

Ю. А. КРАШЕНИННИКОВА

эксперт Национального исследовательского
университета «Высшая школа экономики»

ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНА НА СЕЛЕ: ОПЫТ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Одной из характеристик качества жизни людей на территории является уровень и доступность медицинского обслуживания. Сегодня влияние муниципалитетов на этот фактор снижается. Федеральный закон № 313-ФЗ выводит организацию оказания первичной медико-санитарной помощи населению из сферы полномочий органов МСУ. Муниципальное имущество и полномочия передаются на региональный уровень. Означает ли это, что здравоохранение должно полностью выпасть из сферы муниципальных интересов? Вряд ли. Признаем — если ненароком качество и доступность медицинских услуг в результате реформы снизятся, списать недовольство населения на действия и решения региона полностью все равно не получится. К тому же, хотя новые правила действуют с 1 января 2012 года, далеко не везде муниципальная медицина стала региональной — во многих регионах было принято решение о частичном или полном обратном делегировании полномочий по организации медицинской помощи муниципалитетам.

Еще одна из новаций реформы здравоохранения — допуск частных медицинских организаций к финансированию по системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Стимулирование конкуренции между государственными и частными клиниками на рынке медицинских услуг должно помочь совершенствованию системы здравоохранения. Однако сегодня частный медицинский бизнес работает в основном в крупных городах, причем значительную долю его услуг составляют те, что не входят в программу госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В Пермском крае попытались создать бизнес-инкубатор для развития частной медицины там, где она обычно самостоятельно не возникает — в первичном звене здравоохранения. С промежуточными итогами эксперимента мы хотим познакомить наших читателей.

Общая идеология текущих и намеченных преобразований в системе здравоохранения Российской Федерации предполагает, что государство выполняет свои социальные обязательства в части оказания медицинской помощи населению, прибегая к услугам операторов различной формы собственности, конкурирующих друг с другом за пациента. Это означает, что и государственные, и частные клиники на равных участвуют в конкурсе на получение государственного (муниципального) заказа и получают финансирование из бюджета системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Гражданин в результате получает реальную возможность выбора, куда ему обратиться в случае болезни, и, согласно принципу подушевого финансирования, «голосует рублем» за те клиники, где ему оказали более качественные услуги. Нормативное основание для этого заложено в новом Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (статья 15). В некоторых субъектах РФ и ранее частные медицинские учреждения участвовали в выполнении госзаказа, получая финансирование из территориальных фондов ОМС, а с 2012 года процесс стал массовым.

Однако наряду с центральной проблемой подобной конкурентной модели — низкими тарифами на оплату медицинских услуг в системе ОМС, из-за которых частники пока без особого энтузиазма относятся к предложению поучаствовать в выполнении госзаказа, — существует еще одна. Собственно негосударственных медицинских учреждений в стране относительно немного, поэтому конкуренция клиник и реальный выбор пациента являются скорее проекцией желаемого будущего, нежели реальностью, под требования которой формируется нормативная база.

Говорить хоть о каком-то развитии коммерческой медицины в России сегодня можно только в отношении крупных городов. В сельской местности и в малых городах сфера предпринимательства в здравоохранении ограничена в основном стоматологией, частные клиники (или просто платные частные кабинеты) других медицинских направлений, включая многопрофильные, встречаются крайне редко. Такая ситуация объясняется низкой платежеспособностью населения, а также тем, что в муниципальном здравоохранении до сих пор живы принципы бесплатной советской медицины: при низком уровне обеспечения низовых медучреждений ресурсами помощь в них оказывается ограниченно, некачественно, но в основном бесплатно. По этим причинам спрос на платные услуги в сельской местности обычно невелик, хотя при обращении к более квалифицированным специалистам в региональном центре пациенты все же вынуждены платить. Влияет на слабое развитие частной медицины и то, что в глубинке сложно найти свободные готовые помещения, полностью соответствующие требованиям лицензирования медицинских учреждений, противопожарной безопасности и СанПиНов.

