следующие регионы: Республики Татарстан и Башкортостан, Красноярский и Пермский края, Самарская, Свердловская и Тюменская области, Ханты-Мансийский автономный округ; Алтайский, Приморский и Ставропольский края, Республика Дагестан, Оренбургская, Воронежская, Волгоградская, Ростовская, Кемеровская, Иркутская, Омская, Нижегородская, Челябинская и Новосибирская области.

Четвертый и пятый кластеры характеризуются средним потенциалом, при больших или меньших доходах населения. Они, соответственно, представлены: Хабаровским краем, Республиками Коми и Якутия, Тульской, Томской, Белгородской, Липецкой и Архангельской областями; Забайкальским краем, Чувашской и Удмуртской Республиками, Ульяновской, Кировской, Владимирской, Брянской, Пензенской, Рязанской, Вологодской, Тверской, Курской, Астраханской, Ленинградской и Ярославской областями.

Шестой и седьмой кластеры, на фоне незначительного потенциала, разнятся большими или меньшими доходами населения. В них, соответственно, входят 9 и 8 регионов: Республики Бурятия и Карелия, Курганская, Амурская, Смоленская, Новгородская, Калужская, Калининградская и Мурманская области; Республики Кабардино-Балкарская, Мордовия, Чеченская и Северная Осетия-Алания, Ивановская, Костромская, Орловская и Тамбовская области.

Восьмой и девятый кластеры, которые характеризуются очень низким потенциалом (при больших или меньших доходах населения), включают по 8 субъектов Федерации, в том числе, в восьмой входят Камчатский край, Республика Хакасия, Магаданская и Сахалинская области, Еврейская автономная область, Ямало-Ненецкий и Ненецкий автономные округа, а в девятый входят Псковская область, Республики Ингушетия,

Таблица 2

Кластеры регионов РФ по потенциалу и доходам населения, с учетом его условий жизни и здоровья

Кластеры	Смертность, баллы	Потенциал, баллы	Потенциал к населению, коэф.	Позитивные условия, баллы	Негативные условия, баллы	Доходы населения, тыс. руб./ чел.
Первый	96,4	463,6	0,673	113,2	76,1	295,8
Второй	89,8	189,6	0,603	104,8	121,4	245,1
Третий	99,7	143,0	0,534	99,2	92,6	155,6
Четвертый	100,8	71,8	0,594	101,9	101,9	200,4
Пятый	112,5	70,5	0,545	97,9	82,8	141,5
Шестой	110,4	49,5	0,571	99,7	100,4	169,9
Седьмой	97,3	46,6	0,516	94,3	74,8	122,9
Восьмой	92,1	19,0	0,699	102,9	155,9	332,5
Девятый	87,2	22,6	0,527	90,1	103,5	112,8

Калмыкия, Карачаево-Черкесия, Адыгея, Марий Эл, Алтай, Тыва.

Таким образом, конкретные характеристики выделенных кластеров по регионам РФ позволяют сделать вывод о многофакторно-пороговой природе изучаемого явления, суть которой в том, что с позиций смертности и заболеваемости населения, во-первых, наблюдается ряд важных факторов, а, во-вторых, их сочетание и влияние формируется с учетом пороговой значимости критических условий жизни и здоровья населения.

В первом кластере с максимальным потенциалом здравоохранения, значительным доминированием позитивных условий, по сравнению с негативными, самым высоким среднедушевым доходом населения, интегральная характеристика смертности ниже средне-русской (100 баллов).

Сравнивая между собой второй и третий кластер с высоким потенциалом здравоохранения, следует отметить, что во втором из них большие доходы населения (в три–четыре раза превышающих прожиточный минимум) компенсируют превышение негативных факторов, что создает необходимые условия для меньших характеристик смертности и заболеваемости населения.

Аналогичная ситуация наблюдается при сравнении четвертого и пятого кластеров со средним потенциалом здравоохранения, где в четвертой группе регионов, с довольно высокими доходами (в два–три раза выше прожиточного минимума) и лучшими позитивными условиями, интегральная смертность населения на 11,7 п. п. ниже, чем в пятом кластере.

Принципиально иная ситуация наблюдается при сравнении шестого и седьмого, а также восьмого и девятого кластеров, где на фоне незначительного и очень низкого потенциала здравоохранения, негативные условия в шестой и, особенно, восьмой группах, являются пороговыми (соответственно, по сравнению с седьмой и девятой группами), влияние которых доминирует даже по сравнению с большими доходами населения. В итоге, смертность и заболеваемость населения ниже в седьмой и девятой группах, где при меньших доходах населения существенно ниже характеристики негативных факторов жизни и здоровья населения.

Из проведенных исследований показано, что только в 27 регионах России наблюдается максимальный или высокий потенциал здравоохранения, а большинству субъектов Федерации (46) характерны низкие доходы населения, худшие условия жизни и здоровья.

В заключение важно отметить, что критерием формирования и функционирования системы рационального здравоохранения является социальная эффективность, во многом альтернативная экономической, так

как стремление к увеличению прибыли противоречит максимизации социального благосостояния населения, одним из определяющих элементов которого является здоровье граждан.

Стратегические направления развития здравоохранения обуславливаются императивом повышения его эффективности, с учетом перехода к саморегулируемой индикативной системе организации медицинской помощи и управления отраслью на основе создания современной инфраструктуры, формирования качественного кадрового потенциала с непрерывным повышением квалификации, внедрения инновационных технологий профилактики, диагностики и лечения населения.

Список использованных источников

1. Г. А. Бабков, Л. И. Муратова. Методика экономических исследований и расчетов в региональной и сервисной экономике. Шахты: ЮРГУЭС, 2009.
2. Здравоохранение в России. М: Росстат, 2011.
3. Индикаторы инновационной деятельности. М: Росстат, 2009.
4. Национальные счета России в 2004–2011 гг. М: Росстат, 2011.
5. С. А. Понамаренко, С. Н. Сахнов. Инновационное обеспечение и развитие региональной экономики. Краснодар: КФ МНТК МГ, 2009.
6. Регионы России. Социально-экономические показатели. М: Росстат, 2011.
7. Рейтинг инвестиционной привлекательности регионов // Эксперт, № 50, 2011.
8. С. А. Сахнов, Ю. М. Шам. Кластеризация и направления развития регионального здравоохранения. Краснодар: Просвещение-ЮГ, 2011.

The regional economy innovation-based development and public health service clustering

S. N. Sakhnov, PhD in Economics, PhD in Medical Sciences, Director of Krasnodar branch FSBI Intersectoral Research & Technology Complex «Eye microsurgery» of the Ministry of public health of the Russian Federation Krasnodar branch, Academician of Russian Academy of Natural Sciences.

In article on basis of economic literature summary entity questions of innovative development are considered, concepts of novation and innovation are analyzed, peculiarities of innovative work within accordance of innovative demand and research and technology supply are shown up.

Place and role of public health in territorial and sectoral economics of the Russian Federation are examined with estimation of its work elasticity. It is developed and realized on materials of RF subdivisions methods of clusterization and positioning of country subdividing regions on public health potential, living conditions and health of population. System of imperative formation and direction of regional public health development are settled down.

Keywords: Innovative development, regional economics, potential, estimation, usage.