

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

На правах рукописи

Растригина Ольга Владимировна



**РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(на примере Республики Крым)**

Специальность: 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством:
экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,
комплексами – сфера услуг

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук, профессор
Цёхла Светлана Юрьевна

Симферополь – 2021

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретико-методические аспекты развития рынка медицинских услуг	13
1.1 Концептуальные положения функционирования регионального рынка медицинских услуг и взаимодействия его участников.....	13
1.2 Современные механизмы развития рынка медицинских услуг.....	34
1.3 Научно-методический подход к формированию индикаторов развития регионального рынка медицинских услуг	51
Глава 2 Анализ развития рынка медицинских услуг Республики Крым.....	68
2.1 Оценка потенциала рынка медицинских услуг.....	68
2.2 Анализ индикаторов развития рынка медицинских услуг Республики Крым	83
2.3 Мониторинг эффективности регионального управления развитием рынка медицинских услуг	94
Глава 3 Управленческий инструментарий развития регионального рынка медицинских услуг.....	110
3.1 Разработка модели государственно-частного партнерства при создании и функционировании медицинского объекта.....	110
3.2 Управление развитием регионального рынка медицинских услуг на основе механизма стимулирования.....	125
3.3 Прогнозирование развития коммерческого сегмента рынка медицинских услуг	140
Заключение.....	152
Условные сокращения.....	157
Список литературы.....	158
Приложение А Динамика и структура заболеваемости населения Республики Крым.....	194

Приложение Б Финансовые показатели деятельности медицинских организаций частной формы собственности, участвующих в реализации ТПГГ.....	196
Приложение В Прогноз численности врачей-терапевтов по субъектам Российской Федерации	199
Приложение Г Денежные потоки по проекту государственно-частного партнерства по созданию и функционированию Центра амбулаторной помощи.....	210
Приложение Д Справка о внедрении результатов от Министерства экономического развития Республики Крым.....	211
Приложение Е Справка о внедрении результатов от Министерства здравоохранения Республики Крым.....	212
Приложение Ж Справка о внедрении результатов от ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах».....	213
Приложение И Справка о внедрении результатов от ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского».....	214

Введение

Актуальность темы исследования. Для осуществления прорывного развития Российской Федерации первой национальной целью определены сохранение населения, здоровье и благополучие людей¹. При решении такой приоритетной задачи предусмотрено смещение акцентов в пользу достижения социально-экономических результатов, направленных, прежде всего, на повышение уровня и качества жизни населения. Целевые показатели сохранения и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни и совершенствования медицинского обслуживания обозначены в национальном проекте «Здравоохранение»².

В 2020 году совокупные государственные расходы на медицину выросли до 4,1% ВВП³, в том числе из-за дополнительных затрат в связи с пандемией коронавируса. Вместе с тем, в стране отмечается низкая удовлетворенность населения качеством медицинских услуг (60-70%) вследствие снижения доступности плановой медицинской помощи, неукomплектованности врачебными кадрами, недостаточной оснащенности медицинских организаций, что, с одной стороны, обусловлено влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, с другой – недостаточно эффективным использованием ресурсов, взаимодействием субъектов, прямо или косвенно участвующих в процессах медицинского обслуживания.

Развитие рынка медицинских услуг представляет важную задачу государственного управления, поскольку способствует обеспечению социально-экономического благополучия населения. Индивидуальное и общественное благо,

¹ Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 №474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minec.government-pnov.ru/?id=78063> (дата обращения: 20.08.2020).

² Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Утвержден Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/gWYJ4OscduI.pdf> (дата обращения: 25.07.2020).

³ Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение 2019-2023 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.vshouz.ru/docs/budget_zakl.pdf (дата обращения: 10.07.2020).

производимое на рынке, направлено на сохранение главной ценности человека – здоровья, которое выступает одной из основополагающих составляющих качества жизни человека, являющейся стратегическим национальным приоритетом и качества трудовых ресурсов как базиса экономического роста, а также для предпринимательской инициативы в медицинской сфере и обеспечения занятости населения.

В настоящее время осуществляются масштабные трансформационные процессы на рынке медицинских услуг, связанные с оптимизацией деятельности медицинских организаций, развитием их инфраструктуры и улучшением материально-технического оснащения, финансового и кадрового обеспечения, совершенствованием организации медицинского обслуживания, внедрением цифровых технологий в управление медицинскими организациями и лечебно-диагностические процессы. Особая роль в обеспечении доступности качественных медицинских услуг отводится региональным рынкам, поскольку медицинская помощь оказывается на основе принципов приближенности к месту жительства, месту работы или обучения, и субъекты Российской Федерации наделены достаточно широкими полномочиями по регулированию медицинской сферы.

В таких условиях возникает необходимость развития регионального рынка медицинских услуг для достижения ряда социальных, медицинских и экономических эффектов совершенствования медицинского обслуживания на региональном, а также национальном уровнях.

Вышеизложенные положения определили выбор темы диссертации, ее актуальность, объект и предмет исследования, постановку цели и состав решаемых задач.

Степень научной разработанности исследуемой проблемы. Исследования сущности рынка медицинских услуг, значимости, характеристик, особенностей и противоречий, специфики формирования спроса и предложения отражены в научных работах А. Аганбегяна, А. Вялкова, А. Герасимова, А. Давыдович, И. Калашникова, А. Куликова, Ю. Лисицина, Е. Лысовой, В. Медика, Е. Назарова,

В. Окрепилова, О. Панкратовой, Е. Потапчик, К. Самутина, С. Столярова, И. Тогунова, А. Чилилова, И. Шеймана, С. Шишкина, В. Уйбы, В. Юрьева и др.

Проблемы организации, управления, ресурсного обеспечения и эффективности деятельности медицинских организаций сектора рынка общественных медицинских услуг являются предметом исследований Н. Авксентьева, И. Гареевой, Е. Жаворонкова, В. Кораблева, А. Линденбратена, А. Нямцу, Ф. Мышко, В. Нечаева, Е. Плугарь, О. Пушкарева, Л. Руголь, Е. Соколова, И. Сон, В. Стародубова, О. Стрельченко, Г. Улумбековой, Т. Филипповой, В. Чернышева, А. Шабуновой, О. Щепина, Е. Юсуповой и ряда других ученых.

Оценку эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения проводили А. Васильева, С. Ермакова, Н. Зубарев, Н. Кривенко, А. Куклин, В. Лобачев, Т. Миролубова, М. Оборин, А. Пепеляева, Ю. Снегирева, В. Черешнев, С. Шипицына, а также рассматривали возможности расширения практики внедрения государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Вопросы теории и практики цифровых трансформаций рынка медицинских услуг, взаимодействия его участников, цифровые тренды медицинского обслуживания исследованы в научных работах А. Владзимирского, Г. Гумеровой, А. Гусева, О. Коробковой, Н. Симченко, С. Цёхлы, И. Шадеркина, С. Шамшурина и др.

Вопросы развития рынка медицинских услуг в зарубежных странах, принципы применения эконометрических методов анализа данных для оценки влияния экономических и социально-демографических факторов на динамику расходов на медицинские услуги при разных уровнях агрегации и потребность в трудовых ресурсах первичной медико-санитарной помощи отражены в работах С. Берч (Австралия), У. Гертам (Швеция), Дж. Гроссман (США), Э. Джонса (Великобритания), Б. Йонссона (Швеция), Э. Кулера (Великобритания), Л. Литтл (США), Дж. Ньюхауса (США), Н. Райса (Великобритания), Дж. Томблин Мерфи (Канада), Р. Фогель (США), Р. Шеффлера (США) и др.

Несмотря на наличие тематических публикаций отечественных и зарубежных ученых, их значительный вклад в разработку вопросов развития сферы медицинских услуг, ряд теоретических, методических и практических аспектов развития регионального рынка медицинских услуг требует более глубокого изучения и проработки.

Цель и задачи исследования. Целью диссертационной работы является разработка научно-методических подходов и практических рекомендаций по развитию регионального рынка медицинских услуг.

Для реализации поставленной цели решены следующие задачи:

- уточнить особенности функционирования рынка медицинских услуг с учетом региональной специфики и взаимодействия его участников;
- разработать индикаторы развития регионального рынка медицинских услуг, дать оценку состояния, потенциала рынка и эффективности управления развитием рынка медицинских услуг;
- разработать модель государственно-частного партнерства как инструмента развития регионального рынка медицинских услуг;
- сформировать механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг;
- осуществить прогноз изменения объема коммерческого сегмента рынка медицинских услуг на среднесрочную перспективу.

Объект исследования: медицинские организации всех форм собственности, осуществляющие деятельность на рынке медицинских услуг.

Предмет исследования: совокупность организационно-экономических отношений в сфере развития регионального рынка медицинских услуг.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Область исследования соответствует требованиям Паспорта специальности ВАК РФ 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг: п. 1.6.109. Совершенствование организации, управления в сфере услуг в условиях рынка; п.

1.6.118. Формирование и развитие отраслевых, региональных и общенациональных рынков услуг; п. 1.6.132. Государственно-частное партнерство в сфере услуг.

Научная новизна полученных результатов. В ходе исследования достигнуты следующие результаты, определяющие научную новизну работы:

- получили дальнейшее развитие теоретические положения функционирования и развития рынка услуг, что позволило обосновать дифференцированный подход к выделению региональных особенностей формирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг в обеспечении разноуровневых взаимодействий между потребителями, поставщиками, производителями и регуляторами услуг;

- предложена и апробирована методика индикаторной оценки развития регионального рынка медицинских услуг, позволяющая определить состояние и потенциал развития регионального рынка медицинских услуг в разрезе его сегментов, обосновывать выбор тактических и стратегических управленческих решений, формировать программы и проекты развития;

- разработана модель государственно-частного партнерства на основе функционального взаимодействия участников экономических отношений в форме концессии, предусматривающей смешанную форму финансирования создания и функционирования медицинского объекта для обеспечения диверсификации предложения медицинских услуг в регионе, увеличения объема услуг коммерческого сегмента рынка;

- разработан организационно-экономический механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг, определяющий контур управления развитием субъектов общественного и коммерческого сегментов рынка, включая воздействия стимулирующего характера с учетом экономических интересов субъектов рынка, направленные на удовлетворение спроса медицинских услуг, формирование нового предложения медицинских услуг, обеспечивающих рост ВРП.

Теоретическая значимость результатов исследования состоит в обобщении научных положений о функционировании и развитии рынка

медицинских услуг, обосновании детерминант, определяющих специфику регионального рынка, определении содержания, формы и характера взаимодействия субъектов рынка в разрезе функциональных пар и регуляторов; обосновании механизмов развития рынка на основе фундаментальных исследований российских и зарубежных ученых.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке теоретико-методических положений развития регионального рынка медицинских услуг, доведенных до уровня практических рекомендаций. Предложенные методика индикаторной оценки развития рынка медицинских услуг, эконометрические модели прогнозирования необходимой численности врачей, объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг, модель государственно-частного партнерства создания и функционирования Центра амбулаторной помощи на основе концессионного соглашения, организационно-экономический механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг – могут быть использованы региональными органами управления здравоохранения при подготовке программных документов.

Методология и методы исследования. Методологической основой послужили фундаментальные положения отечественных и зарубежных ученых, раскрывающие особенности и механизмы развития рынка медицинских услуг, прогнозирование потребности в медицинских кадрах, объемов медицинских услуг; прикладные исследования, посвященные функционированию рынка медицинских услуг, взаимодействию его участников.

При реализации цели и решении задач исследования использован комплекс теоретических и эмпирических методов: лексико-семантический, контент-анализ, системный, структурно-логический; методы сравнительного и экономико-статистического анализа; экономико-математического моделирования, машинного обучения.

Информационной базой исследования. Информационно-эмпирическую базу исследования составили нормативные правовые акты Российской Федерации, Республики Крым, федеральные и региональные программы в сфере

здравоохранения, статистические материалы Росстата и Крымстата, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения Республики Крым, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым. При выполнении исследования использовались статистические данные международных организаций (Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, Организации экономического сотрудничества и развития), информационно-аналитические бюллетени, ресурсы сети Интернет по проблеме исследования. В диссертации также приводятся результаты собственных исследований поставщиков и потребителей медицинских услуг, а также субъектов управления. Обработка данных выполнялась с использованием Microsoft Word, Excel, ППП Statistica, Anaconda - дистрибутива языка программирования Python.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Получили дальнейшее развитие теоретические положения функционирования и развития рынка услуг в части трансформации классических представлений об экономическом поведении субъектов на рынке в условиях ограниченных ресурсов, что позволило обосновать дифференцированный подход к выделению региональных особенностей формирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг в обеспечении разноуровневых взаимодействий между потребителями, поставщиками, производителями и регуляторами медицинских услуг.

2. Сформирована и апробирована система индикаторов оценки развития регионального рынка медицинских услуг, которая включает группы индикаторов потенциала рынка и насыщения его медицинскими услугами, уровня развития и эффективности регулирования развития в разрезе его сегментов, что позволяет выявлять проблемы функционирования рынка и точки роста, формировать региональные программы развития всех сегментов рынка, медицинской инфраструктуры.

3. В качестве инструмента развития рынка медицинских услуг разработана модель государственно-частного партнерства на основе интегрированной модели в

форме концессии, предусматривающей смешанную форму финансирования создания и функционирования медицинского объекта, которая способствует диверсификации предложения медицинских услуг в регионе, удовлетворению спроса на услуги первичной медико-санитарной помощи, увеличению объема услуг коммерческого сегмента рынка.

4. Разработан организационно-экономический механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг, представляющий собой контур управления развитием субъектов общественного и коммерческого сегментов рынка, включающий управленческие воздействия стимулирующего характера (правовых, экономических, социальных стимулов), направленные на экономические процессы и поведение субъектов рынка, инвесторов в целях обеспечения устойчивого развития регионального рынка.

Степень достоверности и апробация результатов диссертационного исследования Результаты исследования прошли апробацию на международных, всероссийских, региональных научно-практических конференциях в г. Симферополе (2017-2019 гг.), г. Москве (2017-2018 гг.), г. Горно-Алтайске (2020 г.), г. Орле (2020 г.), г. Анапе (2021 г.).

Диссертационная работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» по темам: «Институциональное обеспечение формирования нового качества экономического роста» (2016-2020 гг., регистрационный номер НИОКТР – АААА-А16-116051910078-9), в ходе выполнения которой автором разработаны концептуальные положения системы стимулирования взаимодействия участников рынка медицинских услуг; «Устойчивое развитие социально-экономических систем в цифровой среде» (2021-2025 гг., регистрационный номер НИОКТР - АААА-А21-121011990128-3), в рамках которой автором разработаны организационно-экономический механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг, экономико-математическая модель прогнозирования объема услуг коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым.

Отдельные положения диссертационного исследования приняты к внедрению Министерством экономического развития Республики Крым (справка о внедрении № 12/4108 от 20.09.2021 г.), Министерством здравоохранения Республики Крым (справка о внедрении № 01/3274-01-01 от 17.09.2021 г.), страховой медицинской компанией ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах», г. Симферополь (акт о внедрении № 2666 от 21.09.2021 г.). Результаты исследования используются в учебном процессе ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» (справка №12/8-11/2764 от 24.09.2021 г.).

Публикации результатов исследования. Основные положения диссертации отражены в 18 научных публикациях автора общим объемом 18,02 п.л. (авт. – 8,33 п.л.), из них 7 публикаций (4,74 п.л., в т.ч. авт. – 3,48 п.л.) – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ, в монографии (10,93 п.л., в т.ч. авт. – 3,0 п.л.), 10 публикаций (2,35 п.л., в т.ч. авт. – 1,85 п.л.) – в других изданиях.

Структура и объем работы. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. Работа содержит 156 страниц основного машинописного текста, 19 рисунков, 29 таблиц, 8 приложений, список литературы из 270 наименований.

Глава 1 Теоретико-методические аспекты развития рынка медицинских услуг

1.1 Концептуальные положения функционирования регионального рынка медицинских услуг и взаимодействия его участников

Формирование рынка медицинских услуг как части рынка здравоохранения относится к периоду становления и развития рыночных отношений в экономике России. Это связано с неспособностью системы здравоохранения удовлетворить потребности населения в своевременной и качественной медицинской помощи в силу недостаточного уровня финансового, кадрового, материально-технического, технологического обеспечения сферы, возрастающей медицинской грамотности людей и стремления к пациентоцентричным моделям медицинского обслуживания, предполагающим комплексное управление здоровьем, улучшенный уровень сервиса и минимальный срок ожидания. Передача части полномочий администрирования системы здравоохранения от федерального центра в регионы способствовала повышению самостоятельности региональных систем здравоохранения в решении вопросов собственного развития с учетом особенностей территорий [205], благоприятствовала зарождению и развитию региональных рынков медицинских услуг. С. Сулова отмечает, что «внедрение рыночных принципов» в являющуюся зоной ответственности органов государственной власти экономическую сферу, производство благ в которой в «экономической теории относят к рыночным провалам», призвано компенсировать аллокативную неэффективность государства. Привлечение частного сектора в эту сферу «нацелено на преодоление ограничений иерархической системы управления с точки зрения эффективности производства и наиболее полного удовлетворения потребностей граждан» [171, с. 73].

Само понятие рынка медицинских услуг относится к терминам, которые достаточно исследованы в научной литературе, что позволяет выделить маркетинговый, отраслевой, институциональный подходы к его трактовке. Наиболее распространенным является отраслевой подход, согласно которому рынок медицинских услуг трактуется как совокупность продавцов и потребителей определенного товара (медицинской услуги, медицинских технологий и техники, фармакологических средств, товаров медицинского назначения). Маркетинговый подход предполагает рассмотрение рынка медицинских услуг с точки зрения спроса или совокупности потребителей со схожими потребностями. В частности, такой подход отмечается в работе Е. Лысовой, определяющей данное понятие как «отношения между людьми по производству, распределению, обмену, потреблению медицинских услуг» [67, с. 25]. При этом поведение потребителей связывается с принятием решений по выбору, потреблению или отказу от этих услуг. Для институционального подхода характерным является выделение особенностей взаимодействия субъектов (институтов), подкрепленных механизмами инфорсмента [111]. Это дает возможность рассматривать рынок медицинских услуг как «отношения, возникающие по поводу купли-продажи медицинских услуг» между разными субъектами, выступающих в роли поставщиков, потребителей, посредников, регуляторов рынка [175, с.3].

Теоретические аспекты функционирования рынка здравоохранения и его сегмента – рынка медицинских услуг, изъяны и противоречия достаточно широко освещены в научных работах А. Аганбегяна [1], А. Вялкова [186], А. Герасимова [20], И. Калашниковой [37], А. Куликова [59], Ю. Лисицина [63], Е. Назарова [85], Е. Потапчик [148], В. Решетникова [150], С. Сажинной [200], В. Стародубова [109], С. Столярова [168], И. Тогунова [176], В. Шевского [201], И. Шеймана [202], С. Шишкина [32], В. Уйбы [206], К. Эрроу [207] и др. Учеными доказаны несовершенство и специфичность рынка медицинских услуг в силу особенностей самой медицинской услуги, исключительной индивидуальности ее предоставления и полученного результата, асимметрии информации, низкой ценовой эластичности спроса, недостаточной конкуренции на рынке, верховенства социальных и

медицинских результатов оказания медицинских услуг над финансовыми расходами, высокой политической, гуманистической, социальной значимости сферы и абсолютной необходимости государственного вмешательства.

В связи со спецификой обращения за медицинскими услугами, с особенностями их предоставления и оплаты полемичным в научной литературе является вопрос структуры рынка. Анализ публикаций, представленных в российской научной электронной библиотеке eLibrary.Ru, сети Интернет, позволил выделить такие подходы к сегментации рынка медицинских услуг:

- легальный рынок (платные услуги государственных и частных клиник), теневой, добровольного медицинского страхования (услуги государственных и частных клиник) [156];

- легальный коммерческий сектор рынка, рынок обязательного медицинского страхования (ОМС), бюджетный, теневой секторы, добровольного медицинского страхования (ДМС) [3, 195];

- взаимосвязанное и взаимообусловленное единство двух субрынков – частных и государственных медицинских услуг [59].

Мы поддерживаем точку зрения авторов, включивших в структуру рынка сегмент общественных медицинских услуг. Это обстоятельство обусловлено действием квазирыночных механизмов в системе здравоохранения, в том числе регионального. Их основу составляет так называемое разделение покупателей, потребителей и поставщиков в общественном секторе рынка. В каждом регионе локальными комиссиями по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между медицинскими организациями распределяются объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи с учетом уровня ресурсной обеспеченности, соответствия деятельности медицинских организаций требованиям порядков оказания медицинской помощи и заявленных объемов медицинской помощи перечню работ и услуг, включенных в лицензию, показателей эффективности деятельности, что в целом направлено на обеспечение конкуренции между поставщиками. Существующий принцип оплаты медицинских услуг – «деньги следуют за пациентом» (реализуется на основании

счетов за врачебные посещения, законченных случаев лечения, отсутствия в тарифе нормы прибыли, применения страховыми медицинскими организациями штрафных санкций за некачественные услуги) – заставляет поставщиков повышать эффективность своей деятельности и рационально использовать ресурсы, адаптировать услуги к нуждам потребителей, расширять спектр предлагаемых услуг. Кроме того, нормативно закрепленное право потребительского выбора медицинской организации, в том числе для получения специализированной медицинской помощи в федеральном медицинском центре, побуждает потребителей напрямую или через посредников (врачей амбулаторий) ориентироваться на репутацию клиник, что также способствует развитию конкурентных отношений в этом сегменте рынка. Взаимоотношения покупателя и поставщика на квазирынке опосредуются не бюрократическими отношениями иерархии и контроля, а формальными экономическими контрактами [245].

Медицинские услуги, реализуемые по программам ДМС, по сути являются платными, поскольку источник их финансового обеспечения составляют страховые платежи физических лиц, работодателей; поставщиками выступают частные и государственные медицинские организации, предоставляющие платные медицинские услуги. Также платность услуг свойственна теневому сектору рынка в виде неформальных платежей за некоторую гарантию качества и доступности медицинских услуг. Таким образом, в общем виде структура рынка медицинских услуг, в том числе и регионального, исходя из сферы обращения медицинской услуги, может быть представлена в виде двух взаимосвязанных сегментов: государственного (общественного) и коммерческого. В государственном сегменте реализуются медицинские услуги в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ТППГ), бюджетных ассигнований, в коммерческом – платные медицинские услуги населению, в том числе по ДМС.

Рынок медицинских услуг выполняет определенные функции, свойственные любому рынку товаров и услуг. Но в силу отраслевой специфики они имеют некоторые особенности проявления (таблица 1.1).

Таблица 1.1 – Функции рынка медицинских услуг

Функция	Характеристика функции
Информационная	Предоставление участникам рынка информации о медицинских организациях, видах медицинских услуг, медицинских технологиях, спросе, предложении
Посредническая	Соединение производителей и потребителей медицинских услуг через страховые медицинские организации
Ценообразующая	Проявляется в признании рынком только общественно необходимых затрат на производство медицинских услуг
Регулирующая	Через механизм конкуренции рынок регулирует снижение затрат на единицу оказываемых услуг, повышение их качества, диверсификацию услуг
Санитарная	Вследствие конкурентной борьбы происходит очищение рынка от экономически неустойчивых, хозяйственно нежизнеспособных медицинских организаций
Стимулирующая	Побуждение производителей к созданию новых, наиболее эффективных, инновационных услуг как с медицинской, так и экономической точки зрения, повышения качества обслуживания
Воспроизводственная	Обеспечивает непрерывность и постоянство процесса производства медицинских услуг, развитие деятельности
Экономичности	Предполагает сокращение издержек обращения в сфере потребления (затрат потребителей на доступность медицинских услуг), соразмерность спроса населения на платные медицинские услуги в соответствии с располагаемыми доходами

Источник: составлено автором на основе [37, 49, 86, 115, 156, 168, 176]

Так, функции ценообразующая, регулирующая, санитарная проявляются только в коммерческом сегменте рынка. В работе [141] выделены и раскрыты особенности медицинской услуги как социально-экономической категории. Особенностью медицинской услуги как блага является 1) так называемое доверительное благо (credence good), настоящая ценность которого известна, как правило, медицинскому работнику в силу его профессиональных знаний и опыта; 2) одновременное существования двух форм – частного и общественного блага

[202]. Медицинская услуга, предоставляемая непосредственно пациенту, носит сугубо индивидуальный характер (частное благо), но в определенных условиях она становится общественным благом. Например, вакцинация от вируса SARS-CoV-2 позволяет преодолеть пандемию, профилактические медицинские осмотры – выявить заболевания на начальной стадии, что уменьшает потери рабочего времени трудовых ресурсов, расходы государства на возмещение затрат медицинской организации, связанных с лечением больных.

Медицинская услуга – это специфический продукт индивидуального потребления, который производится при непосредственном контакте пациента и медицинского работника. Активное участие пациента в достижении результата (выполнение всех предписаний и рекомендаций, внутренние психологические установки), партнерская модель взаимоотношений врача и пациента при соответствующих условиях ресурсного и технологического оснащения медицинской организации являются основополагающими в удовлетворении потребностей, улучшении, качественном изменении его состояния здоровья.

Медицинская услуга как товар обладает полезностью и стоимостью. Полезность медицинской услуги заключается в ее способности удовлетворять потребность в восстановлении, улучшении здоровья, качества и продолжительности жизни, поддерживать определенный социальный статус (пластическая хирургия, стоматология). Цена на платные медицинские услуги формируется на основе рыночных механизмов медицинской организацией самостоятельно. На медицинские услуги, предоставляемые в части государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, устанавливаются тарифы.

Медицинская услуга характеризуется крайней нестабильностью спроса, поскольку непосредственно связана с состоянием здоровья человека. Исключение составляют плановые профилактические мероприятия. При угрозе жизни и существенном ухудшении ее качества потребность в получении медицинских услуг становится первостепенной в общей структуре потребностей человека. Например, пандемия COVID-19 потребовала беспрецедентной мобилизации всех

ресурсов для удовлетворения спроса на медицинские услуги. В обычных условиях активно внедряемый организаторами здравоохранения переход российской системы здравоохранения к общей врачебной практике и профилактической медицине, повышение ответственности граждан за свое здоровье позволят в некоторой степени сбалансировать спрос и возможности медицинских организаций [141].

Характерной чертой медицинской услуги также является сложность мониторинга ее качества со стороны потребителя, не обладающего специальными знаниями. Поэтому процесс коммодификации медицинской услуги в здоровье требует от медицинского работника соблюдения клинических рекомендаций и протоколов лечения. В связи с этим государством установлены требования к аккредитации медицинских кадров, постоянному повышению квалификации, проведения страховыми медицинскими организациями мониторинга качества медицинской помощи. При этом наблюдаются случаи, когда неправильное/нетрадиционное лечение приводит к улучшению состояния здоровья в силу естественной восстанавливающей способности человеческого тела [202].

Одновременно с товарной формой медицинская услуга выступает и как право человека. Право гражданина на медицинскую помощь закреплено в Ст. 41 Конституции Российской Федерации: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» [47]. Тем самым государство берет на себя обязательства по осуществлению комплекса мер, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, гарантирует каждому гражданину получение медицинских услуг надлежащего качества.

Региональным рынкам медицинских услуг как сегментам национального, глобального рынка присущи все его специфические особенности, такие как:

- превалирование значимости достижения медицинских и социальных показателей на фоне роста затрат на оказание медицинских услуг;
- низкая ценовая эластичность спроса на медицинские услуги;
- недостаточный уровень развитости конкурентных отношений в сфере оказания отдельных видов медицинских услуг;

– необходимость обеспечения действенности государственного регулирования, что особенно значимо в связи с ростом цифровизации, асимметрии информации и др.

Но при этом наблюдаются характерные для каждого региона отличительные черты, обусловленные природно-географической, социо-эколого-экономической уникальностью и институциональной средой, что оказывает существенное влияние на функционирование рынка, формирование спроса и предложения медицинских услуг, перспектив развития (рисунок 1.1). Регион в данном исследовании рассматривается в контексте Основ государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года как «часть территории Российской Федерации в границах территории субъекта Российской Федерации» [113].

Все группы факторов взаимосвязаны и оказывают непосредственное влияние на спрос как объективную потребность населения региона в услугах по лечению, реабилитации, профилактике заболеваний и предложение в виде объема медицинских услуг, которые медицинские работники могут оказать в определенный период времени по определенной цене [150]. Отметим, что в государственном секторе рынка объем и структура предложения ограничены финансовым обеспечением ТПГГ, в коммерческом – рыночной конъюнктурой, имеющимися ресурсами и барьерами.

Площадь территории, половозрастная численность населения, развитие и состояние транспортных магистралей и дорог в регионе являются основными критериями плотности сети медицинских организаций – поставщиков медицинских услуг. Для государственного сектора рынка в целях обеспечения доступности медицинской помощи населению установлены определенные требования к размещению медицинских организаций.



Рисунок 1.1 – Особенности функционирования и развития регионального рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором

Например, станция скорой медицинской помощи должна размещаться в районе численностью более 50 тыс. чел. и с учетом 20-минутной транспортной доступности; амбулатория – в районе проживания населения численностью 2–10 тыс. чел.; поликлиника, оказывающая первичную врачебную и специализированную медико-санитарную помощь, должна быть организована на территории с населением 20–50 тыс. чел. с учетом шаговой доступности, не превышающей 60 минут, детская поликлиника – на 10–30 тыс. детей; городская больница, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь формируется на 20–300 тыс. чел. населения с учетом транспортной доступности, не превышающей 120 минут [178].

Однако исследования градостроительного размещения медицинских организаций показывают, что в крупных городах наблюдается, как правило, «один очаг концентрации медицинских учреждений, преимущественно в центральной и срединной зоне города» [32, с.128]. Многопрофильные клиники, клиничко-диагностические центры и лаборатории коммерческого сектора рынка также располагаются в городских агломерациях и локациях, имеющую хорошую транспортную и шаговую доступность. Таким образом, доступность медицинских услуг для населения, проживающих в отдаленных от центра районах, значительно снижается.

Урбанизация региона оказывает значительное влияние на здоровье человека, повышая спрос на медицинские услуги по разным профилям, и обуславливает развитие услуг по медицинской транспортировке больных, в том числе и авиационной. Так, на территориях с высокой плотностью населения вследствие изменения образа жизни, снижения физической активности, постоянных стрессовых ситуаций, нерационального и несбалансированного питания, загрязнения окружающей среды возрастают сердечно-сосудистые, легочные, инфекционные заболевания, неврозы, психосоматические, заболевания. У населения территорий с низкой пространственной концентрацией из-за удаленности от медицинских учреждений прогрессируют процессы хронизации заболеваний и их накопления, неконтролируемое течение которых приводит к

резкому росту количества вызовов скорой неотложной помощи, госпитализаций, применения дорогостоящих видов медицинской помощи.

Природно-климатические, экологические факторы, окружающая среда также имеют существенное воздействие на организм человека и, как следствие, на рынок медицинских услуг. С одной стороны, неблагоприятная экологическая обстановка, вызванная загрязнением атмосферного воздуха, продуктов питания, воды, тепловыми, электромагнитными излучениями, климатические изменения вызывают многочисленные патологии у жителей региона (инфекционные, онкологические, сердечно-сосудистые, эндокринные, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы), порождают повышенный спрос на лечебные и реабилитационные медицинские услуги. С другой – хорошая экология территории, природно-климатическая комфортность, наличие природных лечебных, рекреационных ресурсов позволяют поставщикам медицинских услуг формировать разные предложения в сфере санаторно-курортной и оздоровительной деятельности. В этом же аспекте целесообразно рассматривать развитие комплементарной медицины, основанной на знаниях, традициях этноса, флоре и фауне территории. Комплементарную (нетрадиционную) медицину трактуют как исторически сложившиеся, применяемые самостоятельно и в рамках интегративной медицины, разрешенные к использованию определенные методы оздоровления, профилактики, лечебно-реабилитационной и восстановительной практики, заимствованные из различных целостных национальных медицинских систем, дополняющие стандарты специализированной медицинской помощи [45]. Например, Бурятия, Калмыкия, Тува, Дальний Восток используют многовековые традиции практик тибетской медицины; нафталанолечение, фито-, талассо-, спелео-, бальнеотерапию, грязелечение, рефлексотерапию, мануальную терапию и т. п. активно применяют в реабилитационно-оздоровительных целях во многих регионах России, специализация по видам которых выделяет регион на рынке медицинских услуг.

Уровень социально-экономического развития субъекта РФ является базисом функционирования рынка медицинских услуг и формирования его потенциала.

Авторами исследования [194] доказано, что увеличение ВРП и государственного финансирования здравоохранения приводит к росту ожидаемой продолжительности жизни населения. Также имеется доказательство того, что индивиды с более низким доходом и социально-экономическим статусом, жители регионов с более высоким уровнем дифференциации имеют более слабое здоровье [243]. В свою очередь, здоровье рассматривается как фундаментальное благо, не только имеющее самостоятельную ценность, но и обеспечивающее более высокий уровень производства и потребления других благ за счет увеличения периода здоровой жизни, добавления извлеченной совокупной полезности, расширения благосостояния [69].

Финансовым источником функционирования и развития общественного сегмента рынка являются бюджетные средства, страховые платежи за работающее население, аккумулируемые в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования РФ и направляемые в территориальные фонды в виде субвенций, ассигнования из региональных бюджетов за неработающее население, страхователями которого являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации. При этом возможности регионов в участии финансирования ТПГГ в условиях неустойчивости их доходной части, сохраняющейся дотационности бюджетов имеют выраженную дифференциацию как в размере подушевого финансирования, так и видах, объеме медицинской помощи, не включенной в базовую территориальную программу обязательного медицинского страхования. В коммерческом сегменте рынка одним из главных предикторов функционирования и развития наряду с технологической и сервисной составляющей услуги, фиаско государственного сектора являются доходы населения.

Рынок медицинских услуг в силу специфичности продуктов обмена функционирует в основном за счет институциональных механизмов, обеспечивающих доступность и необходимое качество медицинских услуг для всех групп населения, распределение экономических ресурсов с учетом внешних эффектов потребления оказываемых услуг [6]. В каждом регионе в обязательном

порядке имеется сформированная сеть медико-санитарных организаций, которая в той или иной степени представлена разными их типами (лечебно-профилактические, центры медицины катастроф, общественного здоровья и профилактики, судебно-медицинской экспертизы, лаборатории, медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и др.), аптечными, научно-исследовательскими и образовательными организациями. Также на каждой территории присутствуют орган или органы управления, обеспечивающие управление в сфере, организацию и контроль деятельности субъектов рынка медицинских услуг [18].

Нормативно закреплённый участковый принцип организации предоставления медицинской помощи I и II уровня обуславливает формирование локальных естественных монополий в рамках конкретной географической территории. Как правило, их образуют амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары городских и районных больниц, относящиеся к общественному сектору рынка. Однако практика обслуживания прикрепленного населения медицинскими организациями частной формы собственности в разных регионах Российской Федерации становится все более распространенной и может рассматриваться как перспективное направление для расширения коммерческого сегмента рынка.

Особенность медицинской услуги как доверительного блага вызывает абсолютную необходимость введения определенных барьеров, ограничивающих субъектам свободный вход на рынок (лицензирование, наличие специального образования и периодическая аккредитация медицинских работников, требования к санитарно-техническому, технологическому оснащению, соблюдению клинических рекомендаций и т.п.), полномочия по обеспечению которых переданы региональным органам управления, осуществляющим регуляторные функции. Уникальность механизмов управления, формирования и реализации программ развития в сфере здравоохранения субъекта РФ, сложившиеся устои, правила и комфортность ведения бизнеса определяют региональную специфику институциональной среды рынка.

Научные и образовательные организации медицинского профиля (средние профессиональные, высшие), научные медицинские центры, расположенные в регионе, формируют региональную инновационную инфраструктуру рынка, обеспечивая его участников профессиональными кадрами с необходимым набором компетенций, медико-технологическими, информационно-технологическими, техническими, процессными инновациями в виде новых методов, способов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, автоматизированных процессов обработки медицинской информации, телемедицинских технологий, использования новых лекарственных средств, медицинского оборудования, тем самым расширяя продуктовую границу рынка, стимулируя предложение новых услуг.

Субъектами регионального рынка медицинских услуг являются поставщики, потребители и покупатели [9, 22, 81]. Поставщики медицинских услуг – медицинские организации, которые по виду медицинской деятельности делятся на: лечебно-профилактические (больницы, родильные дома, госпитали, медико-санитарные части, дома сестринского ухода, хосписы, диспансеры, амбулатории, поликлиники, женские консультации, медицинские центры, медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови, санаторно-курортные организации); медицинские организации особого типа (центры медицины катастроф и скорой медицинской помощи, лаборатории, медицинские отряды), общества патронажных сестер, индивидуальные предприниматели и другие, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, необходимое медицинское оборудование [97]. Однако производителями медицинских услуг являются непосредственно медицинские работники, имеющие соответствующую квалификацию (врачи, средний медицинский персонал). Одновременно поставщиком и производителем медицинских услуг выступают индивидуальные предприниматели, обладающие соответствующей квалификацией и лицензией на занятие медицинской деятельностью.

Конечными потребителями медицинских услуг являются граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства, которые

обратились в медицинскую организацию любой формы собственности независимо от наличия у них заболевания и/или за получением медицинских услуг. По терминологии закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», они именуются пациентами. О. Перепелова, И. Петрова отмечают, что пациент является системообразующим субъектом рынка, так как именно вокруг пациента организуются все виды профессиональной медицинской деятельности. Однако его статус ограничен исключительно временем взаимодействия с поставщиком и производителем медицинских услуг [122].

На рынке медицинских услуг оплата и предоставление услуги разделены. Покупателями медицинских услуг выступают: СМО; страховые компании по ДМС; ФФОМС в части оплаты федеральным государственным учреждениям высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования; органы государственной власти в части финансирования медицинской помощи, не включенной в базовую часть ТПГГ; некоммерческие организации, осуществляющие сбор и перечисление средств на лечение тяжелых заболеваний конкретных лиц; работодатели, направляющие своих работников на медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства. Физические лица, оплачивающие медицинские услуги за себя, членов семьи.

Участники регионального рынка медицинских услуг вступают в непосредственные контакты и отношения, осуществляют определенные действия в направлении каждого из агентов рынка, обусловленные изменением состояния здоровья пациента, приводящие к взаимным переменам в состоянии субъектов (здоровья для пациента, ресурсов для поставщика и покупателя медицинских услуг), что составляет основу категории взаимодействия [7, 82, 133, 174, 180]. Взаимодействие участников рынка в разрезе функциональных пар «потребитель (пациент) – производитель медицинских услуг», «потребитель (пациент) – покупатель медицинских услуг», «поставщик – производитель медицинских услуг» исследуется с разных точек зрения: философской, медицинской, социальной, экономической, также используются междисциплинарный и интегративный

подходы. В рамках данной работы рассмотрим экономический аспект взаимодействия выделенных функциональных пар.

Взаимодействие «пациент – производитель медицинских услуг (медицинский работник)» или – в общепринятой терминологии – «врач – пациент» является ключевым, т. к. именно результат этого взаимодействия обеспечивает восстановление и улучшение главной ценности человека – здоровья. Оно базируется, с одной стороны, на потребности пациентов в улучшении состояния своего здоровья, с другой – на предложении необходимой услуги по его восстановлению, улучшению, сохранению на основе профессиональных знаний и умений медицинского работника, наличия соответствующих условий для ее оказания. При этом медицинский работник (чаще всего врач) играет двойственную роль в этом взаимодействии, выступая одновременно агентом пациента, призванным выражать его интересы и формулировать спрос на конкретные виды медицинских услуг, и производителем (поставщиком) этих услуг [59], поскольку именно врач (консилиум врачей) на основании медицинских показаний определяет виды и объемы медицинских услуг, в том числе консультативных и диагностических, необходимых пациенту. Таким образом становится возможной ситуация, когда производитель медицинских услуг определяет параметры спроса на них, и это в определенных условиях (вследствие назначения избыточных диагностических процедур, выбора способов лечения, обеспечивающих выгоду поставщика) приводит к необоснованному увеличению расходов на медицинские услуги со стороны плательщика, что порождает конфликт интересов взаимодействующих субъектов рынка. Субъектом рынка, способным минимизировать возникновение данного конфликта, выступает покупатель медицинских услуг – страховая медицинская организация.

Основу взаимодействия «пациент – покупатель медицинских услуг» составляют отношения физических лиц и страховых компаний, работающих в сфере обязательного или добровольного медицинского страхования и выполняющих роль посредников между пациентом и медицинской организацией. Пациент делегирует покупателю право на принятие значительной части решений

по организации медицинской помощи от его имени, освобождая себя от бремени расходов по измерению процесса и результатов необходимой ему медицинской помощи, на сбор необходимой информации [4].

Функции СМО при взаимодействии с участниками рынка медицинских услуг состоят в следующем:

- взаимодействие «пациент (в системе ОМС – застрахованное лицо) – СМО» предусматривает выдачу полиса обязательного медицинского страхования; информационное сопровождение пациентов при организации оказания им медицинской помощи и защиту их прав и законных интересов в этой сфере, возмещение ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением СМО обязанностей по организации предоставления медицинской помощи; изучение мнения пациентов о доступности и качестве медицинской помощи, рассмотрение обращений и жалоб граждан;

- взаимодействие СМО с медицинской организацией включает заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; проведение оплаты за оказанную медицинскую помощь на основании реестров счетов и счетов медицинской организации в соответствии с установленными тарифами; получение сведений о пациентах и об оказанной им медицинской помощи; осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи; применение к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля, и др. [4, 96].

Как субъект экономических отношений, застрахованное лицо – пациент, взаимодействуя с поставщиками и покупателями медицинских услуг, неизбежно вступает в экономические отношения обмена, распределения и потребления и даже может повлиять на процесс производства (создание) благ медицинского назначения [150].