На этом фоне представляется чрезвычайно любопытным эксперимент, реализуемый с 2008 года властями Пермского края. Он направлен на **искусственное «выращивание» частной медицины**. Суть его состоит

в следующем. Врачам муниципальных медицинских учреждений предлагалось создать собственную компанию (в форме ООО), с тем чтобы уже в качестве частников участвовать в выполнении госзаказа на оказание медицинской помощи. Будучи фондодержателями¹, они продолжают получать финансирование из системы ОМС в соответствии с количеством прикрепленного населения. Помимо бесплатных медицинских услуг, входящих в программу госгарантий, частные врачи могут оказывать дополнительно платные услуги и в целом самостоятельно распоряжаться своим бюджетом.

Разработчики эксперимента исходили из убеждения, что повысить качество медицинской помощи можно с помощью конкуренции и внедрения экономических методов стимулирования врачей. Предполагалось, что частный врач будет более заинтересован в поддержании здоровья населения на своем участке, в профилактической работе, поскольку действует принцип подушевого финансирования (деньги идут за пациентом) и в случае госпитализации пациента ему придется отдавать часть своих средств той больнице, куда положат больного. Как писал в своем официальном блоге куратор пилотного проекта, вице-премьер краевого правительства **Анатолий Зубарев**, «проект нацелен на повышение мотивации врача на результат своей деятельности». А этот результат «выражается в повышении показателей уровня здоровья обслуживаемого населения через увеличение объема профилактической работы и раннее выявление заболеваний, а также в повышении удовлетворенности в получаемой обслуживаемым населением медицинской помощи».

Смелость и радикальность эксперимента заключалась не только в том, что семена предпринимательства в нем попытались привить на довольно чуждую для малого бизнеса почву — здравоохранение, но и в том, что изначально это делалось в наименее коммерциализированном сегменте российской медицины — первичной медицинской помощи в сельской местности.

В 2009–2011 годах в круг будущих предпринимателей входили врачи общей практики (ВОП), работающие по участковому принципу. Всего в 2011 году в крае работало двенадцать таких частных ВОПов, из них двое организовали офисы врачей общей практики в городах Оса (центр муниципального района) и Кунгур (городской округ), остальные же, находящиеся в сельской местности, сохранили в названии своих организаций привычное название «сельская врачебная амбулатория» (СВА).

¹ Фондодержание — способ подушевого финансирования звена первичной медицинской помощи, при котором подушевой норматив включает дополнительные средства, превышающие расходы на собственную деятельность (то есть туда закладываются средства не только на амбулаторно-поликлинический прием, но и на госпитализацию, консультации у узких специалистов, диагностические процедуры). За счет этих дополнительных средств производятся взаиморасчеты с другими медицинскими учреждениями за оказанные прикрепленным гражданам медицинские услуги по утвержденным тарифам.

С прошлого года к участию в пилотном проекте стали приглашаться и другие врачи, в том числе узкие специалисты, причем не только из сельской местности, но и из крупных городов.

В 2011 году пилотный проект существенно расширил свой масштаб, получив свое текущее наименование «Развитие частного здравоохранения в Пермском крае»²; специальным постановлением краевого правительства были установлены правила предоставления бюджетной поддержки его новым участникам³; в сентябре к проекту присоединился 31 новый участник, а в марте 2012 года — еще четырнадцать врачей. Среди них представлены и четыре из тех муниципальных районов, что участвовали в эксперименте изначально (это может свидетельствовать о том, что в этих территориях муниципальные власти реализацию проекта расценивают как успешную). При этом только одиннадцать из 45 новых участников представляют собственно сельскую местность, то есть территории вне крупных городов и районных центров, остальные — из крупных городов.

Врачам, выразившим желание вступить в этот пилотный «бизнес-инкубатор», оказывалась поддержка со стороны регионального министерства здравоохранения. Специальная консалтинговая фирма, чьи услуги оплачиваются из регионального бюджета, должна оказывать им помощь в регистрации и лицензировании медицинской организации, а также обеспечивать бухгалтерское и юридическое сопровождение деятельности. Новоиспеченным ООО при соблюдении определенных условий также давались субсидии в размере до 100 тыс. руб. Помещение и необходимое оборудование им предоставляется в аренду муниципальными властями и медицинскими учреждениями. Дополнительной подстраховкой для врачей является возможность в случае неудачи вернуться обратно в свою муниципальную больницу, в которой они работали до старта собственного дела. Также для сотрудников частных практик сохраняются и государственные надбавки к заработной плате по нацпроекту «Здоровье».

Оценке эффекта от внедрения такой модели частного здравоохранения в сельской местности было посвящено **социологическое исследование, проведенное проектно-учебной лабораторией муниципального управления Национального исследовательского университета Высшая школа экономики (НИУ ВШЭ) и кафедрой государственного и муниципального управления Пермского филиала НИУ ВШЭ в январе—марте 2012 года**⁴. Были изучены двенадцать частных предприятий ВОПов,

² Первоначально пилотный проект именовался «Создание бизнес-инкубатора в сфере здравоохранения».

³ Постановление правительства Пермского края от 1 июля 2011 года № 392-п «О реализации пилотного проекта “Развитие частного здравоохранения в Пермском крае”».

⁴ Соруководители исследовательского проекта: канд. ист. н., эксперт проектно-учебной лаборатории муниципального управления НИУ ВШЭ Ю. А. Крашенинникова, канд. эк. н., доцент, зав. базовой кафедрой государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ — Пермь Е. Л. Зуева. Проект был реализован за счет средств, предоставленных Фондом поддержки социальных исследований «Хамовники».

созданных в 2008 – 2010 годах и имеющих двух-трехлетний опыт работы в новых условиях⁵. Нас интересовало не только то, как на практике создавались и работают частные офисы, с какими трудностями они сталкиваются, но и то, в какой степени и каким образом данный эксперимент влияет на качество оказания медпомощи, на сложившиеся в местном сообществе отношения по поводу поддержания здоровья и другие аспекты муниципальной жизни. Каждый из проанализированных случаев оказался в чем-то уникальным, но можно выделить и некоторые общие тенденции.

Переход в частники был в большинстве случаев «добровольно-принудительным», то есть, по словам самих врачей, руководство центральных районных больниц (ЦРБ) ставило их перед фактом необходимости участия в эксперименте, ссылаясь на некий обязательный для исполнения «приказ минздрава». Где-то выбор врача определялся по принципу «кого не жалко отдать», где-то выбора вообще не было, поскольку дипломированный врач общей практики в штате ЦРБ был в единственном числе.

У участников проекта изначально были неравные условия для развития своего бизнеса, связанные как с особенностями территории, так и с состоянием имущества и требуемыми расходами. В половине обследованных случаев врачебные участки располагаются на депрессивных территориях с максимально низкой платежеспособностью населения и неразвитостью транспортной инфраструктуры. Еще четыре участка мы можем отнести к развивающимся селам, что обусловлено их близостью к городам либо наличием каких-то производств. Здесь более молодой состав населения, у которого есть работа, выше доходы пациентов, также есть дачники (потенциально — дополнительный источник дохода для частного доктора).

Вместе с тем близость села, например, к краевому центру сказывается двояко. У больных здесь больше возможностей для получения медицинской помощи минуя своего участкового врача и, как показало общение с местными жителями, выше требования к квалификации доктора (то есть они готовы платить, но не своему доктору, а «городским» специалистам — в краевой больнице или частной клинике). Да и дачников, по словам врачей, если и приходится лечить, то бесплатно. Примеры

⁵ ООО «Бичуринская СВА» (с. Бичурино, Бардымский район), ООО «Дивьянская СВА» (с. Дивья, Добрянский район), ООО «Рождественская СВА» (с. Рождественск, Карагайский район), ООО «Осинцевская СВА» (с. Осинцево, Кишертский район), ООО «Ёгвинская СВА» (с. Ёгва, Кудымкарский район), ООО «Беляевская СВА» (с. Беляевка, Оханский район), ООО «Врач общей практики» (г. Оса, Осинский район), ООО «Врач общей практики» (Кунгур), ООО «Орлинская СВА» (с. Орел, Усольский район), ООО «Рождественская СВА» (с. Рождественское, Пермский район), ООО «Усть-Качкинская СВА» (с. Усть-Качка, Пермский район). Помимо глубинных интервью с врачами-предпринимателями, исследование включало наблюдения на местах, беседы с представителями руководства центральных районных больниц и администрации муниципальных районов, а также с местным населением (всего проведено около восьмидесяти интервью и бесед). Кроме того, была изучена ситуация на участке, который вышел из пилотного проекта, не справившись с трудностями (ООО «Ленинская СВА», с. Ленинск, Кудымкарский район), а также случай, когда потенциальный участник проекта отказался еще на этапе оформления документов (с. Ключи, Суксунский район).