Взаимодействие «поставщик – производитель медицинских услуг» обусловлено отношениями «работодатель – наемный работник» в процессе

производственной деятельности. Интересы взаимодействия со стороны медицинского персонала связаны с обеспечением достаточного уровня заработной платы и социального пакета, необходимых условий профессионального саморазвития, со снижением врачебной нагрузки и административной работы, с улучшением материально-технического оснащения медицинской организации. Интересы медицинской организации направлены на снабжение медицинской организации врачебными кадрами, средним медицинским персоналом, которые составляют основу медицинского обслуживания, ресурсное обеспечение и рациональное расходование, эффективное и бережное использование медицинского оборудования, расширение спектра услуг, снижение штрафов за врачебные ошибки, борьбу с нарушением сроков ожидания медицинской помощи.

Поставщики медицинских услуг, являясь самостоятельными игроками рынка медицинских услуг, также осуществляют взаимодействие как при направлении пациента в другие медицинские организации, что обеспечивает преемственность оказания медицинской помощи, при проведении консилиумов врачей, так и конкурируя за получение объемов медицинской помощи по ТПГГ, количество пациентов вследствие ограниченной платежеспособности населения, государственных инициатив по повышению эффективности медицинской помощи, действий крупных игроков по укреплению своих позиций, трансфера медицинских технологий.

Взаимодействия участников рынка медицинских услуг могут осуществляться в контактной и неконтактной формах. Контактная форма предусматривает непосредственно личный контакт субъектов, а также дистанционное взаимодействие с использованием телекоммуникационных средств и технологий. Неконтактные взаимодействия не требуют вообще или требуют крайне редко непосредственных взаимодействий. Примером может служить действующий механизм оплаты СМО медицинской организации без участия пациента на основе выставленных счетов за предоставленные медицинские услуги, в которых указываются все данные о получателе медицинской услуги, объеме оказанной медицинской помощи.

Участники регионального рынка медицинских услуг взаимодействуют не только друг с другом, но и с поставщиками медицинского оборудования и лекарственных средств, сервисными организациями, обеспечивающими инфраструктуру медицинских организаций (ремонт, коммунальные услуги, питание больных и др.), научно-исследовательскими институтами по вопросам внедрения новых медицинских технологий, образовательными организациями в вопросах повышения квалификации, переобучения, привлечения молодых медицинских кадров, финансово-кредитными организациями, инвесторами по привлечению финансовых ресурсов для модернизации, расширения деятельности, общественными организациями и органами государственной власти (регуляторами).

Регулирование рынка создает правовую основу организации медицинской деятельности, устанавливает права и обязанности покупателей (пациентов) и продавцов (поставщиков медицинских услуг), страховщиков; минимизирует провалы рынка и неэффективность системы здравоохранения, способствует обеспечению надлежащего качества и всеобщего доступа населения к медицинским услугам, устойчивым темпам развития национальной системы здравоохранения. Кларк Д. подчеркивает, что в последнее время «регулирование приобрело все большее значение в качестве ключевого рычага воздействия правительств на количество, качество, безопасность и распределение услуг в системах здравоохранения» [221]. Состав регуляторов регионального рынка медицинских услуг и их функции приведены в таблице 1.2.

Все меры государственного регулирования условно можно разделить на две группы: ограничительные и стимулирующие [6]. Ограничительные меры связаны с необходимостью минимизировать провалы рынка, обеспечить безопасность, надлежащее качество, доступность медицинских услуг для всех слоев населения. Стимулирующие меры направлены на расширение прав, полномочий, условий деятельности агентов рынка [60, 80].

Действующим законодательством также предусмотрено сорегулирование рынка профессиональными некоммерческими организациями в виде их участия в комиссиях по разработке ТПГГ, порядков оказания медицинской помощи и

стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации, аттестации медицинских работников.

Таблица 1.2 – Регуляторы регионального рынка медицинских услуг

Регуляторный орган	Регуляторные функции
Министерство здравоохранения субъекта РФ	Нормативно-правовое регулирование, управление, контроль в сфере охраны здоровья граждан на территории субъекта, организация первичной медико-санитарной помощи, руководство деятельностью учреждений, организаций и предприятий, относящихся к ведению Министерства, разработка и реализация региональных программ, осуществление кадровой, научно-технической политики
Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения	Государственный контроль за обращением медицинских изделий, лекарственных средств, биомедицинских клеточных продуктов, качеством и безопасностью медицинской деятельности, лицензирование медицинской деятельности, осуществление контроля и мониторинга
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС)	Участие в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в определении тарифов на оплату медицинской помощи; утверждение для СМО дифференцированных подушевых нормативов; обеспечение прав граждан в сфере ОМС, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи; контроль за использованием средств ОМС медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями
Межрегиональное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проведение санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, участие в организации разработки национальных стандартов и технических регламентов, устанавливающих требования к биологической и химической безопасности объектов технического регулирования, и их внедрение
Управление Федеральной антимонопольной службы	Государственный контроль за соблюдением антимонопольного законодательства, предупреждение монополистической деятельности, недобросовестной конкуренции, в том числе на рынке медицинских услуг
Прокуратура	Надзор за исполнением законов и соблюдением прав и свобод человека

Источник: составлено автором на основе [101, 102, 103, 130]

Концептуальная схема функционирования регионального рынка медицинских услуг и взаимодействия его участников представлена на рисунке 1.2.

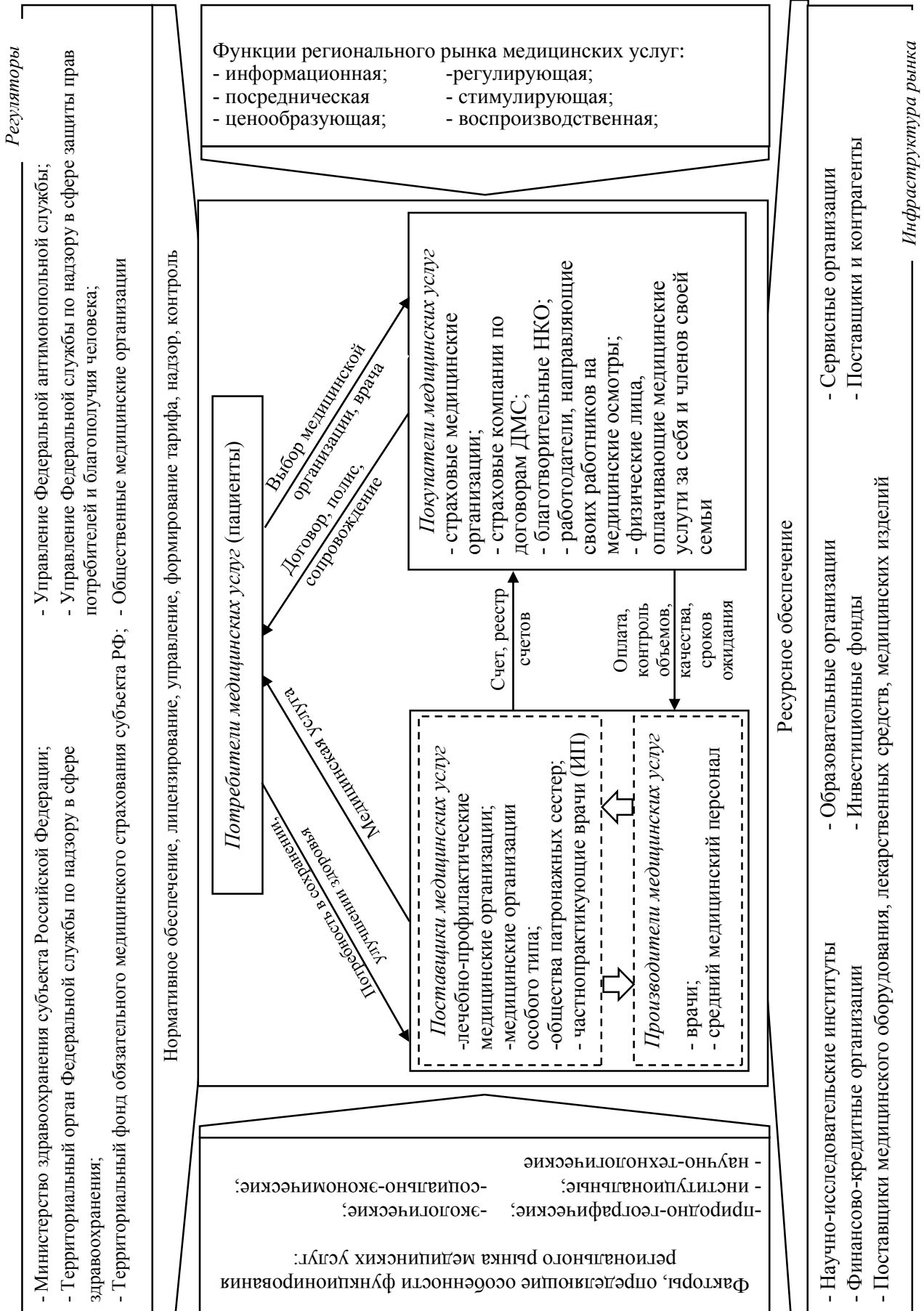


Рисунок 1.2 – Концептуальная схема функционирования регионального рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором

Региональный рынок медицинских услуг можно представить как регулируемые отношения потребителей, поставщиков, производителей и покупателей, возникающие в процессах производства и потребления медицинских услуг, детерминированные природно-географическими, экологическими, социально-экономическими, институциональными, научно-технологическими факторами. Взаимодействие участников регионального рынка медицинских услуг представляет собой систему правовых, экономических, управленческих взаимоотношений поставщиков, производителей, покупателей медицинских услуг, выполняющих предписанные действия, обусловленные или опосредованные изменением состояния здоровья потребителя и направленные на его восстановление, улучшение, сохранение.

Таким образом, развитие экономики сферы услуг в современных условиях социально-экономических трансформаций сопровождается качественно новым переосмыслением классических представлений об экономическом поведении субъектов на рынке в условиях ограниченных ресурсов. Так, если в концепциях неоклассической экономической школы экономическое поведение субъектов на рынке всецело должно быть направлено на максимизацию дохода в условиях ограниченности ресурсов, то в настоящее время, ввиду цифровизации экономических процессов в развитии сферы услуг, задача получения экономических благ иная. Речь идет об изменении функций субъектов рынка, что создает предпосылки для приобретения новых возможностей в получении дохода в результате пользования услугой.

1.2 Современные механизмы развития рынка медицинских услуг

Развитие рынка медицинских услуг, способствующее обеспечению социально-экономического благополучия региона, является важной задачей регионального управления. Индивидуальное и общественное благо,

производимое на рынке, направлено на сохранение главной ценности человека – здоровья, которое, в свою очередь, выступает одной из основополагающих составляющих качества жизни человека, являющейся стратегическим национальным приоритетом и качества трудовых ресурсов как базиса регионального экономического роста; а также на активизацию предпринимательской деятельности в медицинской сфере и обеспечение занятости населения. В. Нечаев отмечает, что рынок медицинских услуг «способствует развитию интегрированной и эффективной социально ориентированной экономики на национальном, региональном и глобальном уровнях» [86]. Особая значимость сферы побуждает исследователей, практиков искать необходимые пути и механизмы развития.

Одним из главных трендов современности является проникновение цифровых технологий во все отрасли экономической деятельности, в том числе и в здравоохранение. Ю. Морозова справедливо считает, что цифровизация здравоохранения является «магистральным, ключевым направлением его современного инновационного развития» [83, с. 3]. Цель оказания услуг здравоохранения в условиях цифровой экономики, по мнению О. Коробковой, – «восстановление вертикали консультационного обслуживания» для всех слоев населения, масштабное использование облачных технологий, возможностей широкополосного Интернета [50].

Цифровая медицина (digital health) существенно расширяет, модифицирует рыночное предложение и процесс оказания медицинских услуг путем:

- предоставления персонализированных, проактивных и экономически обоснованных медицинских услуг на базе роботизированных технологий лечения и реабилитации, телемедицинских консультаций, цифровой геномики [2];

- постоянного доступа граждан к медицинским услугам за счет удаленного мониторинга физиологических функций организма, преемственности в оказании медицинской помощи, включая реабилитационные методы и санаторно-курортное лечение;

- сотрудничества врача и пациента, превращение пациента из субъекта лечения в объект лечебного процесса за счет его системного информирования о диспансеризации, профилактических осмотрах, ведении здорового образа жизни, результатах лечения и реабилитации [123];

- реализации прав пациентов на получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме, в том числе сведений о результатах обследований, наличии заболеваний, поставленном диагнозе, методах лечения, прогнозе, рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения посредством получения информации в личном кабинете, электронных документов [23];

- эффективного принятия сестринских, врачебных и управленческих решений на основе применения интеллектуальных систем поддержки (например, системы распознавания патологии по изображениям, системы помощи принятия решения при постановке диагнозов, системы поддержки выбора методов фармакотерапии);

- управления потоками пациентов по линии как обязательного, так и добровольного медицинского страхования;

- своевременного выявления нарушений при оказании медицинских услуг, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оценки степени достижения запланированного результата;

- организации и координации деятельности медицинских организаций, эффективного управления ресурсами.

По экспертным оценкам, рынок цифровой медицины в России к 2023 году будет составлять 2,8 % от всего рынка здравоохранения (порядка 90 млрд руб.) [2]. Основными направлениями его развития станут следующие: расширение видов медицинских услуг, сервисные системы для пациентов, интеллектуальный анализ данных и сервисные системы принятия клинических решений, медицинское оборудование и IT-инфраструктура [158, 193] (рисунок 1.3).

Внедряемые медицинские информационные системы в настоящее время обеспечивают электронную запись на прием к врачу, профилактический

медицинский осмотр и диспансеризацию, получение сведений об оказанных медицинских услугах и их стоимости; доступ к электронным медицинским документам, осуществление оценки удовлетворенности качеством работы медицинских организаций, телемедицинские консультации [190].



Рисунок 1.3 – Структурное представление механизма развития цифровой медицины

Источник: составлено автором

Перспективным направлением развития рынка является медицинское обслуживание по запросу пациента на основе доступа к широкому кругу медицинских специалистов с компьютера или мобильного устройства в любое время и в любом месте, планирование виртуального приема и общение с врачами с помощью видео или голосовых вызовов, телемедицинские консультации.

Компании, специализирующиеся на предоставлении телемедицинских услуг, демонстрируют взрывной рост своих доходов, что связано с увеличением спроса на услуги в условиях пандемии COVID-19, недостаточностью врачей в первичном звене сектора рынка государственных медицинских услуг, включением телемедицинского обслуживания в программы ДМС (таблица 1.3).

Таблица 1.3 – Динамика выручки российских компаний от реализации телемедицинских услуг

Компания	Выручка, млн руб.		Темп роста
	2018 г.	2020 г.	
СберЗдоровье	500	2800	5,6 раз
BestDoctor	60	1700	28,3 раз
Доктор рядом и DOC+	144,7	584,4	4 раза
Doktis	3,8	558,6	147 раз
МедРейтинг (ПроДокторов)	126	309,5	2,5 раза
Этнамед	17,1	122	7 раз

Источник: составлено автором на основе [71, 73, 165]

Вместе с тем, использование телемедицинских технологий в России в настоящее время ограничено. Основными причинами указываются следующие:

- первичные телемедицинские консультации «врач – пациент» проводятся по незначительному числу нозологий, симптомов и состояний с обязательной рекомендацией обращения к специалисту в очном порядке;
- в процессе телеконсультации отмечается ограниченность доступа к медицинским документам, информации, что значительно повышает риск ошибок при установлении диагноза;
- проведение телеконсультаций возможно только в лицензированном помещении, запись дистанционной консультации должна быть отражена в

электронной медицинской карте с применением усиленной квалифицированной электронной подписи;

- отсутствуют тарифы на оказание телемедицинских услуг в большинстве территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (или их цена занижена), что приводит к низкой мотивации врачей общаться со своими пациентами дистанционно [14, 15, 127].

Цифровизация рынка медицинских услуг связана также с развитием технологий по сбору данных о состоянии здоровья пациентов с удаленных медицинских устройств, включая мобильные телефоны, клинические носимые устройства и решения Интернета медицинских вещей (IoMT). Это дает ценные сведения о состоянии пациента, расширяя информацию, имеющуюся в распоряжении медицинского работника, для постановки правильного диагноза. В настоящее время уже создано достаточно большое количество разнообразных приборов и приложений, помогающих отслеживать состояние здоровья, например интеллектуальные термометры, собирающие измерения температуры и отображающие распространение болезней; умные стетоскопы, позволяющие быстро диагностировать респираторные заболевания в домашних условиях; интеллектуальные спирометры для наблюдения за легочными заболеваниями и биосенсоры, отслеживающие частоту сердечных сокращений, обнаруживающие падения пожилых людей и инвалидов, фитнес-трекеры, умные часы и др. [179, 198]. Такие устройства помогают обнаруживать заболевания и контролировать состояние здоровья, автоматически предупреждая медицинских работников, когда необходимо немедленное вмешательство, контролировать график приема лекарств и обеспечивать соблюдение плана терапии. Эти технологии персонализируют медицинское обслуживание, дают пациентам чувство причастности к процессу улучшения своего здоровья, трансформируют реактивную модель взаимодействия в проактивную. Расширенные мероприятия по мониторингу и профилактике заболеваний значительно снижают затраты на медицинские услуги за счет использования методов прогнозирования и предупреждения болезни [193].

Главной сложностью внедрения таких технологий исследователи считают недоступность специального диагностического оборудования для большинства населения, также отмечается недостаточная техническая оснащенность поликлиник, невысокое качество данных о состоянии организма, которые получают при использовании обычных потребительских устройств для мониторинга физиологических функций. Для того чтобы обеспечить высокую степень доверия к таким данным разработчикам, необходимо довести потребительские устройства до стандартов клинических устройств с последующей сертификацией официальным органом, что неизбежно приведет к увеличению их стоимости [129, 192].

Искусственный интеллект (ИИ) может существенно изменить способ взаимодействия пациентов с поставщиками медицинских услуг. Чат-боты с поддержкой искусственного интеллекта могут собирать основную информацию для подготовки документации, планирования встреч и диагностики симптомов для направления пациента к узкому специалисту, что сокращает время консультации и улучшает качество обслуживания. ИИ уже широко применяется в диагностической медицине при анализе данных в виде изображений (онкология, дерматология, офтальмология, кардиология и др.), назначения лечения с использованием интеллектуальных алгоритмов, формирующих персонифицированную программу терапии, анализа больших данных из электронных медицинских карт в сочетании с данными, собранными с помощью носимых устройств, для прогнозирования проблем со здоровьем. Таким образом, появляется возможность не только лечить болезни, но и эффективно их предотвращать [12, 193].

Глобальность проблемы цифровой трансформации организаций рынка общественных медицинских услуг (а по сути – создания новой инновационной модели цифровой системы здравоохранения) признана на государственном уровне и стала основой подготовки, реализации приоритетного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий», федерального проекта «Создание

единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)». Он направлен на решение задачи по созданию механизмов взаимодействия медицинских организаций друг с другом, пациентами, регуляторными органами на основе единой государственной системы в сфере здравоохранения, внедрению цифровых технологий и платформенных решений [119, 123, 163].

Ряд исследователей [42, 53] в качестве механизма развития рынка медицинских услуг предлагает рассматривать медицинский туризм. Он одновременно является успешно растущим сегментом как рынка медицинских услуг, так и туристского рынка. Однако первичной потребностью медицинского туриста является именно получение медицинских услуг. Среднегодовой темп роста медицинского туризма в мире до 2020 года составлял 21,1 %. Пандемия COVID-19 практически остановила поездки граждан в другие страны мира для получения качественной, технологичной медицинской помощи. Таким образом, необходимо восстановление и дальнейший рост медицинского туризма в целях развития рынка медицинских услуг. Авторы научной работы [42] к числу основных факторов, определяющих развитие медицинского туризма, относят разные виды медицинских услуг и современные технологии их предоставления. С. Цёхла, Е. Плугарь условиями роста называют увеличение спроса на медицинские услуги, которые невозможно вообще или в ближайший период времени получить в регионе проживания; развитость инфраструктуры системы здравоохранения, применение инновационных медицинских технологий, улучшенный сервис; государственную поддержку медицинского туризма и экспорта медицинских услуг, международную аккредитацию клиник и врачей [191].

По данным Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, в настоящее время основной поток въездных медицинских туристов в Россию приходится на центральные и северо-западные регионы. До 90 % туристов получают лечение в клиниках Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга. В структуре пролеченных граждан в 2019 году 70 % составляли граждане Узбекистана, Казахстана, Таджикистана, Азербайджана,

Киргизии, Украины. Наиболее востребованными профилями лечения на территории России являются акушерство и гинекология (в том числе ЭКО), Check-Up, стоматология, офтальмология, травматология и ортопедия [71].

Для того чтобы медицинский туризм в Российской Федерации мог стать действенным механизмом развития рынка медицинских услуг за счет оказания медицинской помощи иностранным гражданам, целенаправленно приезжающих в нашу страну на лечение, необходимо соблюдение ряда требований и условий производственного и организационного характера (рисунок 1.4).



Рисунок 1.4 – Условия развития медицинского туризма как механизма роста рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором

Прежде всего это касается самой медицинской организации, которая должна соответствовать требованиям международной системы стандартизации в области безопасности и качества для медицинской сферы Joint Commission International (JCI), иметь материально-техническое, технологическое обеспечение высокого уровня, квалифицированный персонал, владеющий несколькими иностранными языками, гибкую ценовую политику, предоставлять высокое качество услуг и сервиса, развивать систему маркетинговой деятельности.

Основными направлениями экспорта медицинских услуг, по данным аналитиков Центра стратегических разработок, могут стать нейронауки в сочетании с образовательными услугами, трансграничные диагностические услуги, высокотехнологичная хирургия и реабилитация, иммунотерапия онкологических заболеваний [35].

С точки зрения экспертов НИУ ВШЭ, старение населения, увеличение бремени болезней и связанные с этим значимые показатели смертности становятся ключевыми факторами развития медицины и здравоохранения. Данное обстоятельство диктует необходимость разработки и внедрения инновационных научно-технологических решений в медицинской сфере [132], а также технического переоснащения, модернизации, строительства новых современных клиник.

Финансовым источником модернизационных процессов на рынке медицинских услуг, по мнению авторов исследований [38, 110, 162, 196, 254, 255], является государственно-частное партнерство (ГЧП). Укрепление и активизация партнерских отношений между государством, частным сектором, гражданским обществом на глобальном, региональном, местном уровнях Организацией Объединенных Наций рассматривается как одна из стратегических целей в области устойчивого развития на 2030 год на основе привлечения инвестиционных ресурсов частного сектора в общественно значимые и социальные сферы, в том числе и медицинскую. ГЧП предполагает долгосрочное взаимодействие государственных и бизнес-структур, при котором

частная сторона участвует не только в проектировании, финансировании, строительстве или реконструкции объекта, но и в его последующей эксплуатации (предоставление услуг на созданном объекте) и (или) техническом обслуживании, а также распределение рисков и ответственности между партнерами. Формами и механизмами реализации ГЧП на рынке медицинских услуг являются следующие:

- долгосрочные: концессионные соглашения, соглашения о ГЧП, контракты жизненного цикла, инвестиционные договоры, аренда с инвестиционными обязательствами, лизинг, офсетные контракты;
- краткосрочные: закупки для нужд государственных медицинских организаций; контракт на выполнение работ (услуг); участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [144].

Сложность и длительность заключения ГЧП-контрактов, большой срок окупаемости проектов, несовершенство нормативной базы, непрозрачность механизмов их реализации, отсутствие опыта являются сдерживающими факторами для инвестирования в ГЧП-проекты на рынке медицинских услуг. Кроме того, существует высокая вероятность снижения доходов инвестора вследствие недостаточной загрузки клинических мощностей, снижение (недоведение) объемов медицинской помощи по ОМС, сложность прогнозирования потребности в медицинских услугах на средне- и долгосрочную перспективу. Однако этот риск может быть существенно снижен путем качественной оценки потенциала потока коммерческих пациентов, включения в соглашение гарантий со стороны государства о минимальном уровне дохода частного партнера. Также среди рисков инвестора следует отметить недостаточность тарифа ОМС для покрытия операционных и невозможность покрытия капитальных затрат, возможность досрочного расторжения соглашения. Согласно требованиям законодательства, тариф ОМС не может покрывать затраты инвестиционного характера (капитальное строительство, возврат заемных средств, приобретение оборудования свыше 100 тыс. руб. и др.). Компенсация затрат частного партнера возможна на основе

предоставления ему гранта (субсидии) из федерального или регионального бюджета на этапе строительства/реконструкции медицинского объекта или предоставления государственной гарантии загрузки клинических мощностей. Досрочное расторжение соглашения становится возможным, если частный партнер (концессионер) не выполняет условия соглашения о ГЧП (например, нарушает сроки строительства и ввода в эксплуатацию, требования к эксплуатации/строительству медицинского объекта) или государственный партнер нарушает обязательства по выплате платежей в рамках соглашения, не предоставляет доступ к объекту. Однако действующим законодательством предусмотрена компенсация инвестиционных расходов с учетом инфляции, возмещение упущенной выгоды [144].

Несмотря на то, что государством привлечение частного капитала для развития инфраструктуры здравоохранения, повышения эффективности государственного управления в этой сфере признано стратегическим приоритетом, объем инвестиций и количество ГЧП-проектов на рынке медицинских услуг по сравнению с другими видами экономической деятельности незначительны (около 5 %). Динамика объемов инвестиций и количества проектов ГЧП в сфере здравоохранения и санаторно-курортного лечения в России приведена на рисунке 1.5.

Важно отметить, что механизмы осуществления ГЧП в России во многом определены сложившейся мировой практикой: имеется нормативно-правовое обеспечение ГЧП-проектов, которым предусмотрено большое количество форм и механизмов их реализации; проводится активная государственная политика, направленная на поддержку государственно-частного и муниципально-частного партнерства (например, Всероссийский конкурс «Лучший проект государственно-частного взаимодействия», организованный Министерством здравоохранения Российской Федерации»), поддерживаются проекты, направленные на строительство крупных медицинских центров, что позволяет рассматривать их как перспективный механизм развития рынка медицинских услуг (рисунок 1.6).

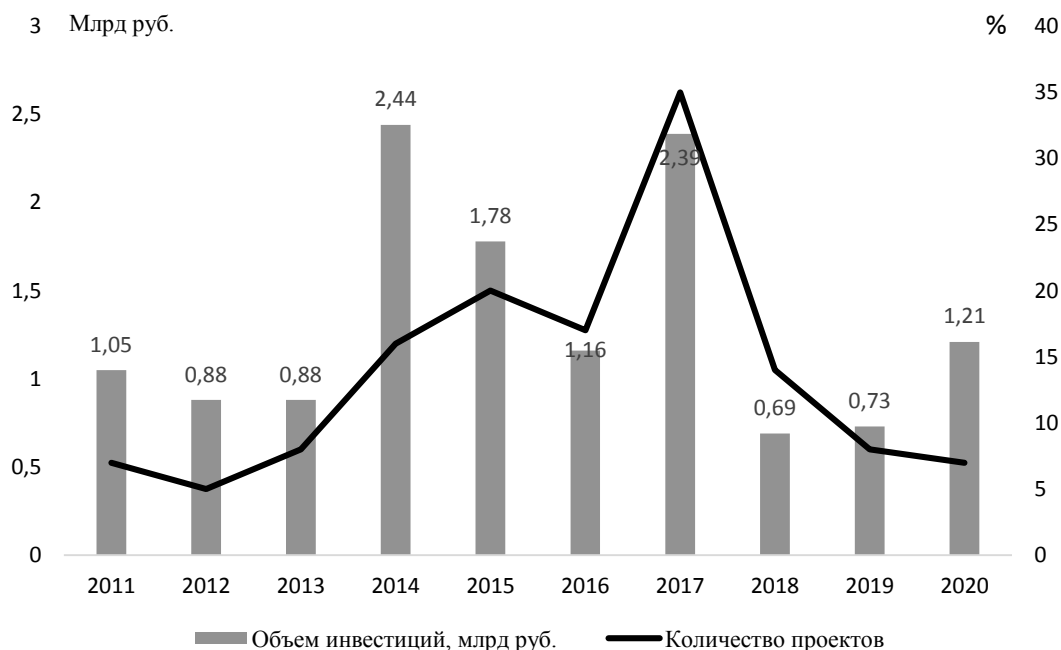


Рисунок 1.5 – Динамика объема инвестиций, количества проектов ГЧП на рынке медицинских услуг

Источник: составлено автором на основе [154]

Ю. Снегирева в качестве механизма финансирования в рамках государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг предлагает систему индивидуальных медицинских накопительных счетов, источниками пополнения которых выступают действующий в настоящее время порядок формирования средств в системе обязательного медицинского страхования и добровольные взносы граждан. При этом каждый пациент должен самостоятельно осуществлять оплату и контроль полученных медицинских услуг [161]. С нашей точки зрения, использование такого механизма не совсем оправдано, так как существенным образом нарушаются права граждан на получение медицинской помощи, особенно лиц, имеющих хронические заболевания, нуждающихся в дорогостоящей высокотехнологичной помощи, поскольку средств на их личных медицинских счетах может быть недостаточно для получения необходимого объема и вида медицинских услуг, а для проведения контроля нужны определенные знания.

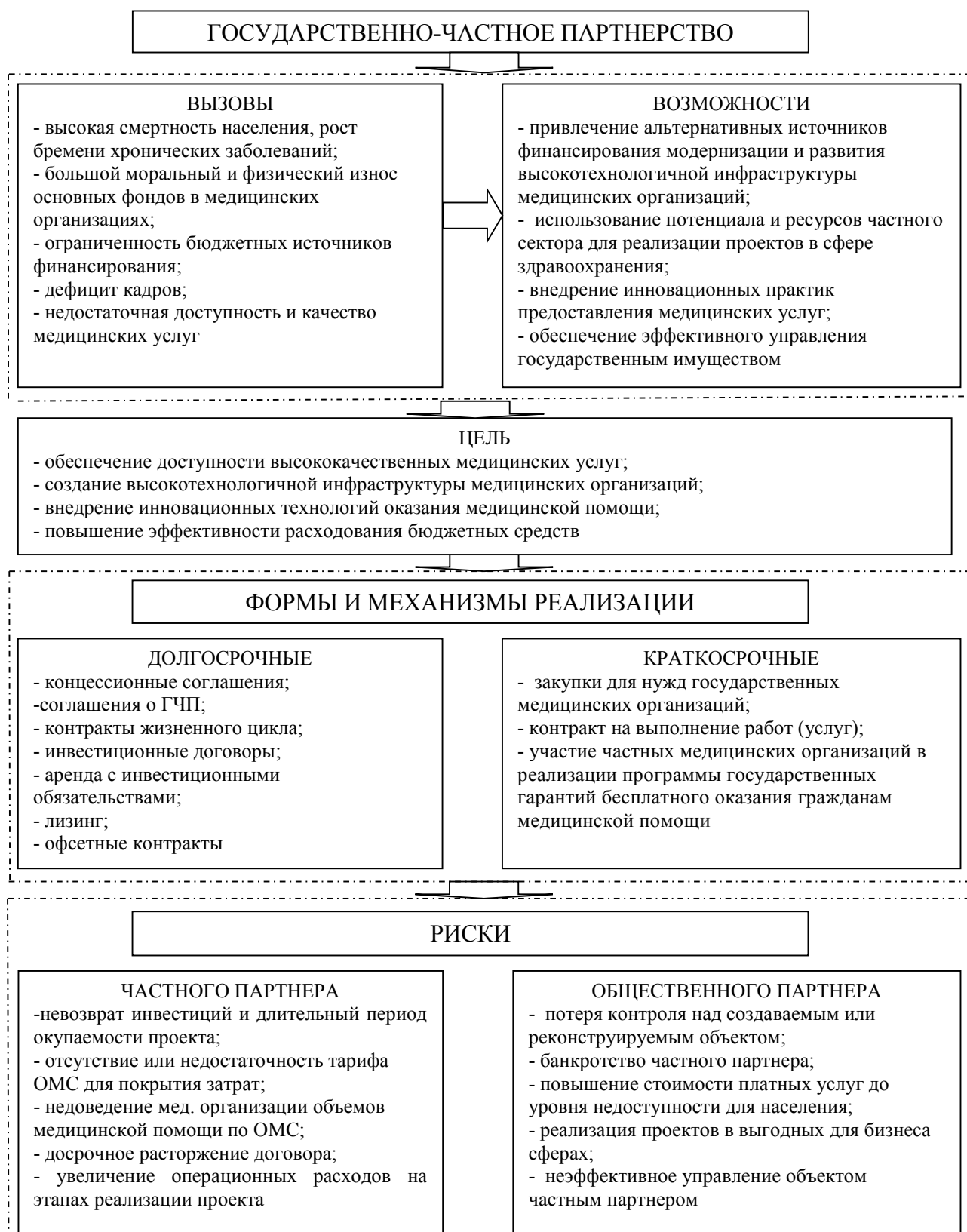


Рисунок 1.6 – Потенциал ГЧП в развитии регионального рынка медицинских услуг

Источник: составлено автором

В целях развития медицины и, соответственно, рынка медицинских услуг во многих странах мира и в Российской Федерации широкое распространение получил кластерный подход. Базовые принципы кластерной политики, установленные в 2008 г. Концепцией долгосрочного социально-экономического развития до 2020 г., внедрены практически во все сферы экономической деятельности, в том числе и здравоохранение.

Е. Жаворонков отмечает, что медицинские кластеры чаще всего возникают в виде объединений конкурентоспособных организаций с развитой научной базой и технологией, располагаясь на одной территории [30]. Однако кластер может объединять разные по видам деятельности субъекты хозяйствования, которые ведут научные исследования, клиническую практику, производственную деятельность, в целях повышения их взаимодействия в инновационной сфере и эффективности экономического развития. Так, группа ученых Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в структуре биомедицинского кластера выделяет медицинские клиники, профильные научные и образовательные организации, биотехнологические и фармакологические предприятия, объекты инфраструктуры, которые сконцентрированы на одной территории, функционально зависимы и реализуют совместные проекты с целью развития медицинских технологий и повышения качества здравоохранения [10]. В состав медико-биологического кластера Республики Крым включены медицинские организации, санаторно-курортные и реабилитационные, научные, научно-образовательные организации, как расположенные на территории региона, так и находящиеся в других субъектах Российской Федерации, органы государственной власти, инвестиционные компании [105].

По данным портала «Карта кластеров России», в настоящее время в Российской Федерации насчитывается 19 кластеров, которые объединяют организации сферы медицины, фармацевтики, промышленных биотехнологий, продукция которых используется в том числе в здравоохранении. На территории Инновационного центра «Сколково» ведется строительство Международного

медицинского кластера, участниками которого станут клиники из стран с высоким уровнем медицинского обслуживания, международный медицинский университет, R&D лаборатория, биомедицинский технопарк и другие [40].

Признание медицинского кластера как механизма развития рынка медицинских услуг обуславливается многочисленными эффектами кластерного взаимодействия участников, среди которых как наиболее значимые следует выделить такие:

- стимулирование ускорения инновационных процессов в сфере, что предполагает развитие новых технологий диагностики, лечения, реабилитации, направленных на предупреждение заболеваний, применение неинвазивных методов лечения, сокращающих период восстановления, снижающих риски нежелательных последствий медицинских вмешательств;

- трансляция результатов научных исследований в клиническую практику, расширение спектра медицинских услуг, предоставление услуг нового качества, привлечение большего потока пациентов;

- повышение конкуренции и, соответственно, качества медицинских услуг и удовлетворенности потребителей;

- снижение затрат за счет совершенствования логистических цепочек, диффузий инноваций, рост рентабельности деятельности;

- значительное улучшение социально-экономического благополучия региона за счет кластерного развития, привлечения инвестиций [189].

Часть исследователей в своих работах в целях развития рынка медицинских услуг, системы здравоохранения предлагают совершенствование институциональных механизмов на всех уровнях управления (государственном, региональном, медицинской организации). В частности, А. Чилилов своей диссертации представил подход применения нормативного планирования ресурсного обеспечения государственных гарантий населения медицинскими услугами на основе клинико-статистических групп заболеваний, который призван обеспечить финансовую стабильность медицинских организаций [197]; О. Коробкова – авторский подход к управлению развитием сферы услуг

здравоохранения для потребителей отдаленных и труднодоступных территорий на платформе информационно-коммуникационного обеспечения [50]; В. Лобачев – организационную модель развития региональной системы здравоохранения, методику мониторинга ее состояния и развития [64]. Также для модернизации региональных систем здравоохранения и, соответственно, ресурсного обеспечения функционирования и развития медицинских организаций, составляющих государственный сектор рынка, используется проектный подход формирования региональных программ.

Таким образом, анализ научных, нормативных источников за последние 5 лет показал, что современными механизмами роста рынка медицинских услуг являются цифровая медицина – за счет развития цифровых технологий диагностики, лечения и реабилитации, мониторинга физиологических функций человека, формирования цифровой экосистемы для пациентов, врачей, регуляторов, разработки и использования инновационных материалов и лекарственных средств, высокотехнологичного оборудования; медицинский туризм – за счет расширения потока пациентов; государственно-частное партнерство как инструмент привлечения инвестиций и практического опыта предпринимательского сектора – для создания эффективной, качественной инфраструктуры медицинских организаций, внедрения инновационных технологий и обеспечения доступности высококачественных медицинских услуг; создание кластеров, путем объединения научного, практического, инвестиционного потенциалов организаций разных сфер деятельности и форм собственности, государственных структур – для создания инновационных продуктов и услуг, эффективного экономического развития; совершенствование институциональных механизмов развития рынка на региональном и национальном уровне.

1.3 Научно-методический подход к формированию индикаторов развития регионального рынка медицинских услуг

Понимание состояния и уровня развития регионального рынка медицинских услуг на основе формализованных данных, с нашей точки зрения, представляет особую важность для органов власти как регионального, так и федерального уровня, что определяется необходимостью получения своевременной, достоверной и релевантной информации для принятия управленческих решений в целях:

- максимального удовлетворения потребностей населения в качественной, высокотехнологичной, доступной медицинской помощи в условиях ограниченности ресурсов бюджета и системы обязательного медицинского страхования, недостаточности финансового обеспечения для проведения исследований в медицинской сфере, сложности клинического внедрения инновационных дорогостоящих медицинских технологий, глобализации рынка медицинских услуг;
- развития предпринимательского сектора, повышения уровня конкуренции в медицинской сфере.

Одним из способов формализации данных является разработка системы показателей (индикаторов). Индикатор (от лат. *indicator* – указатель) – качественная либо количественная характеристика хода процесса или состояния объекта наблюдения [136]. При помощи индикаторов можно выявить или измерить не совсем очевидные состояния рынка и результаты его функционирования, а изучение индикаторов в динамике позволяет формировать представление о тенденциях его развития. И. Степанов отмечает, что «индикативные показатели являются характеристиками достижения желаемого состояния и ожидаемой динамики» [167, с. 9].

При построении системы индикаторов развития регионального рынка медицинских услуг мы исходили из того, что каждый индикатор должен быть конкретным, отражать наиболее важные факторы состояния и развития рынка;

индикаторы на основе объективных показателей должны быть актуальными, достоверными, полезными для осуществления вычислений и прогнозов, не иметь лакун, содержать минимум статистически необъяснимых флуктуаций [43, 120]; индикаторы на основе субъективных показателей – основываться на социологических исследованиях и анализе потребностно-мотивационных и ценностно-нормативных установок субъектов [21], включенных в процесс медицинского обслуживания (пациенты, медицинский и управленческий персонал).

В настоящее время существует достаточно большое количество показателей, на основании которых производится оценка качества и доступности медицинской помощи, эффективности систем здравоохранения (ВОЗ, ООН, Всемирный банк), составляются рейтинги стран, регионов. Например, международные рейтинги: Глобальный индекс здоровья Bloomberg [217], Глобальный индекс безопасности здравоохранения фонда Джонса Хопкинса [234], индекс здравоохранения в странах Европы, составленный глобальной базой данных Numbeo [251]; национальные рейтинги Высшей школы организации и управления здравоохранением [184], Финансового университета при Правительстве РФ, НИУ «Высшая школа экономики» [148], региональные рейтинги [48, 66, 55]. Общими для всех оценок и рейтингов являются показатели, которые можно сгруппировать следующим образом:

- медико-демографические показатели (смертность, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, ожидаемая продолжительность здоровой жизни);
- показатели бремени болезни (инфекционные и неинфекционные заболевания, психические расстройства);
- расходы на здравоохранение (расходы на здравоохранение в % ВВП, ВПП на душу населения, расходы населения на оплату медицинских услуг);
- обеспеченность медицинских организаций врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, больничными койками и др.

Однако система индикаторов развития регионального рынка медицинских

услуг в настоящее время окончательно не сложилась, в связи с чем считаем разработку такой системы актуальной задачей.

Уровень развития рынка медицинских услуг, как отмечает Т. Филиппова, непосредственно связан с показателями объема и структуры потребления медицинских услуг [188]. Как было указано выше, потребление медицинских услуг обусловлено спросом, т. е. потребностью в сохранении, поддержании, восстановлении здоровья. По мнению А. Решетникова, Н. Шамшурина спрос на медицинские услуги зависит от уровня заболеваемости и доходов населения, форсирования спроса со стороны врачей и изменений предпочтений пациентов [150]. И. Шейман обосновал, что главным фактором спроса и предложения на платные медицинские услуги является цена. Особенностью спроса ученым отмечена его эластичность по отношению к цене: для недорогих и очень дорогих медицинских услуг она низкая, а для услуг, находящихся в зоне ограниченной доступности, – высокая. Величина предложения подчиняется закону предложения, что обуславливает заинтересованность поставщиков наращивать объем тех услуг, которые приносят большую прибыль [202].

Таким образом, индикаторы, определяющие потенциал рынка медицинских услуг, следует рассматривать с точки зрения спроса и предложения. Индикаторами спроса выступают численность, половозрастной состав населения, заболеваемость, денежные доходы на душу населения, объемы страховых сумм по ДМС, предложения – производственный потенциал: объем ТППГ, имеющиеся ресурсы медицинских организаций (таблица 1.4).

Включение в состав индикаторов показателя половозрастного состава численности населения региона обусловлено несколькими причинами: население региона – это основные потребители медицинских услуг; старение населения и накопление заболеваний являются причинами более частого обращения в медицинские организации; за неработающее население из бюджета региона направляются средства в бюджеты территориальных фондов на обязательное медицинское страхование в размере установленных тарифов, дифференцированных по регионам и уровню удорожания медицинских услуг.

Таблица 1.4 – Индикаторы потенциала рынка медицинских услуг

№ п/п	Наименование индикатора, единица измерения	Источник данных	Характеристика индикатора
1.	Численность и половозрастной состав населения, чел.	Росстат	Индикатор изменения количества потребителей медицинских услуг
2.	Заболеваемость населения, случаев на 1 тыс. человек, число случаев	Росстат, Министерство здравоохранения региона	Комплексный медико-статистический показатель структуры и качества заболеваний, позволяющий планировать ресурсы медицинских организаций, дифференцировать тарифы на медицинскую помощь в ТППГ, развивать и внедрять инновационные методы диагностики и лечения
3.	Денежные доходы на душу населения, руб.	Росстат	Индикатор показывает возможность населения оплачивать медицинские услуги, используется для прогнозирования коммерческого сектора рынка. Тренд – увеличение
4.	Объемы ДМС, млн руб.	Росстат, Банк России	Индикатор показывает возможность расширения спектра платных медицинских услуг. Тренд – увеличение
5.	Объем ТППГ, млн руб.	ФФОМС, Росстат, Министерство здравоохранения региона	Индикатор в динамике показывает темп развития общественного сегмента регионального рынка. Тренд – увеличение
6.	Количество медицинских организаций всех форм собственности, ед.	ФФОМС, Росстат	Индикатор в динамике показывает изменения в структуре поставщиков рынка медицинских услуг
7.	Укомплектованность медицинским персоналом, %	Формула 2.1	Индикатор показывает обеспеченность медицинских организаций кадрами и возможность увеличения объема медицинских услуг
8.	Количество коек на 10 тыс. населения, ед.	Росстат	Индикатор показывает потенциал увеличения объемов медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях
9.	Плановая мощность амбулаторно- поликлинических организаций, посещений в смену на 10 тыс. населения	Росстат	Индикатор показывает функциональную возможность амбулаторно-поликлинических организаций увеличивать объем приема населения региона

Источник: составлено автором

Заболеваемость является одним из основных индикаторов, характеризующих состояние здоровья населения и определяющих объем рынка медицинских услуг. Она характеризуется числом случаев заболеваний, впервые выявленных в течение года при обращении в медицинские организации или при профилактическом осмотре, а также накопленных заболеваний за предшествующие годы. На заболеваемость населения влияет множество факторов, к которым относят старение и связанную с этим полиморбидность пациентов, уровень социально-экономического развития и экологию региона, распространенность факторов риска заболеваний (рисковое поведение, табакокурение, употребление алкоголя, наркотических веществ), организацию медицинской помощи. Понимание структуры заболеваемости по классам болезней, возрасту, полу является необходимым условием планирования ресурсов медицинских организаций, дифференциации тарифов на медицинскую помощь в ТПГГ, развития и внедрения инновационных методов диагностики и лечения.

Медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями коммерческого сектора рынка, как правило, оплачиваются за счет личных доходов граждан и по договорам ДМС. Согласно исследованию М. Черковца и А. Моисеева, существует высокая эластичность потребления платных медицинских услуг по доходам населения. При этом снижение реальных располагаемых денежных доходов наиболее малообеспеченных слоев населения существенным образом снижает объем потребления платных медицинских услуг, для группы населения с высоким уровнем доходов – объем расходов на платные медицинские услуги, несмотря на некоторое снижение, остается высоким [195]. По существующим в настоящее время правилам добровольного медицинского страхования, страховая компания заключает договоры индивидуального или коллективного страхования, согласно которым гарантирует оказание и финансирование определенного перечня платных медицинских услуг (страховых случаев), потребляемых в связи с ухудшением состояния здоровья и/или состояния застрахованного лица в объеме страховой медицинской программы. В связи с этим рост количества договоров ДМС и расширение пакета медицинских услуг, по нашему мнению, является одним

из основных факторов, увеличивающих спрос на услуги коммерческого сектора рынка.

Предложение медицинских услуг, формируемое в государственном секторе регионального рынка, зависит от утвержденной в каждом регионе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которой устанавливаются, в том числе, перечень видов медицинской помощи, ее нормативы на 1 застрахованное лицо, тарифы, размер подушевого финансирования и стоимость объемов медицинской помощи, оказываемой гражданам за счет бюджетных ассигнований субъекта РФ и средств бюджета ТФОМС с учетом балансировки объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения; квот ВМП, не включенных в базовую программу ОМС (66 видов в 2021 г.), а также от объема финансового обеспечения государственных медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения [93]. Таким образом, увеличение стоимости ТППГ за счет всех источников финансирования является валидным индикатором предложения на региональном рынке медицинских услуг.

В исследовании [160] отмечается, что наличие возможностей оказания медицинских услуг обеспечивает высокий уровень их потребления. Прежде всего это относится к размеру коечного фонда стационаров (круглосуточных и дневных), мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, кадровой обеспеченности медицинских организаций. Во многих научных работах для оценки ресурсной обеспеченности, доступности медицинских услуг используют показатели плотности распределения медицинских кадров (численность врачей, среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения).

Вместе с тем в рамках нашего исследования данный показатель не отражает реальную потребность рынка в медицинских кадрах по отдельным специальностям, поскольку существует дисбаланс в структуре медицинских кадров, выражающийся, например, в избыточном количестве врачей одной

специальности при недостатке другой, что указывается в отчетах Министерства здравоохранения РФ [95]. Наиболее достоверным показателем, отражающим возможность медицинской организации формировать предложение услуг, является коэффициент укомплектованности кадров, который должен быть рассчитан по структуре всего медицинского персонала.

Согласно утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации «Методике расчета отдельных основных показателей национального проекта "Здравоохранение"» и дополнительным показателям федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», входящего в национальный проект «Здравоохранение», показатель укомплектованности медицинских кадров рассчитывается путем деления количества занятых должностей на количество штатных должностей [100]. Важно отметить, что такой расчет не учитывает коэффициент совместительства кадров, увеличение которого отражается на способности врача, фельдшера оказывать услуги на высоком уровне.

В нашем исследовании показатель укомплектованности кадров (K_y) предлагается рассчитывать на основе количества физических лиц (врачей, средних медицинских работников), выполняющих свои функции по основному месту работы.

$$K_y = \frac{Ч_{\text{работн.}}}{Ч_{\text{штат.должн.}}} \times 100 \% \quad (2.1)$$

где $Ч_{\text{работн.}}$ – число физических лиц основных работников на занятых должностях;
 $Ч_{\text{штат.должн.}}$ – число штатных должностей врачей (среднего медицинского персонала)

Как правило, в маркетинговых исследованиях вместе с оценкой потенциала рынка проводится анализ его насыщенности товарами и услугами. Специфичность самой медицинской услуги, сложность предсказания спроса, постоянное совершенствование медицинских технологий, увеличение объема финансового обеспечения ТПГГ, существенно изменяющееся предложение медицинских услуг

не позволяют в полной мере достоверно оценить степень обеспеченности населения медицинскими услугами. Всемирная организация здравоохранения в целях всеобщего охвата населения медицинскими услугами выделяет такие группы показателей: услуги по охране репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей; лечение инфекционных заболеваний; распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний (повышенное кровяное давление, повышенный уровень глюкозы в крови и употребление табака); производительность служб здравоохранения и доступ к услугам (обеспеченность населения койко-местами в больницах, медицинским персоналом), безопасность здоровья [120].

Для нашего исследования к индикаторам насыщения рынка медицинскими услугами считаем целесообразным отнести показатели количества оказанных медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических организациях, в том числе проведенных посредством телемедицинских технологий, в стационарах, а также услуг, оказанных гражданам за пределами региона, иностранным гражданам. Кроме того, в качестве индикатора доступности медицинских услуг для населения региона, скорости удовлетворения спроса на их отдельные виды предлагаются показатели срока ожидания медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке: диагностических, приема врача-специалиста, ВМП (таблица 1.5).

Индикаторы развития регионального рынка медицинских услуг на основе финансовых показателей представлены в таблице 1.6. В качестве индикатора развития коммерческого сектора медицинских услуг предлагается показатель объема платных медицинских услуг на душу населения, положительная динамика которого при исключении влияния ценового фактора свидетельствует об увеличении рыночного потенциала сектора, обусловленного изменением продуктовых и географических границ, структурных сдвигов, интенсификацией распространения инноваций и моделей ведения бизнеса.

Таблица 1.5 – Индикаторы насыщения рынка медицинскими услугами

№ п/п	Наименование индикатора, единица измерения	Алгоритм расчета / источник данных	Характеристика индикатора
1.	Среднее число посещений АПУ, приходящееся на одного жителя в год	$\frac{\text{Количество посещений АПУ} + \text{количество посещений на дому}}{\text{Численность населения на конец года}}$	Индикатор объема услуг амбулаторно-поликлинических организаций. Тренд – увеличение
2.	Количество проведенных телемедицинских консультаций	Статистическое наблюдение	Индикатор уровня цифровизации услуг амбулаторно-поликлинических организаций. Тренд – увеличение
3.	Количество госпитализаций в стационары на 100 чел. населения	$\frac{\text{Количество госпитализированных больных} \times 100}{\text{Среднегодовая численность населения}}$	Индикатор объема услуг стационаров. Тренд – увеличение
4.	Количество новых медицинских услуг, ранее не реализовывавшихся в регионе (авторский)	Расчет объема и стоимости услуг (Минздрав, ТФОМС)	Индикатор расширения ассортимента медицинских услуг. Тренд – увеличение
5.	Объем экспорта медицинский услуг, млн руб.	Объем услуг, оказанных иностранным гражданам	Косвенный индикатор качества медицинских услуг, наличия соответствующих мощностей медицинских организаций. Тренд – увеличение
6.	Среднее время ожидания диагностических исследований (КТ, МРТ) в плановом порядке, дней	Опрос пациентов	Индикатор скорости удовлетворения спроса на медицинские услуги. Показывает возможность поставщиков своевременно удовлетворять потребности пациентов. Для поставщиков государственного сегмента рынка в ТППГ установлены предельные сроки ожидания медицинской помощи. Тренд – снижение
7.	Среднее время ожидания приема врача по записи, дней		
8.	Средние сроки ожидания плановой высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе профилей заболеваний, дней		
9.	Объем медицинских услуг, оказанных пациентам за пределами региона, млн руб. (авторский)	Сумма межтерриториальных расчетов по ОМС, объемы ВМП, оказанной в федеральных клиниках	Индикатор насыщения регионального рынка услугами, необходимыми пациентам, возможности регионального рынка удовлетворять потребность в ВМП. Тренд – увеличение

Источник: составлено автором

Таблица 1.6 – Финансовые индикаторы развития регионального рынка медицинских услуг

№ п/п	Наименование индикатора, единица измерения	Алгоритм расчета / источник данных	Характеристика индикатора
1.	Объем регионального рынка медицинских услуг, млн руб.	Росстат	Динамика индикатора позволяет оценить изменения объема рынка медицинских услуг. Тренд – увеличение
2.	Объем платных медицинских услуг на душу населения, тыс. руб.	Росстат	Индикатор рыночного потенциала коммерческого сектора, недостаточности предложения общественного сектора. Тренд – увеличение
3.	Объем ТППГ на душу населения, тыс. руб.	ТППГ, Росстат	Индикатор развития общественного сектора рынка медицинских услуг. Тренд – увеличение
4.	Сверхнормативный объем средств регионального бюджета в ТППГ на душу населения, руб.	ТППГ	Индикатор финансового потенциала региона в развитии общественного сектора рынка медицинских услуг. Тренд – увеличение
5.	Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете региона, %	Министерство финансов, Росстат	Индикатор состояния и потенциала развития медицинских организаций общественного сектора рынка. Тренд – увеличение
6.	Объем средств регионального бюджета, выделяемого на развитие научных исследований и разработок в здравоохранении, млн руб.	Министерство финансов, Росстат	Индикатор развития сектора медицинских исследований и разработок, обеспечивающих сохранение и улучшение здоровья населения, совершенствование экономических механизмов мотивации научных сотрудников. Тренд – увеличение
7.	Обновление основных фондов, %	$\frac{\text{Вновь введенные основные фонды}}{\text{Основные фонды на конец года}} \times 100$	Индикатор расширенного производства медицинских услуг. Тренд – увеличение
8.	Степень износа основных фондов, %	Росстат	Индикатор физического устаревания средств производства медицинских услуг. Тренд – снижение
9.	Инвестиции в основной капитал в здравоохранении, млн руб.	Росстат	Индикатор инвестиционной привлекательности и развития рынка. Тренд – увеличение

Источник: составлено автором

Существенную роль в расширении видов медицинских услуг, повышении их технологичности, качества, улучшении инфраструктуры медицинских организаций, своевременности удовлетворения потребностей пациентов в государственном сегменте рынка играет размер региональных бюджетных ассигнований, направляемый в виде субсидии бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания, проведение научных исследований, софинансирование и дополнительного финансирования ТПГГ, что позволяет увеличивать подушевой норматив финансирования ТПГГ, нормативы медицинской помощи на 1 застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема предоставляемой медицинской помощи, оплачивать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, не включенные в базовую программу ОМС, изменять структуру тарифа.

Эксперты Счетной палаты РФ указывают на недостаточность размера субвенции и наличие скрытого дефицита финансирования ТПГГ в целом по всем регионам, а также на неучастие 62 % субъектов РФ средствами своих бюджетов в финансировании ТПГГ [116], что выступает главным сдерживающим фактором развития общественного сектора рынка.

Согласно утверждению И. Тогунова, «внутренним механизмом, объективной и необходимой функции жизнедеятельности и эволюции рынка медицинских услуг» выступает конкуренция [176, с.3]. На рынке медицинских услуг медицинские организации вступают в конкурентные отношения за выбор пациентов, врачей, среднего медицинского персонала, поставщиков, инвесторов, страховых медицинских организаций. Несмотря на то, что исследователями единодушно признано, что рынок медицинских услуг относится к рынкам несовершенной конкуренции, ее развитие содействует расширению рыночных предложений, повышению качества услуг, эффективности деятельности медицинской организации, удовлетворенности пациентов. Конкурентная среда выступает индикатором состояния рынка, побуждает субъектов рынка к борьбе за повышение эффективности собственных бизнес-процессов, обеспечения баланса

интересов продавцов и покупателей [9, 26, 31, 170]. Факторами развития конкуренции на рынке медицинских услуг являются следующие:

- появление новых игроков рынка и рост доли организаций частной формы собственности;
- расширение участия организаций частной формы собственности в реализации ТППГ;
- реализация медицинскими организациями государственной формы собственности платных медицинских услуг;
- свобода выбора пациентом медицинской организации.

Выделенные факторы стали базисом формирования группы индикаторов развития конкуренции на рынке медицинских услуг (таблица 1.7).

Как уже отмечалось, рынок медицинских услуг функционирует в условиях жесткого государственного регулирования, оценка эффективности которого представляет научный интерес, поскольку регулирование оказывает значительное воздействие на динамику рынка [209]. В общем виде эффективность регулирования рынка можно представить в виде отношения результатов предпринятых регулятором мер (стимулирующих, ограничительных) и поставленных целей. Индикаторы оценки эффективности регулирования развития рынка медицинских услуг приведены в таблице 1.8.

Результирующими показателями деятельности систем здравоохранения в международных сравнениях выступают показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении и смертности населения. Авторы работы [237] указывают, что при рассмотрении понятия эффективности в трудах, посвященных вопросам экономики здравоохранения, постулируется тезис об увеличении продолжительности жизни населения и улучшении ее качества, обусловленного состоянием здоровья как основной задачи системы здравоохранения. Также эти показатели являются целями национального проекта «Здравоохранение» [118], «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» [94].

Таблица 1.7 – Индикаторы развития конкуренции на региональном рынке медицинских услуг

№ п/п	Наименование индикатора, единица измерения	Алгоритм расчета	Характеристика индикатора
1.	Доля медицинских организаций частной формы собственности, которые оказывали физическим лицам платные медицинские услуги, в общем количестве таких организаций всех форм собственности, %	Количество частных медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги Общее количество медицинских организаций всех форм собственности X100	Рост количества частных медицинских организаций рынка увеличивает конкуренцию на рынке, в том числе и между государственным сектором, что повышает доступность и качество медицинских услуг, эффективность деятельности медицинских организаций. Тренд – увеличение
2.	Доля медицинской помощи, оказываемой в рамках ТППГ медицинскими организациями частной формы собственности, %	Объем медицинской помощи, оказанной частными медицинскими организациями в рамках ТППГ X100	Индикатор обеспечения равных условий участия медицинских организаций в системе ОМС. Тренд – увеличение
3.	Доля объема платных медицинских услуг, оказываемых государственными медицинскими организациями, в общем объеме платных медицинских услуг, % (авторский)	Объем платных медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями государственного сектора рынка Общий объем платных медицинских услуг, оказанных населению X100	Индикатор обеспечения равных условий оказания платных медицинских услуг во всех секторах рынка, предотвращения оказания гос. медицинскими организациями платных медицинских услуг, которые должны быть оказаны в рамках ТППГ
4.	Доля медицинских организаций, ИП, начавших деятельность в текущем году, в общем количестве поставщиков медицинских услуг, % (авторский)	Медицинские организации, начавшие свою деятельность в текущем году Общее количество медицинских организаций всех форм собственности X100	Увеличение новых поставщиков медицинских услуг свидетельствует о «легкости» входа на рынок, способствует повышению конкуренции
5.	Наличие административных барьеров и состояние конкуренции на рынке, % опрошенных	Осуществляется путем опроса субъектов предпринимательской деятельности	Индикатор благоприятных условий ведения бизнеса на рынке, преодолении административных барьеров, состояния конкурентной среды

Источник: составлено автором

Таблица 1.8 – Индикаторы эффективности регулирования развития регионального рынка медицинских услуг

№ п/п	Наименование индикатора, единица измерения	Алгоритм расчета / источник данных	Характеристика индикатора
1.	Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте по предотвратимым причинам, %	Росстат	Индикатор качества и эффективности функционирования рынка медицинских услуг. Тренд – снижение
2.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		
3.	Доля здравоохранения в ВРП, %	Росстат	Индикатор развития рынка медицинских услуг Тренд – увеличение
4.	Потери ВРП вследствие преждевременной смертности населения, дней болезни, млн руб. (авторский)	(Кол-во лет, недожитых гражданами до окончания трудоспособного возраста + потерянные годы вследствие заболеваний) x объем ВРП на 1 трудоспособное лицо	Индикатор показывает размер упущенного дохода ВРП из-за преждевременной смертности трудоспособных граждан, дней временной нетрудоспособности. Тренд - снижение
5.	Рентабельность капитала (для частных медицинских организаций), %	$\frac{\text{Чистая прибыль}}{\text{Собственный капитал}} \times 100$	Индикатор способности инвестировать объект генерировать прибыль. Тренд – увеличение
6.	Объем просроченной кредиторской задолженности государственных медицинских организаций, млн руб.	Росстат	Индикатор финансового состояния медицинских организаций государственного сегмента рынка медицинских услуг. Тренд – снижение
7.	Объем проектов государственно-частного партнерства в здравоохранении, млн руб.	Министерство здравоохранения, Министерство экономического развития	Индикатор привлекательности рынка для инвестирования. Тренд – увеличение
8.	Эффективность реализации государственных программ в сфере здравоохранения (авторский), %	$\frac{\text{Фактически достигнутый целевой показатель программы}}{\text{Запланированный целевой показатель программы}} \times 100$	Индикатор эффективности использования бюджетных ассигнований общественным сегментом рынка. Тренд – увеличение
9.	Удовлетворенность пациентов, %	Опрос	Индикатор степени удовлетворенности потребителей качеством, доступностью медицинских услуг. Тренд – увеличение

Источник: составлено автором

С нашей точки зрения, наиболее точным индикатором качества функционирования рынка является показатель предотвратимой смертности, т.е. преждевременной смерти населения по тем причинам, по которым ее можно было избежать путем предупреждения возникновения заболевания или его своевременного и адекватного лечения, что отражает глобальную цель развития рынка медицинских услуг. К предотвратимой относится смертность населения в возрасте 5–64 года от 38 причин и классов причин, разделенных на группы:

- причины, вызванные вредными привычками (цереброваскулярные болезни) и рисковым поведением (травмы и отравления);
- причины, по которым смертность в большинстве случаев предотвратима за счет ранней диагностики и профилактических мероприятий (злокачественные новообразования, излечимые при их раннем выявлении);
- причины, по которым смертность в большинстве случаев предотвратима за счет качества медицинского обслуживания (ишемическая болезнь сердца, болезни органов дыхания, диабет, инфекционные болезни) [155].

Измерение эффективности также предусматривает количественную оценку вложенных ресурсов и полученных результатов. К таким индикаторам отнесены доля здравоохранения в ВРП (как показатель доходности и развития рынка), потери ВРП вследствие преждевременной смертности населения, дней болезни (как размер упущенного дохода ВРП из-за преждевременной смертности трудоспособных граждан, их временной нетрудоспособности), показатели эффективности деятельности субъектов общественного и коммерческого секторов рынка (размер прибыли на вложенный капитал, объем просроченной кредиторской задолженности государственных медицинских организаций).

Изменение вектора развития современного российского здравоохранения, переход к профилактической медицине, пациент-ориентированным принципам работы, основанным на уважении, учете индивидуальных интересов пациента, его нужд, ценностей, открытости и вовлеченности в процесс принятия решений относительно улучшения состояния здоровья потребовали привлечения к оценке

качества медицинского обслуживания непосредственно самих потребителей. Согласно документам Международной организации по стандартизации, удовлетворение потребностей является основой качества предоставленных услуг, а удовлетворенность пациентов – одним из критериев качества медицинской помощи, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения. Такое мнение разделяет и большинство отечественных и зарубежных исследователей сферы медицинских услуг. Т.е. уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи отражает степень соответствия ожиданиям, интересам, а также нуждам пациента, его представлениям о том, как должна функционировать медицинская организация [46, 52, 148].

С 2014 года потребители медицинских услуг государственного сектора рынка могут оценивать их качество по таким критериям:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий и доступность получения медицинских услуг, в том числе для граждан с ограниченными возможностями здоровья;
- время ожидания в очереди при получении медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации [77].

Кроме того, удовлетворенность граждан медицинскими услугами исследуются Росстатом, общественными советами, организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения в сфере медицинских услуг, отдельными учеными в рамках собственных научных интересов. Оценка проводится на основании социологических опросов пациентов. Уязвимым местом такого метода является недостаточная валидность анкет, сложность оценки и недостаточная репрезентативности выборки, что приводит к противоречивым, не всегда достоверным результатам.

В обобщенном виде система индикаторов оценки развития регионального рынка медицинских услуг представлена в таблице 1.9.

Таблица 1.9 – Система индикаторов оценки регионального рынка медицинских услуг

Группа индикаторов	Количество индикаторов
1. Индикаторы потенциала рынка медицинских услуг	9
2. Индикаторы насыщения рынка медицинскими услугами	9
3. Финансовые индикаторы развития регионального рынка медицинских услуг	9
4. Индикаторы развития конкуренции на региональном рынке медицинских услуг	5
5. Индикаторы эффективности регулирования развития регионального рынка медицинских услуг	9

Источник: составлено автором

Таким образом, сформированная система индикаторной оценки функционирования и развития регионального рынка медицинских услуг, основанная на сопоставлении формализованных взаимосвязанных показателей – индикаторах, позволяет проводить оценку регионального рынка, выявлять проблемы функционирования рынка и выявлять точки роста, формировать региональные программы развития всех сегментов рынка, медицинской инфраструктуры.

Глава 2 Анализ развития рынка медицинских услуг Республики Крым

2.1 Оценка потенциала рынка медицинских услуг

Республика Крым является субъектом Российской Федерации с 2014 года, имеет площадь территории 26,1 тыс. кв. км, плотность населения составляет 73 чел. на 1 кв. м. В 2020 году в 11 городских округах и 14 муниципальных районах проживало 1901578 чел. (по сравнению с 2015 г. рост составил 1,2 %), в том числе городское население – 966232 чел. (50,9 %), сельское – 935346 чел. (49,1 %). Большая часть жителей республики (61,7 %) проживает в городах с населением 100–350 тыс. чел.; в регионах с численностью населения 8–30 тыс. чел. проживает 16,2 % граждан, которые испытывают некоторые ограничения в части доступности медицинских услуг. Ежегодно в регион на отдых, оздоровление, реабилитацию приезжает более 6 млн человек, поэтому развитие рынка медицинских услуг, его ресурсная обеспеченность имеют большое значение не только для жителей республики, но и для населения Российской Федерации в целом.

В структуре численности населения Крыма по основным возрастным группам (моложе трудоспособного, в трудоспособном, старше трудоспособного возраста) наибольшую долю занимает население в трудоспособном возрасте (в 2020 г. 53%). Однако в 2010 году, доля населения трудоспособного возраста в общей численности населения Крыма составляла 61%. Снижение показателя на 8 п. свидетельствует об устойчивом тренде уменьшения трудовых ресурсов в регионе. В исследовании, проведенном нами ранее, указывалось, что «снижение численности трудоспособного населения в сочетании с его старением приводит к замедлению темпов социально-экономического развития, снижению инвестиционного потенциала, инновационной активности, норм сбережений и накоплений капитала, увеличению демографической нагрузки» [125, с.215-216].

Возрастная группа населения старше трудоспособного возраста в структуре населения занимает практически третью часть. Многими исследователями отмечается, что у пожилых людей наблюдается повышенный уровень заболеваемости, имеются хронические болезни, которые увеличивают потребность в медицинской помощи. Согласно статистическому наблюдению Росстата, под диспансерным наблюдением в связи с выявленными заболеваниями и патологическими состояниями в 2020 году находилось 68% населения этой возрастной группы [34]. Данное обстоятельство определяет необходимость формирования достаточного предложения геронтологической и гериатрической помощи для удовлетворения потребности жителей Крыма старшего возраста.

Выше нами было показано, что одним из главных факторов спроса на медицинские услуги является заболеваемость населения. Ее исследование показало незначительный прирост впервые выявленных заболеваний у жителей региона – 6% в 2019 году по сравнению с 2015 годом (Приложение А). Динамика заболеваемости населения Республики Крым по годам разнонаправлена. Если в период 2015 – 2017 гг. и в 2020 г. наблюдается снижение заболеваемости, то в 2018 – 2019 гг. – ее рост, обусловленный форсированием спроса со стороны поставщиков медицинских услуг на основе выявленных патологий при проведении диспансеризаций и профилактических мероприятий в государственном сегменте рынка. По данным Росстата, 58,8 % населения Крыма оценивают состояние своего здоровья как хорошее и очень хорошее, что на 2,4 п. п. и 3,1 п. п. выше соответствующих показателей по Российской Федерации и Южному федеральному округу; только 7,5 % крымчан старше 15 лет оценивают состояние своего здоровья как плохое и очень плохое [34].

Исследование структуры заболеваемости населения позволяет поставщикам, региональным органам власти формировать обоснованное предложение медицинских услуг на основе имеющихся ресурсов. В структуре заболеваемости населения крымского региона практически половину составляют болезни органов дыхания; их темп роста по годам меняется очень незначительно (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Структура заболеваний, установленных впервые в жизни у пациентов, по основным классам болезней в 2015–2020 гг.

Классы болезней по МКБ-10	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.
Зарегистрировано заболеваний, всего	100	100	100	100	100	100
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,6	3,5	4,0	4,1	3,4	2,9
новообразования	1,5	1,8	1,9	2,2	1,9	1,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1,9	1,8	2,0	2,2	2,9	1,9
психические расстройства и расстройства поведения	0,6	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6
болезни нервной системы	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	4,1	4,0	4,0	3,8	3,7	3,1
болезни уха и сосцевидного отростка	4,2	4,3	4,0	4,3	4,6	3,7
болезни системы кровообращения	6,9	4,9	4,7	4,7	4,5	4,6
болезни органов дыхания	45,4	46,2	44,8	43,5	42,9	47,4
болезни органов пищеварения	2,4	3,0	3,3	4,1	3,4	2,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	5,2	5,8	5,1	5,1	5,1	4,7
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3,1	3,2	3,4	4,1	5,4	4,4
болезни мочеполовой системы	6,9	6,8	7,8	7,8	8,1	7,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин	12,1	11,8	12,0	11,0	10,8	9,6
другие болезни	0,6	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5
COVID-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3

Источник: составлено автором на основе [34]

Отметим, что наиболее распространенными формами болезней органов дыхания являются острые заболевания: острые респираторно-вирусные инфекции, острый бронхит и пневмония, лечение которых, как правило, проводится амбулаторно. Травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин составляют 10% установленных диагнозов. В структуре заболеваний стабильны доли болезней по классам: болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (0,4%); психические расстройства и расстройства поведения (0,6 – 0,8%); болезни системы кровообращения (4,5 – 4,7%), мочеполовой системы (8%). Снижение

заболеваемости, изменение структуры заболеваний, выявленных у пациентов впервые в жизни, в большей степени, связано с недостатком предложения медицинских услуг, вызванным ограничениями на плановое медицинское обслуживание вследствие пандемии, недостаточного ресурсного обеспечения сферы, а также снижением спроса из-за длительного ожидания медицинской помощи, уровня медицинского сервиса, не удовлетворяющего требованиям потребителей.

Финансовый потенциал рынка определяется платежеспособным спросом населения, объемом предложения медицинских услуг, сформированным в соответствии с ТППГ и страховыми суммами по ДМС. Основные показатели, характеризующие финансовый потенциал рынка, представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Динамика финансового потенциала рынка медицинских услуг Республики Крым

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Среднедушевые денежные доходы населения, руб.	15664,0	17825,0	19818,0	21524,0	22364,0	22768,0
Темп роста, %	х	113,8	111,2	108,6	103,9	101,8
Реальные располагаемые денежные доходы населения, % к предыдущему году		101,4	106,4	102,9	98,9	98,7
Утвержденная стоимость ТППГ, всего млн руб.	21889,0	22643,5	22997,8	26433,4	28223,2	30303,0
Темп роста, %	х	103,4	101,6	114,9	106,8	107,4
в том числе:						
- средства ОМС, млн руб.	16189,3	15999,4	16254,8	19717,1	21530,0	23397,1
Темп роста, %	х	98,8	101,6	121,3	109,2	108,7
- средства бюджета Республики Крым, млн руб.	5699,70	6644,1	6743,0	6716,3	6693,2	6905,9
Темп роста, %	х	116,6	101,5	99,6	99,7	103,2
Объем ДМС, млн руб.	н/д	5,8	5,1	4,2	17,3	17,3
Темп роста, %	х	х	87,9	82,4	в 4 раза	100,0

Источник: составлено автором на основе [29]

Среднедушевые денежные доходы населения, определяющие возможность населения оплачивать медицинские услуги, показывают незначительный прирост, который ежегодно замедляется. Темп прироста среднедушевых денежных доходов

населения в 2019 – 2020 гг. практически равен базовому индексу потребительских цен на товары работы и услуги в Республике Крым. В абсолютной сумме среднедушевые доходы населения в 2020 году составляли 22768,0 руб., что меньше аналогичного показателя по Российской Федерации на 35%. Реальные располагаемые денежные доходы населения крымского региона до 2018 года показывали прирост, в отличие от показателя по Российской Федерации в целом. Данное обстоятельство свидетельствует о некотором улучшении качества жизни граждан, поскольку именно доходы, полученные в виде заработной платы, от владения имуществом, предпринимательской деятельности, социальных выплат служат источником удовлетворения потребностей, в том числе и в медицинских услугах. Снижение реальных располагаемых денежных доходов в 2020 году связано с пандемией COVID-19 и отражает общую тенденцию замедления темпов экономического развития.

В работе [195] указывается, что в общем объеме расходов на платные медицинские услуги 20% населения 1 квинтиля тратит только 3% своего дохода, а 20% 5 квинтиля – 51%. Анализ динамики распределения общего объема денежных доходов по 20-ти процентным группам населения Республики Крым показал, что первая группа (с наименьшими доходами) в 2020 году составляла 7,4% населения (выше среднероссийского показателя на 1,9 п.), а пятая (с наивысшими доходами) – 40,5% (ниже среднероссийского показателя на 5,7 п.). При этом с 2019 года отмечается снижение доли пятой группы (по отношению к 2018 г. – на 2%). Уменьшение реальных располагаемых доходов, доли наиболее обеспеченного населения в общей численности свидетельствуют о низком потенциале развития коммерческого сегмента рынка медицинских услуг.

Стоимость ТППГ в 2020 году составила 30303,0 млн руб. Ее ежегодный прирост составляет в среднем на 6,7 %. Главным источником увеличения стоимости ТППГ выступают субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Максимальный темп роста ТППГ наблюдается в 2018 году (115% по сравнению с предыдущим годом), что связано с исполнением Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597

«О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» по достижению с 1 января 2018 года соотношения средней заработной платы врачей на уровне 200% к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе, среднего и младшего медицинского персонала - 100%, а также увеличения заработной платы прочего персонала и всех других расходов медицинских организаций на 4%». Доля финансового обеспечения ТППГ за счет средств бюджета Республики Крым за период 2015–2020 гг. составляет в среднем 25,5 %; в перерасчете на 1 жителя Крыма в год в 2020 году – 3621,1 руб. Темп роста бюджетного финансирования является достаточно низким. Его динамика связана с изменением количества неработающего населения (из консолидированного бюджета Республики Крым направляются средства на финансовое обеспечение медицинской помощи этой категории населения), коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг.

Объем страховых сумм по заключенным договорам ДМС показывал наивысший темп роста среди всех финансовых ресурсов рынка медицинских услуг в 2019 году, без динамики в 2020 году (в 4,1 раза в 2019 году по сравнению с 2018 годом). При этом Республика Крым входит в 20-ку регионов с самым низким объемом страховых сумм по ДМС среди субъектов Российской Федерации. По оценке Банка России, рынок ДМС относится к достаточно закрытому и убыточному сегменту, что обусловлено сервисной спецификой продукта, необходимостью заключения договоров с медицинскими организациями, способными оказывать широкий спектр медицинских услуг. Его росту в среднесрочной перспективе будут способствовать увеличение востребованности сервисов мониторинга здоровья, развитие медицинских и страховых технологий [106].

Медицинские услуги на территории республики оказывают медицинские организации всех форм собственности, государственные учреждения, субъекты малого и среднего предпринимательства (МСП). Согласно данным Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС), государственной налоговой службы с 2015 года количество государственных

медицинских организаций ежегодно уменьшается (в 2020 году по сравнению с 2015 г. на 52%), что связано с их консолидацией. При этом количество частных медицинских организаций, зарегистрированных как субъекты малого и среднего предпринимательства (МСП) устойчиво увеличивается (таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Динамика поставщиков рынка медицинских услуг Республики Крым

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Медицинские организации (юридические лица), ед.	121	112	88	69	68	58
Темп роста (базисный к 2015 г.), %	х	93	73	57	56	48
Субъекты МСП, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, всего	-	338	392	424	458	500
Темп роста (базисный к 2016 г.), %	х	х	116	125	136	148
В том числе:						
- средние предприятия	-	4	5	5	5	8
- малые предприятия	-	37	40	40	40	40
- микропредприятия	-	183	224	252	280	308
- индивидуальные предприниматели	-	114	123	127	133	144

Источник: составлено автором на основе [29]

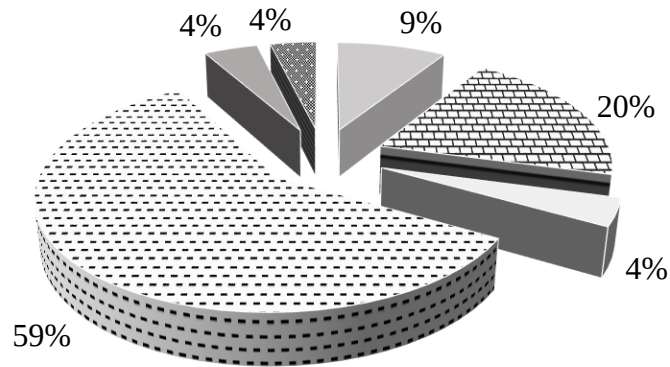
Не смотря на снижение количества, сеть медицинских организаций государственной формы собственности достаточно широкая. Организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, присутствуют практически в каждом населенном пункте региона. По состоянию на 01.01.2021 г. в республике функционировали такие поставщики медицинских услуг государственной формы собственности: 14 детских и 25 взрослых поликлиник, 43 дневных стационаров для взрослых и 27 для детей, 67 клиничко-диагностических лабораторий, 501 фельдшерско-акушерский пункт, 179 врачебных амбулаторий, 8 участковых больниц, 25 отделений и 235 кабинетов врачей общей практики.

Ежегодный прирост субъектов малого и среднего предпринимательства, реализующих свою деятельность на рынке медицинских услуг, составляет порядка

8–15 %. В их структуре за период 2016 – 2020 гг. наибольший удельный вес занимали микропредприятия (54–62 %) и индивидуальные предприниматели (29–34 %). Как правило, эти поставщики располагаются практически во всех населенных пунктах с численностью жителей от 20 000 чел., оказывают очень незначительный перечень медицинских услуг (лабораторная диагностика, стоматология, косметология и др.). Их количественный рост обусловлен относительно невысокими инвестиционными вложениями, возможностью гибко реагировать на изменения конъюнктуры рынка, осуществлять свою деятельность в определенном «узком» сегменте, использовать упрощенный режим налогообложения, получать государственную поддержку.

Наиболее распространенным видом деятельности СМП на рынке медицинских услуг Республики Крым является стоматологическая практика (293 субъекта, или 59 %), развитию которой способствуют недостаточность финансового обеспечения стоматологической помощи по ТПГГ, растущий потребительский спрос на профилактические мероприятия и качественные стоматологические услуги, лучшая материально-техническая оснащенность частных клиник, возможность предоставления более широкого перечня стоматологических услуг, использования дорогостоящих технологий и высокоэффективных материалов (рисунок 2.1).

Услуги по медицинским консультациям и лечению в области общей и специальной медицины, предоставляемые врачами общего профиля, оказывает 24 % медицинских организаций, относящихся к микро- и малым предприятиям, специализирующихся в стоматологии, акушерстве и гинекологии, косметологии, по терапевтическому профилю, гемодиализу и др. Доля малых предприятий в структуре поставщиков медицинских услуг незначительна и составляла 11% в 2016 г. со снижением на 3 п. в 2020 г. (8%).



- Деятельность больничных организаций
- ▤ Общая врачебная практика
- ▨ Специальная врачебная практика
- ▧ Стоматологическая практика
- Деятельность в области медицины, прочая
- ⊗ Деятельность санаторно-курортных организаций

Рисунок 2.1 – Распределение субъектов МСП Республики Крым по видам медицинской деятельности за 2020 год

Источник: составлено автором по данным [29]

Основным видом их деятельности является лечение пациентов в стационарах, амбулаторное лечение в поликлиниках, включающее услуги медицинского и парамедицинского персонала, лабораторий, экстренной помощи; рентгенологические услуги, анестезии; предоставление услуг операционной, лекарственное обеспечение, питание и другое стационарное обслуживание. В основном это клиники, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология», «онкология и гематология», «офтальмология», «косметология», «терапия» (клиники «Генезис», «Крым-Ирей-Мед», «Праймер», Реамед-Здоровье, Центр клинической онкологии и гематологии, Центр лазерной микрохирургии глаза и др.).

Крупные частные российские сетевые медицинские компании и клиники, такие как «Медси», «Мать и дитя», «Медицинский институт им. Сергея Березина», «Ава-Петер», «Скандинавия», «Медицина», «MedSwiss», «Будь Здоров», «Семейная Клиника», «Семейный доктор» свою деятельность в крымском регионе не реализуют. Однако широко представлены на рынке медицинских услуг сети

клинико-диагностических лабораторий: «Синэкс», «Ивитро», «Гемотест», Центр молекулярной диагностики (CMD), Медицинский центр «СИТИЛАБ».

Рост количества частных медицинских организаций, укрупнение государственных практически не отразился на динамике численности медицинского персонала, что связано с перетоком кадров из общественного сегмента рынка в коммерческий, а также осуществлением трудовой деятельности в двух и более клиниках одновременно. Численность врачей всех специальностей на 100 тыс. населения в 2020 году составила 453,4 чел. и по сравнению с 2015 годом увеличилась на 24 чел. или 6%. Однако показатель численности врачей (физических лиц) в расчете на численность населения Крыма по состоянию на 1 января следующего года, меньше, чем в среднем в Российской Федерации на 7%, что свидетельствует о дефиците врачебных кадров в медицинских организациях региона. На одного врача в республике приходится 221 человек постоянного населения. Однако ежегодный туристический поток увеличивает врачебную нагрузку более чем в 4 раза. Увеличение численности врачей способствует улучшению качества медицинского обслуживания за счет сокращения времени ожидания визита к врачу, удовлетворению спроса на медицинские услуги, в том числе на амбулаторную помощь (таблица 2.4).

Подавляющее большинство врачей работает в государственных медицинских организациях (93%). Количество штатных должностей врачей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, практически одинаково. В 2020 году из 7716,75 занятых штатных должностей врачей 45 % приходилось на подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и столько же на подразделения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях. При этом удельный вес врачей-терапевтов в общей численности врачей очень низкий (в Республике Крым – 13%, Российской Федерации – 12%), в то время как в Канаде и Франции он достигает 47%, Великобритании — 29%, Эстонии — 23% [270].