городов Оса и Кунгур показывают, что городская среда более благоприятна для развития частной медицины, однако здесь выше конкуренция: у пациента есть возможность поменять врача, и он также более требователен к качеству медицинских услуг.

Интервьюируемые высказывали противоположные суждения об оптимальном формате территории для создания частной врачебной практики. Одни говорили, что теоретически это возможно в городах или дачных зонах, где есть потенциальная возможность для оказания дополнительных платных услуг, а местные жители заинтересованы в обращении к участковому врачу для получения больничных листов (в случае, если велика доля трудящегося населения). Другие заявляли, что условием для успешной работы является географическая удаленность участка, при которой жители не могут обратиться за медицинской помощью куда-то еще, а также наличие соответствующего свободного помещения, для которого не требуется решение вопросов водоснабжения и отопления (хотя такое сочетание в сельской местности само по себе — большая редкость).

Серьезно различаются частные офисы ВОПов по объему, а также структуре доходов и расходов своего бюджета. Бюджет формируется из средств, поступающих в начале года из системы ОМС из расчета количества прикрепленного населения и величины тарифа. Из этой общей суммы, которой располагает частная организация на начало года, она расплачивается с другими медицинскими учреждениями за услуги, оказанные прикрепленным к ней пациентам (лечение в стационаре, консультации узких специалистов, вызов скорой помощи, лабораторные исследования), а также компенсирует затраты на свои собственные услуги исходя из количества пролеченных пациентов и выполнения нормативов. Если к концу года сложится отрицательный финансовый результат, то он списывается страховыми компаниями. Последнее обстоятельство, по оценке многих участников пилотного проекта, — главное, что позволяет им держаться на плаву. «Если бы нам минусы в конце года не возмещали, то мы были бы в глубокой пропасти», — говорит один из них.

Размер врачебных участков варьируется по количеству прикрепленного населения от 800 человек в Ёгве до 4000 в Кунгуре, а чем он больше, тем, согласно принципу фондодержания, больше бюджет врача. При этом если в городах это компактные территории, то сельские участки охватывают нередко несколько поселений (например, к Осинцевской СВА прикреплено сразу тринадцать деревень в радиусе 17 километров), что подразумевает дополнительные расходы на аренду автомобиля и бензин.

В зависимости от достигнутых договоренностей с ЦРБ и муниципальными властями варьируется и стоимость аренды помещения: в трех случаях (Кунгур, Беляевка, Осинцево) она вообще нулевая⁶, в других местах

⁶ Например, в Кунгуре городская дума приняла решение о передаче муниципального помещения в безвозмездное пользование с условием, что населению не будут оказываться платные услуги. В здании, где располагается ВОП, также находится муниципальный кабинет стоматолога и частная аптека.

соответствует минимальной ставке, а где-то достигает 25 тыс. руб. в месяц. В большинстве случаев частные ВОПы получили в аренду полностью отремонтированные перед этим помещения, но так повезло не всем. Остальным приходится самостоятельно решать проблемы с проверяющими инстанциями. Так, в Ёгве штраф противопожарной службы в размере 150 тыс. руб. вообще поставил под вопрос дальнейшее участие частного врача в пилотном проекте.

В двух исследованных случаях (Бичурино, Осинцево) ЦРБ оказывает часть услуг (рентген, анализы, физиотерапия) для пациентов, направляемых частным врачом, не взимая за это платы из бюджета частной амбулатории. В остальных случаях принцип фондодержания действует в полной мере: участникам проекта приходится платить за все услуги, которые оказывает их пациентам ЦРБ, что составляет существенную часть их общих расходов.

Штат сотрудников частных компаний врачей определяется не численностью прикрепленного населения, а, скорее, тем, насколько жестко частный врач может действовать как руководитель, увольняя по соображениям экономии своих сотрудников (медсестер, санитарок и др.), работавших ранее с ним в муниципальном медицинском учреждении⁷. Зарплата во всех случаях — одна из основных статей текущих расходов, в то же время практически везде есть явный дефицит того персонала, который понадобился с открытием своего дела: найти в сельской местности бухгалтера и юриста, разбирающегося в тонкостях работы с ТФОМС и страховыми компаниями, непросто. В этой ситуации в выигрыше оказываются те участники проекта, которые ранее имели управленческий опыт (например, в качестве главврача сельской врачебной амбулатории), или те, кто на льготных условиях используют кадровые ресурсы ЦРБ.