Таблица 2.4 –Динамика ресурсной обеспеченности рынка медицинских услуг Республики Крым

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Численность врачей на 100 тыс. населения, чел.	429,4	442,3	442,4	457,0	443,4	453,4
Темп роста (базисный к 2015 г.), %	х	103	103	106	103	106
Численность среднего медицинского персонала на 100 тыс. населения, чел.	1024,1	1073,3	1054,4	1066,9	1036,5	1050,9
Темп роста (базисный к 2015 г.), %	х	105	103	104	101	103
Укомплектованность врачами (физическими лицами), %	68,6	67,9	67,7	68,5	67,9	67,7
Укомплектованность средними медицинскими работниками, %	83,6	82,5	82,0	80,2	80,3	79,5
Количество коек круглосуточных стационаров на 100 тыс. населения, ед.	778,6	760,7	789,8	762,2	774,5	828,6
Темп роста (базисный к 2015 г.), %	х	98	101	98	99	106
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену на 100 тыс. населения	1752,8	1771,8	1887,1	1857,4	1935,9	1863,9
Темп роста (базисный к 2015 г.), %	х	101	108	106	110	106

Источник: составлено автором по данным [29, 34]

Исследование половозрастной структуры врачебных кадров региона показало, что женщины составляют практически 67 % работающих. В 2020 году в возрасте до 36 лет находилось 27 % трудовых ресурсов; третья часть врачей – лица пенсионного возраста (рисунок 2.2). Значительное количество работающих врачей пенсионного и предпенсионного возраста создает большую угрозу увеличения кадрового кризиса вследствие естественного оттока специалистов и требует проведения грамотной кадровой политики, совершенствования инструментов по удержанию и привлечению молодых медицинских кадров. Проведенное исследование соответствия фактической численности врачей (физических лиц) количеству штатных должностей врачей, среднего медицинского персонала

показало, что ни одна врачебная специальность не укомплектована без учета коэффициента совместительства.

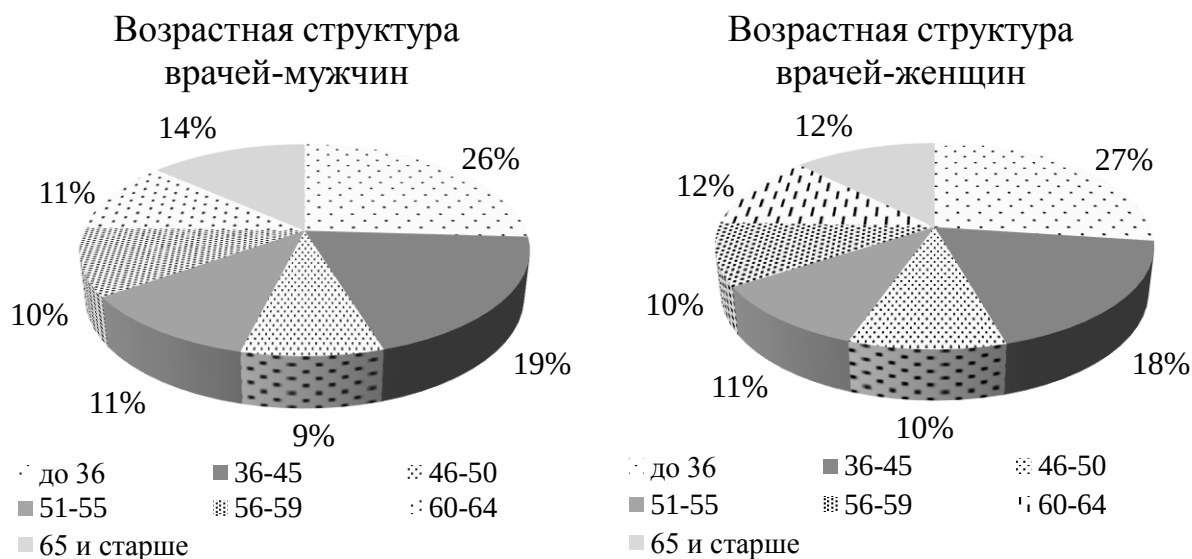


Рисунок 2.2 – Структура врачебных кадров Республики Крым по возрасту, 2020 г.

Источник: составлено автором по данным [29, 34]

Рассчитанные в динамике показатели укомплектованности должностей врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также должности специалистов, наиболее необеспеченные врачами, средними медицинскими работниками (физическими лицами), приведены в таблице 2.5.

Должности врачей первичной медико-санитарной помощи на протяжении всего наблюдаемого периода остаются неуккомплектованными. Медицинским организациям государственного сегмента рынка для максимального удовлетворения спроса населения Крыма не хватает практически 40% врачей общей практики и врачей скорой помощи, 38% врачей-терапевтов участковых. Также наблюдается устойчивый тренд низкого процента укомплектованности должностей врачей специалистов: анестезиологов реаниматологов (67,7%), эндокринологов (63,3%), ультразвуковой диагностики (66,9%). Следует отметить и неравномерность распределения врачей по субрегионам республики. В депрессивных районах (Красноперекопский, Первомайский, г. Армянск) врачебные должности укомплектованы только на 53–64 %.

Таблица 2.5 – Укомплектованность врачами, средними медицинскими работниками медицинских организаций в разрезе некоторых специальностей, %

Должности врачей	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Врачи общей практики	67,3	66,8	62,0	64,0	61,3	59,6
Врачи – педиатры участковые	83,3	80,1	84,87	80,2	84,3	84,0
Врачи – терапевты участковые	59,6	64,2	64,3	67,5	63,3	62,4
Врачи ультразвуковой диагностики	56,4	61	58,8	60,3	61,7	66,9
Врачи скорой медицинской помощи	55,4	53,3	45,6	54,2	60,5	59,6
Врачи – анестезиологи-реаниматологи	66,5	61,9	61,0	58,8	58,4	67,7
Врачи-эндокринологи	44,9	47,2	43,4	48,2	55,3	63,3
Средний медицинский персонал ФАПов	88,8	86,3	84,8	81,6	84,2	83,6

Источник: составлено автором по данным [29, 34]

Неудовлетворительные условия труда, непрестижность и невысокий статус сельского врача среди профессионального сообщества, отсутствие качественной образовательно-культурной инфраструктуры, возможности профессионального и личностного развития, сложные бытовые условия не способствуют привлечению специалистов в удаленные районы Крыма.

Кадровый дефицит отрасли приводит к существенному увеличению нагрузки на работающих врачей, отражается на качестве услуг вследствие эмоционально-психологического перенапряжения, увеличивает неудовлетворенный спрос на услуги лечения, профилактики и раннего выявления заболеваний. Г. Улумбекова отмечает, что из-за дефицита времени участковые врачи не могут не только адекватно выполнять требуемый объем работы, но и своевременно повышать свою квалификацию, что также отрицательно сказывается на качестве их работы [190].

В условиях интенсификации технологических медицинских новаций, повышения медицинской грамотности и требований пациентов важную роль играет качество трудовых ресурсов, их профессиональная подготовка. Согласно публикуемым Министерством здравоохранения Республики Крым отчетам, ежегодно четвертая часть врачей проходит подготовку по программам

дополнительного профессионального образования. При этом доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в 2020 году составляла только 42 %, сертификат специалиста имело 96 % врачей. Доля специалистов, допущенных к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, в общем количестве работающих специалистов очень незначительна и составляет 3,4 %. Мы согласны с мнением авторов исследования [183] в том, что наличие квалификационной категории не всегда объективно отражает качество врачебных ресурсов в основном из-за того, что врачи зачастую упускают имеющиеся возможности для документального подтверждения более высокой квалификации. Однако недостаточная профессиональная квалификация врачей республики проявляется в низких показателях качества оказания медицинских услуг и незначительном предложении инновационных методов диагностики, лечения, реабилитации.

Численность среднего медицинского персонала имеет положительную динамику по сравнению с базисным годом (на 26,8 чел. или 3%). При этом обеспеченность населения республики средним медицинским персоналом на 3,4% выше, чем в среднем в Российской Федерации.

Укрупнение государственных медицинских организаций отразилось на коечном фонде, который сократился в 2019 году по сравнению с 2015 годом на 1505 коек (10,3 %) при некотором увеличении мощности амбулаторий (на 6,7 %). С одной стороны, это свидетельствует о тренде замещения дорогой стационарной медицинской помощи на амбулаторную, с другой – о рисках несвоевременной госпитализации пациентов из-за недостаточности ресурсов стационара. В 2020 году наблюдается увеличение коечного фонда на 7 % по сравнению с 2019 годом за счет развертывания дополнительных коек для борьбы с COVID-19. Количество посещений амбулаторий в смену показывало ежегодный прирост, за исключением 2020 года, когда диспансеризация и плановые осмотры населения были отменены в связи с пандемией.

Реализация в Республике Крым ряда региональных и федеральных программ, направленных на модернизацию, переоснащение медицинских организаций,

позволила кардинально изменить невысокий уровень технической оснащенности медицинских организаций, улучшить условия и качество оказания медицинской помощи, увеличить объемы высокотехнологичной медицинской помощи (таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Некоторые показатели производственного потенциала медицинских организаций государственной формы собственности Республики Крым

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Количество рентгеновских аппаратов, ед.	481	529	544	516	474	н/д
Темп роста, %	х	110	103	95	92	х
Количество МР-томографов, ед.	2	5	5	5	5	5
Количество аппаратов УЗИ, ед.	233	287	345	350	358	н\д
Темп роста, %	х	123	120	101	102	х
Количество автомобилей скорой помощи, ед.	316	357	327	302	338	337
Темп роста, %	х	113	92	92	112	100
Доля медицинских организаций, подключенных к сети Интернет, %	100	100	100	98	99	100
Количество персональных ЭВМ, используемых для автоматизации лечебного процесса, ед.	1437	4860	5462	5978	8127	11326
Темп роста, %	х	3,4 раз	112	109	136	139
Количество автоматизированных рабочих мест, подключенные к МИС, ЕГИСЗ РК, мест	х	х	х	4585	7060	7735
Темп роста, %					154	110

Источник: составлено автором на основе [29,34]

Положительным в ресурсном обеспечении участников рынка является увеличение количества машин скорой помощи (рост в 2020 г. по сравнению с 2015 г. составил 107%), медицинского оборудования повышающего качество диагностического и лечебного процесса (рост количества магнитно-резонансных томографов в 2020 г. по сравнению с 2015 г. – в 2,5 раза, аппаратов ультразвукового исследования по сравнению с 2019 г. – в 1,5 раза), персональных ЭВМ,

используемых для автоматизации лечебного процесса (рост в 2020 г. по сравнению с 2015 г. – в 8 раз), автоматизированных рабочих мест, подключенных к МИС, ЕГИСЗ Республики Крым (рост в 2020 г. по сравнению с 2018 г. – 1,7 раза).

Увеличение количества автоматизированных рабочих мест способствует своевременности, преемственности оказания медицинских услуг, повышению их качества за счет автоматизации ведения медицинских карт пациентов, тем самым высвобождается время для проведения осмотра и постановки диагноза, необходимых врачебных назначений. Несмотря на то, что практически все медицинские организации подключены к сети Интернет, доля фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, подключенных к сети Интернет, незначительна – только 36 % от общего количества.

Таким образом, потенциалом платного рынка медицинских услуг Республики Крым является рост доходов населения, рост страховых сумм по заключенным договорам ДМС в связи с тем, что некоторая доля населения с высокими доходами сможет перейти в коммерческий сегмент рынка по собственному выбору или за счет социального пакета работодателя, включающего ДМС; рост стоимости ТПГГ. Потенциал государственного сегмента рынка может быть реализован путем расширения объемов ТПГГ за счет дополнительных бюджетных ассигнований, кадровой обеспеченности, модернизации медицинской инфраструктуры.

2.2 Анализ индикаторов развития рынка медицинских услуг Республики Крым

Оборот рынка медицинских услуг в Республике Крым в 2020 году составил 31579,6 млн руб. Его рост в 2020 году по сравнению с 2015 годом был более 64 %, однако темпы роста по годам неравномерны (максимальный – 21 % в 2016 г., минимальный – 2 % в 2019 г.). В структуре общего объема рынка медицинских услуг наибольший удельный вес имеет государственный сегмент рынка – 86-90%.

Рост объема рынка обусловлен положительной динамикой во всех его сегментах: стоимости ТПГГ, платных медицинских услуг, оказываемых государственными и частными медицинскими организациями (рисунок 2.3).

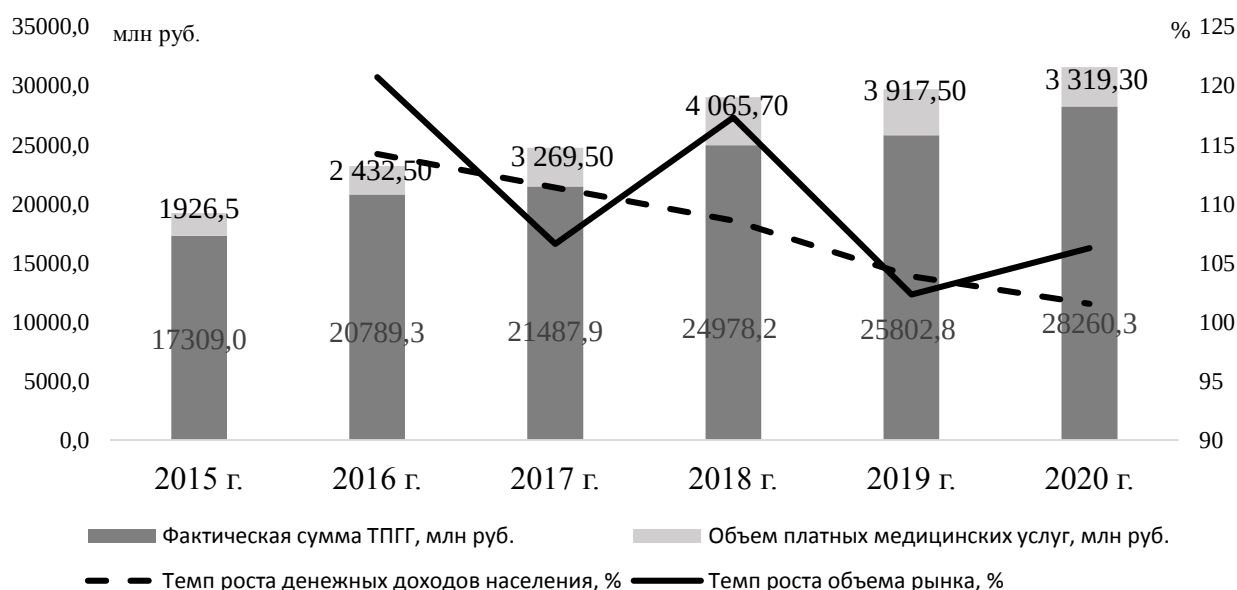


Рисунок 2.3 – Динамика объема рынка медицинских услуг Республики Крым

Источник: составлено автором по данным [29]

Сравнение темпов роста государственного и коммерческого сектора рынка показало, что в 2016 году темпы роста были практически одинаковы; в 2017 году при снижении темпа роста стоимости ТПГГ на 17 п. п. к темпу роста 2016 года темп роста платного сегмента рынка вырос на 8 п. п. (свидетельствует о перераспределении объема предложения услуг между сегментами рынка); в 2020 году по сравнению с 2019 годом отмечается незначительный прирост стоимости ТПГГ (9,5%) при отрицательной динамике объемов услуг коммерческого сегмента рынка (снижение составило 15%). На протяжении исследуемого периода с 2016 года в регионе наблюдается замедление темпов роста денежных доходов населения (снижение в 2020 г. к 2016 г. составило 12 п. п.). При сравнении темпов роста объема рынка медицинских услуг и денежных доходов населения Республики Крым было установлено, что темп роста объема рынка опережал темп роста

денежных доходов населения республики за счет положительной динамики объема услуг общественного сегмента рынка.

В коммерческом сегменте рынка максимальный прирост отмечен в 2017 году (34 %), в период 2017–2018 гг. наблюдается замедление темпов прироста объема рынка, с 2019 года происходит снижение объема платных медицинских услуг на 4 % в 2019 г. и на 15 % в 2020 г., что обусловлено, с одной стороны, повышением уровня доступности бесплатной медицинской помощи в регионе, с другой – снижением реальных денежных доходов населения, ростом стоимости платных медицинских услуг (рисунок 2.4).



Рисунок 2.4 – Динамика объема коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым

Источник: составлено автором по данным [29]

В структуре объема услуг коммерческого сегмента рынка наибольший удельный вес занимали услуги, оказываемые медицинскими организациями частной формы собственности. Их доля в 2015 году составляла 74% объема сегмента рынка, в 2016 году – 59% (минимальное значение в наблюдаемом периоде), в 2020 году – 69%. Данный факт свидетельствует о том, что медицинские организации государственной формы собственности также достаточно активно

формируют новые предложения медицинских услуг, которые не входят в базовую программу ОМС. Для них данный вид доходов рассматривается как поступления от приносящей доходы деятельности и регламентирован Правилами предоставления платных медицинских услуг. Увеличение доли государственных медицинских организаций в сегменте коммерческого сектора рынка имеет противоречивый характер. С одной стороны, средства, поступающие от платных медицинских услуг, могут направляться на стимулирование медицинского персонала, улучшение условий его работы, закупку нового оборудования, с другой стороны – снижается удовлетворенность спроса пациентов на бесплатные медицинские услуги.

Исследование индексов цен на медицинские услуги показало, что положительная динамика коммерческого сегмента рынка медицинских услуг в период 2016 – 2018 гг. определялась как формированием новых предложений медицинских услуг, так и ценовыми факторами. Изучение динамики индексов цен на отдельные медицинские услуги (таблица 2.7) свидетельствует, что в среднем максимально цены возрастали на услуги первичного консультативного приема у врача-специалиста, врача-стоматолога, ультразвуковое исследование.

Таблица 2.7 – Динамика индекса цен на отдельные медицинские услуги, %

Медицинские услуги	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Санаторно-оздоровительные услуги	116,54	107,62	102,35	103,85	104,75	97,39
Первичный консультативный прием у врача-специалиста, посещение	136,14	116,28	106,11	112,31	104,28	105,19
Ультразвуковое исследование брюшной полости, исследование	130,53	116,86	105,85	105,19	106,41	104,8
Физиотерапевтическое лечение, процедура	108,99	113,22	107,21	104,67	104,3	102,24
Общий анализ крови, анализ	122,05	115,26	100,36	99,9	107,98	106,95
Пребывание пациента в круглосуточном стационаре, койко-день	н/д	н/д	н/д	102,93	103,46	102,87
Первичный консультативный осмотр больного у стоматолога, посещение	134,49	114,8	103,01	106,11	107,45	101,12

Источник: составлено автором по данным [29]

Следует отметить, что удельный вес платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению Крыма, незначителен. В 2020 году он составил только 4,1%. При этом следует отметить рост их доли с 2015 г. к 2018 г. (максимальная доля – 4,7%) на 2,1 п. п. До 2018 года отмечается рост доли услуг коммерческого сегмента рынка, в период 2019–2020 гг. ее уменьшение в связи с пандемией обусловившей, как снижение платежеспособности населения, так и приостановку деятельности медицинских организаций (таблица 2.8).

Таблица 2.8 – Анализ индикаторов развития рынка медицинских услуг по финансовым показателям

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Удельный вес платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, %	2,6	3,0	3,8	4,7	4,3	4,1
Объем платных медицинских услуг на душу населения, тыс. руб.	1013,2	1273,8	1709,1	2125,5	2048,7	1740,5
Темп роста, %	х	125,7	134,2	124,4	96,4	85,0
Объем ТПГГ на душу населения, тыс. руб.	11153,0	11927,5	12436,9	14179,9	15103	16204,2
Темп роста, %	х	106,9	104,3	114,0	106,5	107,3
Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете региона, %	18,5	14,2	9,3	8,6	8,7	18,8
Объем средств регионального бюджета, выделяемого на развитие научных исследований и разработок в здравоохранении, млн руб.	47,6	46,6	51,4	64,0	71,4	62,0
Темп роста, %	х	97,9	110,3	124,5	111,6	86,8

Источник: составлено автором по данным [29]

Тренды объема платных медицинских услуг на душу населения, ТПГГ на 1 застрахованное лицо, практически повторяют линии трендов объемов ТПГГ и платных медицинских услуг. При этом важно отметить, что объем платных медицинских услуг на душу населения в регионе в 2016 году был меньше, чем в среднем в Российской Федерации на 67%, а в 2018 году – на 54%. Это объясняется низкими среднедушевыми денежными доходами населения и устоявшейся

традицией получать медицинские услуги бесплатно. Анализ стоимости ТПГГ в Республике Крым на одно застрахованное лицо в сопоставлении с аналогичным показателем по регионам Южного федерального округа показал, что в республике до 2018 года стоимость ТПГГ на одно застрахованное лицо оставалась одной из самых высоких.

Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете республики в 2015 г. и 2020 г. составляла практически пятую часть всех расходов. Это связано с реализацией государственных программ по модернизации медицинских организаций с целью доведения стандартов оказания медицинской помощи в регионе до федерального уровня, большим количеством неработающего населения, финансовое обеспечение медицинской помощи которых осуществляется из бюджета республики. Сравнение долей расходов на здравоохранение в консолидированных бюджетах по регионам ЮФО за 2020 г. показало, что Республика Крым занимала лидирующую позицию с долей 18,8 %; в Краснодарском крае этот показатель составлял 14 %, в Ростовской и Астраханской области – 10,8 %, в Республике Калмыкия – 12,6 %.

Необходимым условием формирования медицинскими организациями предложения высокотехнологичных медицинских услуг, инновационных методов диагностики и лечения является развитие и укрепление их научно-исследовательского потенциала. На эти цели из бюджета региона выделяются соответствующие средства. Однако их доля в общих расходах на здравоохранение минимальна – 0,1–0,4 %.

Одним из главных факторов, определяющих состояние и уровень развития рынка, является физическое состояние основных фондов и динамика производственного капитала медицинских организаций. На начало 2015 г. состояние материально-технической базы медицинских организаций общественного сегмента рынка оценивалось как удовлетворительное. Изношенность основных фондов составляла практически 70 %, оснащенность ФАПов оборудованием не превышала 60–70 % от минимально необходимой нормы, 4,2 % зданий требовала капитального ремонта, 41 % амбулаторий

находилось в приспособленных помещениях. Следует отметить, что использование устаревшего оборудования повышает вероятность причинения вреда пациентам и персоналу, ограничивает возможность оказания эффективных медицинских услуг, особенно пациентам в тяжелых и неотложных состояниях, постановки своевременного и правильного диагноза, выбора оптимальной методики лечения; приводит к нарушению санитарно-эпидемиологического режима, неэффективному использованию материальных и трудовых ресурсов. Показатели, характеризующие развитие производственного капитала поставщиков медицинских услуг, приведены в таблице 2.9.

Таблица 2.9 – Динамика развития производственного капитала медицинских организаций Республики Крым

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Уровень обновления основных фондов, %	73	11	3	9	5
Уровень износа основных фондов в здравоохранении, %	50,5	44,3	37,0	43,9	42,1
Инвестиции в основной капитал в здравоохранении, млн руб.	3369,4	5015,4	4403,1	5834,0	6527,0
Темп роста, %	x	149	88	132	112

Источник: составлено автором по данным [29]

Максимальный уровень обновления основных фондов наблюдается в 2015 году и связан с масштабной реконструкцией медицинских объектов, в большей степени с перерегистрацией медицинских организаций. Динамика обновления основных фондов медицинских организаций Республики Крым неравномерна по годам. Средний темп ежегодного обновления основных фондов составляет 7 %, что является достаточно хорошим показателем в сравнении со среднероссийским трендом. Уровень износа основных средств в медицинских организациях региона в 2019 году составил 42,1%, что на 10,6 п. п. меньше, чем аналогичный показатель по Российской Федерации. Данное обстоятельство свидетельствует о значительном улучшении материально-технического оснащения медицинских организаций, условий оказания медицинской помощи.

Хорошую динамику роста, за исключением 2017 г., показывают инвестиции в основной капитал. Однако их главным источником являются бюджетные средства, что связано с главенством государственных медицинских организаций на рынке медицинских услуг и реализацией масштабного национального проекта «Здравоохранение», направленного в том числе на модернизацию государственной системы здравоохранения (таблица 2.10).

Таблица 2.10 – Структура инвестиций в основной капитал поставщиков рынка медицинских услуг Республики Крым, %

Год	Собственные средства	Привлеченные средства, всего	из них
			бюджетные средства
2015	8	92	87
2016	12	88	81
2017	14	86	79
2018	41	59	69
2019	42	58	76
2020	15	85	94

Источник: составлено автором по данным [29]

Наибольшая доля собственных средств, направленная на приобретение нового оборудования, ремонт, реконструкцию основных фондов, отмечена в 2018–2019 гг. вместе с ростом объема инвестиций, что указывает на возрастание интереса собственников бизнеса, инвесторов к расширению деятельности на рынке медицинских услуг.

Исследование насыщенности рынка медицинскими услугами показало, что ежегодно, за исключением 2020 года, каждый житель региона обращался в амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию более 6 раз, практически каждый пятый получал стационарную медицинскую помощь (таблица 2.11). Следует отметить, что практически 60 % посещений приходилось на врачей-терапевтов, врачей общей практики, педиатров, фельдшеров ФАПов. Среди количества госпитализированных пациентов в 2020 году более 35 % составляли лица старше трудоспособного возраста. При этом потребность в медицинских услугах жителей республики остается неудовлетворенной. Согласно комплексному

наблюдению Росстата, более трети жителей не обращаются к врачу, даже если в этом есть необходимость.

Таблица 2.11 – Показатели объема оказанных медицинских услуг в Республике Крым

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Среднее число посещений амбулаторий, приходящееся на одного жителя в год	7,1	6,7	6,5	6,5	6,3	4,8
Количество госпитализаций в стационары на 100 чел. населения	20,9	20,5	20,0	19,6	19,1	14,9
Количество проведенных телемедицинских консультаций, всего	х	х	х	6431	6156	7601
в том числе пациентам	х	х	х	4572	5821	6968
Объем экспорта медицинских услуг, млн руб.	426,3	696,9	717,7	964,7	605,4	332,8

Источник: составлено автором по данным [29]

Причинами этого обстоятельства выступают неудовлетворенность работой медицинской организации, в том числе в связи с длительным сроком ожидания приема и неудобным временем работы медицинской организации, низкими эффектами от лечения; отсутствием личного времени.

Активное развитие телемедицины началось с 2018 г. с вступлением в действие соответствующего закона. Телекоммуникационные технологии включают 2 сектора: пациент-центрированный сектор (удаленный мониторинг жизненных функций пациента, коммуникация врача и пациента по установленным ранее диагнозам); клинический (проведение врачебных консилиумов, консультаций, дистанционное образование). Главными эффектами телемедицинских консультаций выделяются увеличение доступности и качества медицинских услуг, улучшение качества жизни, контроль и управление состоянием здоровья пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, поддержка принятия врачебного решения, обеспечение высокого качества и положительных исходов в лечебно-диагностическом процессе, правильная маршрутизация пациентов, возможность аутсорсинга и проведение экспертизы качества оказанной услуги. Однако несовершенство нормативно-правовой базы и систем

внутреннего, внешнего контроля качества телемедицинских консультаций, недостаточный тариф на них в ТПГГ, низкая готовность как населения, так и медицинских работников в использовании технологий выступают барьером, сдерживающим развитие телемедицины.

Объем медицинских услуг, оказанный гражданам других стран, в 2018 году составлял практически пятую часть объема всех платных медицинских услуг. С 2019 года этот показатель снижается, и в 2020 г. он составил только 7,6 %. Данный тренд связан с введенными международными санкциями, пандемией, обусловившей снижение количества иностранных граждан, приезжающих в Крым.

Проведенный индикаторный анализ конкурентной среды рынка медицинских услуг Республики Крым показал, что, несмотря на растущее количество частных поставщиков услуг, их доля в объеме оказанных услуг незначительна – всего 10 %. Это связано с низкой долей их участия в реализации ТПГГ (максимально 6,39 % от общего числа участников в 2020 году), незначительным приростом количества, наличием административных барьеров (таблица 2.12).

Таблица 2.12 – Анализ индикаторов развития конкуренции на рынке медицинских услуг Республики Крым, %

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Доля медицинских организаций частной формы собственности, которые оказывали физическим лицам платные медицинские услуги, в общем количестве медицинских организаций	66,7	75,4	81,1	82,7	86,0	66,7
Доля медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ, медицинскими организациями частной формы собственности	0	1,36	1,89	2,78	4,60	6,39
Доля объема платных медицинских услуг, оказываемых гос. медицинскими организациями, в общем объеме платных медицинских услуг	20,5	29,0	26,1	23,8	25,6	23,9
Доля поставщиков медицинских услуг, начавших деятельность в текущем году, в общем количестве медицинских организаций	н/д	6,8	8,4	3,6	8,4	7,7
Оценка предпринимателями уровня конкуренции как слабая и/или отсутствует, % опрошенных	н/д	62	37	48	39	23,6
Удовлетворенность потребителей качеством услуг и состоянием ценовой конкуренции, %	н/д	34	46	43	35,6	34

Источник: составлено автором по данным [27, 29]

Конкурентная среда на рынке медицинских услуг Республики Крым оценивалась как слабая или полностью отсутствующая достаточно большим количеством респондентов – представителями бизнес-сообщества данной сферы, что свидетельствует о монополизации медицинской деятельности, наличии барьеров для входа на рынок.

В 2019 году уровень конкуренции большинством респондентов (61 %) оценивался как высокий и очень высокий. В 2020 году как высокий его оценивало 38,2 %, респондентов, умеренный – 38,2 %. Этому во многом способствовали сокращение сроков и прозрачность процедуры лицензирования медицинской деятельности. Основными факторами, препятствующими развитию конкуренции на этом рынке, являются недостаточная и неравномерная технологическая оснащенность медицинских учреждений; недостаточность нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по многим видам медицинских услуг для предпринимательской деятельности; наличие проблем с кадровой обеспеченностью квалифицированным медицинским персоналом. При этом не более 34–46 % потребителей были удовлетворены качеством услуг [29].

Таким образом, нами было установлено, что рынок медицинских услуг в Республике Крым демонстрирует устойчивую динамику роста поставщиков медицинских услуг путем укрупнения государственных медицинских организаций и активного развития частного сектора: малых и средних предприятий, микропредприятий, индивидуального предпринимательства. Субъекты малого и среднего предпринимательства вносят существенный вклад в развитие рынка медицинских услуг, создают предпосылки для развития цивилизованной конкурентной среды, препятствия монополизации медицинской деятельности, стимулирования поиска новых ресурсосберегающих технологий, обеспечивающих оптимальное для потребителя сочетание цены и качества медицинской услуги. При этом их доля в реализации ТППГ незначительна. Развитию рынка также способствуют укрепление материально-технической базы, модернизация медицинских организаций, упрощение и прозрачность процедуры лицензирования, реализация государственных программ, направленных на развитие системы

здравоохранения региона в целом, в том числе ее кадрового потенциала. Слабая конкурентная среда, дефицит кадров в отрасли, низкие доходы населения являются главными ограничениями развития рынка.

2.3 Мониторинг эффективности регионального управления развитием рынка медицинских услуг

Управление развитием рынка медицинских услуг состоит в обеспечении пропорционального роста всех его сегментов, сохранении определенной структуры, решении вопросов максимального удовлетворения потребностей населения в качественной медицинской помощи, создании условий для эффективной деятельности поставщиков медицинских услуг, достижении целей федеральных целевых программ социально-экономического развития региона, программ, направленных на развитие системы здравоохранения. Главными социально-экономическими эффектами развития рынка являются снижение смертности населения от предотвратимых причин и увеличение продолжительности жизни при рождении, повышение качества человеческого капитала и рост производительности труда, увеличение доли здравоохранения в ВРП, количества занятых в этой сфере.

На совещании по вопросам социально-экономического развития Республики Крым и Севастополя, состоявшемся в январе 2020 года, Президент Российской Федерации заявил, что «сфера здравоохранения в Республике Крым и Севастополе находится в плачевном состоянии, власти двух субъектов должны сконцентрировать усилия на решении этих проблем» [56]. Поэтому оценка эффективности регионального управления развитием рынка медицинских услуг представляет собой важную задачу.

При оценке показателей, построении рейтингов регионов по доступности и качеству медицинской помощи как главного показателя эффективности системы

здравоохранения используют показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ), являющийся производным показателя смертности. Кроме того, одной из стратегических целей социально-экономического развития РФ является увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан страны до 78 лет к 2024 году. Однако сверхсмертность населения в результате пандемии COVID-19 существенным образом снизила ОПЖ в 2020 году по отношению к предыдущему периоду.

В Республике Крым ОПЖ, несмотря на повышение с 70,52 лет в 2015 г. до 72,71 лет в 2019 г., является одной самых низких среди регионов ЮФО с отставанием более чем на 1 год (рисунок 2.5).

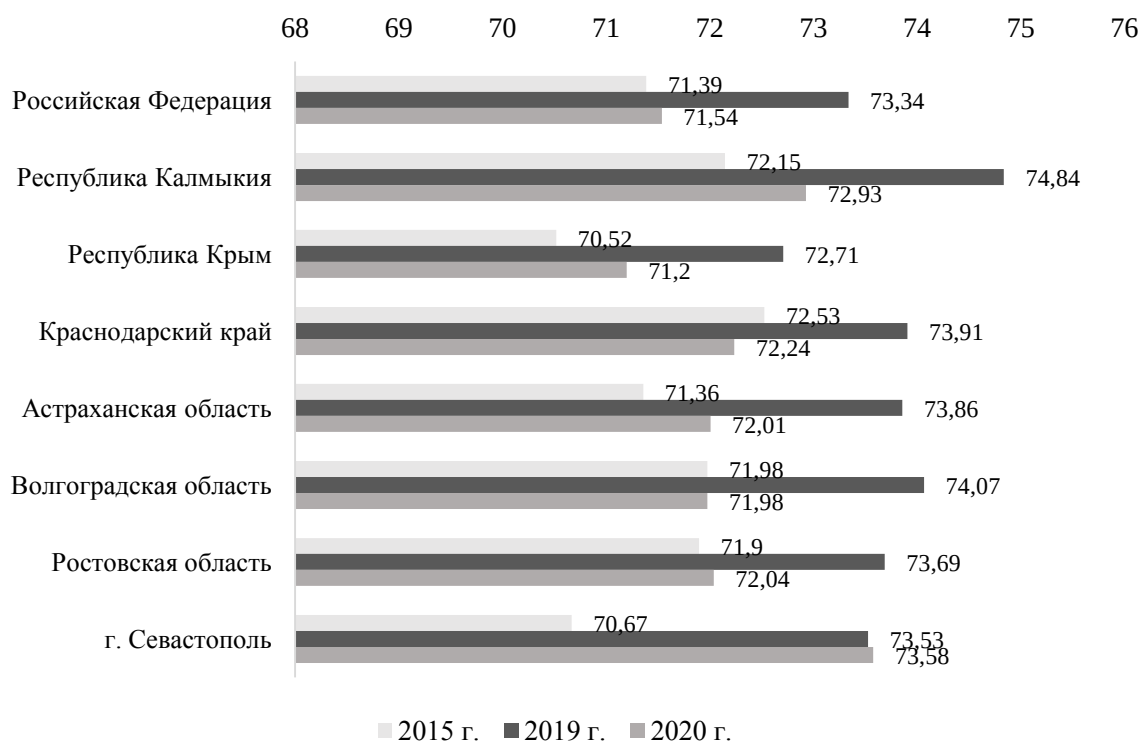


Рисунок 2.5 – Динамика показателя ОПЖ по Российской Федерации и регионам ЮФО, лет

Источник: составлено автором по данным [29]

Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет составляет 23,18 года, что также ниже соответствующих показателей по РФ (23,75 лет) и ЮФО (23,68 лет). При этом ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 60 лет, что соответствует общероссийскому тренду, но значительно ниже европейского уровня (71,65–80,88 лет).

Традиционным индикатором потерь здоровья населения является показатель смертности. В Республике Крым достаточно высокий уровень коэффициента смертности – 14 ‰ в 2019 году (в ЮФО – 12,9‰, среднероссийский показатель – 12 ‰). В 2020 году смертность населения в регионе увеличилась и составила 16,1‰ (в ЮФО – 14,8‰, РФ – 14,5 ‰). Безусловно, смертность населения обусловлена многими причинами, связанными как с генетикой, самосохранительным поведением, ведением здорового образа жизни, среды проживания, так и объемом предложения медицинских услуг, которые формируются в государственном сегменте рынка.

В ранее проведенном нами исследовании [125] мы показали, что смертность населения, а особенно трудоспособного возраста, напрямую связана с экономическими потерями как личных доходов каждого индивида, так и доходов отдельного региона, страны в целом, так как трудоспособное население перестает создавать экономические блага вследствие преждевременной смертности, наступления болезней, инвалидности, и соответственно возрастает объем социальных трансфертов.

Оценку потерь бюджета Республики Крым вследствие преждевременной смертности предлагается провести на основе показателя «Потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ, англ. – Potential Years of Life Lost, PYLL). Данный показатель используется в статистических наблюдениях ОСЭР, Всемирного банка, исследователями для проведения международных сравнений. Он рассчитывается как сумма смертей, наступивших в каждом возрасте, умноженная на количество оставшихся лет, чтобы дожить до выбранного возрастного предела, ранее которого все случаи смерти являются преждевременными (2.2).

$$\sum_{x=0}^{x=L} dx(L - x) \quad (2.2)$$

где d_x – число смертных случаев в возрасте x ; x – возраст преждевременной смерти; L – базовое значение продолжительности жизни, возраст, ранее которого все смерти считаются преждевременными.

В качестве базового значения продолжительности жизни примем возраст выхода на пенсию, установленный в Российской Федерации: для женщин – 54 года, мужчин – 59 лет (таблица 2.13).

Таблица 2.13 – Расчет упущенной выгоды в производстве ВРП Республики Крым вследствие преждевременной смертности, временной нетрудоспособности населения

Показатели	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Потерянные годы потенциальной жизни населения трудоспособного возраста, чел.-лет	79332	79953	67581	67146	66864
Потенциальные потери ВРП вследствие преждевременной смертности, млн руб.	27499,4	31745,9	27833,1	34907,3	36798,0
Доля потерь в ВРП, %	20	17	14	15	15
Количество дней временной нетрудоспособности пострадавших при несчастных случаях на производстве, тыс. дней	5,8	6,5	6,5	5,6	6,1
Количество дней временной нетрудоспособности по болезни, тыс. дней	1579,1	1495,6	1 464,8	1 489,3	1564,8
Потери ВРП вследствие временной нетрудоспособности вследствие болезни, несчастных случаев на производстве, млн руб.	1505,2	1634,0	1660,1	2201,0	2368,6
Итого потенциальные потери ВРП, млн руб.	29004,6	33379,9	29493,2	37108,3	39166,3
Доля потерь в ВРП, %	21	18	15	16	16

Источник: составлено автором

Для расчета потенциальных потерь ВРП будем применять доходный подход, при котором «население рассматривается как трудовой ресурс, создающий валовый внутренний продукт» [44, с.847]. Т.е. будем считать, что выбывший из трудовой деятельности человек, работал бы так же, как среднестатистический человек, продолжающий осуществлять трудовую деятельность.

Согласно проведенным расчетам, количество недожитых лет в период 2015–2019 гг. снижается, что обусловлено снижением уровня смертности. Если в 2015 году количество недожитых лет всего населения Республики Крым составляло 79332 года, то в 2019 году этот показатель составил уже 66864 года (снижение –

15,7 %). В разрезе пола у мужчин потерянные годы потенциальной жизни практически в 3,8 раз больше, чем у женщин. Это связано со сверхсмертностью мужчин в трудоспособном возрасте и большим периодом трудовой деятельности до наступления пенсионного возраста. Также у городских жителей недожитых до пенсионного возраста лет в 1,2 раза больше, чем у сельских.

Упущенная выгода в производстве ВРП вследствие преждевременной смертности, временной потери трудоспособности по причине болезни и в результате несчастных случаев на производстве в 2019 году составила 15,6 % ВРП. При этом доля здравоохранения в ВРП региона составляет только 7,5–8,2 %, что сопоставимо с долями промышленного сектора: обрабатывающей промышленности, строительства.

Как отмечалось выше, в реализации ТПГГ участвуют частные медицинские организации, исследование результатов деятельности которых представляется важным с точки зрения оценки эффектов их развития за счет дополнительных источников финансирования (средств ОМС). Объектами анализа стали 10 предприятий частной формы собственности, основным видом деятельности которых является ОКВЭД 86.1 «Деятельность больничных организаций», 86.2 «Общая врачебная практика», с численностью персонала не менее 25 человек, участвующие в реализации ТПГГ не менее двух лет (Приложение Б). По результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

- стабильно убыточными являются 3 медицинские организации: ООО «Диализный центр Крым», ООО «Нефролайн Алтай», предоставляющие услуги гемодиализа по полису ОМС в рамках ТПГГ в Республике Крым; ООО «Таврика», представляющая сеть медицинских лабораторий на территории Крыма; iVITRO, оказывающая услуги лабораторных исследований, инструментальной и компьютерной диагностики. Убыточность деятельности предприятий, работающих исключительно по программам ОМС (ООО «Диализный центр Крым», ООО «Нефролайн Алтай») позволяет сделать вывод о недостаточности тарифа на данную услугу или неэффективном расходовании производственных ресурсов;

- доля себестоимости в выручке от оказанных услуг в большинстве организаций достаточно велика (от 90 до 177 % в 2020 г.), что свидетельствует о высоком уровне издержек медицинских организаций (заработная плата персонала, расходные материалы, коммунальные расходы и др.) и ограниченной возможности поднимать цены на услуги;

- практически все организации работают с минимальным уровнем рентабельности продаж (5–7 %), что сдерживает их возможности для развития;

- только у двух организаций (ООО «Вера», ООО «Клиника Генезис») рентабельность капитала (ROE) превышает медианное значение по отрасли (30 %), что говорит о высокой эффективности использования собственного капитала этих поставщиков медицинских услуг.

Одним из косвенных показателей дефицита средств в системе ОМС, неэффективного управления медицинской организацией государственной формы собственности является образование просроченной кредиторской задолженности. Масштабность проблемы вызвала необходимость формирования в российских регионах по поручению Президента РФ «дорожных карт» по ликвидации просроченной кредиторской задолженности государственных и муниципальных медицинских организаций и мероприятий, направленных на недопущение такой задолженности в дальнейшем. Важно отметить, что в Республике Крым в исследуемом периоде просроченная кредиторская задолженность в медицинских организациях государственной формы собственности не наблюдалась, что свидетельствует о распределении объемов средств ОМС в размере, необходимом для функционирования медицинской организации, достаточно высоком качестве управления сферой.

Основным документом, определяющим направления развития общественного сегмента рынка медицинских услуг в Крыму, является Государственная программа развития здравоохранения в Республике Крым, включающая 8 подпрограмм: «Программа модернизации здравоохранения Республики Крым», «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»,

«Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации», «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», «Совершенствование и развитие антитеррористической защиты медицинских учреждений», «Совершенствование механизмов лекарственного обеспечения, гарантии в области лекарственной помощи населению», «Медицинская реабилитация населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей», «Развитие фундаментальной медицины и оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» [99]. Анализ эффективности ее реализации по показателям смертности населения и обеспеченности медицинскими кадрами показал, что запланированные на 2019 и 2020 гг. показатели достигнуты более чем на 90 %. Однако в государственной программе Республики Крым установленные целевые показатели по уровню смертности населения, ОПЖ, укомплектованности должностей медицинскими кадрами существенно ниже аналогичных программ других субъектов Российской Федерации, что свидетельствует о признании органами власти проблем в удовлетворении общественным сектором рынка спроса на медицинские услуги в регионе.

В целях удовлетворения потребностей граждан в первичной медико-санитарной помощи в республике с 2021 года начата реализация региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения на 2021–2025 годы, в которой наряду с модернизацией, строительством, оснащением оборудованием и транспортными средствами государственных медицинских организаций предусмотрен ряд мероприятий по их кадровому обеспечению. В результате реализации программных мероприятий показатель численности врачей в первичном звене здравоохранения (врачи общей практики, врачи-терапевты, врачи-специалисты) должен составить 4250 человек при уровне укомплектованности врачебных должностей в подразделениях, оказывающих первичную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с учетом

коэффициента совместительства 1,2 % – 84,4 % (показатель по РФ – 95 %) [147]. Таким образом, запланированный кадровый дефицит в данном сегменте рынка составит 15,6 % с учетом того, что каждая шестая врачебная должность будет занята врачом-совместителем.

Для оценки потребности населения Крыма и других субъектов Российской Федерации (84 субъекта) во врачах общей практики, участковых врачах-терапевтах (далее – врачи-терапевты) построена прогнозная модель на период 2020–2030 годов на основе методов, предложенных в работах [134, 212, 214, 225, 227, 229-230, 238, 246-248, 250, 260, 263]. В целом методика проведенного в работе подсчета прогнозного количества врачей-терапевтов для субъектов Российской Федерации на период 2020-2030 гг. основывалась на оценке влияния демографических и социально-экономических показателей, характеризующих население регионов, на спрос на медицинские кадры. В отличие от существующих моделей, включающих показатели ВРП, численность врачей, численность населения, в модель были включены дополнительные параметры, оказывающие влияние на величину спроса медицинских кадров (показатели демографической структуры населения и уровень расходов населения на медицинские услуги).

Во многих исследованиях, посвященных анализу трудовых ресурсов в здравоохранении, отмечается, что общий экономический рост региона, измеряемый валовым региональным продуктом, является наилучшим предиктором расходов на здравоохранение, увеличение которых, в свою очередь, предполагает возможность расширения штата сотрудников для оказания медицинских услуг населению [230, 252]. Кроме валового регионального продукта, динамика количества врачей-терапевтов также может определяться изменением возрастной структуры населения. В качестве демографического показателя, оказывающего влияние на спрос медицинских кадров, была использована численность населения старше трудоспособного возраста как индикатор старения населения. В работе [211] было подтверждено, что эта категория населения в большей мере нуждается в медицинской помощи. В качестве социально-экономических параметров, определяющих динамику спроса на медицинские услуги и, соответственно, на

медицинские кадры, были включены расходы населения на медицинские услуги, используемые в качестве косвенного показателя степени доступности медицинских услуг, а также доходы населения.

Для учета потенциальной эндогенности и возможности гарантировать направление причинно-следственной связи в модель также были включены лаги всех независимых переменных за пятилетний период, что позволило учесть долгосрочное влияние показателей.

Реализация модели осуществлялась алгоритмами машинного обучения. В отличие от эконометрических моделей, традиционно применяемых в качестве математических методов решения задач в экономических исследованиях, алгоритмы машинного обучения обеспечивают более строгий и систематический подход к поиску модели, наилучшим образом описывающей имеющиеся данные. Это обусловлено тем, что алгоритмы машинного обучения позволяют компьютеру самостоятельно подбирать наилучшую спецификацию модели, основываясь только на выявленных закономерностях в данных, в то время как эконометрические методы подразумевают непосредственное участие исследователя в формировании набора переменных, имеющих наибольшую предсказательную силу и наименьшую ошибку прогноза [213]. При этом структура модели, подобранная алгоритмами машинного обучения, может быть значительно более сложной, чем модель, сформированная вручную при использовании эконометрических методов, однако она способна обнаружить скрытые нелинейные зависимости между параметрами, наличие которых трудно предположить заранее [215].

В то же время важно отметить, что способность к самостоятельному обучению способствует снижению степени контроля исполнителя над процессом подбора релевантной модели и получению полностью интерпретируемых результатов. При использовании эконометрических подходов вероятность получения более интерпретируемых результатов в некоторых случаях может быть выше в связи с использованием самостоятельно подобранных параметров модели и сформированных ранее ожиданий относительно их степени и направления влияния.

Для оценки влияния выбранных ранее социально-экономических и демографических параметров на количество врачей-терапевтов были использованы данные по субъектам РФ за период 2005 - 2019 гг. Кроме того, полученная выборка была разделена на тренировочный (2005 – 2017 гг.) и тестовый дата-сеты (2018–2019 гг.), что позволило выявить существующие закономерности в данных, которые проявляются с течением времени, и получить более адекватный прогноз количества врачей первичного звена в последующие периоды.

В качестве базовой модели была принята линейная регрессия (Linear Regression), которая позволяет выявить линейные зависимости между объясняемой и независимыми переменными. В свою очередь, для выявления скрытых нелинейных зависимостей и получения более точных оценок прогнозирования количества врачей-терапевтов был проведен регрессионный анализ следующими алгоритмами машинного обучения: метод решающих деревьев (Decision Tree Regressor) – использует метод дерева решений для принятия решения о значении целевой переменной (представлены в листьях дерева) при прохождении через определенные условия (представлены в ветвях дерева); градиентный бустинг (Gradient Boosting Regressor и XG Boost Regressor) – для построения модели предсказания значения целевой переменной применяет ансамбль слабых предсказывающих моделей (обычно деревьев решений) и использует метод градиентного спуска для минимизации ошибки прогноза.

Критериями сравнения моделей являлись такие метрики, как среднеквадратичная ошибка (root mean squared error) и коэффициент детерминации (r^2 score). Сравнение качества выбранных моделей представлено в таблице 2.14.

Согласно полученным результатам, моделью, наилучшим образом описывающей существующие зависимости между прогнозируемой и объясняющими переменными, стала модель XG Boost. В отличие от других алгоритмов машинного обучения, XG Boost позволяет значительно сократить затрачиваемое на вычисления время, а также оптимально использовать ресурсы памяти, что крайне актуально при использовании больших массивов данных.

Таблица 2.14 – Сравнение качества использованных методов

Модель	Значения метрик качества модели	
Linear Regression	Root mean squared error: 139,37	R ² score: 0,966
DecisionTree	Root mean squared error 148,00	R ² score: 0,963
Gradient Boosting	Root mean squared error: 113,75	R ² score: 0,978
XG Boost	Root mean squared error: 97,8	R ² score: 0,984

Источник: составлено автором

Для дальнейшего повышения качества выбранной модели были выделены переменные, оказывающие наибольшее влияние на описательную силу модели. Проанализировав качество выбранной модели с различным числом параметров (от 10 до 14 ед.) путем вывода метрик качества было установлено, что наилучшие результаты были получены при включении в модель 13 параметров: ВРП в сфере здравоохранения и ее лаги (за исключением 3-го лага), количество населения старше трудоспособного возраста (и его 5-й лаг), доходы населения и их лаги (за исключением 3-го и 4-го лага), а также расходы населения (и их 5-й лаг) (рисунок 2.6).

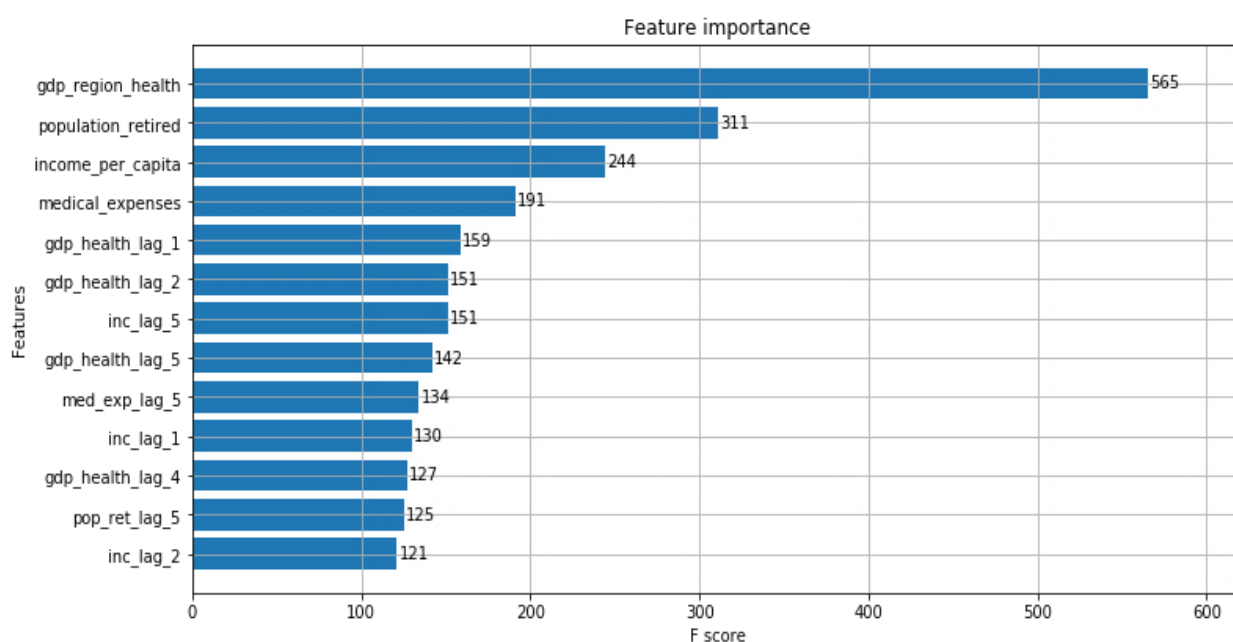


Рисунок 2.6 – Переменные, оказавшие наибольшее влияние на предсказательную силу модели

Источник: составлено автором

В результате среднеквадратичная ошибка снизилась до 96,24 (ранее – 97,8).

Таким образом, спецификация финальной модели представлена в виде:

$$\begin{aligned} physicians_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \times gdp_{health_{it}} + \beta_2 \times gdp_{health_{it-1}} + \beta_3 \times \\ & gdp_{health_{it-2}} + \beta_4 \times gdp_{health_{it-4}} + \beta_5 \times gdp_{health_{it-5}} + \beta_6 \times \\ & population_{retired_{it}} + \beta_7 \times population_{retired_{it-5}} + \beta_8 \times \\ & income_{per\,capita_{it}} + \beta_9 \times income_{per\,capita_{it-1}} + \beta_{10} \times \\ & income_{per\,capita_{it-2}} + \beta_{11} \times income_{per\,capita_{it-5}} + \beta_{12} \times \\ & medical_{expenses_{it}} + \beta_{13} \times medical_{expenses_{it-5}} + \varepsilon_{it}, \end{aligned} \quad (2.3)$$

где *physicians* – количество врачей-терапевтов;

gdp_health_{it} – объем ВРП в сфере здравоохранения;

gdp_health_{it-1} – первый лаг объема ВРП в сфере здравоохранения;

gdp_health_{it-2} – второй лаг объема ВРП в сфере здравоохранения;

gdp_health_{it-3} – третий лаг объема ВРП в сфере здравоохранения;

gdp_health_{it-5} – пятый лаг объема ВРП в сфере здравоохранения;

population_16_{it} – количество населения старше 16 лет;

income_per_capita_{it} – доходы населения;

medical_expenses_{it} – расходы населения;

population_retired_{it} – количество населения старше трудоспособного возраста;

population_16_{it-5} – пятый лаг количества населения старше 16 лет;

income_per_capita_{it-5} – пятый лаг объемов доходов населения.

Также была обучена модель с альтернативной спецификацией, включающей переменные, являющиеся производными от параметров исходной модели (доля населения старше трудоспособного возраста от общей численности населения региона). Для выбора подходящей спецификации модели была проведена аналогичная процедура обучения данных, что и в исходной модели. В результате было выявлено, что спецификация модели, представленная в уравнении (2.3), имеет наименьшее значение среднеквадратичной ошибки и наибольшее значение коэффициента детерминации.

Прогноз количества врачей-терапевтов на период 2020–2030 гг. проведен для каждого субъекта РФ в отдельности (реализация была осуществлена с

использованием цикла). При этом для оценки возможной вариации количества врачей-терапевтов были рассчитаны 3 варианта прогноза количества медицинских кадров исходя из численности населения субъектов РФ по среднему, высокому и низкому вариантам прогнозов Росстата. В связи с тем, что численность населения является одним из основных факторов, определяющих объем спроса медицинских кадров, использование различных вариантов прогноза численности населения позволяет оценить возможный диапазон изменения количества врачей-терапевтов на период до 2030 года (Приложение В).

В Республике Крым численность врачей-терапевтов при среднем варианте прогноза в 2030 г. составит 556 чел., высоком – 575 чел., низком – 540 чел. Темпы изменения числа врачей-терапевтов в разных вариантах в целом коррелируют с прогнозируемой Росстатом динамикой численности населения. Уменьшение числа терапевтов по низкому прогнозу по сравнению со средним на 2,9 % соответствует уменьшению количества населения трудоспособного возраста на 2,4 %. В то же время увеличение количества врачебных кадров в рамках высокого прогноза на 3 % в 2030 г. по сравнению с 2019 г. коррелирует с незначительным увеличением численности населения трудоспособного возраста, ВРП, среднедушевых доходов населения.

Полученная при моделировании численность врачей-терапевтов по трем вариантам прогноза была скорректирована на среднее значение укомплектованности должностей врачей общей практики, врачей-терапевтов. В результате получены прогнозные данные по необходимой численности врачей-терапевтов для Республики Крым до 2030 года без учета коэффициента совместительства, что позволит осуществлять эффективную региональную политику, не допуская дефицита кадров в медицинских организациях, предоставляющих услуги первичной медико-санитарной помощи (рисунок 2.7).

Следует отметить, что результаты прогнозирования потребности врачей-терапевтов для Республики Крым коррелируют с данными, рассчитанными ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на 2020 год.

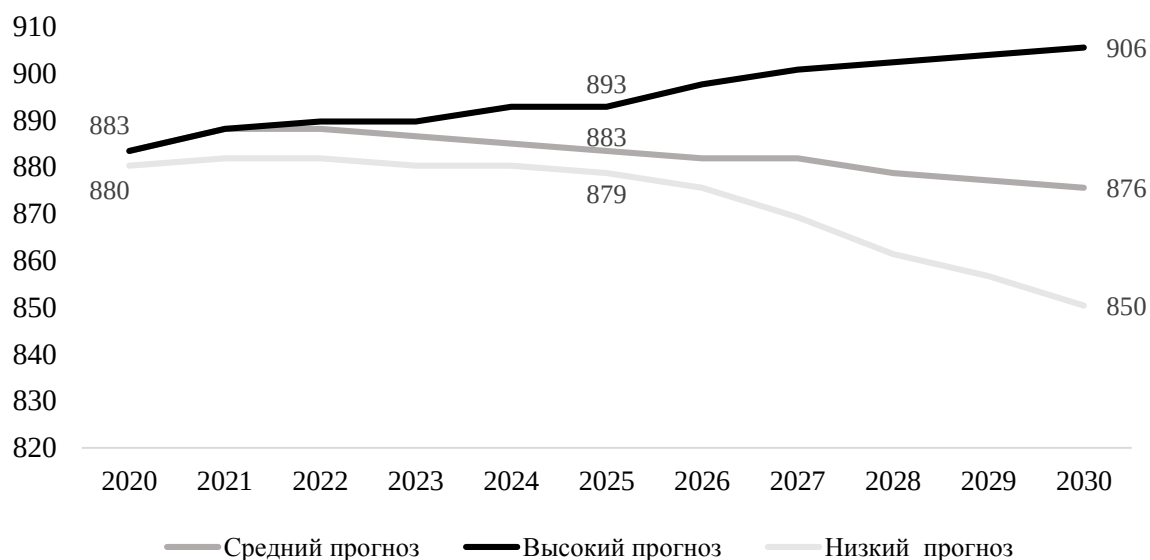


Рисунок 2.7 – Прогноз необходимой численности врачей общей практики, участковых врачей-терапевтов в Республике Крым, тыс. чел.

Источник: рассчитано автором

Одним из показателей качества услуг является удовлетворенность потребителей. Анализ ее уровня проведен на основании данных Росстата, Крымстата по обследованию домохозяйств и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым, так как данные исследования имеют большую репрезентативность выборки, динамику по годам, отражают основные параметры качества медицинской услуги.

По исследованию Росстата, качеством медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями частного сектора, удовлетворены 91 %, в то время как в секторе рынка общественных медицинских услуг удовлетворено только 62 % пациентов [29]. Самая низкая оценка удовлетворенности пациентов, по данным опроса ТФОМС, связана с техническим состоянием зданий (48–65 %), что обусловлено недостаточным уровнем финансирования сферы до 2014 года, начавшейся реконструкцией и ремонтом. Организация и ресурсная обеспеченность медицинского обслуживания (запись на прием к врачу, доступность лабораторных исследований, доступность диагностических исследований, срок ожидания плановой госпитализации, обеспеченность медикаментами) вызывает удовлетворенность только у 55–78 % населения (таблица 2.15).

Таблица 2.15 – Оценка удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинских услуг, %

Показатели	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Амбулаторно-поликлинические условия			
Удовлетворенность качеством МП	62	75	74
Техническое состояние помещений	48	61	59
Запись на прием к врачу	60	73	73
Доступность лабораторных исследований	59	73	66
Время ожидания врача	57	68	67
Доступность диагностических исследований	53	66	55
Круглосуточный стационар			
Удовлетворенность качеством МП	75	86	81
Техническое состояние помещений	62	71	65
Комфортность больничной палаты	64	76	67
Срок ожидания плановой госпитализации	77	85	78
Работа вспомогательных служб	74	85	81
Дневной стационар			
Удовлетворенность качеством МП	80	90	80
Техническое состояние помещений	65	72	65
Комфортность больничной палаты	69	76	71
Обеспеченность медикаментами	71	78	75
Работа вспомогательных служб	71	81	77

Источник: составлено автором на основе [29]

Больше всего жители Крыма не удовлетворены доступностью лабораторных и диагностических исследований (в 2019 г. не удовлетворено 34 – 45% опрошенных жителей). Четверть опрошенных граждан не удовлетворены качеством обслуживания в амбулаториях, пятая часть – в стационарах. Главной причиной неудовлетворенности граждан является длительность ожидания в очередях, работа врачей специалистов, что связана с дефицитом врачей.

В 2019 году практически 70% опрошенных граждан не удовлетворены длительностью ожидания в очереди для получения медицинской услуги, что свидетельствует о проблемах в организации деятельности поставщиков услуг, недостатке кадров.

Таким образом, проведенный мониторинг показал, что региональное управление развитием рынка медицинских услуг осуществляется недостаточно эффективно, о чем свидетельствуют высокий уровень смертности населения,

потенциальные потери ВРП вследствие преждевременной смертности трудоспособного населения, заболеваемости и инвалидизации, недостаточно эффективная деятельность частных медицинских организаций, работающих в системе ОМС, низкая удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинских услуг.

Глава 3 Управленческий инструментарий развития регионального рынка медицинских услуг

3.1 Разработка модели государственно-частного партнерства при создании и функционировании медицинского объекта

В первой главе нами было обосновано, что одним из эффективных механизмов развития рынка медицинских услуг является государственно-частное партнерство, важность развития которого обусловлена:

- необходимостью решения сложных проблем, вызванных старением населения региона, растущим бременем хронических заболеваний, повышением медицинской грамотности пациентов и быстрыми изменениями медицинских технологий;
- потребностью в новой или модернизированной инфраструктуре рынка медицинских услуг в условиях ограничений капитальных расходов;
- мобилизацией и использованием наиболее эффективным способом уникальных ресурсов государственного и частного секторов рынка для укрепления потенциала и устойчивости системы здравоохранения;
- необходимостью стимулирования развития инноваций в медицинской сфере;
- обеспечением наилучшего соотношения цены и качества медицинских услуг [38, 68, 110, 157, 218, 219].

В настоящее время в мировой практике сложилось достаточно большое разнообразие моделей и форм государственно-частного партнерства в медицинской сфере. Их систематизация позволила выделить 3 основные бизнес-модели: 1) инфраструктурная, 2) модель медицинских и сервисных услуг, 3) интегрированная модель.

Инфраструктурная модель предполагает, что частный партнер проектирует, строит или реконструирует медицинский объект, осуществляет его оснащение и в

дальнейшем в течение срока соглашения с государственным партнером обеспечивает управление, техническое обслуживание объекта, получая доходы от его эксплуатации и возмещение капитальных затрат. Такая модель также позволяет привлекать частного партнера для управления персоналом медицинского учреждения, оказания некоторых медицинских услуг, например диагностических, проведение лабораторных исследований. Как правило, срок соглашения составляет 25–30 лет. Государство осуществляет контрольно-надзорные функции и предоставление медицинских услуг.

Модель медицинских и сервисных услуг основывается на оказании медицинских услуг медицинскими организациями частной формы собственности (высокотехнологичных, диагностических, лабораторных и т. д.) за счет средств государства или страховых фондов, приобретение и техническое обслуживание медицинского оборудования по контрактам жизненного цикла, аутсорсинг немедицинских услуг (вывоз биологических отходов, предоставление питания, стирка белья, сервисные услуги). Контракты между государственным и частным партнерами заключаются на срок от 1 года. Применение данной модели направлено на использование потенциала частного сектора для повышения доступности и качества медицинских услуг, развитие конкуренции на рынке медицинских услуг, внедрение инновационных практик оказания медицинской помощи, технологическое переоснащение медицинских учреждений.

Интегрированная модель объединяет первые две модели и является наиболее сложной в ГЧП. В результате такого партнерства не только создается передовая медицинская инфраструктура, но и используются знания, технологии, возможности частного партнера для предоставления медицинских услуг, его управленческий опыт, повышается экономическая и клиническая эффективность услуг, достигается оптимальное соотношение их цены и качества. Частный партнер несет ответственность за принятие на себя риска перерасхода средств на этапе проектирования, строительства и эксплуатации объекта, а также за риски, возникающие при предоставлении услуг, включая управление изменениями спроса

на услуги, соблюдение строгих стандартов качества услуг и управление трудовыми ресурсами [142].

В Республике Крым ГЧП-проекты в сфере здравоохранения не реализовывались. Однако потребность в строительстве новых медицинских объектов, особенно первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), очень высокая. В государственном докладе «О задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения» подчеркивается, что вклад первичной медико-санитарной помощи в здоровье каждого человека составляет не менее 60 % и, соответственно, количество обращений населения в ФАПы, поликлиники существенно выше, чем в специализированные медицинские организации [89]. Именно в первичном звене происходит первый контакт пациента с системой здравоохранения, определяется «маршрут» его движения и координация в этой системе в целом, предоставляется широкий спектр медицинских услуг при разных заболеваниях без вмешательства узких специалистов и госпитализаций, проводятся профилактические мероприятия и ранняя диагностика заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение, что способствует снижению общих расходов на здравоохранение. В европейских странах 85–95 % первичных обращений осуществляется к врачам общей практики [211].

В настоящее время ВОЗ рассматривает ПМСП как общенациональный подход к здоровью и благополучию, основанный на нуждах и предпочтениях отдельных людей, семей и сообществ; комплексную заботу о здоровье человека на протяжении всей его жизни; предоставление широкого спектра услуг, включающих укрепление здоровья и профилактику болезней, лечение заболеваний и состояний, медицинскую реабилитацию, паллиативный уход в месте максимально приближенном к месту обитания. Также отмечается, что ПМСП может способствовать достижению не только Целей устойчивого развития по обеспечению наивысшего достижимого уровня здоровья и благополучия, но и других – связанных с ликвидацией нищеты, голода, гарантированием образования, гендерного равенства, чистой воды и санитарии, занятости и экономического роста, сокращением неравенства [233].

В работе [261] подчеркивается, что несмотря на отсутствие убедительных доказательств, принято считать, что хорошо развитая система первичной помощи оказывает благотворное влияние на систему здравоохранения в целом, что связано с улучшением здоровья населения, снижением частоты ненужных госпитализаций и соответственно расходов на их проведение, и относительно низким социально-экономическим неравенством. Проведенное исследование авторов [250] показало, что наличие 10 дополнительных врачей первичной медико-санитарной помощи на 100 000 населения в США способствовало снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака и респираторных заболеваний на 0,9–1,4%.

ПМСМ оказывается на трех уровнях: доврачебном (средний медицинский персонал – акушеры, фельдшеры), первичном врачебном (врачи-терапевты, терапевты участковые, педиатры, педиатры участковые, врачи общей практики), специализированном (врачи-специалисты разного профиля). Первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь по программе обязательного медицинского страхования организуется на основе территориально-участкового принципа, который заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории и путем прикрепления граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации.

В 2020 году ПМСП на территории Республики Крым оказывали услуги 94 медицинские организации государственной формы собственности, 1 – федеральной формы собственности, 1 частная медицинская организация, имеющая прикрепленное население. Количество врачебных терапевтических участков составило 401 (из них 40 - комплексные участки, 10 – малокомплектные участки), участков врача общей практики (семейного врача) – 411, педиатрических – 308. Однако численность прикрепленного населения на участках в 1,3–1,5 раз превышает рекомендуемую Министерством здравоохранения РФ, что увеличивает нагрузку на врачей и не удовлетворяет в достаточной степени потребности населения в медицинских услугах в этом сегменте рынка.

Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым установлены нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо. Нормативы медицинской помощи в амбулаторных условиях предусматривают посещения с профилактической целью, комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, обращения по заболеваниям и посещения с целью диагностических исследований, лечения. Проведенная оценка выполнения объемов первичной медико-санитарной помощи ТПГГ Республики Крым показала очень низкий уровень их выполнения (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Оценка выполнения объемов первичной медико-санитарной помощи ТПГГ Республики Крым

Год	Установленный в ТПГГ объем первичной медико-санитарной помощи (посещение, обращение)	Фактически оказанный объем первичной медико-санитарной помощи (посещение, обращение)	Отклонение	
			Абсолютное	Относительное, %
2015	16444974,11	9121191	-7323783	55,5
2016	16234120,0	9989731,0	-6244389,0	61,5
2017	15707934,7	8774906,0	-6933028,7	55,9
2018	15904492,9	8711311,0	-7193181,9	54,8
2019	15890647,2	9033062,0	-6857585,2	56,8
2020	15994999,5	6890103,0	-9104896,5	43,1

Источник: составлено автором на основе [29, 34]

Из приведенных в таблице данных следует, что запланированные объемы медицинской помощи, которая должна быть оказана гражданам в рамках ТПГГ, в 2015-2019 гг. выполнены не более, чем на 55-62%, а в 2020 г. только на 43%. Низкое количество посещений жителями региона медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, связано как с низкой укомплектованностью должностей врачей-терапевтов участковых, семейных врачей, так и отсутствием возможности в действующих амбулаториях расширять зону обслуживания. Это приводит к увеличению времени ожидания визита к врачу, нарастанию неудовлетворенной потребности в медицинской помощи в связи с

ухудшением состояния здоровья. В разных регионах республики осуществляется масштабное строительство новых жилых массивов, в которых планами застройки не предусматривается строительство амбулаторий, медицинских центров, например микрорайоны Жигулина Роща (численность населения – 24 000 чел.), Заводское (численность населения – более 37 000 чел.), Город Мира (численность населения – 10 000 чел.) в г. Симферополе. Также правительством РФ запланировано увеличение темпов строительства жилья в Крыму с выходом к 2029 году на ежегодный ввод в эксплуатацию 20 млн кв. м жилья, что требует развития инфраструктуры, в том числе медицинской.

Данное обстоятельство вызвало необходимость разработки бизнес-модели создания и функционирования Центра амбулаторной помощи (ЦАП), который может располагаться в новом микрорайоне города для максимального приближения медицинской организации к месту жительства потребителей услуг. Согласно исследованиям авторов [176, 237], близкое расположение объекта к потребителям способствует более высокой посещаемости и тем самым обеспечивает более высокий уровень увеличения прибыли при меньшей маркетинговой активности. Развитие амбулаторно-поликлинической помощи сегодня также является одним из национальных приоритетов, реализуемым в соответствии с федеральным проектом «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», направленным на обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи.

В общем виде построение модели предполагает выделение таких структурных элементов: целевые клиенты, ценностное предложение, ресурсы, сгенерированные потоки доходов и расходов.

Целевыми клиентами ЦАП будут являться жители новых микрорайонов, которые прикрепляются к врачебным участкам. Действующим законодательством предусмотрен выбор гражданином РФ не чаще чем один раз в год медицинской организации и врача путем подачи соответствующего заявления. Осуществление ряда информационных, рекламных мероприятий среди жителей микрорайона позволит обеспечить необходимый поток потребителей. Предполагаемая

численность прикрепленного населения в возрасте старше 18 лет составит 14 000 человек, что потребует организации 8 врачебных участков.

Медицинские услуги в ЦАП планируется оказывать на бесплатной (по базовой программе ОМС) и возмездной основе.

На бесплатной основе для граждан предоставляется первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь путем предоставления следующих медицинских услуг:

- профилактика, диагностика, лечение заболеваний и состояний, медицинская реабилитация, формирование здорового образа жизни и организация санитарно-гигиенического просвещения (амбулаторно);
- специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара;
- диагностические исследования (лабораторные, инструментальные) по полису ОМС;
- диспансеризация;
- стоматологические услуги в рамках полиса ОМС;
- проведение медицинской реабилитации после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией. Следует отметить, что в регионе количество таких лиц составляет более 65 тыс. человек.

Для проведения восстановления нарушенных функций организма у взрослых пациентов, предупреждения и снижения степени возможной инвалидности, улучшения качества жизни, сохранения работоспособности и его социальной интеграции в общество, Министерством здравоохранения Российской Федерации утвержден порядок, предусматривающий организацию медицинской реабилитации взрослого населения. В соответствии с ним одним из этапов лечения новой коронавирусной инфекции является медицинская реабилитация в амбулаторных условиях и (или) в дневных стационарах (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара). Проведение реабилитационных мероприятий в условиях дневного стационара Центра амбулаторной помощи положительным образом отразится на всех взаимодействующих субъектах рынка: пациентах – при составлении

индивидуального плана маршрутизации по реабилитации, территориально приближенной к месту жительства; поставщике медицинских услуг – Центре амбулаторной помощи – как диверсификация предложений медицинских услуг. Учитывая климатические особенности Республики Крым, благоприятно влияющие на лечение пациентов с заболеваниями соматического профиля, перенесших в тяжелой и средней форме заболевание новой коронавирусной инфекции, становится возможным принимать в Центре амбулаторной помощи пациентов из других субъектов Российской Федерации для проведения реабилитации в рамках ТППГ. Оснащение дневного стационара ЦАП 30 койками позволит ежегодно оказывать реабилитационную помощь более 1000 пациентам, в амбулаторных условиях обслуживать до 2000 человек. После завершения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или амбулатории пациенты могут быть направлены на долечивание в санаторно-курортные организации, расположенные на территории Республики Крым.

Перечень платных медицинских услуг ЦАП сформирован на основе аналитических исследований перспективных направлений развития рынка платных медицинских услуг, проведенных компаниями Mar Consult, Ernst & Young, РБК, BusinesStat, «Деловой профиль», и включает:

- комплексные медицинские обследования (Check-up);
- оказание платных услуг по полису ДМС;
- проведение обязательных медицинских осмотров работников согласно требованиям законодательства;
- проведение медицинских осмотров для получения разрешения на оружие, поступления на государственную и муниципальную службу, посещение бассейна;
- проведение медицинских освидетельствований иностранных граждан с выдачей медицинского заключения; лиц, поступающих на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета РФ; граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

лиц, работающих с использованием сведений, составляющих государственную тайну;

- стоматологические услуги, не включенные в базовую программу ОМС;
- косметологические услуги;
- физиотерапевтические услуги;
- телемедицинские консультации.

Комплексные медицинские обследования, в отличие от диспансеризации, включенной в программу ОМС, проводятся путем углубленного подробного исследования организма, включающего значительно больше лабораторных показателей, инструментальных обследований с учетом возраста пациента и имеющейся патологии. Данная услуга набирает все большую востребованность у молодого поколения, людей средних лет, заботящихся о своем здоровье, так как позволяет выявить заболевание на более ранней стадии. Следует отметить, что граждане этой возрастной категории чаще всего составляют подавляющее большинство среди жителей новых микрорайонов.

Исследование предложений услуги Check-up в Республике Крым среди медицинских организаций показало, что оказывают подобную услугу только 1 клиника в г. Симферополе и медицинский центр комплекса Mriya Resort & SPA в г. Ялте. Стоимость услуги варьируется от 15 000 до 30 000 руб., что сопоставимо с ценами на аналогичные исследования в г. Краснодаре и значительно ниже, чем в Москве.

Проведение обязательных медицинских осмотров, медицинских освидетельствований является одним из востребованных видов платных медицинских услуг в регионе. Анализ финансовой информации крупнейших в регионе медицинских организаций, оказывающих данный вид услуг (ГУП РК «Поликлиника медицинских осмотров», ООО «Витапроф»), показал ежегодную (до 2020 г.) положительную динамику выручки, прибыли, валовой рентабельности, контрактов с государственными организациями на проведение периодических осмотров работников [170]. Однако более 70 % потребителей услуг не удовлетворены скоростью обслуживания и условиями ожидания медицинских услуг, что позволяет сделать вывод о большой загрузке медицинских организаций,

оказывающих обязательные медицинские осмотры, и имеющемся потенциале развития этого сегмента рынка.

Преимуществом оказания платных медицинских услуг в ЦАПе является близость расположения к потребителям, возможность сочетания бесплатных и платных медицинских услуг, высокий уровень квалификации персонала, улучшенный сервис (комфортные условия приема пациентов, в том числе в вечернее время и выходные дни, дистанционные сервисы обслуживания).

Для размещения Центра амбулаторной помощи необходимо отдельно стоящее капитальное строение, высотой 3 этажа, общей площадью 3350 м², в том числе с площадью кабинетов для оказания медицинских услуг – 2330 м². Пропускная способность центра должна составлять не менее 300 посещений в смену. Сметная стоимость строительства здания в ценах 2021 г. составит 850 000 тыс. руб. Стоимость оснащения ЦАП, включая мебель, медицинское оборудование – 280 000 тыс. руб., в том числе медицинское оборудование стоимостью свыше 100 тыс. руб. – 160 000 тыс. руб. Таким образом, общая стоимость проекта по строительству и оснащению медицинского центра составит 1 130 000 тыс. руб. При этом медицинское оборудование стоимостью до 100 тыс. руб. возможно приобретать за счет тарифа ОМС, что существенным образом снижает размер первоначальных инвестиций.

Существующие в настоящее время бюджетные ограничения не позволяют реализовать данный проект исключительно за счет средств региона. В качестве механизма создания и эксплуатации ЦАП предлагается использовать интегрированную модель государственно-частного партнерства на основе концессионного соглашения. Важно отметить, что действующее законодательство о концессионных соглашениях предусматривает сохранение собственности на объект общественным партнером (концедентом), его эксплуатацию частным партнером (концессионером) в течение срока соглашения, запрет на изменение целевого назначения объекта, сохранение на объекте предоставления бесплатной медицинской помощи для населения в рамках ТПГГ. Схема реализации концессионного соглашения приведена на рисунке 3.1.

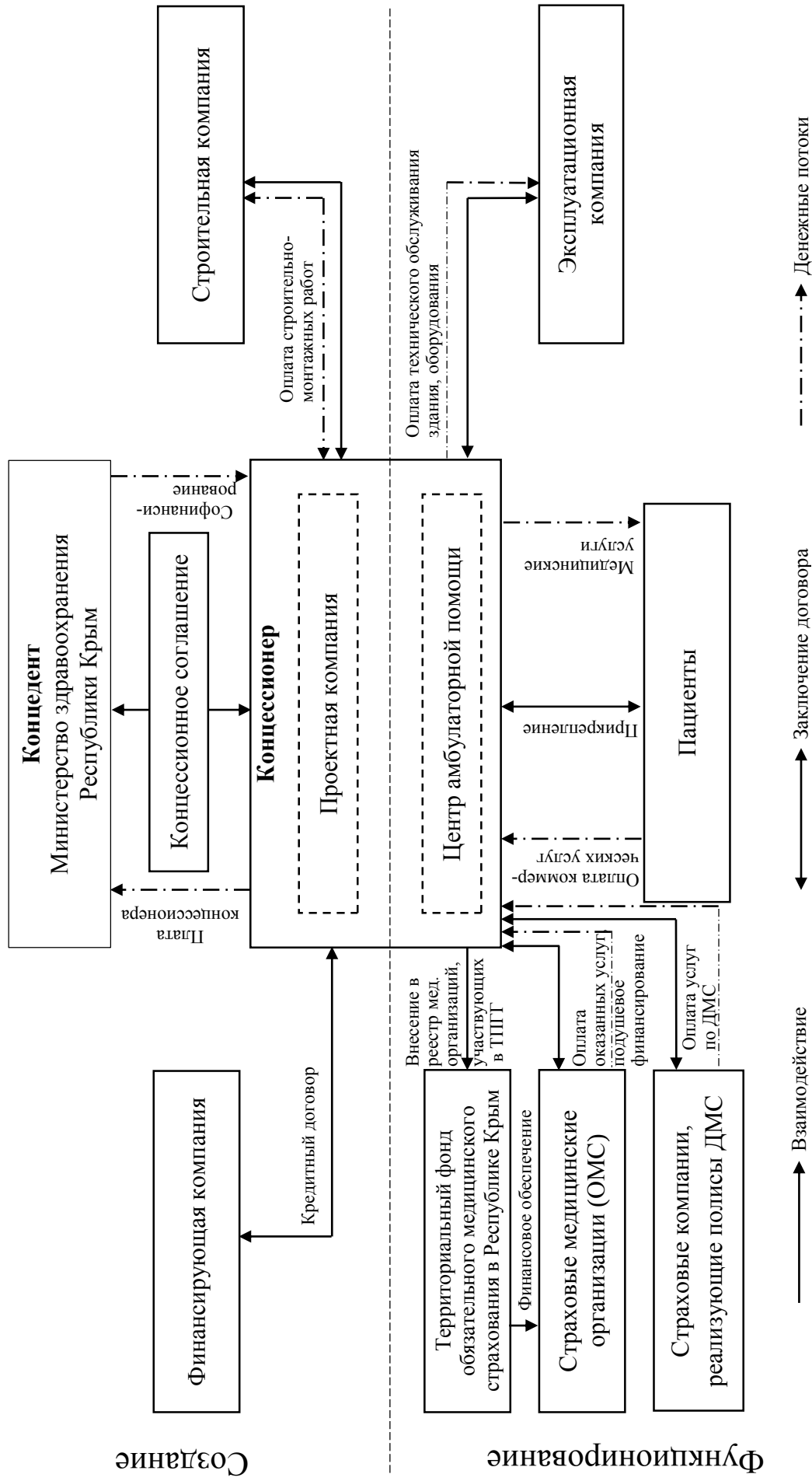


Рисунок 3.1 – Схема реализации концессионного соглашения создания и функционирования Центра амбулаторной помощи в Республике Крым

Источник: составлено автором на основе [91, 190]

Концессионное соглашение заключается на срок 17 лет и предусматривает софинансирование (капитальный грант) общественным партнером в лице Министерства здравоохранения Республики Крым в размере 30 % затрат на строительство объекта (285 000 тыс. руб.), плату концедента в размере 1 руб. в год (концедент самостоятельно покрывает эксплуатационные расходы).

Участок на правах аренды под строительство объекта выделяется Концессионеру без проведения конкурсной процедуры и оплаты. Концессионер за счет собственных, привлеченных источников, капитального гранта осуществляет строительство Центра амбулаторной помощи в соответствии с утвержденной проектной документацией, его оснащение необходимым оборудованием согласно установленным концессионным соглашением технико-экономическими показателям и характеристикам объекта. После завершения строительства Концессионер вводит объект в эксплуатацию, осуществляет необходимые действия для государственной регистрации права собственности Концедента, страхованию риска случайного повреждения объекта. Цель эксплуатации объекта – оказание медицинских услуг по программе ОМС, платных медицинских услуг.