Если говорить о финансовой стороне вопроса, то деятельность частных ВОПов полностью подчинена стратегии выживания. Стабильно положительные результаты, пусть и с не очень большой прибылью по итогам года, наблюдаются лишь в трех случаях — это те частные практики, которые освобождены от платы за аренду помещения⁸. Половина участников пилотного проекта сталкивается с постоянными затруднениями, что они сами объясняют низкими тарифами в системе ОМС на амбулаторно-поликлинический прием, налоговым бременем и высокими текущими расходами. Распоряжение финансовыми потоками сводится для

⁷ Например, в одном случае к участку прикреплено 4000 чел. при штате ООО в десять сотрудников, в другом случае на 1300 чел. населения приходится 12 сотрудников.

⁸ Вопрос стоимости аренды неоднократно звучал в интервью с врачами как один из самых острых. Вообще, необходимость платить за нее рассматривается как фактор неравной конкуренции с муниципальными медицинскими учреждениями. В 2011 году на встрече с губернатором частно-практикующие врачи попросили придумать какое-то единое нормативное решение данной проблемы, с тем чтобы освободить всех участников пилотного проекта от оплаты аренды, но результата до сих пор нет. Хотя надо отметить, что по факту аренда составляет не самую значительную долю расходов частной практики. Например, в Рождественском, где помещение арендуется не на льготных условиях, это 15% (14 тыс. руб. из общей суммы ежемесячных расходов в 185 тыс. руб.).

них к решению вопроса о том, кому из кредиторов заплатить в первую очередь («иначе или воду перекроют, или свет отключат»). Остальные балансируют на грани появления долгов из-за зависимости от внешних факторов. Так, многие отмечали, что в прошлом году ситуация ухудшилась, потому что страховые компании неожиданно поменяли схему расчета финансового результата, были задержки с перечислениями средств, и, соответственно, образовалась кредиторская задолженность.

Как видим, важную роль в судьбе эксперимента играет позиция руководства муниципального медицинского учреждения, на прикрепленной территории которой работает частный ВОП. От его поддержки зависит очень многое: льготы по аренде, «шефская» помощь кадрами, беспрепятственный прием пациентов в стационар, «разруливание» проблем с жалобами населения и т. д. Примерно в половине случаев в разговоре с исследователями главные врачи ЦРБ демонстрировали явный энтузиазм и заинтересованность в развитии частных практик, в остальных отношении было скорее формальным, присутствовал скепсис по поводу развития частной медицины на селе в целом. Один случай выделяется на общем фоне тем, что сам главврач ЦРБ состоит среди соучредителей частной практики, то есть рассматривает ее как способ развития своего собственного бизнеса и по факту управляет им. В этом случае, естественно, поддержка частной практики со стороны районной больницы максимальная и в основном неофициальная.

Изменилось ли что-то в качестве медицинской помощи при переходе к частной врачебной практике? Вряд ли. Уклон в профилактическую работу, вопреки ожиданиям краевых властей, у большинства участников проекта не наблюдается. Напротив, в интервью нередко звучала мысль, что профилактика не является приоритетом, поскольку есть другие, более неотложные задачи. Львиную долю времени у руководителей частной практики съедает административная, управленческая работа (за исключением одного случая, в котором функции главврача и директора ООО были разделены между разными людьми). Отмечалось и то, что показатели здоровья населения при определении объемов финансирования через систему ОМС не учитываются, а значит, реального экономического стимула для частников здесь не существует.

Нас также интересовало, как отреагировало население на переход своего доктора в частники. По словам самих врачей, обычный сценарий таков: сначала преобладают страхи, связанные с опасениями, что за услуги специалиста теперь придется платить, но после разъяснительной работы они рассеиваются. Как мы убедились, отношение пациентов к доктору определяется в первую очередь его человеческими, личностными качествами, а не успешностью в роли частнопрактикующего врача. При этом не все местные жители до сих пор вообще знают, что их амбулатория стала частной, особенно старики.