Для осуществления медицинской деятельности Концессионер должен в течение 60 дней со дня ввода ЦАП в эксплуатацию получить лицензию на медицинскую деятельность. В установленный срок подать заявку в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым на включение в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы госгарантий, в том числе Территориальной программы ОМС. В течение всего периода концессионного соглашения непрерывно эксплуатировать объект в целях оказания медицинских услуг, осуществлять ремонт и содержание основных средств, в том числе с привлечением третьих лиц, за действия которых отвечать, как за свои собственные [91]. Качество медицинских услуг должно соответствовать критериям, установленным в ТППГ.

Осуществление медицинской деятельности требует привлечения квалифицированных медицинских кадров. Для предотвращения оттока персонала из государственных медицинских организаций отдельным пунктом

концессионного соглашения возможно указание условия привлечения медицинских кадров в ЦАП из других регионов, частных клиник, образовательных организаций.

Публичный партнер также несет ряд обязательств по соглашению, из которых как основные можно выделить следующие:

- выделение земельного участка под строительство ЦАП;
- подготовка и передача проектной документации на объект концессионного соглашения;
- обеспечение капитального гранта на софинансирование строительства здания;
- передача концессионеру Центра амбулаторной помощи во владение и использование со дня ввода его в эксплуатацию на период действия концессионного соглашения для его целевого использования (эксплуатации);
- после окончания действия концессионного соглашения предоставить возможность концессионеру арендовать помещения ЦАП на льготных условиях при условии осуществления медицинской деятельности по ОМС;
- гарантировать в течение срока концессионного соглашения выделение объемов ОМС, подушевого финансирования в соответствии с численностью прикрепленного населения, индексацию тарифов;
- оказывать содействие в прикреплении к ЦАП жителей микрорайона.

В целях повышения привлекательности инвестиционного проекта, стимулирования предпринимательской активности инвестора отдельным соглашением возможно установить льготу по налогу на прибыль, налогу на землю в течение периода действия концессионного соглашения, предоставление государственных гарантий на осуществление лизинга медицинского оборудования для ЦАП, субсидировать процентную ставку по кредитному договору концессионера.

Для построения бизнес-модели ГЧП сгенерированы денежные потоки по доходам и расходам объекта концессии в период его эксплуатации (2 года – период строительства объекта, 15 лет – эксплуатация). Доходы по медицинским услугам,

оказываемым по ОМС, определялись на базе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), с корректировкой на индекс цен на медицинские услуги из расчета 14 000 чел. населения. Доходы от платных медицинских услуг рассчитывались на основе сложившихся цен в Республике Крым, индекса цен, динамики объема аналогичных медицинских услуг частных медицинских организаций.

Расходы на медицинские услуги по программам ОМС формировались на основе установленного перечня расходов, включаемых в тариф и структуры тарифа по видам медицинской помощи (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Структура расходов на медицинские услуги, оказываемые по ОМС

Вид медицинской помощи	Доля, %			
	Расходы на оплату труда, начисления на оплату труда, прочие выплаты	Приобретение лекарственных препаратов и материалов, применяемых в мед. целях	Приобретение продуктов питания	Прочие расходы, в т. ч. коммунальные, приобретение оборудования до 100 000 руб.
Амбулаторная медицинская помощь	65	10		25
Стоматологическая помощь	65	15		20
Медицинская помощь в дневных стационарах	59,6	21,8	1	17,6

Источник: составлено автором

Расходы на платные медицинские услуги определялись на основе структуры затрат, определенной по данным финансовой отчетности частных медицинских организаций, оказывающих аналогичные услуги, с учетом индекса цен. Рассчитанный чистый дисконтированный доход на весь период концессионного соглашения составил 114456107,27 руб., индекс прибыльности – 15,79 %,

внутренняя норма доходности – 8,38 %, срок окупаемости – 9,6 лет. (Приложение Г).

Модель государственно-частного партнерства создания и эксплуатации Центра амбулаторной помощи на основе концессионного соглашения представлена на рисунке 3.2.



Рисунок 3.2 – Модель ГЧП создания и эксплуатации ЦАП

Источник: составлено автором

Предложенная модель ГЧП направлена на удовлетворение интересов всех участников рынка медицинских услуг, инвесторов, органов регионального управления. Ожидаемыми эффектами ее реализации должны стать следующие:

- для потребителей медицинских услуг: удовлетворение потребности в медицинских услугах, оказываемых на возмездной основе, и в рамках ТПГГ; улучшенный сервис, доступность и качество медицинских услуг;
- для инвесторов: реализация бизнес-интересов в сфере оказания медицинских услуг;
- для экономики региона: рост ВРП за счет увеличения объема медицинских услуг, производительности труда во всех секторах экономики; уменьшение потерь бюджета вследствие снижения уровня заболеваемости, смертности, инвалидизации населения за счет проведения профилактических осмотров, диспансеризации; увеличение доходной части бюджета за счет налоговых поступлений от предпринимательской деятельности; получение опыта реализации ГЧП-проектов в сфере здравоохранения.

3.2 Управление развитием регионального рынка медицинских услуг на основе механизма стимулирования

Функционирование рынка медицинских услуг и поведение взаимодействующих субъектов в основном определяется директивными предписаниями, имеющими ограничительный характер в силу специфичности медицинской услуги, недостаточности ресурсного обеспечения, особой важности сферы, поддерживающей человеческий капитал – ключевого создателя добавленной стоимости. Выявленные в предыдущей главе системные проблемы, тормозящие развитие рынка медицинских услуг Республики Крым, обуславливают необходимость поиска управленческих инструментов для изменения, совершенствования экономических отношений и взаимодействия субъектов рынка,

условий деятельности, результатом которых должно стать их новое качественно-количественное состояние, достижение стратегических национальных, региональных целей, целей медицинских организаций и пациентов. Таким инструментом, с нашей точки зрения, является механизм стимулирования, предполагающий управление не путем принуждения и санкций, а через воздействие на интересы управляемого субъекта.

Основу любого управленческого механизма составляют его элементы: задачи, принципы, инструменты, объект – управляемый элемент, который изменяется под действием управляющего элемента; субъекты механизма – носители предметно-практической деятельности, участвующие в работе механизма и их интересы; алгоритм работы механизма, представляющий собой совокупность управляющих воздействий, методов и способов достижения целей управления; планируемые результаты, факторы, способные изменить алгоритм работы механизма [13]. Принципы механизма стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг приведены в таблице 3.3.

Субъектом управления в предлагаемом механизме стимулирования развития рынка медицинских услуг выступает Совет Министров Республики Крым, полномочиями которого являются в том числе утверждение и реализация программ развития здравоохранения, ТППГ, создание условий для развития медицинской помощи в регионе [90]. Объекты механизма управления – медицинские организации государственной и частной формы собственности как поставщики медицинских услуг; а также инвесторы, обеспечивающие приток капитала, технологий, моделей управления. Следует отметить, что Совет Министров Республики Крым действует не напрямую на объекты управления, а через профильные министерства и подведомственные им структуры (рисунок 3.3).

Управление на основе стимулирования предполагает, что управляемый объект (система) ставится в такие условия, при которых начинает действовать в направлении, нужном управляющему субъекту, не под влиянием директивных предписаний субъекта управления, а в силу того, что его поведение стимулируется.

Таблица 3.3 – Принципы механизма стимулирования развития рынка медицинских услуг Республики Крым

Принцип	Характеристика принципа
Целенаправленность	Стимулирование субъектов рынка должно осуществляться для достижения конкретной цели; результат регулирующего воздействия измеряется соответствующим индикатором
Системность	Стимулирование рассматривается как система взаимосвязанных и взаимодополняющих стимулов, комплексно воздействующих на экономические интересы объектов управления
Взаимовыгодность	Сбалансированность интересов всех участников рыночного взаимодействия, органов государственной власти
Равнодоступность	Все субъекты рынка имеют равные права на стимулирующие меры
Справедливость	Справедливое распределение ресурсов для всех участников взаимодействия
Эффективность	Эффекты от стимулирующих мероприятий должны быть эквивалентны издержкам
Законность	Реализация механизма стимулирования осуществляется в соответствии с действующим законодательством
Ответственность	Ответственность всех взаимодействующих участников за достижение целевых индикаторов, результаты и качество работы
Открытость	Информационная открытость в вопросах реализации механизма стимулирования для всех участников рынка

Источник: составлено автором

Управляющее воздействие осуществляется не прямо на поведение путем запрета и ограничений, а опосредованно через воздействие на интересы объекта управления. Т. е. стимулирование выступает как управление предпочтениями участников рынка и во многом определяет их поведение. Стимулом выступает внешний или внутренний фактор, вызывающий реакцию и определяющий поведение субъектов [111]. С экономической точки зрения стимулирование представляет «экономическое побуждение, использование материальных стимулов (побудителей), способствующих тому, чтобы производители, потребители, покупатели вели себя желаемым образом, к выгоде и в интересах лиц, применяющих стимулирование» [88, с. 165]. С правовой – это осуществляемая с помощью определенных правовых средств деятельность, направленная на упорядочение и развитие общественных отношений, исходя из потребностей общества и государства [60].

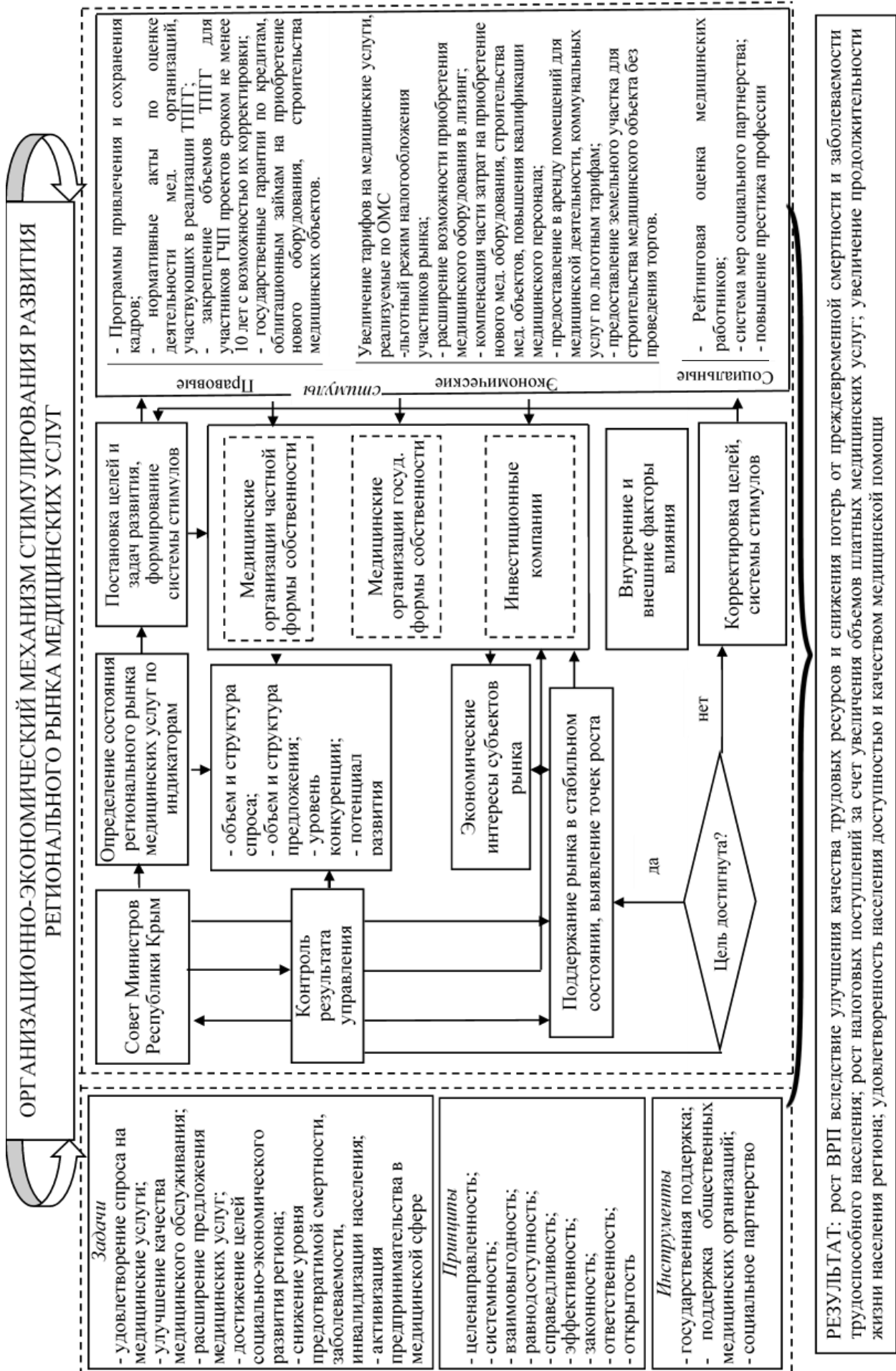


Рисунок 3.3 – Организационно-экономический механизм стимулирования развития рынка медицинских услуг Республики Крым. Источник: разработано автором

Правовыми средствами выступают нормы, закрепляющие правовые стимулы; действия, осуществляемые в соответствии с юридическими нормами. В социально-психологическом аспекте стимулирование обеспечивает мотивацию работников для осуществления эффективной деятельности, направленной на достижение целей организации. Для формирования системы стимулов, посредством которых должно осуществляться управление развитием рынка медицинских услуг, необходимо выделить экономические интересы его субъектов (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Экономические интересы субъектов рынка медицинских услуг

Субъекты	Характеристика интересов
Производители медицинских услуг	Увеличение заработной платы и социального пакета, снижение врачебной нагрузки и административной работы, улучшение условий труда; обеспечение профессионального саморазвития, признание труда
Поставщики медицинских услуг	Увеличение тарифов на медицинские услуги по ОМС, финансирование, улучшение материально-технического оснащения; укомплектованность медицинскими кадрами, максимизация прибыли и минимизация издержек (платные медуслуги); расширение спектра услуг; снижение штрафов и наказаний
Покупатели медицинских услуг	Обеспечение социальных интересов, расширение спектра и повышение качества медицинских услуг; минимизация страховых платежей для работодателей и граждан, самостоятельно застрахованных по ДМС
Инвесторы	Рост инвестируемого капитала, расширенное воспроизводство

Источник: составлено автором

Следует отметить, интерес – это объективная категория, представляющая собой общественное отношение, содержанием которого является потребность, имеющая экономический и социальный характер, проявляющаяся в осознании и реализации целей [39]. А. Генкин, рассматривая интерес как экономическую категорию, определил его как «реальный, обусловленный отношениями собственности, принципом экономической выгоды, мотивом и стимулом социальных действий по удовлетворению динамичных систем индивидуальных

потребностей» [19]. Содержание интересов отвечает целям, задачам общественного развития, отдельных организаций, людей. Для реализации механизма развития регионального рынка медицинских услуг предлагается три группы стимулов: правовые, экономические, социальные. Безусловно, каждая из групп стимулов не существует самостоятельно, группы тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Любой вид стимулирования медицинской организации, врача, медицинской сестры или изменение условий их деятельности обязательно регламентируется нормативно-правовым актом, локальным организационно-распорядительным актом.

Правовые стимулы представляют собой побуждение к достижению ожидаемого результата, реализуемое посредством совокупности правовых норм, поощряющих развитие общественных отношений, необходимых для общества в определенное время. К ним мы будем относить программы, относящиеся к сфере медицинских услуг, реализуемые на территории Республики Крым, и требующие изменения и дополнения.

В предыдущей главе мы указывали, что на рынке медицинских услуг региона существует и в дальнейшем ожидается существенный дефицит кадров, если не предпринимать действенных мер по его ликвидации. В этих целях в республике реализуется региональный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в рамках «Государственной программы развития здравоохранения в Республике Крым», федеральные проекты «Земский доктор», «Земский фельдшер». Однако целевые индикаторы по региональному проекту не достигнуты, особенно в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, что вызвало необходимость разработки дополнительных стимулирующих мер. Авторы исследования [76], проведя анализ 80 научных источников в целях выявления мотиваторов трудовой деятельности медицинских работников в разных странах мира, пришли к выводу, что трудовая деятельность медицинских работников является полимотивированной, включает как финансовые стимулы, так и этические и социальные.

На основании выделенных по результатам исследований [28, 51, 57, 78, 117, 181] мотивирующих факторов труда медицинского персонала, заключающихся в удовлетворенности результатами работы, высоком уровне реальной заработной платы, благоприятном социально-психологическом климате на рабочем месте, эффективной организации трудовой деятельности и комфортных условий труда, возможности профессионального и карьерного роста, признании профессиональных заслуг, предложены финансовые, имущественные, социальные стимулы, стимулы профессионального роста, которые не реализуются или не в полной мере реализуются в Республике Крым (рисунок 3.4).



Рисунок 3.4 – Дополнительные стимулирующие меры для привлечения и удержания медицинских кадров в медицинских организациях Республики Крым

Источник: составлено автором

Основу кадрового обеспечения рынка медицинских услуг составляют выпускники Медицинской академии ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского». Молодые врачи, обучавшиеся по целевым направлениям, в местах распределения (центральные районные больницы, поликлиники) работают очень непродолжительное время (не более 3-х лет) и, как правило, в круглосуточных стационарах, что связано с низкой ставкой заработной платы в амбулаторно-поликлиническом звене и отсутствием персональных надбавок.

Установление для молодых специалистов в возрасте до 35 лет специальной (стимулирующей) выплаты в размере 30 % от оклада и ежеквартальные выплаты участковым врачам-терапевтам в размере 15 000 руб. позволят привлекать в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, до 60 человек ежегодно. Ожидаемые дополнительные расходы Министерства здравоохранения Республики Крым на выплаты стимулирующей надбавки молодым специалистам составят 48380 тыс. руб. в год.

Финансовыми инструментами стимулирования привлечения кадров в государственный сектор рынка, особенно в отдаленные районы республики, предлагаются следующие:

- повышение размера финансового обеспечения за счет регионального бюджета по программам привлечения медицинских кадров: «Земский доктор», «Земский фельдшер» на основе того, что предусмотренные выплаты 1 млн руб. и 0,5 млн руб. соответственно недостаточны для приобретения собственного жилья как мотиватора закрепления врача, фельдшера в сельской местности, поселках городского типа;

- совершенствование системы оплаты труда медицинских работников путем фиксации окладной части и дифференциации стимулирующей части, основанной на конечных результатах труда, что предполагает начисление заработной платы работнику с учетом его квалификации, сложности выполняемой работы. Размер заработной платы является одним из важных стимулов привлечения и удержания медицинских кадров. По данным Управления Федеральной службы

государственной статистики по РК и г. Севастополю, среднемесячная номинальная и начисленная заработная плата работников сферы медицинских услуг за 2019 год составила 33749 руб.; в организациях государственной и муниципальной форм собственности – 32334 руб. Наиболее высокооплачиваемыми должностями являлись специальная врачебная практика (42067 руб.) и деятельность санитарно-эпидемиологической службы (39651 руб.). Самая низкая заработная плата зафиксирована у работников организаций общей врачебной практики (29288 руб.) и стоматологической практики (31100 руб.). При этом средняя зарплата врача в Российской Федерации составляла 43122 руб. Для врачей общей практики, участковых терапевтов показателями для начисления стимулирующих выплат могут быть количество заболеваний, выявленных на ранней стадии, удовлетворенность пациентов, выполнение сверхнормативной нагрузки, отсутствие неверных или неточных диагнозов, процент прикрепленного населения, прошедшего диспансеризацию, полнота и своевременность оформления медицинской документации, индивидуальный рейтинг;

- увеличение размера региональных выплат медицинским работникам с высшим и средним медицинским образованием, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь по дефицитным специальностям, на основании того, что на протяжении 3-х лет перечень дефицитных специальностей, устанавливаемый соответствующим постановлением Совета Министров Республики Крым, не меняется. Это обстоятельство дает основание говорить о недейственности данной стимулирующей нормы как цели привлечения новых кадров в первичное звено здравоохранения;

- ежегодное увеличение размера ежемесячной денежной выплаты на возмещение расходов на оплату жилых помещений, их отопление и обеспечение электроэнергией для медицинских работников, проживающих в сельской местности, пропорционально увеличению тарифов на коммунальные услуги.

Имущественное стимулирование в целях создания благоприятных условий работы, проживания медицинских кадров в основном возложено на органы местного самоуправления, которые могут реализовывать ряд мероприятий, таких

как бесплатное предоставление жилья врачам дефицитных специальностей, фельдшерам; обеспечение транспортом медицинских работников в регионах с большой протяженностью территории и малой плотностью населения; предоставление льгот и субсидий на оплату коммунальных расходов, компенсация арендной платы за жилье в пределах имеющихся финансовых ресурсов, выделение участков под индивидуальное строительство жилья.

В качестве социальной меры поддержки предлагается обеспечение льготных условий предоставления мест в дошкольных образовательных учреждениях медицинским работникам, имеющих детей соответствующего возраста. По состоянию на 01.01.2021 г. в отпуске по уходу за ребенком находилось 414 врача. Было опрошено 80 врачей, из которых более 60 % готовы выйти на работу при возможности оформления ребенка в детский сад-ясли. Очередность в детские сады региона составляет более 15 000 детей различного возраста, в том числе более 5 000 детей в возрасте старше 3 лет. При наличии этой нормы в 2021 году уже 48 врачей смогут досрочно приступить к работе, сократив пребывание в отпуске по уходу за ребенком с 3 до 1,5–2 лет.

Также на уровне самой медицинской организации необходимо обеспечивать благоприятную рабочую среду, под которой понимаются условия, позволяющие медицинским работникам качественно выполнять свои профессиональные обязанности, максимально используя свои знания, навыки и умения. Следует отметить, что условия труда медицинских работников сопряжены с большим количеством неблагоприятных факторов: физических (электромагнитные поля, ультразвук, лазерное и ионизирующее излучения, шум, вибрация), химических (лекарственные препараты, дезинфицирующие средства, химические вещества раздражающего, токсического, аллергического характера), биологических (микроорганизмы, вирусы, грибки, выделения пациентов), психо-эмоциональных (интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, напряжение внимания и памяти, необходимость сохранения устойчивой работоспособности при круглосуточной работе и в экстремальной ситуации, контакт с неадекватными, вынужденно неопытными пациентами), эргономических (работа в вынужденной рабочей позе,

эксплуатация эргономически нерационального оборудования, большая физическая нагрузка) [61]. Поэтому рабочая среда, гарантирующая безопасность и социальное благополучие работников, выступает стимулом привлечения и удержания кадров. В научной литературе имеются доказательства того, что удовлетворенность персонала факторами рабочей среды, результатами лечения напрямую связана с удовлетворенностью пациентов качеством оказанной помощи [46, 189].

Удовлетворенность медицинского персонала условиями и результатами своего труда рассматривается как один из главных мотивов профессиональной деятельности [78, 84, 235], служит оценкой взаимодействия функциональной пары «поставщик – производитель медицинских услуг», что в конечном итоге влияет на результат взаимодействия всех участников рынка. Во многом от руководства медицинской организации зависят производственная и морально-этическая среда, прозрачность механизма распределения стимулирующих надбавок, признание и оценка труда каждого медицинского работника, создание условий самореализации, профессионального роста и, как следствие, лояльность работников.

Исследования причин неудовлетворенности медицинских работников условиями труда свидетельствуют также об имеющихся ограниченных возможностях образования, профессионального развития и карьерного роста, низком уровне уважения со стороны пациентов, особенно молодых врачей, недостаточной организационной культуре, ресурсном обеспечении [51, 57, 117]. Инструментами стимулирования профессионального развития врачей, среднего медицинского персонала станут меры, которые должны быть реализованы в медицинских организациях:

- обеспечение возможности профессионального и личностного роста в целях достижения высокой профессиональной результативности, саморазвития и самореализации, продвижения по карьерной лестнице;

- формирование и развитие корпоративной культуры в медицинской организации, что позволит закрепить формально и обеспечить понимание всеми работниками идеологии организации, системы ценностей, стимулирования и

социального обеспечения, единых стандартов поведения с пациентами и коллегами, норм этики и деонтологии;

- предоставление возможности бесплатного обучения по программам дополнительного образования по смежной, дополнительной специальности (врач – УЗИ-специалист, врач-диагност (специалист с подготовкой по специальности «функциональная диагностика»). В настоящее время из общего количества врачей, работающих в Республике Крым, только 5 % имеют дополнительное профессиональное образование по второй врачебной специальности. При этом в регионе имеются возможности осуществления профессиональной переподготовки на базе Медицинской академии имени С. И. Георгиевского. Количество врачей, обучающихся по программе профессиональной переподготовки, может ежегодно достигать до 100 человек. Оплату обучения медицинских кадров, работающих в государственном секторе, предполагается осуществлять за счет Министерства здравоохранения Республики Крым, Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Сумма финансирования мероприятий до 2030 года составит 241000 тыс. руб.

Существенным фактором, снижающим конкуренцию на рынке медицинских услуг, является слабоструктурированный механизм распределения объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПГГ, на что неоднократно указывали эксперты, медицинские организации частной формы собственности, Федеральная антимонопольная служба. В настоящее время Федеральным фондом обязательного медицинского страхования представлен к обсуждению профессионального сообщества проект критериев распределения объемов ОМС, который существенным образом отличается от действующего и включает, наряду с показателями ресурсного, технологического обеспечения медицинской деятельности, показатели удовлетворенности пациентов и отсутствия их обоснованных жалоб. Он может стать основой рейтинга медицинских организаций государственного сектора рынка. С нашей точки зрения, данный проект необходимо дополнить критериями оценки качества медицинских услуг по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Основанием данного

предложения служит ежегодно высокий уровень нарушений, выявляемый при проверках медицинских организаций страховыми медицинскими организациями, размер штрафных санкций. По информации Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым по проведенным в 2019 году медико-экономическим экспертизам, нарушения зафиксированы в каждом четвертом случае. Основными нарушениями стали несоблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, некачественное оформление и ведение первичной медицинской документации.

В качестве индикатора ($I_{ш}$) предлагается следующий расчетный показатель:

$$I_{ш} = \frac{C_{штр}}{O_{мп\ ТПГГ}} \times 100 \%, \quad (3.1)$$

где $I_{ш}$ – индикатор штрафов, санкций на медицинскую организацию по результатам экспертиз и контроля, %;

$C_{штр}$ – Сумма начисленных штрафов по результатам медико-экономических экспертиз, контроля, тыс. руб.;

$O_{мп\ ТПГГ}$ – Объем распределенной медицинской помощи на медицинскую организацию в отчетном периоде по ТПГГ, тыс. руб.

Источником информации будут являться заключения, которые делают страховые медицинские организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Экономические стимулы выступают в виде разных экономических инструментов, мер поддержки, с помощью которых осуществляется влияние на материальные интересы субъектов. Экономические стимулы направляются непосредственно на людей (врачей, средний медицинский персонал) и на хозяйствующих субъектов (медицинские организации, страховые медицинские организации), а их влияние на деятельность участников рынка медицинских услуги может быть прямым или косвенным. Они выступают как компенсация рыночного недопроизводства общественных благ, которыми являются медицинские услуги, предоставляемые в рамках ТПГГ. В качестве экономических стимулов развития

рынка медицинских услуг за счет привлечения частных медицинских организаций, активизации государственно-частного партнерства предлагаются следующие:

- увеличение тарифов на медицинские услуги, реализуемые по ОМС, соответственно росту стоимости всех элементов, включаемых в структуру тарифа, расширение его структуры (например, включение амортизации оборудования) за счет ассигнований бюджета;

- предоставление стимулирующих налоговых льгот по налогу на прибыль, налогу на имущество организаций для субъектов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских компаний, реализующих пакеты ДМС. А. Sagan, S. Thomson, исследуя ДМС в Европе, отмечают, что, несмотря на имеющиеся доказательства неэффективности и несправедливости многих форм налоговых стимулов для ДМС, 19 из 34 европейских стран предоставляют налоговые стимулы для того, чтобы люди приобретали ДМС. Льгота может быть предоставлена по налогу на прибыль в пределах уменьшения налогооблагаемого дохода на величину расходов, направленных на страхование работников по ДМС;

- расширение возможности приобретения медицинского оборудования в лизинг путем увеличения стоимости выкупа дифференцировано его первоначальной стоимости для включения в тариф ОМС; возмещение части затрат на приобретение нового медицинского оборудования, строительства объектов для оказания медицинских услуг как компенсация отсутствия инвестиционной составляющей в тарифе ОМС;

- предоставление в аренду помещений, находящихся в государственной, муниципальной собственности, медицинским организациям для оказания первичной медико-санитарной помощи по льготным тарифам.

Действующее в настоящее время Отраслевое соглашение по государственным бюджетным, государственным автономным, государственным казенным, унитарным учреждениям и предприятиям, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым, требует дополнения в части конкретизации должностных окладов для разных должностей медицинских работников, коэффициентов сложности труда, выплат компенсационного и

стимулирующего характера в целях их унификации для всех медицинских организаций государственного сектора и создания равных условий в оплате труда, поскольку размер заработной платы врача, среднего медицинского работника в большинстве случаев зависит от решений руководителя, который устанавливает оклады, размер стимулирующих выплат.

Действие механизма стимулирования развития рынка медицинских услуг в Республике Крым реализуется в четкой последовательности этапов управления (рисунок 3.5).

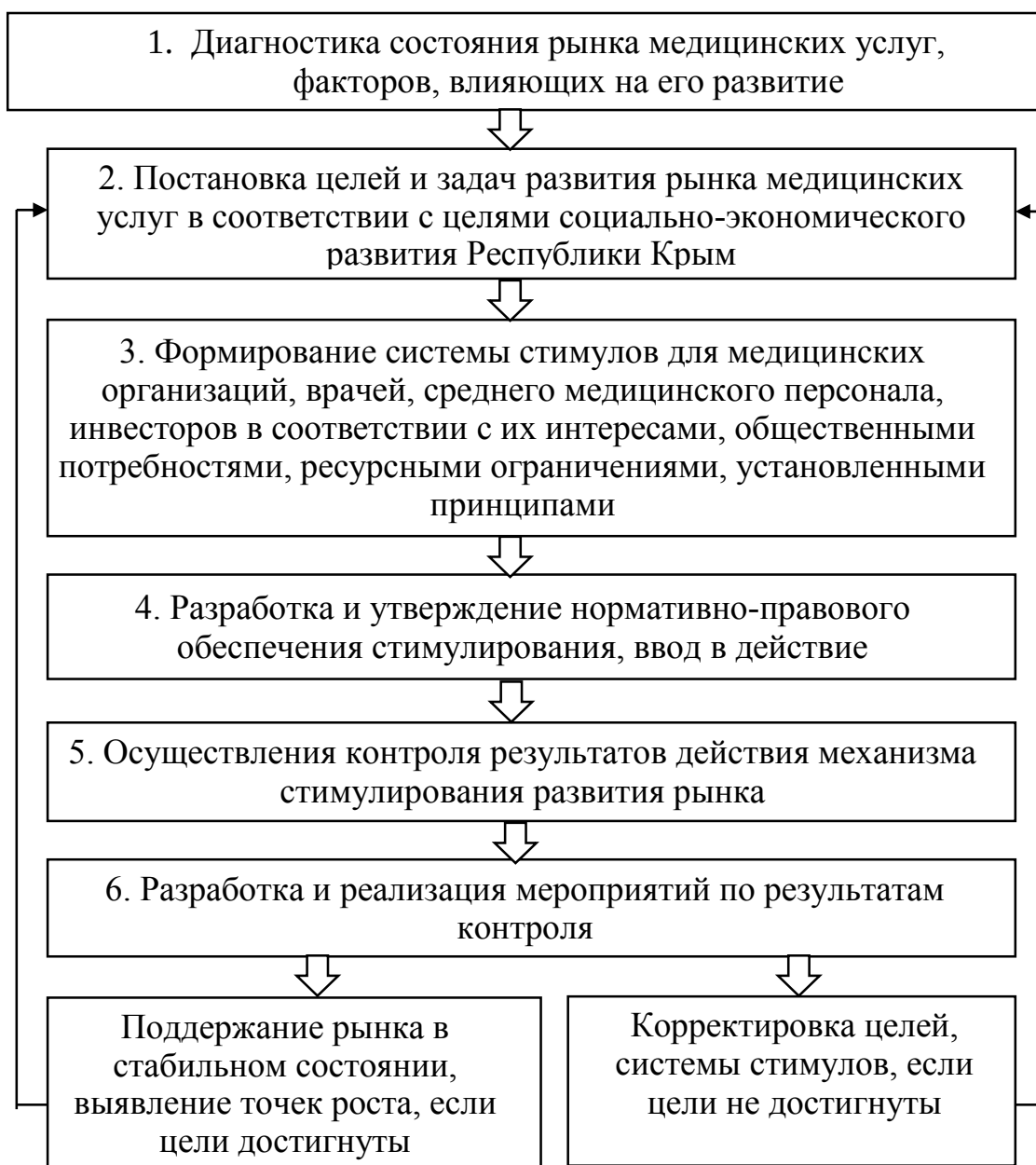


Рисунок 3.5 – Последовательность этапов реализации механизма стимулирования развития рынка медицинских услуг Республики Крым

Источник: составлено автором

Таким образом, предложенный организационно-экономический механизм стимулирования развития рынка медицинских услуг в виде совокупности взаимосвязанных, взаимодополняющих стимулов и инструментов их реализации, направленных воздействовать на интересы субъектов управления соответственно их интересам, способствует удержанию и привлечению медицинских кадров как главных производителей медицинских услуг, эффективности деятельности медицинских организаций для удовлетворения спроса населения на медицинские услуги, привлечению инвесторов для государственно-частного партнерства.

3.3 Прогнозирование развития коммерческого сегмента рынка медицинских услуг

Развитие регионального рынка медицинских услуг в целом и его сегментов (общественного и коммерческого), как было показано выше, обусловлено целым рядом макроэкономических, демографических факторов, проводимыми реформами в государственной системе здравоохранения, недостаточно эффективным региональным управлением. Развитие общественного сектора рынка зависит в большей степени не от потребностей населения в медицинском обслуживании, а от наполнения федерального, регионального бюджета, финансового обеспечения Федерального фонда обязательного медицинского страхования как главных источников возмещения расходов медицинских организаций за оказанные услуги населению по ТПГГ, инвестиций в основной капитал медицинских организаций государственной формы собственности. Следует отметить, что расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2021–2023 гг. запланированы существенно ниже уровня 2020 г. (на 25 % в 2021 г., 26 % в 2022 г., 33 % в 2023 г. к уровню 2020 г.), что, соответственно, уменьшит региональные расходы на здравоохранение. Ежегодный прирост стоимости ТПГГ Республики Крым в 2021–2023 гг. запланирован только на уровне 3–5 %. Данное

обстоятельство свидетельствует о возможном снижении объема предложения медицинских услуг в общественном сегменте рынка.

Коммерческий сектор рынка, демонстрирующий устойчивый темп роста (за исключением 2020 г.), обеспечивает удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах, которые не доступны в общественном сегменте рынка, не соответствуют требованиям пациентов по уровню сервиса, качества, скорости обслуживания, статуса; способствует решению стратегической государственной задачи – обеспечению национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан, увеличению ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Е. Тарасенко, М. Дворяшина говорят о происходящей в настоящее время рыночной трансформации этого сегмента, на основе изменения продуктовых и географических границ рынка, структурных сдвигах, высокой скорости распространения профессиональных практик, бизнес-моделей деятельности, ценностных предложений, что оказывает существенное влияние на структуру и объем рынка. При этом создание органами власти благоприятной бизнес-среды стимулирует предпринимательскую инициативу, вызывая заметный рост количества медицинских организаций, насыщение рынка высококачественными медицинскими услугами и развитие конкуренции и «со временем неизбежно становится фактором эволюции здравоохранения как сектора экономики» [173].

Для формирования, корректировки региональных инициатив развития рынка медицинских услуг, выявления привлекательных для инвестирования направлений деятельности, системы стимулирования предпринимательской активности коммерческого сегмента рынка, оценки альтернатив рыночной динамики возникает необходимость получения информации о потенциальном объеме рынка платных медицинских услуг в кратко- и среднесрочной перспективе. Величина объема рынка платных медицинских услуг отражает спрос как платежеспособную потребность в медицинских услугах в определенный период времени. Инструментом получения информации об объектах государственного управления, оказывающих существенное влияние на развитие социально-экономических

процессов и способных поддаваться воздействию со стороны органов государственного управления, выступает прогнозирование.

Прогнозирование объемов рынка медицинских услуг исходя из предполагаемого экономического и социально-демографического состояния отдельных территорий является достаточно распространенной темой научных исследований отечественных и зарубежных ученых. Анализ научных исследований показал, что прогнозирование объемов рынка медицинских услуг может осуществляться на разных уровнях агрегирования (например, на уровне отдельных индивидов, групп индивидов или страны в целом [239], и с различной степенью детализации (государственные расходы на здравоохранение, личные расходы индивидов на медицинские услуги, суммарные затраты на медицину). Исходя из уровня агрегирования и степени детализации, выделяют три основные категории моделей прогнозирования объема рынка медицинских услуг: модели микроуровня, компонентные модели и модели макроуровня [214].

Модели микроуровня преимущественно ориентированы на изучение и оценку влияния реализации различных сценариев государственной политики на состояние здоровья населения, объединенного в группы в зависимости от вида заболевания, возраста, социального статуса. Компонентные модели представляют собой анализ динамики расходов на здравоохранение по уровням детализации: общие расходы, государственные расходы, личные расходы, медицинское страхование и др. Они являются наиболее распространенным классом моделей, используемых для прогнозирования объемов рынка медицинских услуг на основе влияния экономических и социально-демографических факторов, в том числе за счет относительной простоты сбора данных (в отличие от моделей микроуровня). Для прогнозирования развития рынка медицинских услуг в краткосрочной перспективе (до двух лет), наиболее предпочтительным является использование моделей макроуровня. В данных моделях в качестве зависимой переменной используется общий объем рынка здравоохранения, а результаты прогноза будут строго соответствовать присущим включенным в модель независимым переменным трендам.

Прогнозирование объемов рынка может быть осуществлено как на уровне одной страны, так и в рамках группы стран. В частности, в работе [224] представлена оценка влияния возраста и доходов индивидов, а также ВВП страны на различные сегменты рынка медицинских услуг (государственные, частные и общие расходы) в долгосрочной перспективе. Моделирование осуществлялось на основе экстраполяции трендов включенных в модель факторов с использованием сценарного подхода. Эконометрические методы прогнозирования были применены и в работах рабочей группы ЕС по изучению старения населения [266], а также экономического департамента ОЭСР [256], однако уже на базе данных групп стран. В работах осуществлялось сценарное моделирование анализа влияния экономических (ВВП, доходы) и социально-демографических факторов (возрастная структура населения, продолжительность жизни) на долгосрочную динамику объемов рынка медицинских услуг.

В качестве метода прогнозирования объема коммерческого сектора рынка медицинских услуг Республики Крым принято эконометрическое моделирование (класс – компонентная модель). Его ключевым преимуществом является возможность установления направления воздействия и получения конкретных величин изменения факторов модели, повышения качества прогноза путем учета ошибок за счет сопоставления прогнозируемых данных с фактическими значениями (осуществляется с использованием данных нескольких последних периодов в рамках доступного для анализа временного промежутка), что позволяет обеспечить логическую согласованность получаемых результатов, повысить надежность прогноза.

Прогнозирование объема коммерческого сектора рынка медицинских услуг Республики Крым осуществлялось на среднесрочный период (2021–2024 гг.). Это обусловлено периодом бюджетного планирования (для оценки возможности предоставления льгот по налогообложению, субсидированию субъектов предпринимательства), необходимостью учитывать изменения факторов, оказывающих влияние на спрос и предложение медицинских услуг, последствия решений, не ограничиваясь рамками одного бюджетного года, выбора метода

прогнозирования, обеспечивающего наибольшую надежность прогнозных результатов.

Определение направлений воздействия факторов и количественная оценка влияния демографических и социально-экономических показателей развития региона, используемых в дальнейшем при построении прогноза, основывалось на статистической информации 84 субъектов Российской Федерации за период 2014–2020 гг., представленных в формате панельных данных. Панельные данные являются пролонгированными пространственными выборками по каждому объекту, который наблюдается многократно (например, ежегодно) на протяжении определенного промежутка времени [242]. Важным преимуществом использования панельных данных для анализа экономических явлений является возможность предоставления значительно большего количества наблюдений, чем при использовании пространственных данных или временных рядов, что позволяет снизить зависимость между объясняющими переменными и, следовательно, уменьшить ошибки оценок, предотвратить смещение агрегированности и учесть индивидуальное влияние объектов выборки на динамику показателей во времени. Также, используя панельные данные, можно создавать и анализировать значительно более сложные экономические модели, чем сформированные только на основе пространственных данных или временных рядов, снижать размерность моделей и решать некоторые эконометрические проблемы (например проблему мультиколлинеарности, неверной спецификации модели).

Так как панельная структура данных подразумевает под собой включение и пространственной (i), и временной компоненты (t), спецификация модели может быть представлена в виде:

$$y_{it} = a_i + X_{it} \times \beta + \varepsilon_{it}, \quad (3.2)$$

где y_{it} – вектор зависимой переменной; a_i – индивидуальные эффекты объектов выборки (при оценке сквозной регрессии коэффициент является одинаковым для всех объектов);

X_{it} – вектор объясняющих переменных;

β – вектор коэффициентов регрессии;

ε_{it} – ошибки;

$i = 1, \dots, N$ – номер объекта выборки;

$t = 1, \dots, T$ – единица времени наблюдения.

Среди факторов, оказывающих влияние на объем коммерческого сегмента рынка медицинских услуг, информация по которым имеется по всем субъектам РФ в открытом доступе, нами выделены следующие:

- объем валового регионального продукта в здравоохранении в качестве индикатора государственных и частных расходов на здравоохранение;

- объем инвестиций в основной капитал организаций сферы здравоохранения как показатель динамики развития медицинских организаций и инвестиционной привлекательности рынка;

- численность населения моложе, старше и в трудоспособном возрасте на основе доказательств того, что заболеваемость населения старшего возраста возрастает и, соответственно, увеличивается потребность в медицинских услугах; население трудоспособного возраста чаще других групп обращается за платной медицинской помощью [3];

- доля занятого на рынке труда и безработного населения на основании того, что население, не имеющее работы, чаще всего не в состоянии оплачивать медицинские услуги;

- численность населения, проживающего в городской местности, как потенциальные потребители платных медицинских услуг вследствие приближенности к медицинской организации;

- объем среднедушевых доходов населения. В исследовании было отмечено, что с ростом доходов индивидов возрастает ценность их здоровья, в результате чего население начинает увеличивать свои расходы на медицинские услуги [228];

- количество врачей как основных производителей медицинских услуг;

- уровень заболеваемости населения;

- объем страховых сумм в рамках добровольного медицинского страхования.

В некоторых исследованиях было показано, что рост проникновения медицинского страхования способствовал увеличению объемов расходов на медицинские услуги [216, 269];

- индекс качества жизни населения субъектов РФ как комплексный показатель групп факторов, оказывающих влияние на здоровье населения (уровень доходов населения, занятость населения и рынок труда, жилищные условия населения, безопасность проживания, демографическая ситуация, экологические и климатические условия, здоровье населения и уровень образования, обеспеченность объектами социальной инфраструктуры, уровень экономического развития, уровень развития малого бизнеса, освоенность территории и развитие транспортной инфраструктуры);

- индекс цифровизации, отражающий уровень использования в субъектах РФ потенциала цифровых технологий.

Основными источниками данных, используемых для прогнозирования объема рынка платных медицинских услуг, являлись Росстат, Минздрав России, Банк России, рейтинговое агентство «РИА Рейтинг». В качестве функциональной формы моделей была выбрана log-log (double log) форма, которая позволяет учесть наличие нелинейных зависимостей между регрессорами и прогнозируемой переменной при сохранении линейного формата представления модели, а также привести к нормальному распределению все включенные в модель переменные.

С целью подбора модели, наилучшим образом описывающей влияние выбранных параметров модели на динамику объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг, были последовательно оценены 3 модели: модель сквозной регрессии (pooled model), которая не учитывает влияние индивидуальных эффектов объектов выборки, и 2 модели, учитывающие вклад каждого объекта выборки в динамику зависимой переменной: модель с детерминированными индивидуальными эффектами (fixed effect model) и модель со случайными индивидуальными эффектами (random effect model).

Проведя сравнение полученных при моделировании результатов при помощи специализированных эконометрических тестов, последовательно проверяющих гипотезы о равенстве нулю всех детерминированных индивидуальных эффектов (тест Вальда), наличии случайного индивидуального эффекта (тест Бройша – Пагана) и коррелированности ошибки с регрессорами модели (тест Хаусмана), мы выбрали модель, максимально отвечающую требованиям, – модель с детерминированными индивидуальными эффектами. После элиминирования из моделей параметров, не оказывающих значимого влияния на зависимую переменную согласно результатам теста Хаусмана ($\chi^2 = 20,14$ $\text{prob} > \chi^2 = 0.0000$), модель с детерминированными индивидуальными эффектами также показала наилучший результат.

Полученный результат в целом соответствует эмпирическим и теоретическим утверждениям о необходимости учитывать при анализе экономических явлений наличие корреляции между объясняющими переменными и ненаблюдаемыми индивидуальными эффектами объектов выборки, которые определяются моделью с детерминированными эффектами [249]. Фиксирование индивидуальной гетерогенности объектов выборки способствует повышению гибкости и адаптивности модели к используемым данным. Однако это может приводить к потере значимости некоторых коэффициентов из-за роста их стандартных ошибок в связи с необходимостью оценивать дополнительное количество параметров, число которых соответствует количеству объектов в выборке.

В общем виде модель с детерминированными индивидуальными эффектами может быть представлена:

$$y = X \times \beta + Z \times A + \varepsilon, \quad (3.3)$$

где y – зависимая переменная;

X – вектор объясняющих переменных;

β – вектор коэффициентов регрессии;

Z – матрица фиктивных переменных;

A – вектор констант, соответствующих детерминированным индивидуальным эффектам;

ε – ошибка.

В связи с тем, что модель с детерминированными эффектами содержит константу, которая неодинакова для всех наблюдений в выборке, ее будем оценивать с использованием метода наименьших квадратов (МНК). Соответствующая оценка регрессоров модели («оценка МНК в регрессии с фиктивными переменными», LSDV) представлена ниже (формула 3.4):

$$\beta_{LSDV} = \begin{pmatrix} \widehat{X'X} & X'Z \\ Z'X & Z'Z \end{pmatrix}^{-1} \begin{pmatrix} X'Y \\ Z'Y \end{pmatrix}. \quad (3.4)$$

Проверив выбранную модель на наличие эконометрических ошибок, мы выявили, что, согласно тесту Pesaran's test of cross sectional independence, в модели отсутствует перекрестная зависимость (нулевая гипотеза не отвергается на любом разумном уровне значимости). По результатам теста Вулдриджа (Wooldridge test for autocorrelation in panel data) было определено, что на однопроцентном уровне значимости не отвергается гипотеза об отсутствии в модели автокорреляции первого порядка. При этом, согласно Likelihood-ratio test, в модели присутствует гетероскедастичность (дисперсия случайных ошибок модели является непостоянной): нулевая гипотеза о ее отсутствии отвергается на любом разумном уровне значимости. Для элиминирования влияния гетероскедастичности и повышения эффективности параметров модели была дополнительно оценена модель с робастными ошибками (fixed model robust).

По результатам моделирования было выявлено, что значимое положительное влияние на динамику объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг оказывают изменение среднедушевых доходов населения, численность трудоспособного населения, количество медицинских кадров и объем страховых сумм по добровольному медицинскому страхованию. Полученные оценки коэффициентов моделей представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Результаты оценки влияния факторов на динамику объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг

Название переменной	Модель сквозной регрессии (Pooled model)	Модель со случайными индивидуальными эффектами (Random model)	Модель с детерминированными индивидуальными эффектами с робастными ошибками (Fixed model robust)
Среднедушевые доходы населения (income)	0,8231***	1,3502***	0,9069**
Численность населения трудоспособного возраста (working_age_population)	0,1054	1,3775***	2,0813**
Численность населения младше трудоспособного возраста (young_population)	0,1301	0,6850**	2,0767
Численность населения старше трудоспособного возраста (retired_population)	0,2980*	0,6972***	0,5510
Количество медицинских кадров (doctors)	0,0521	0,0977*	0,4390*
Объем страховых сумм (insurance)	0,0776***	0,0213*	0,0122*
Количество наблюдений (N)	420	420	420
Значимость коэффициентов *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05			

Источник: составлено автором

Таким образом, итоговая спецификация модели оценки влияния демографических и социально-экономических факторов на динамику объема коммерческого сегмента рынка медицинских услуг может быть представлена в виде:

$$y = 0,9069 \times \log(\text{income}_{it}) + 2,0813 \times \log(\text{working_age_population}_{it}) + 0,439 \times \log(\text{doctors}_{it}) + 0,0122 \times \log(\text{insurance}_{it}) + \varepsilon_{it}. \quad (3.5)$$

На основе полученных данных был сформирован прогноз объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым на 2021–2024 гг.

Для получения вариативности динамики объемов рынка были рассчитаны 3 варианта прогноза, при расчетах которых мы исходили из различных вариантов прогнозной численности населения и темпов изменения доходов. В частности, для

оптимистичного сценария развития платного рынка были использованы данные высокого прогноза численности трудоспособного населения Росстата и темпы прироста доходов населения согласно базовому варианту среднесрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2024 года Минэкономразвития России. Для базового сценария развития численность трудоспособного населения соответствовала среднему прогнозу Росстата, для консервативного – низкому варианту прогноза Росстата. Темпы изменения доходов для последних двух сценариев были взяты из консервативного варианта прогноза Минэкономразвития России. Численность врачей в прогнозном периоде определена на основе динамики выбытия кадров, поступления, в том числе вследствие осуществления стимулирующих мероприятий.

Применив полученную модель к рядам показателей, содержащих данные за период 2020–2030 гг., получили следующие результаты: согласно базовому сценарию, к 2024 году объем коммерческого сегмента рынка платных медицинских услуг Республики Крым составит 5,3 млрд руб., консервативному – 5,2 млрд руб., оптимистичному – 5,6 млрд руб. (рисунок 3.7).

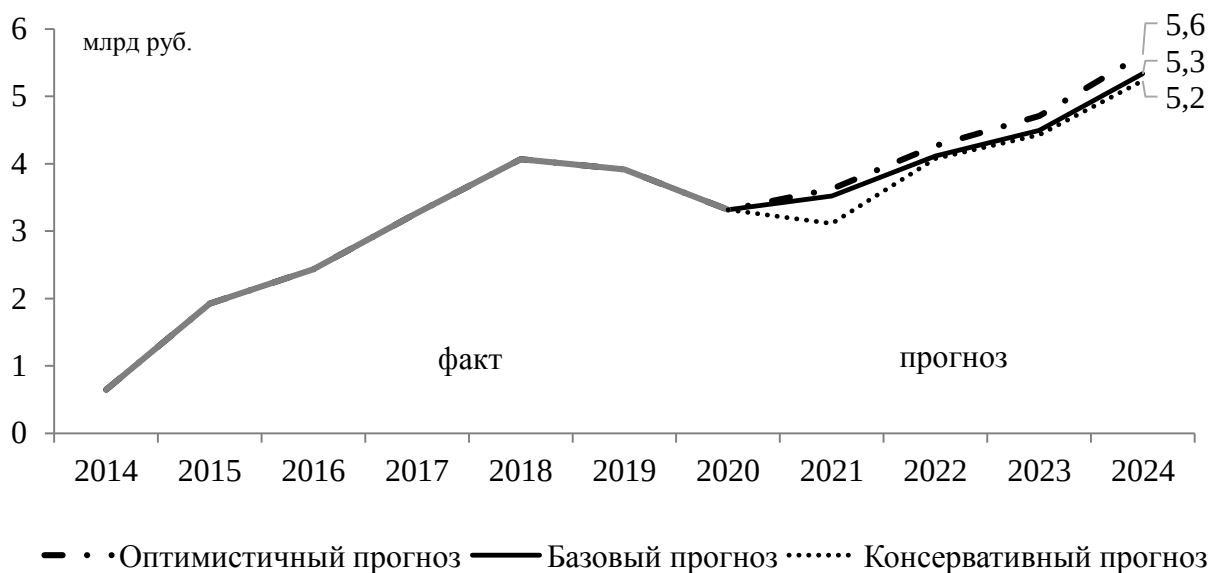


Рисунок 3.6 – Прогноз объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым

Источник: составлено автором

Относительно 2020 года объем коммерческого сектора рынка медицинских услуг вырастет на 60,7 % при базовом сценарии, на 69,3 % – при оптимистичном и на 57,6 % – при консервативном. Темпы изменения объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг в целом соответствуют динамике численности населения. Падение в 2021 году объема платного рынка согласно консервативному прогнозу на 6,2 % соответствует сокращению численности населения трудоспособного возраста на 3,2 % в рамках низкого варианта прогноза Федеральной службы государственной статистики.

Таким образом, прогнозирование объема рынка платных медицинских услуг как индикатора платежеспособной потребности населения в медицинских услугах позволяет формировать предложения по выводу на рынок новых медицинских услуг, осуществлять взвешенную регуляторную политику развития сектора рынка, что будет способствовать максимизации удовлетворения потребностей в качественных медицинских услугах, улучшению медицинского сервиса.

Заключение

В диссертационной работе на основе проведенных теоретических и практических исследований по развитию регионального рынка медицинских услуг сформированы следующие выводы:

1. Развитие экономики сферы услуг в современных условиях социально-экономических трансформаций сопровождается качественно новым переосмыслением классических представлений об экономическом поведении субъектов на рынке в условиях ограниченных ресурсов, что приводит к изменению функций субъектов рынка, пересмотру сущности функциональных взаимодействий. В экономическом аспекте взаимодействие «потребитель – производитель медицинских услуг», как процесс предоставления медицинских услуг, базируется на потребности пациентов в улучшении состояния своего здоровья, спросе, форсированном медицинскими работниками вследствие обладания профессиональными знаниями, предложением, сформированным с учетом ресурсной обеспеченности; «потребитель – поставщик» – организации предоставления медицинских услуг в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи, тарифами на ее оплату по ОМС; «потребитель – покупатель» – делегировании пациентом права на принятие значительной части решений в части организации медицинской помощи, контроля процесса и результата ее оказания; «покупатель – поставщик» – осуществлении расчетов за оказанные медицинские услуги, контроля объемов, сроков, качества и условий их предоставления; «поставщик – производитель» – взаимодействии в системе социально-трудовых отношений «работодатель – работник», в том числе включающем вознаграждение за выполнение трудовых обязанностей, создание благоприятных условий труда.

Обоснован дифференцированный подход к выделению региональных особенностей формирования спроса и предложения на рынке медицинских услуг, к которым отнесены природно-географические, экологические, социально-

экономические, институциональные, научно-технические факторы. Определено, что взаимодействие участников регионального рынка медицинских услуг представляет собой систему организационно-экономических и правовых взаимоотношений между субъектами рынка, реализация которых должна осуществляться дифференцированно, в зависимости от функционального назначения взаимодействий с учетом региональных особенностей.

2. Для оценки потенциала, состояния, развития регионального рынка медицинских услуг, эффективности управления его развитием сформированы соответствующие группы индикаторов: индикаторы потенциала рынка медицинских услуг, индикаторы насыщения рынка медицинскими услугами, финансовые индикаторы развития регионального рынка медицинских услуг, индикаторы развития конкуренции на региональном рынке медицинских услуг, индикаторы эффективности регулирования развития регионального рынка медицинских услуг.

На основе сформированных групп индикаторов проведен анализ рынка медицинских услуг Республики Крым. При исследовании потенциала рынка отмечено, что спрос на медицинские услуги в регионе не удовлетворен, о чем свидетельствует высокий уровень заболеваемости и смертности населения; низкая обеспеченность врачебными кадрами в сегменте первичной медико-санитарной помощи; невысокие, по сравнению со средними по РФ, среднедушевые денежные доходы населения. При этом наблюдается увеличение количества поставщиков медицинских услуг в коммерческом секторе рынка, улучшение материально-технического оснащения медицинских организаций. Индикаторный анализ развития рынка показывает его рост за счет увеличения объема медицинских услуг, инвестиций в основной капитал медицинских организаций. Исследование насыщенности рынка медицинскими услугами показало, что ежегодно каждый житель региона обращается в амбулаторно-поликлиническую медицинскую организацию более 6 раз, практически каждый пятый получает стационарную медицинскую помощь. Более трети жителей не обращаются к врачу, даже если в этом есть необходимость по причине неудовлетворенности работой медицинской

организации, в том числе и в связи с длительным сроком ожидания приема и неудобным временем ее работы. В ходе анализа конкурентной среды рынка медицинских услуг Республики Крым установлено, что, несмотря на растущее количество частных поставщиков услуг, их доля в объеме оказанных услуг незначительна, из-за низкого участия в реализации ТППГ; конкурентная среда на рынке в разные периоды отмечается как слабая и умеренная; удовлетворенность потребителей качеством медицинских услуг не превышает 50%. Управление развитием рынка медицинских услуг осуществляется недостаточно эффективно, о чем свидетельствуют неудовлетворенный спрос и недостаток предложения медицинских услуг, в том числе в коммерческом сегменте рынка; упущенная выгода в производстве валового регионального продукта вследствие преждевременной смертности, временной нетрудоспособности населения Крыма, ежегодно составляющая порядка 15-16% ВРП.

Предложенный методический подход индикаторной оценки развития регионального рынка медицинских услуг может быть использован органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации для принятия управленческих тактических и стратегических решений, формирования государственных программ и проектов.

3. Предложена модель государственно-частного партнерства создания и функционирования Центра амбулаторной помощи в условиях ресурсной ограниченности, выступающая инструментом развития регионального рынка медицинских услуг. Ее особенность заключается в интеграции инфраструктурного и сервисного подхода, в результате которого у частного партнера появляется возможность не только проектировать и строить медицинский объект (Центр амбулаторной помощи), но и полноценно его эксплуатировать с целью предоставления медицинских услуг. Основные услуги центра будут включать амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению по программам ОМС, медицинскую реабилитацию, в том числе после перенесенной коронавирусной инфекции, в дневном стационаре и амбулаторно; платные медицинские услуги. Механизмом реализации ГЧП выступает концессионное

соглашение, срок действия которого составляет 17 лет (2 года – строительство объекта, 15 лет – эксплуатация). Общая стоимость строительства и оснащения Центра амбулаторной помощи определена в размере 1130 млн руб.; предусмотрено софинансирование (капитальный грант) общественным партнером в лице Министерства здравоохранения Республики Крым в размере 30% от стоимости строительства объекта. Рассчитанный срок окупаемости проекта составил 9,6 лет.

Социально-экономическими эффектами реализации модели государственно-частного партнерства являются: диверсификация предложения медицинских услуг и удовлетворение потребности в медицинской помощи как в общественном, так и коммерческом сегменте рынка; снижение уровня заболеваемости, смертности, инвалидизации за счет раннего выявления заболеваний при проведении профилактических осмотров, диспансеризации; увеличение производительности труда во всех сферах экономики региона, снижение потерь и увеличение ВРП за счет роста объемов платных медицинских услуг; приобретение опыта реализации ГЧП проектов в сфере здравоохранения.

4. В целях расширения предложения медицинских услуг, сохранения и привлечения медицинских кадров, улучшения ресурсной обеспеченности медицинских организаций, активизации предпринимательского сектора на рынке медицинских услуг разработан организационно-экономический механизм стимулирования развития регионального рынка медицинских услуг. Для реализации предложенного механизма сформированы основные группы взаимодополняющих и взаимосвязанных стимулов: правовых, экономических, социальных. Правовые стимулы включают разработку или корректировку программ, положений, направленных на экономические интересы субъектов рынка. Экономические стимулы выступают в виде разных экономических инструментов, мер поддержки, с помощью которых осуществляется влияние на материальные интересы субъектов; социальные – направлены на сохранение и привлечение медицинских кадров, повышение престижа медицинской профессии, развитие социального партнерства.

Для преодоления дефицита кадров на рынке медицинских услуг предложены группы финансовых, имущественных, социальных стимулов, стимулов профессионального роста, которые не включены в действующие на территории республики программы. В частности, установление стимулирующих выплат для молодых специалистов; увеличение размера региональных выплат медицинским работникам с высшим и средним медицинским образованием, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по дефицитным специальностям; ежегодное увеличение размера ежемесячной денежной выплаты на возмещение расходов на оплату жилых помещений, их отопления и обеспечения электроэнергией для медицинских работников, проживающих в сельской местности пропорционально увеличению тарифов на коммунальные услуги; обеспечение льготных условий предоставления мест в дошкольных образовательных учреждениях медицинским работникам, имеющих детей соответствующего возраста; предоставление возможности бесплатного обучения по программам дополнительного образования по смежной, другой специальности и др.

Сформирован прогноз объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым на 2021-2024 гг., который показал увеличение его объема по базовому сценарию на 60,7%, на 69,3% – при оптимистичном и на 57,6% – при консервативном. Обоснование платежеспособной потребности населения в медицинских услугах позволяет формировать предложения по выводу на рынок новых медицинских услуг, осуществлять взвешенную регуляторную политику развития рынка медицинских услуг для максимального удовлетворения потребностей в качественных медицинских услугах, улучшения медицинского обслуживания населения.

Условные сокращения

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГЧП – государственно-частное партнёрство

ДМС – добровольное медицинское страхование

МСП – субъекты малого и среднего предпринимательства

ОМС – обязательное медицинское страхование

ООН – Организация Объединённых Наций

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни при рождении

ОСЭР – Организация экономического сотрудничества и развития

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМО – страховая медицинская организация

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Список литературы

1. Аганбегян, А. Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков / А. Г. Аганбегян. – Москва : Дело, 2019. – 191 с.
2. Аксенова Е. И. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире : экспертный обзор / Е. И. Аксенова, С. Ю. Горбатов. – Москва : ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 2020 – 44 с.
3. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2016–2020 гг., оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021–2025 гг. – Текст : электронный // BusinesStat : [сайт]. – URL: https://businesstat.ru/images/demo/medicine_russia_demo_businesstat1.pdf (дата обращения: 23.07.2021).
4. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / С. В. Шишкин [и др.]. – Москва : Высшая школа экономики, 2019. – 94 с.
5. Анализ факторов, определяющих качество медицинской помощи: использование социологического опроса врачей / Н. О. Матыцин, Н. Н. Богачанская, И. В. Слюсарь [и др.] // Социология медицины. – 2014. – № 13 (2). – С. 37–42.
6. Антонова, Н. Л. Институциональные аспекты функционирования системы медицинского обслуживания : монография / Н. Л. Антонова, И. Е. Левченко, М. В. Клейменов. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2016. – 108 с.
7. Асаул, Н. А. Методические принципы институциональных взаимодействий субъектов рынка как открытых «живых» систем в концепции информационного общества / Н. А. Асаул. – Москва ; Санкт-Петербург : Вольное экономическое общество России, 2004. – 175 с.
8. Банин, С. А. Базовая теория формирования финансово-экономических основ современного здравоохранения России / С. А. Банин ; под редакцией В. Г. Садкова. – 2-е изд., испр. и доп. – Томск : Издательский Дом ТГУ, 2015. – 180 с.

9. Баранов, И. Н. Конкуренция в сфере здравоохранения / И. Н. Баранов. – Санкт-Петербург : Высшая школа менеджмента СПбГУ, 2010. – 55 с. – (Научные доклады ; № 1 (R)–2010).

10. Биомедицинские кластеры в мире: факторы успеха и истории лучших / Е. А. Исланкина, Е. С. Куценко, Ф. Н. Филина [и др.] ; Фонд Международного медицинского кластера ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва : Высшая школа экономики, 2019. – 160 с.

11. Бородина, Т. А. Специфика экономических отношений и интересов хозяйствующих субъектов на рынке медицинских услуг / Т. А. Бородина, Е. А. Колесниченко // Социально-экономические явления и процессы. – 2011. – № 5–6 (027–028). – С. 36–44.

12. Будущее цифровых систем здравоохранения в Европейском регионе : отчет о проведении симпозиума ВОЗ, Копенгаген, Дания, 6–8 февраля 2019 г. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330370/9789289059985-rus.pdf> (дата обращения: 13.04.2021).

13. Бычкова, А. Н. Экономический механизм: определение, классификация, применение / А. Н. Бычкова // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. – 2010. – № 4. – С. 37–43.

14. Владзимирский, А. В. Медицина в эпоху Интернета / А. В. Владзимирский. – Москва : Эксмо, 2020. – 142 с.

15. Владзимирский, А. В. Эффективность телемедицинских консультаций «пациент – врач»: status praesens / А. В. Владзимирский // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2018. – № 3 (8). – С. 64–70.

16. Власова, О. В. Оценка зависимости бюджетных расходов на здравоохранение от уровня развития экономики в разрезе субъектов ЦФО / О. В. Власова // Карельский научный журнал. – 2018. – Т. 7, № 4 (25). – С. 76–78

17. Воробьев, Ю.Н. Теоретико-методологические основы финансовых методов регулирования и стимулирования экономики страны и ее регионов / Ю.Н. Воробьев // Научный вестник: Финансы, банки, инвестиции. – 2016. - №3. – С. 5-16

18. Гареева, И. А. Здравоохранение России в условиях социальных трансформаций / И. А. Гареева. – Хабаровск : Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2017. – 193 с.

19. Генкин, А. С. Система экономических интересов и социальная гармония / А. С. Генкин // Вопросы экономики. – 1993. – № 6. – С. 14–150.

20. Герасимов, П. А. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг : специальность 08.00.14 «Мировая экономика» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / П. А. Герасимов. – Москва, 2015. – 185 с.

21. Гимадрисламова, Р. М. Модель социологической оценки качества медицинской помощи в регионе / Р. М. Гимадрисламова, Э. Р. Хазиева // Психология, социология и педагогика. – 2014. – № 12. – С. 69–78.

22. Гумерова, Г. И. Процессная интеграция в системе электронного здравоохранения на основе индустрии 4.0: разработка бизнес-модели для российской практики (теоретический аспект)/ Г.И. Гумерова, Э. Ш. Шаймиева // Врач и информационные технологии. – 2019. – № 2. – С. 50-66.

23. Гумерова, Г. И. Организационно-управленческие положения электронного здравоохранения на основе индустрии 4.0: разработка бизнес-модели для российской практики с учетом услуг телемедицины/ Г.И. Гумерова, Э. Ш. Шаймиева // Государственное управление. Электронный вестник. – 2019.– № 72. – С. 115-142.

24. Давыдович, А. Р. Рынок медицинских услуг Краснодарского края: государственная поддержка и оценка конкурентной среды / А. Р. Давыдович, Е. К. Воробей, Н. А. Савельева // Научные исследования и разработки. Экономика. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 37–43.

25. Давыдович, А. Р. Основные тренды развития рынка медицинских услуг (на примере Краснодарского края) / А. Р. Давыдович // Вестник Поволжского государственного университета сервиса. Серия: Экономика. – 2019. – № 1 (55). – С. 79–84.

26. Давыдович, А. Р. Оценка конкурентной среды на рынке медицинских услуг: взгляд потребителей / А. Р. Давыдович // Научные исследования и разработки. Экономика. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 17–21.

27. Доклад о состоянии и развитии конкурентной среды на рынках товаров, работ и услуг Республики Крым Министерства экономического развития. – Текст : электронный // Министерство экономического развития Республики Крым. 2021. – URL: <https://minek.rk.gov.ru/ru/document/show/860>. – Дата публикации: 10.03.2021.

28. Евстигнеев, С. В. Оценка качества медицинской помощи и трудового процесса по результатам опроса врачей / С. В. Евстигнеев, В. В. Васильев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 60 (6). – С. 293–297.

29. Единая межведомственная информационно-аналитическая система (ЕМИСС) – Текст. Изображение : электронные // Государственная статистика : [сайт]. – URL: <https://www.fedstat.ru> (дата обращения: 20.08.2021).

30. Жаворонков, Е. П. Кластерная стратегия в развитии медицинских организаций / Е. П. Жаворонков // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2013. – № 1. – С. 27–35.

31. Жук, А. А. Конкурентная среда рынков: институционально-экономические характеристики / А. А. Жук // Современная конкуренция. – 2011. – № 4. – С. 15–22.

32. Закиева, Л. Ф. Особенности градостроительного размещения медицинских учреждений в крупногородских агломерациях / Л. Ф. Закиева, А. А. Дембич // Известия КГАСУ. – 2019. – № 2 (48). – С. 127–133.

33. Здоровье–2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf (дата обращения: 18.03.2021).

34. Здравоохранение в России: – Текст. Изображение : электронные // Росстат : [сайт]. – URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 25.08.2021).

35. Здравоохранение : необходимые ответы на вызовы времени : [совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики от 21.02.2018 г.] / С. В. Шишкин, В. В. Власов, М. Г. Колосницына [и др.]. – Москва : Центр стратегических разработок, 2018. – 56 с.

36. Ивашинников, А. В. Бережливое производство в здравоохранении : [монография] / А. А. Ивашинников, А. М. Нямцу, В. А. Шуплецова ; Департамент здравоохранения Тюменской области, Государственное автономное учреждение Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр». – Тюмень : ГАУ ТО МИАЦ, 2019. – 179 с.

37. Калашникова, И. В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг / И. В. Калашникова, В. А. Портной. – Хабаровск : Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2014. – 120 с.

38. Канева, М. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития в Новосибирской области // Региональная экономика: теория и практика. – 2016. – № 1. – С. 169–181.

39. Карапетян, С. Т. Теория экономического интереса как системно-интегральная альтернатива неоклассики и институционализма / С. Т. Карапетян // Микроэкономика. – 2017. – № 3. – С. 60–69.

40. Карта кластеров России : [сайт] / НИУ ВШЭ, Российская кластерная обсерватория, Институт статистических исследований и экономики знаний. – URL: <https://map.cluster.hse.ru> (дата обращения: 25.05.2020). – Текст. Изображение : электронные.

41. Килимова, Л. В. Региональный рынок медицинских услуг : социологический анализ / Л. В. Килимова, В. А. Белкина // Вестник Тамбовского университета. Серия: Общественные науки. – 2017. – Т. 3, вып. 3 (11). – С. 69–75.

42. Климин, В. Г. Медицинский туризм. Концепция создания системы оказания медицинских услуг иностранным гражданам в медицинских учреждениях Российской Федерации / В. Г. Климин, А. Н. Дайхес, О. В. Карнеева. – Москва : Комментарий, 2019 – 104 с.

43. Ковалев, С. С. Синтетические параметры для оценки качества системы здравоохранения / С. С. Ковалев, П. В. Сороколетов // Современная экономика: проблемы и решения. – 2017. – № 5 (89). – С. 64–80.

44. Козлова, О.А. Комплексная оценка экономических потерь региона от преждевременной смертности населения / О. А. Козлова, Н. Ю. Зубарев // Экономика региона. – 2020. – № Т. 16., вып. 3. – С. 845-858.

45. Комплементарная медицина: состояние и перспективы правового регулирования / Федеральное Собрание Российской Федерации, Государственная Дума ; редактор В. В. Нарбут. – Москва : Издание Государственной Думы, 2015. – 80 с.

46. Кондратова, Н. В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов в медицинской организации / Н. В. Кондратова // В мире научных открытий. – 2016. – № 5 (77). – С. 23–37.

47. Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12.12.1993 года с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 года]. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 25.05.2021).

48. Кораблев, В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций : монография / В. Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2015. – 236 с.

49. Коробкова, О. К. Экономика и управление медицинскими услугами на основе информационных и телекоммуникационных технологий : монография / О. К. Коробкова. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2015. – 158 с.

50. Коробкова, О. К. Управление развитием сферы услуг здравоохранения в условиях цифровой экономики : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук / О. К. Коробкова. – Москва, 2020. – 45 с. – Место защиты: ФГБОУ ВО «Государственный университет управления».

51. Костикова, А. Ю. Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников : специальность 14.02.03 «Общественное

здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. Ю. Костикова ; Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН. – Москва, 2019.– 27 с.

52. Кочкина, Н. Н. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения : препринт WP8/2015/03 / Н. Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – Москва : Высшая школа экономики, 2015. – 56 с.

53. Крестьянинова, О. Г. Развитие рынка медицинских услуг в условиях информатизации общества : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / О. Г. Крестьянинова. – Санкт-Петербург, 2020. – 22 с. – Место защиты: ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет».

54. Кривенко, Н. В. Комплексный подход к оценке эффективности финансирования здравоохранения в российских регионах / Н. В. Кривенко, С. Е. Шипицина // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. –2020. – Т. 16. № 12 (393). – С. 2264-2288.

55. Кривенко, Н. В. Эффективность системы здравоохранения как фактор устойчивого социально-экономического развития регионов: монография / Н. В. Кривенко, Д.С. Епанешникова, В. Г. Крылов, С. Е. Шипицина и др. – Екатеринбург, 2020. – 235 с.

56. Крымское совещание Путина: главные месседжи властям РК и Севастополя. – Текст : электронный // Россия сегодня : международное информационное агентство : [сайт]. – URL : <https://crimea.ria.ru/20200110/Krymskoe-soveschanie-Putina-glavnye-messedzhi-vlastyam-RK-i-Sevastopolya-1117840431.html>. – Дата публикации: 10.01.2020.

57. Куделина, О. В. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения. Международный опыт / О. В. Куделина, Е. Ю. Килякова // Экология человека. – 2018. – № 8. – С. 17–27.

58. Кузнецов, Н. В. Характеристика системы здравоохранения и рынка медицинских услуг в России / Н. В. Кузнецов, А. В. Рулева, М. В. Рулев // Московский экономический журнал. – 2019. – № 6. – С. 334–342.

59. Куликов, А. Ю. Рынок медицинских услуг: противоречия развития и приоритетные инструменты управления : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / А. Ю. Куликов. – Кисловодск, 2018. – 436 с.

60. Левин, О. В. Средства стимулирования в праве / О. В. Левин // Вестник Мордовского университета. – 2006. – № 1. – С. 165–172.

61. Лемешевская, Е. П. Гигиена труда медицинских работников : учебное пособие для студентов / Е. П. Лемешевская, Г. В. Куренкова, Е. В. Жукова. – Иркутск : ИГМУ, 2018. – 86 с.

62. Линденбратен, А. Л. Здоровье и здравоохранение: мысли серьезные и не очень : монография / А. Л. Линденбратен. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 271 с.

63. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

64. Лобачев В. В. Эффективное управление региональной системой здравоохранения : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / В. В. Лобачев. – Курск, 2018. – 153 с. – Место защиты: Юго-Западный государственный университет.

65. Лобова, С. В. Подход к организации выбора модели взаимодействия участников рынка / С. В. Лобова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2014. – № 4. – С. 174–180.

66. Логунова, Н. А. Здоровье населения как приоритет и детерминанта устойчивого развития социо-эколого-экономической системы (на примере Республики Крым) : монография / Н. А. Логунова, А. Ю. Семенова. – Симферополь : АРИАЛ, 2019. – 232 с.

67. Лысова, Е. А. Поведение потребителей: содержание понятия, социально-экономическая сущность / Е. А. Лысова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2019. – № 4 – С. 21–27.

68. Мазий, В. В. Роль государственно-частного партнерства в системе финансирования здравоохранения России / В. В. Мазий, Т. С. Лисицкая, А. С. Корнева. – Текст : электронный // Вестник Евразийской науки. – 2019. – № 4. – URL: <https://esj.today/PDF/53ECVN419.pdf> (дата обращения: 15.09.2020).

69. Малаховская, М. В. Институциональные и технологические основания модернизации здравоохранения (на примере здравоохранительного сектора Томской области) / М. В. Малаховская, Л. Г. Ленская, Н. Г. Цап. – Томск : Изд. Дом Томского гос. ун-та, 2016. – 332 с.

70. Малиновская, И. Н. Управление развитием отрасли здравоохранения в регионе : монография / И. Н. Малиновская ; Министерство образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВПО «Юго-Западный государственный университет» (ЮЗГУ). – Курск : Юго-Западный гос. ун-т, 2016. – 135 с.

71. Маркетинговое исследование российского экспорта медицинских услуг / Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения. – Текст : электронный // Министерство здравоохранения Российской Федерации : [официальный сайт]. – URL : <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/medturizm/metodicheskie-i-informatsionnye-materialy>. – Дата обновления: 22 декабря 2020.

72. Медик, В. А. Руководство по статистике в медицине и биологии / В. А. Медик, Б. Б. Фишман, М. С. Токмачев. – Москва : Медицина, 2001. – 352 с.

73. Медицинская инфраструктура: состояние и тренды : аналитический обзор / Г. Барцева, М. Фомина, А. Галактионова, А. Яковлевская. – Москва : [б. и.], 2021. – 55 с.

74. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования / А. С. Абубакиров, П. И. Ананченкова, Д. С. Амонова [и др.]. – Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. – 168 с.

75. Мелентьева, Н. И. Межсубъектные коммуникации в системе маркетинга взаимодействия. Вопросы теории и методологии / Н. И. Мелентьева. – Санкт-Петербург : Борей-Арт, 2007. – 237 с. : ил.

76. Меры мотивационного воздействия, применяемые для стимулирования труда медицинских работников. Обзор литературы / А. Толкын, А. Булегенов, Л. Брузати [и др.] // Наука и Здоровоохранение. – 2018. – № 6, (Т. 20). – С. 17–30.

77. Методические рекомендации по проведению независимой оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения : Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ от 31 октября 2013 г. № 810а. – Текст : электронный // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – URL: <https://base.garant.ru/70505434/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 21.06.2021).

78. Методическое пособие по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Текст : электронный. – [Копенгаген], 2018. – 97 с. // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/390000/WH11_TK_russian_online.pdf (дата обращения: 22.05.2021).

79. Миролубова Т. В. Смертность населения как индикатор замедления социально-экономического развития региона / И. В. Миролубова, Н. Ю. Зубарева // Ars Administrandi. Искусство управления. – 2017. – Т. 9, № 1. – С. 16–31.

80. Мирошник, С. В. Правовые стимулы в российском законодательстве : монография / С. В. Мирошник, И. И. Стрижак. – Ростов-на-Дону : РСЭИ, 2011. – 130 с.

81. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л. Д. Попович, Е. Г. Потапчик, С. К. Салахутдинова [и др.] ; под редакцией И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – Москва : Дело, 2015. – 232 с. – (Экономическая политика: между кризисом и модернизацией).

82. Морозов, В. А. Взаимодействие : понятие, виды и свойства / В. А. Морозов // Креативная экономика. – 2015. – № 9 (10). – С. 1309–1318.

83. Морозова, Ю. А. Формирование стратегических приоритетов инновационного развития российского здравоохранения в условиях цифровизации : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук / Ю. А. Морозова. – Москва, 2021. – 243 с. – Место защиты: ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова».

84. Мышко, Ф. Г. Кадровый менеджмент в сфере здравоохранения : монография / Ф. Г. Мышко, С. Е. Титор, И. В. Линькова ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Государственный университет управления». – Москва : Издательский дом ГУУ, 2019. – 167 с. : ил.

85. Назаров, В. С. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, развилки, сценарии / В. С. Назаров, Н. А. Авксентьев, Н. Н. Сисигина. – Москва : Дело, 2019. – 100 с.

86. Нечаев, В. Некоторые аспекты современного рынка медицинских услуг / В. Нечаев. – Текст : электронный // Здравоохранение. – 2017. – № 3. – URL: <https://e.zdravohrana.ru> (дата обращения: 21.05.2021).

87. Новиков, Д. А. Механизмы стимулирования в многоэлементных организационных системах / Д. А. Новиков, А. В. Цветков ; Российская академия наук, Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова. – Москва : Апостроф, 2000. – 184 с.

88. Новиков, Д. А. Стимулирование в организационных системах / Д. А. Новиков. – М. : Синтег, 2003. – 312 с.

89. О задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения : доклад Государственного Совета Российской Федерации от 11 ноября 2019 г. – Текст : электронный. – URL: https://liman.astrobl.ru/sites/default/files/doclad_zdr_2019.pdf (дата обращения: 6.07.2021).

90. О здравоохранении в Республике Крым : Закон Республики Крым от 29.12.2016 г. № 341-ЗРК/2016 (с изменениями и дополнениями) : [принят Государственным Советом Республики Крым 22 декабря 2016 года]. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL:

<http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW509;n=24126#HraQ7kSyAgIJKTKK2> (дата обращения: 17.07.2021).

91. О концессионных соглашениях : Федеральный закон от 21.07.2005 г. № 115-ФЗ (в ред. от 02.07.2021 г.) : [принят Государственной Думой 06.07.2005 : одобрен Советом Федерации 13.07.2005 г.]. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_54572/ (дата обращения: 25.08.2021).

92. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204. – Текст : электронный // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – URL : <https://base.garant.ru/71937200/> (дата обращения: 19.08.2021).

93. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299. – Текст : электронный // Кодекс : [справочная система]. – URL : <https://docs.cntd.ru/document/573292861> (дата обращения: 08.07.2021).

94. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL: http://www.consultant.ru /document/cons_doc_LAW_326419 (дата обращения: 08.07.2021).

95. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2019 году и задачах на 2020 год : [доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации]. – Текст : электронный. – URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_All_08-04-2021-Preview.pdf?1619014721 (дата обращения: 30.06.2021).

96. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 24.02.2021 г. № 20-ФЗ) : [принят Государственной Думой 19 ноября 2010 года : одобрен Советом

Федерации 24 ноября 2010 г.] // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289 (дата обращения: 04.07.2021).

97. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 13.01.2020 г. № 1-П) : [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 г. : одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 г.] // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL: [http://www.consultant.ru /document/cons_doc_LAW_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 04.07.2021).

98. Об утверждении ведомственной целевой программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.20 г. № 1365. – Текст : электронный // Министерство здравоохранения Российской Федерации : [официальный сайт]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 04.07.2021).

99. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения в Республике Крым на 2018–2020 годы : Постановление Совета министров Республики Крым от 12 декабря 2017 года № 666. – Текст : электронный // Правительство Республики Крым : официальный портал. – URL: <https://rk.gov.ru/document/show/2912> (дата обращения: 27.06.2021).

100. Об утверждении методик расчета отдельных основных показателей национального проекта «Здравоохранение» и дополнительных показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», входящего в национальный проект «Здравоохранение» : приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 апреля 2021 г. № 284. – Текст : электронный // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400547940/> (дата обращения: 28.06.2021).

101. Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым : постановление Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149. – Текст : электронный // Правительство Республики Крым :

официальный портал. – URL : https://rk.gov.ru/file/polojenie_o_ministerstve.pdf (дата обращения: 25.05.2021).

102. Об утверждении Положения о Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю : приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 06.10.2020 № 9148. – Текст : электронный // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : [сайт]. – URL : <https://82reg.roszdravnadzor.gov.ru/about/info/documents/69802> (дата обращения: 25.05.2021).

103. Об утверждении Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Крым : постановление Совета министров Республики Крым от 21 апреля 2014 года № 69. – Текст : электронный // Правительство Республики Крым : официальный портал. – URL : https://rk.gov.ru/file/pub/pub_232342.pdf?1.0.41 (дата обращения: 25.05.2021).

104. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н. – Текст : электронный // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – URL : <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 01.08.2021).

105. Об утверждении Программы развития медико-биологического кластера Республики Крым : распоряжение Совета Министров Республики Крым от 28.06.2019 № 773-р. – Текст : электронный // Кодекс : [справочная система]. – URL : <https://docs.cntd.ru/document/561442290> (дата обращения: 15.02.2021).