Также отношение зависит от изменения условий оказания и спектра медицинской помощи в поселении. Так, в районе города Оса, где был

создан частный офис ВОП, ранее вообще не было отдельного кабинета участкового врача (жители обращались в районную поликлинику), поэтому появление его было воспринято жителями позитивно. В одном из сел, напротив, параллельно с открытием частной практики руководство ЦРБ сократило ставку стоматолога в сельской врачебной амбулатории, что вызвало возмущение местного населения. В другом случае недовольство вызвало упорядочение работы ВОПа, который ввел требование предварительной записи на прием. Наконец, на общественное мнение односельчан порой влияет и обыкновенная зависть к любой частной инициативе (как сказал один из ВОПов: «Бытует мнение: нам доверили деньги, и мы творим что хотим»).

Однако за два-три года работы в качестве частнопрактикующих врачи так и не наладили оказание дополнительных платных услуг населению. Причины назывались разные: экономические (отсутствие спроса, неплатежеспособность населения), моральные («платные услуги дискредитируют сельского врача»), юридические (практически все услуги, которые может в соответствии со своей квалификацией оказать ВОП, входят в программу госгарантий, и закон не позволяет брать за них плату; для развития других услуг нет средств для инвестиций в оборудование, персонал, лицензирование и т. д.).

Отметим, что сама по себе система оплаты медицинских услуг через ОМС не располагает к работе на рыночных принципах. Основной предмет для беспокойства частных врачей — как приспособиться к требованиям системы: с одной стороны, есть план по количеству посещений, который необходимо выполнить под угрозой штрафных санкций, с другой — перевыполнение плана не оплачивается.

Не изменился и менталитет персонала, привыкшего работать по законам бюджетных учреждений, а не зарабатывать деньги. Дополнительным поводом для недовольства сотрудников в большинстве случаев стало то, что при переходе на работу из муниципального медицинского учреждения в ООО они потеряли льготы по стажу при выходе на пенсию и по оплате коммунальных услуг в сельской местности. Хотя в целом их зарплата стала выше, отмена льгот воспринимается как несправедливость. Наконец, далеко не все из участников проекта готовы инвестировать в свое обучение и обучение персонала, что также показывает их нежелание мыслить в долгосрочной бизнес-перспективе.

Хотя цель пилотного проекта, который планируется продолжать до 2013 года, — повышение мотивации врача к работе через развитие конкуренции на рынке медицинской помощи, главным критерием успешности участников является их жизнеспособность: продлевают ли они свое участие на следующий год или принимают решение ликвидировать свое частное предприятие и вернуться на работу в ЦРБ⁹. Других критериев,

⁹ Формально неудавшимся, таким образом, на данный момент можно считать лишь эксперимент в Ленинске Кудымкарского района.

в том числе измеряемых по каким-то специальным процедурам (например, изменений качества обслуживания населения), нам в ходе исследования обнаружить не удалось. Для самих врачей-частников успешность проекта определяется в первую очередь наличием положительного финансового результата в их бюджете по итогам года, то есть исключительно экономическими показателями. Из-за этого создается впечатление, что развитие предпринимательства в первичном звене системы здравоохранения является в случае пермского эксперимента самоцелью, а гипотетическое утверждение, что коммерческая медицина более эффективна, чем государственная, берется на веру.

Суммируя опыт пермского эксперимента, можно сказать, что успешность работы частнопрактикующих врачей в сельской местности во многом определяется субъективными факторами: мотивацией и личностными особенностями врача (есть ли в нем предпринимательская жилка), а также заинтересованностью руководства ЦРБ в развитии частного медицинского бизнеса на «своей» территории. Однако ни то ни другое не гарантирует улучшения качества медицинской помощи населению. Вряд ли рассмотренные нами примеры оказались бы жизнеспособными в реально конкурентных условиях: большинство участников называли обязательным условием успешности проекта государственную поддержку и дополнительные льготы. Поэтому сама идея бизнес-инкубатора в сельском здравоохранении представляется слабо работающей в современных условиях, что не отменяет ценности проекта как эксперимента.

СПРАВКА МР

Юлия Александровна КРАШЕНИННИКОВА — эксперт проектно-учебной лаборатории муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (с 2010 года). В 2007–2010 годах — руководитель аналитического департамента Фонда содействия развитию науки, образования и медицины. Окончила Пермский государственный университет; российско-британскую магистратуру Московской высшей школы социальных и экономических наук. Кандидат исторических наук. Родилась в 1977 году в Пермской области.