106. Обзор ключевых показателей деятельности страховщиков : информационно-аналитический материал / Банк России. – Москва : [Центральный банк Российской Федерации], 2019. – 40 с.

107. Обзор международного опыта планирования кадровых ресурсов здравоохранения / В. В. Омеляновский, Т. П. Безденежных, Т. Г. Алхасов, Д. В. Лукьянцева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – № 3 (37). – С. 32–45.

108. Оборин, М. С. Экономический рост сферы услуг региона на основе развития лечебно-оздоровительной инфраструктуры / М. С. Оборин // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2018. – № 8 (166). – С. 36–46.
109. Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / под редакцией В. И. Стародубова [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 624 с.
110. Окольнішнікова, І. Ю. Государственно-частное партнерство как механизм развития отечественного рынка медицинских услуг : монография / И. Ю. Окольнішнікова, В. Г. Куватов. – Челябинск : Издательский центр ЮУрГУ, 2013. – 122 с.
111. Орехова, С. В. Методологические основы определения институциональной сложности рынка / С. В. Орехова // Управленец. – 2015. – № 4 (56). – С. 24–35.
112. Осейчук, В. И. Теория государственного управления : учебник и практикум для вузов / В. И. Осейчук. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 342 с.
113. Основы государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года : указ Президента Российской Федерации от 16.01.2017 г. № 13. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [справочная правовая система]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_210967/ (дата обращения: 17.08.2021).
114. Основы экономики здоровья населения России : монография / [Г. Н. Арустамян и др.] ; под ред. Е. В. Егорова, В. А. Морозова. – Москва : Креативная экономика, 2015. – 464 с.
115. Основы экономики здоровья населения России: учебное пособие / под ред. Е.В. Егорова, В.А. Морозова. – Москва : Креативная экономика, 2015. – 464 с.
116. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции» : утв. Коллегией Счетной палаты РФ 02.02.2021 г. – Текст : электронный // Счетная палата Российской Федерации : [сайт]. – URL: <https://www.tadviser.ru/images/5/56/F24f16aa07aca6c39a7c7567ac6791e3.pdf> (дата обращения: 17.06.2021).

117. Панкевич, В. И. Удовлетворенность врачей своим трудом в государственных и частных медицинских организациях / В. И. Панкевич, М. А. Школьников, М. Т. Югай // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 5. – С. 69–78.

118. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» : [утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16]. – Текст : электронный // Правительство Российской Федерации : [официальный сайт]. – URL: <http://static.government.ru/media/files/gWYJ4OsAhPOweWaJk1prKDEpregEcduI.pdf> (дата обращения: 25.05.2021).

119. Паспорт федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)». – Текст : электронный // Федеральное медико-биологическое агентство России : [официальный сайт]. – URL: <https://fmba.gov.ru/upload/iblock/4e6/Proekt-pasporta-ETSK-FMBA-Rossii.pdf> (дата обращения: 14.04.2021).

120. Паспорта индикаторов: инструмент мониторинга воздействия, показателей деятельности и потенциала первичной медико-санитарной помощи (PHC-ИМРАСТ) в Европейском регионе ВОЗ (2019) / Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/422112/Impact-Passport-RU-171219.pdf (дата обращения: 27.05.2021).

121. Пепеляева, А. В. Сочетание институционально-эволюционного и функционального подходов в оценке эффективности функционирования региональной системы здравоохранения / А. В. Пепеляева, Е. А. Третьякова // Вестник Пермского университета. Серия: Экономика. – 2018. – Т. 13, № 1. – С. 58–74.
122. Перепелова, О. В. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности / О. В. Перепелова, И. А. Петрова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 10. – С. 12–17.
123. Плугарь, Е. В. Единое информационное медико-социальное пространство как основа взаимодействия участников рынка медицинских услуг / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Европейский журнал социальных наук. – 2018. – № 8. – С. 86–91.
124. Плугарь, Е. В. К вопросу государственной политики формирования здорового образа жизни у населения России / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Институциональная экономика: развитие, преподавание, приложения : сборник научных статей по материалам V международной научной конференции, Москва, 15 ноября 2017 г. – Москва, 2017. – С. 257–260.
125. Плугарь, Е. В. Оценка здоровья населения трудоспособного возраста в Республике Крым: социально-экономический аспект / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Геополитика и экогеодинамика регионов. – 2019. – № 2, Т. 5. – С. 214–224.
126. Плугарь, Е. В. Развитие кадрового потенциала системы здравоохранения Республики Крым / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Экономика предпринимательства. – 2019. – № 5 (106). – С. 454–460.
127. Плугарь, Е. В. Регуляторная политика в стимулировании взаимодействия участников рынка медицинских услуг / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Дискуссия. – 2020. – № 2 (98). – С. 29–38.
128. Плугарь, Е. В. Социокультурные факторы поддержания здоровья населения Крыма / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Актуальные проблемы междисциплинарных исследований в изучении истории, культуры и экономики

Крыма : материалы всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 14–15 декабря 2017 г. – Симферополь, 2017. – С. 220–224.

129. Плугарь, Е. В. Цифровые трансформации российского рынка медицинских услуг / Е. В. Плугарь, О. В. Растригина // Информационное развитие России: состояние, тенденции и перспективы : сборник статей X всероссийской научно-практической конференции / ответственный редактор Ю. В. Каира. – Орел, 2020. – С. 175–180.

130. Положение о Межрегиональном управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю : [утверждено приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11.04.2014 г. № 267]. – Текст : электронный // Межрегиональное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю : [сайт]. – URL: <http://82.rospotrebnadzor.ru/s/82/files/about/functions/148810.pdf> (дата обращения: 27.06.2021).

131. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг [Электронный ресурс] : утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 // «Консультант Плюс» : справочная система по законодательству РФ : [сайт]. – Режим доступа : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/

132. Прогноз научно-технологического развития России : 2030. Медицина и здравоохранение / под ред. Л. М. Гохберга, Л. М. Огородовой ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва : Высшая школа экономики, 2014. – 48 с.

133. Радаев, В. В. Как организуется рыночное взаимодействие : препринт WP4/2010/01 / В. В. Радаев. – Москва : Высшая школа экономики, 2010. – 60 с.

134. Разработка методики расчета потребности во врачебных кадрах в здравоохранении Российской Федерации с использованием математической модели / В. В. Омеляновский, Т. В. Семенова, Д. В. Лукьянцева [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2020. – Т. 13, № 4. – С. 427–437.

135. Разумовская, Е. М. Взаимосвязь показателей сферы здравоохранения и социально-экономического развития региона / Е. М. Разумовская, Г. Ф. Валеева // Вопросы управления. – 2019. – № 5 (60). – С. 142–156.

136. Райзберг, Б. А. Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. – Москва : Нифра-М, 2006. – 134 с.

137. Растригина, О. В. Вопросы теории функционирования регионального рынка медицинских услуг / О. В. Растригина // Экономика и предпринимательство. – 2021. – № 6 (131). – С. 890–894.

138. Растригина, О. В. Вопросы финансового взаимодействия медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования в Республике Крым / О. В. Растригина // Вестник «Биомедицина и социология». – 2019. – Т. 4, № 1. – С. 63–66.

139. Растригина, О. В. Инструменты стимулирования здоровьесбережения населения Крыма / О. В. Растригина // Дни науки КФУ им. В. И. Вернадского : материалы IV научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов, студентов и молодых ученых. – Симферополь, 2018. – С. 394–395.

140. Растригина, О. В. К вопросу о сущности рынка медицинских услуг / О. В. Растригина // Менеджмент предпринимательской деятельности : материалы XVI международной научно-практической конференции преподавателей, докторантов, аспирантов и студентов, Симферополь, 12–13 апреля 2018 г. / ответственные редакторы: Н. Д. Стахно, О. Д. Почупайло. – Симферополь, 2018. – С. 308–311.

141. Растригина, О. В. Медицинская услуга как социально-экономическая категория / О. В. Растригина // Молодая наука : сборник трудов научно-практической конференции для студентов и молодых ученых, с. Соколиное, 31

августа–01 сентября 2019 г. / редакторы: Г. А. Штофер [и др.]. – Симферополь, 2019. – С. 165–167.

142. Растригина, О. В. Модели государственно-частного партнерства в здравоохранении / О. В. Растригина // Управление регионом: тенденции, закономерности, проблемы : сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 10–11 июня 2020 г., г. Горно-Алтайск : в 2 частях. Часть 2 / под общей редакцией Т. А. Куттубаевой, А. В. Глотко. – Горно-Алтайск, 2020. – С. 154–157.

143. Растригина, О. В. Подходы к оценке взаимодействия между поставщиками и потребителями медицинских услуг / О. В. Растригина // Менеджмент предпринимательской деятельности : материалы XVII международной научно-практической конференции преподавателей, докторантов, аспирантов и студентов, Симферополь, 18–19 апреля 2019 г. / ответственный редактор О. Д. Почупайло. – Симферополь, 2019. – С. 215–217.

144. Растригина, О. В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика / О. В. Растригина. – Текст : электронный // Вестник Евразийской науки. – 2020. – № 3, Т. 12. – С. 49. – URL: [https://www.elibrary.ru/download /elibrary_43881853_72917001.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43881853_72917001.pdf) (дата обращения: 06.08.2021).

145. Растригина, О. В. Рынок медицинских услуг Республики Крым: тренды и перспективы развития / О. В. Растригина // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2021. – № 5 (113), Т.4. – С. 49–57.

146. Ратникова, Т. А. Введение в эконометрический анализ панельных данных / Т. А. Ратникова // Экономический журнал Высшей школы экономики. – 2006. – Т. 10, № 2. – С. 267–316.

147. Региональная программа модернизации первичного звена здравоохранения Республики Крым на 2021–2025 годы : Постановление Совета Министров Республики Крым от 15 декабря 2020 г. № 791. – Текст : электронный // Правительство Республики Крым : официальный портал. – URL: <https://rk.gov.ru/ru/document/show/26813> (дата обращения: 15.08.2021).

148. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации : препринт WP8/2019/01 / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова, Е. Г. Потапчик, С. В. Сажина ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва : Высшая школа экономики, 2019. – 96 с.

149. Рекомендации по реализации проектов государственно-частного партнерства. Лучшие практики. – Текст : электронный // Министерство экономического развития Российской Федерации : [сайт]. – URL: <https://www.economy.gov.ru/material/file/cd482f73c03b658fa97a2d844c7e39d9/metodic2018.pdf> (дата обращения: 22.08.2021).

150. Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении : учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общей редакцией А. В. Решетникова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2020. – 328 с.

151. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы : доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / руководитель авторского коллектива С. В. Шишкин ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва : Высшая школа экономики, 2017. – 84 с.

152. Российское здравоохранение: проблемы управления и эффективность : монография / А. А. Шабунова [и др.] ; под общей редакцией А. А. Шабуновой. – Вологда : ВолНЦ РАН, 2017. – 244 с.

153. Руголь, Л. В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л. В. Руголь, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. – 2020. – № 66 (3). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1170/30/lang,ru/>. – Дата публикации: 02.07.2021.

154. Рынок реализуемых проектов ГЧП в России. – Текст. Изображение : электронные // Росинфра : [сайт]. – URL: <https://rosinfra.ru/digest/market> (дата обращения: 26.07.2021).

155. Сабгайда, Т. П. Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза / Т. П. Сабгайда // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2017. – № 61 (3). – С. 116–122.

156. Сафина, Р. С. Особенность рынка медицинских услуг и роль государства / Р. С. Сафина, И. М. Курзина // *Вестник экономики, права и социологии*. – 2014. – № 3. – С. 81–84.

157. Сизова, Е. С. Развитие инфраструктуры здравоохранения и качества услуг с использованием механизма государственно-частного партнерства : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Е. С. Сизова. – Москва, 2016. – 23 с. – Место защиты: Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ.

158. Симченко, Н. А. Цифровые тренды развития рынка медицинских услуг / Н. А. Симченко, С. С. Олефиренко, В. В. Сафонов // *Социально-экономические предпосылки и результаты развития новых технологий в современной экономике* : материалы II Всероссийской научной конференции с международным участием, Нижний Новгород, 19 февраля 2020 г. / редакционная коллегия: А. В. Золотов [и др.]. – Нижний Новгород, 2020. – С. 267–270.

159. Система оказания медицинской помощи в Российской Федерации / под редакцией В. В. Омеляновского. – Москва : Наука, 2019. – 181 с.

160. Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году / Г. Э. Улумбекова, Н. Ф. Прохоренко, А. В. Калашникова, А. Б. Гинойн // *Экономика. Налоги. Право*. – 2019. – №12 (2). – С. 19–30.

161. Снегирева, Ю. Ю. Организационно-экономический механизм развития рынка медицинских услуг (на материалах Краснодарского края Российской Федерации) : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Ю. Ю. Снегирева. – Душанбе, 2019. – 23 с. – Место защиты: Таджикский государственный университет коммерции.

162. Совершенствование рейтинговой оценки как инструмент управления качеством медицинской помощи : монография / Л. И. Меньшикова [и др.]. – Архангельск : Изд-во Северного гос. мед. Ун-та, 2016. – 227 с.

163. Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) : паспорт федерального проекта. – Текст : электронный. – URL: <https://static-0.minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 30.05.2021).

164. Соколов, Е. В. Прорывные технологии финансирования здравоохранения, пенсионного обеспечения и экономики России : монография / Е. В. Соколов, Е. В. Костырин ; под общей редакцией Е. В. Соколова. – Москва : Научная библиотека, 2018. – 180 с.

165. СПАРК : [система анализа рынков и компаний] : сайт. – URL: <https://spark-interfax.ru/> (дата обращения: 30.07.2021). – Режим доступа: для авториз. пользователей. – Текст: электронный.

166. Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика : доклад НИУ ВШЭ к XX Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апреля 2019 г. / руководители авторского коллектива: И. М. Шейман, С. В. Шишкин ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – Москва : Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. – 87 с.

167. Степанов, И. М. Разработка моделей оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования : препринт WP8/2011/03 / И. М. Степанов, К. И. Головщинский ; Высшая школа экономики. – Москва : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 60 с.

168. Столяров, С. А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. – 3-е изд. испр. и доп. – Барнаул : АзБука, 2005. – 269 с.

169. Столяров, С. А. Менеджмент в здравоохранении : учебник для вузов / С. А. Столяров. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2019. – 764 с.

170. Стратегические направления обеспечения конкурентоспособности медицинских организаций первичного звена / А. Р. Давыдович, А. С. Карамова, Н. С. Кресова, О. П. Фесенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № S1. – С. 576–581.

171. Суслова, С. В. Некоммерческие производители на региональных квазирынках социальных услуг / С. В. Суслова // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2014. – № 3. – С. 72–89.

172. Сценарные условия, основные параметры прогноза социально-экономического развития Российской Федерации и прогнозируемые изменения цен (тарифов) на товары, услуги хозяйствующих субъектов, осуществляющих регулируемые виды деятельности в инфраструктурном секторе, на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов. – Текст : электронный // Министерство экономического развития Российской Федерации : [сайт]. – URL: https://www.economy.gov.ru/material/directions/makroec/prognozy_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya/scenarnye_usloviya_osnovnye_parametry_prognoza_socialno_ekonomicheskogo_razvitiya_rf_na_2022_god_i_na_planovyy_period_2023_i_2024_godov.html (дата обращения: 28.07.2021).

173. Тарасенко, Е. А. Рынок частной медицины в России: взгляд маркетолога / Е. А. Тарасенко, М. М. Дворяшина // ЭКО. – 2019. – № 6. – С. 43–61.

174. Тиссен, Е. В. Микроэкономика: индивидуальное поведение и стратегическое взаимодействие участников рынка : учебное пособие / Е. В. Тиссен, И. А. Борисов. – 3-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА, 2017. – 93 с.

175. Титова, А. О. Рынок медицинских услуг как социально-экономическая система / А. О. Титова // Вестник Саратовского государственного технического университета. – 2009. – № 1. – С. 239–245.

176. Тогунов, И. А. Врач и пациент на рынке медицинских услуг : монография / И. А. Тогунов. – Текст : электронный. – URL: https://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/gl4_1.htm. – Дата публикации: 03.09.2002.

177. Требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2018 г. № 911н. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327147/ (дата обращения: 14.12.2020).

178. Требования к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения: приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 февраля 2016 г. № 132н. – Текст : электронный // КонсультантПлюс : [сайт]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195807/ (дата обращения: 28.04.2021).

179. Тренды и прогнозы развития медицинских информационных систем в России / А. В. Гусев, М. А. Плисс, М. Б. Левин, Р. Э. Новицкий // Врачи и информационные технологии. – 2019. – № 2. – С. 38–49.

180. Трубицына, Т. И. Категория «взаимодействие» в системе экономического знания / Т. И. Трубицына // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Экономика. Управление. Право. – 2007. – № 1. – С. 2–11.

181. Тумусов, Ф. С. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации / Ф. С. Тумусов, Д. А. Косенков. – Москва : Издание Государственной Думы, 2019. – 80 с.

182. Удовлетворенность медицинского персонала – удовлетворенность пациента качеством помощи: есть ли связь? / Я. В. Данильченко, Д. В. Карась, А. Н. Попсуйко, Г. В. Артамонова. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 3 (66). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1163/30/lang,ru/> (дата обращения : 21.05.2021).

183. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: что надо делать. Состояние и предложения 2019–2024 гг. / Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 416 с.

184. Улумбекова, Г. Э. Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г. / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн // Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7, № 1. – С. 4–16.

185. Управление взаимоотношениями врачей и пациентов в медицинской организации / Т. А. Сибурина, А. В. Волнухин, В. И. Вечорко, А. Г. Резе. – Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения : электронный научный журнал. – 2018. – № 64 (6). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1025/30/lang,ru/> (дата обращения: 25.05.2021).

186. Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие / под редакцией А. И. Вялкова. – 3-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 664 с.

187. Федин, С. В. Направления развития рынка экономики восстановления здоровья: постпандемический аспект / С. В. Федин, Н. Е. Тихонюк // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2020. – № 12–1. – С. 169–176.

188. Филиппова, Т. А. Современная организация маркетинга на рынке медицинских услуг Волгоградской области / Т. А. Филиппова // Региональная экономика: теория и практика. – 2007. – Вып. 9. – С. 140–145.

189. Цехла, С. Ю. Подходы к развитию регионального рынка медицинских услуг / С. Ю. Цехла, О. В. Растригина // EUROPEAN SCIENTIFIC CONFERENCE : сборник научных трудов по материалам XL International scientific conference, (Анапа, 28 августа 2021 г.) / научный редактор Е. Н. Скорикова. – Анапа, 2021. – С. 41–45.

190. Цехла, С. Ю. Система стимулирования взаимодействия участников рынка медицинских услуг : монография / С. Ю. Цехла, Е. В. Плугарь, О. В. Растригина. – Симферополь : Изд. дом КФУ, 2021. – 188 с.

191. Цехла, С. Ю. Тенденции развития медицинского туризма в России и потенциал Республики Крым / С. Ю. Цехла, Е. В. Плугарь // Проблемы и перспективы развития туризма в Российской Федерации : сборник научных трудов,

Севастопольский экономико-гуманитарный институт (филиал), ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского". – Симферополь, 2020. – С. 265-270.

192. Цехла, С. Ю. Цифровые трансформации системы здравоохранения России в повышении качества жизни населения / С. Ю. Цехла, Е. В. Плугарь // Повышение качества жизни и эффективное управление организациями реального и финансового секторов экономики на основе учетно-аналитического моделирования: монография / под общей редакцией Н. В. Парушиной. – Орел : ОрелГУЭТ, 2020. – Глава 3. – С. 201–222.

193. Цифровое здравоохранение: преобразование системы медицинского обслуживания и расширение его доступности / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/digital-health/news/news/2020/9/digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>. – Дата публикации: 09.09.2020.

194. Чему нас учит рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн, А. А. Калашникова, Е. А. Чабан // Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2016. – № 1 (3). – С. 3–12.

195. Черковец, М. В. Анализ и прогноз развития рынка медицинских услуг с учетом различий в уровне доходов населения / М. В. Черковец, А. К. Моисеев // Научные труды: Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. – 2016. – № 1. – С. 59–73.

196. Черненко, Э. М. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития / Э. М. Черненко, И. С. Лебедева, П. В. Лебедев // Российское предпринимательство. – 2018. – Т. 19, № 12. – С. 3981–3998.

197. Чилилов, А. М. Развитие государственного сектора медицинских услуг на основе нормативного планирования ресурсов : специальность 08.00.05

«Экономика и управление народным хозяйством» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / А. М. Чилилов. – Москва, 2016. – 23 с. – Место защиты: Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова.

198. Шадеркин, И. А. Удаленный мониторинг здоровья: мотивация пациентов / И. А. Шадеркин, С. А. Шамшурин // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 37–43.

199. Швырев, Б. А. Трансформация медицины в бизнес : монография / Б. А. Швырев ; Федеральная служба исполнения наказаний, Научно-исследовательский институт ФСИН России. – Москва : ФКУ НИИ ФСИН России, 2018. – 104 с.

200. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей / И. М. Шейман, С. В. Сажина // Мир России. – 2018. – № 3. – С. 130–153.

201. Шейман, И. М. Кадровая политика в здравоохранении: сравнительный анализ российской и международной практики / И. М. Шейман, В. И. Шевский // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 1. – С. 143–167.

202. Шейман, И. М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И. М. Шейман ; Государственный университет «Высшая школа экономики». – 2-е изд. – Москва : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.

203. Шишкин, С. В. Роль аттестации медицинских работников в повышении трудовой мотивации/ С. В. Шишкин, А. Л. Темницкий // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2019. – № 2. – С. 141–167.

204. Шишкин, С. В. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2021. – № 1. – С. 75-99.

205. Щепин, О. П. Региональные аспекты развития здравоохранения / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5, Т. 22. – С. 3–7.

206. Экономические методы управления в здравоохранении / В. В. Уйба, В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко, А. И. Клевасов ; под общей редакцией В. В. Уйба. – Новосибирск : Альфа-Ресурс, 2012. – 314 с.
207. Эрроу, К. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения / К. Эрроу. – Текст : электронный // Частная медицина : [сайт]. – URL: <http://anoufrieu.ru/assets/files/arrow.pdf> (дата обращения: 19.02.2021).
208. Юсупова, Е. Ю Клиентоориентированность в здравоохранении / Е. Ю. Юсупова, О. В. Шарашкина, А. Г. Немков ; Департамент здравоохранения Тюменской области [и др.]. – Тюмень : Айвекс, 2019. – 179 с.
209. Assessing the Impact of Regulatory Management Systems: Preliminary Statistical and Econometric Estimates / S. Jacobzone, S., et al. // OECD Working Papers on Public Governance. OECD Publishing, Paris/ – 2010 – No. 17. – P.67
210. A strategic review of the future healthcare workforce: informing medical and dental student intakes / Centre for Workforce Intelligence. – Text : electronic. – URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507390/CfWI_healthcare_workforce_medical_and_dental_student_intakes.pdf (дата обращения: 15.02.2021).
211. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals / World Health Organization, The United Nations Children's Fund (UNICEF). – Text : electronic. – URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf> (дата обращения: 15.02.2021).
212. Approaches in Health Human Resource Forecasting: A Roadmap for Improvement / S. Rafiei, R. Mohebbifar, F. Hashemi, M. Ezzatabadi, F. Farzianpour // Electronic Physician. – 2016. – Vol. 8, Is. 9. – Pp. 2911–2917.
213. Artificial Intelligence and Machine Learning : Policy Paper, 2017. – Text : electronic. – URL: https://www.internetsociety.org/wp-content/uploads/2017/08/ISOC-AI-Policy-Paper_2017-04-27_0.pdf (дата обращения: 23.03.2021).

214. Astolfi, R. A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods / R. Astolfi, L. Lorenzoni J. Oderkirk // OECD Health Working Paper. – 2012. – Vol. 59. – Pp. 1–121.
215. Athey S Machine learning and economics // Toulouse Network for Information Technology. – 2019. – Vol. 5. – Pp. 7–11.
216. Baltagi, B. Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data / B. Baltagi, Moscone F. // Discussion Paper No. 4851. – 2010. – P. 24
217. Bloomberg's Global Health Index for 2020. – Text : electronic. – URL: <https://worldhealth.net/bloombergs-global-health-index-2020> (дата обращения: 15.02.2021).
218. Bouti Kh. Public-Private Partnerships In Health / Khalid Bouti, Borki Rajae // International Journal of Medicine and Surgery. – 2015. – Vol. 2 (1):1–2. – Pp. 1–9.
219. Buse K. Public–private health partnerships: a strategy for WHO / Kent Buse, Amalia Waxman // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – 79 (8). – Pp. 748–754.
220. Becker, G. Human Capital and the Personal Distribution of Income: An Analitical Approach / G. Becker // Human Capital. – 1975. – Pp. 94–144.
221. Clarke, D. Law, regulation and strategizing for health / D. Clarke // Strategizing national health in the 21st century: a handbook. – Geneva : World Health Organization, 2016. – Chapter 10. – Pp. 1–56.
222. County Health Rankings Model : [site]. – URL: <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model> (дата обращения: 15.02.2021). – Text. Picture : electronic.
223. Culyer, A. J. Introduction: The State and Scope of Health Economic / A. J. Culyer, J. P. Newhouse // Handbook of Health Economics. – 2000. – Vol. 1, Part A. – Pp. 1–8.

224. Denis, R. Perspective à long terme des dépenses de santé en France / R. Denis // Complément C au Rapport du Conseil d'analyse économique. – 2007. – Vol. 72. – Pp. 1–39.
225. Developing an Open-Source Model for Projecting Physician Shortages in the United States / G. Cecil ; Sheps Center for Health Services Research. – Text : electronic. – URL: <https://www.shepscenter.unc.edu/wpcontent/uploads/2014/03/Developing-an-Open-Source-Model-for-Projecting-Physician-Shortages-in-the-United-States-Aug2012.pdf> (дата обращения: 16.02.2021).
226. Diversity of primary care systems analysed / D. Kringos, W. Boerma, Y. Bourgueil [et al.] // Building primary care in a changing Europe. – 2015. – Vol. 38. – Pp. 103–115.
227. Duchovny N. Projecting Demand for the Services of Primary Care Doctors / N. Duchovny, S. Trachtman, E. Werble // Working Paper 2017-03; Congressional Budget Office. – Washington, 2017. – P. 35.
228. Fogel, R. Forecasting the cost of U.S. health care in 2040 / R. Fogel // NBER Working Paper No. 14361. National Bureau of Economic Research. Cambridge, Massachusetts. – 2008. – P. 17
229. Forecasting imbalances of human resources for health in the Thailand health service system: application of a health demand method / N. Pagaiya, P. Phanthunane, A. Bamrung [et al.] // Hum Resour Health. – 2019. – Vol. 17, Iss. 4. – Pp. 1–12.
230. Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach / R. M. Scheffler, J. X. Liu, Y. Kinfu, M. R. Dal Poz // Bulletin World Health Organization. – 2008. – Vol. 86 (7). – Pp. 516–523.
231. Future of digital health systems: report on the WHO symposium on the future of digital health systems in the European Region (Copenhagen, Denmark, 6–8 February 2019). – Text : electronic. – URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/digital-health/publications/2019> (дата обращения: 16.02.2021).
232. Gerdtham, U. G. International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis / U.G. Gerdtham, B. Jonsson // Handbook of Health Economics. – 2000. – Vol. 1, Part A. – Pp. 11–53.

233. Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. – Text : electronic. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61eng.pdf> (дата обращения: 15.02.2021).

234. Global Health Security Index. October 2019. – Text : electronic. – URL: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf> (дата обращения: 22.03.2021).

235. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. – 2016. – Text : electronic. – URL: https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/ (дата обращения: 15.02.2021).

236. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation / M. Grossman. – New York : Nber, 1972. – 112 p.

237. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. – Geneva : World Health Organization, 2018. – 74 p.

238. Health Workforce Projections: Physicians and Physician Assistants in Emergency Medicine. – Text : electronic // National Center for Health Workforce Analysis : [site]. – 2017. – URL: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/fact-sheet-emergency-medicine.pdf> (дата обращения: 16.02.2021).

239. Hollenbeck, K. A Review of Retirement Income Policy Models / K. Hollenbeck // Upjohn Institute Staff Working Paper 95–38. – 1995. – Pp. 1–35.

240. Hospital management in the Russian Federation: the role to physicians in the new models of management / E. Kuhlmann, S. Shishkin, E. Richardson [et al.] // European Journal of Public Health. – 2018. – Vol. 28, № S4. – P. 16.

241. Identifying policies and strategies for general practitioner retention in direct patient care in the United Kingdom: a RAND/UCLA appropriateness method panel study / R. Chilvers, S. H. Richards, E. Fletcher [et al.] // BMC Fam Pract. – 2019. – Vol. 20 (130). – Pp. 1–12.

242. Jones, A. M. Panel data methods and applications to health economics / A. M. Jones // *Palgrave Handbook of Econometrics*. – 2009. – Pp. 557–631.
243. Kaneva, M. A. Income Inequality and Self Assessed Health in Russia / M. A. Kaneva, V. B. Baidin // *ECO*. – 2019. – No 12. – Pp. 105–123.
244. Krivenko, N. Issues of sustainability of regional health system / N. Krivenko, L. Kriventsova, D. Epaneshnikova // 19th International Multidisciplinary Scientific GeoConference SGEM 2019. Conference proceedings. ENVIRONMENTAL ECONOMICS. Sophia. - 2019. - C. 467-474.
245. Lewis, P. Quasi-markets: An Overview and Analysis / P. Lewis // *Technical Report*. – 2017. – Vol. 1 – Pp.1-19
246. Liu J. X. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 / J. X. Liu, Y. Goryakin, A. Maeda // *Policy Research Working Paper 7790*, World Bank Group. – 2016. – Pp. 1–40.
247. Medical human resources planning in Europe: A literature review of the forecasting models / N. Benahmed, D. Delière, A. De Wever, M. Pirson // *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*. – 2018. – Vol. 66, Issue 1, February. – Pp. 63–73.
248. Models and tools for health workforce planning and projections // World Health Organization. *Human Resources for Health Observer*. – 2010. – Issue 3. – P. 19.
249. Mundlak Y. On the Pooling of Time Series and Cross-Section Data / Y. Mundlak // *Econometrica*. – 1978. – Vol. 46. Issue 1. – P. 69-85
250. National Center for Health Workforce Analysis, U.S. Clinician Projection Models, Health Workforce Projections: Physicians and Physician Assistants in Emergency Medicine. – 2017. – Text : electronic. – URL: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/fact-sheet-emergency-medicine.pdf> (дата обращения: 18.04.2021).
251. Numbeo: Health Care Index. – Text : electronic. – URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_current.jsp (дата обращения: 22.03.2021).
252. Ono T. Health workforce planning in OECD countries. A review of 26 projection models from 18 countries / T. Ono, G. Lafortune, M. Schoenstein. – Text :

electronic. – Paris : OECD Publishing, 2013. – URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5k44t787zcwb-en> (дата обращения: 29.04.2021).

253. Physician workforce in the United States of America: forecasting nationwide shortages / X. Zhang, D. Lin, H. Pforsich [et al.] // Hum Resour Health. – 2020. – Vol. 18 (1). – Pp. 1–11.

254. PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future / Institute for Global Health Sciences University of California. – Text : electronic // Healthcare public-private partnerships series. – 2019 – No. 4. – URL: </healthcare/assets/ppps-in-healthcare.pdf> (дата обращения: 16.03.2021).

255. PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future / N. Abuzaineh, E. Brashers, S. Foong, R. Feachem, P. Da Rita ; The Global Health Group, Institute for Global Health Sciences, University of California, San Francisco and PwC // Healthcare public-private partnership series. – 2018. – January. – P. 53.

256. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? – Text : electronic. – URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/736341548748.pdf?expires=1632090852&id=id&accname=guest&checksum=DC10AF6E62CB58051B18E3F2D68BC629> (дата обращения: 15.02.2021).

257. Rice, N. Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: Implications for an ageing population / N. Rice, D. Howdon // Journal of Health Economics. – 2018. – Vol. 57. – Pp. 60–74.

258. Rothberg M. B. Influenza Management via Direct to Consumer Telemedicine: an Observational Study / M. B. Rothberg, K. A. Martinez // J Gen Intern Med. – 2020. – Jan 9. – Pp. 1–12.

259. Shaimieva, E.Sh. A business model of russian e-health based on process integration of industry 4.0: the development of indicators for information communication / E.Sh. Shaimieva, A.H. Butneva, G.I. Gumerova // Academy of Strategic Management Journal. 2020. – V.19. № 6. – P. 639.

260. Scheffler, R. M. Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead / R. M. Scheffler, D. R. Arnold // Health Economics, Policy and Law. – 2019. – Vol. 14. – Pp. 274–290.

261. Schneie, H. The governance of local health systems in the era of Sustainable Development Goals: reflections on collaborative action to address complex health needs in four country contexts / H. Schneider // BMJ Global Health. – 2019. – Vol. 6, Is. 3. – Pp. 1–8.

262. Sheiman I. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation / I. Sheiman, S. Shishkin, V. Shevsky // Risk Management and Healthcare Policy. – 2018. – Vol. 11. – Pp. 209–220.

263. Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries / G. Murphy, S. Birch, A. MacKenzie¹, J. Rigby // Human Resources for Health. – 2016. – Vol. 14, Iss. 77. – Pp.1–18.

264. Smith P. C. Papanicolas I. Outcome assessment (health care) comparative analysis / P. C. Smith, I. Papanicolas. – Text : electronic. – URL : <http://www.euro.who.int> (дата обращения: 15.02.2020).

265. Sriram, R. D. Transforming Health Care through Digital Revolutions / R. D. Sriram, E. Subrahmanian // J Indian Inst Sci. – 2020. – Vol. 100. – Pp. 753–772.

266. The 2012 Ageing report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). – Text : electronic // European Economy. – 2012. – Vol. 12. – URL: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf (дата обращения: 15.02.2021).

267. Tomblin Murphy, G. Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage / G. Tomblin Murphy // Ottawa: Canadian Nurses Association. – 2009. – Pp. 1–4.

268. Use of Commercial Direct-to-Consumer Telemedicine by Children / K. N. Ray, Z. Shi, S. J. Poon, L. Uscher-Pines, A. Mehrotra // Acad Pediatr. – 2019. – Vol. 19 (6). – Pp. 665–669.

269. White, C. Health Care Spending Growth: How Different Is The United States From The Rest Of The OECD? / C. White // Health Affairs. 2007. – Vol. 26, No. 1. – Pp. 154-161

270. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. – Text : electronic // World Health Organization. – 2020. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070> (дата обращения: 22.01.2021).

Таблица А.1 – Динамика и структура заболеваемости населения Республики Крым

Классы болезней по МКБ-10	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Зарегистрировано заболеваний - всего	988198	972623	950285	983335	1047315	944913
Темп роста, %*	х	98	98	103	107	90
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	35772	34496	37746	39864	35160	27673
Темп роста, %	х	96	109	106	88	79
новообразования	14378	17851	18199	21574	20215	17303
Темп роста, %	х	124	102	119	94	86
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3890	3882	3843	3599	3932	3107
Темп роста, %	х	100	99	94	109	79
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	18339	17395	19447	21430	29875	18108
Темп роста, %	х	95	112	110	139	61
психические расстройства и расстройства поведения	6134	5468	7171	6778	8279	5973
Темп роста, %	х	89	131	95	122	72
болезни нервной системы	10920	11502	12236	14244	16082	14876
Темп роста, %	х	105	106	116	113	93
болезни глаза и его придаточного аппарата	40184	38790	37787	37639	39052	29336
Темп роста, %	х	97	97	100	104	75
болезни уха и сосцевидного отростка	41697	41481	38459	42576	48069	35183
Темп роста, %	х	99	93	111	113	73
болезни системы кровообращения	68458	47566	44459	45929	47621	43002
Темп роста, %	х	69	93	103	104	90
болезни органов дыхания	449097	448945	425718	427495	448785	447675
Темп роста, %	х	100	95	100	105	100

Продолжение таблицы А.1

болезни органов пищеварения	24056	29020	30976	39949	36090	25623
Темп роста, %	х	121	107	129	90	71
болезни кожи и подкожной клетчатки	50931	55974	48733	50596	53774	44105
Темп роста, %	х	110	87	104	106	82
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	30199	31485	31971	39845	56336	41176
Темп роста, %	х	104	102	125	141	73
болезни мочеполовой системы	68638	66597	74220	76730	85074	73569
Темп роста, %	х	97	111	103	111	86
травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин	119579	114825	114026	108050	112774	91019
Темп роста, %	х	96	99	95	104	81
другие болезни	5926	7346	5294	7037	6197	5128
Темп роста, %	х	124	72	133	88	83
COVID-19						22057

Источник: составлено автором на основе [32-34]

Приложение Б

Таблица Б - Финансовые показатели деятельности медицинских организаций частной формы собственности, участвующих в реализации ТПГТ

Показатели	ООО «БУВИ»	ООО «Вера»	ООО «Диализ-ный центр Крым»	ООО «Клиника Генезис»	ООО «Компания «Этель»	ООО «Медицинский центр «Салюс»	ООО «Нефролайн Алтай»	ООО «Праймер»	ООО «Таврика»	ООО «Центр клинической онкологии и гематологии»
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2018 год										
Чистая прибыль, тыс. руб.	1 189	-2 759	-37 303	129 867	1 132	10 597	-1 660	5 522	-37 020	5 665
Коэффициент текущей ликвидности, %	115	115	70	240	561	433	126	325	20	107
Доля себестоимости в выручке, %	95	111	107	74	94	35	н/д	95	93	64
Рентабельность активов (ROA), %	17	-21	-32	47	1	33	-3	9	-99	104
Рентабельность капитала (ROE), %	33	-39	143	101	1	43	22	11	63	212
Уплаченные налоги, тыс. руб.	2 756	3 876	2 823	18 392	1 816	2 199	8 935	3 399	20 951	1 031
Модель Дюпона										

Продолжение таблицы Б

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Мультипликатор собственного капитала, %	-3	-9	-279	-6	-1	-2	-	2	10	9
Чистая норма прибыли, %	46	-20	235	-32	3	-3	-	-11	10	9
Эффективность использования всех активов, %	2	0	22	-18	-2	-13	-	-2	-33	-10
Рентабельность собственного капитала, %	45	-29	-22	-56	0	-18	-	-11	-13	9
2019 год										
Чистая прибыль, тыс. руб.	1 776	-4 328	-16 675	122 220	2 894	5 172	6 873	3 091	-21 055	-10 542
Коэффициент текущей ликвидности, %	205	97	65	176	682	700	137	398	208	83
Доля себестоимости в выручке, %	95	122	101	75	87	86	97	97	75	96
Рентабельность активов (ROA), %	25	-34	-14	39	2	11	8	5	-29	-30
Рентабельность капитала (ROE), %	35	-101	32	80	2	16	59	6	24	398
Уплаченные налоги, тыс. руб.	2 595	5 499	3 802	19 861	2 665	4 070	10 639	3 678	20 713	2 022
Модель Дюпона										
Мультипликатор собственного капитала, %	-8	-65	-12	-2	0	5	-160	-1	15	-324
Чистая норма прибыли, %	7	-56	-47	1	0	5	-662	-5	-75	247

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Эффективность использования всех активов, %	3	12	3	-10	0	-1	730	1	34	-7
Рентабельность собственного капитала, %	1	-109	-56	-11	1	-1	-92	-5	-26	-83
2020 год										
Чистая прибыль, тыс. руб.	-637	2 144	-31 729	95 261	6 098	4 212	-36 337	2 976	-12 016	-13 322
Коэффициент текущей ликвидности, %	58	132	33	112	487	263	84	254	29	72
Доля себестоимости в выручке, %	101	87	103	81	89	92	177	97	72	94
Рентабельность активов (ROA), %	-7	16	-36	26	2	7	-45	4	-15	-14
Рентабельность капитала (ROE), %	-11	55	41	59	3	11	1 157	6	11	91
Мультипликатор собственного капитала, %	5	19	-52	13	0	0	471	3	-6	-30
Чистая норма прибыли, %	-44	189	25	-6	1	-4	-334	0	-13	-59
Эффективность использования всех активов, %	-3	-8	34	-26	0	0	-12	-1	8	19
Рентабельность собственного капитала, %	-42	199	7	-20	1	-4	125	2	-11	-70

Источник: составлено автором на основе [170]

Прогноз численности врачей-терапевтов по субъектами Российской Федерации

Таблица В.1 – Средний прогноз численности врачей -терапевтов по субъектам Российской Федерации

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Белгородская область	974	1176	1083	1189	1170	975	1111	1205	1178	1185	1207
Брянская область	621	649	593	599	567	486	457	480	529	524	536
Владимирская область	894	881	798	887	854	798	685	707	653	682	717
Воронежская область	1078	1093	1247	1253	1289	1307	1310	1323	1324	1392	1399
Ивановская область	645	646	557	550	492	461	490	493	553	571	582
Калужская область	557	537	544	506	521	521	522	531	578	586	611
Костромская область	483	484	447	448	406	330	378	380	377	356	353
Курская область	493	463	483	493	483	419	466	496	523	508	508
Липецкая область	626	658	609	568	597	535	548	553	574	577	575
Московская область	3125	3129	3131	3137	3141	3269	3260	3295	3291	3321	3333
Орловская область	420	421	380	390	374	386	357	380	353	347	345
Рязанская область	561	572	527	544	493	529	493	517	534	546	614
Смоленская область	523	536	517	524	516	435	492	433	514	550	560
Тамбовская область	514	533	539	544	533	448	443	447	462	497	503
Тверская область	833	831	638	828	658	551	552	572	549	566	560
Тульская область	925	942	1065	1110	1039	1045	1070	1153	1006	1028	1041
Ярославская область	813	820	747	747	684	626	615	628	612	614	614
Москва	5229	5246	5249	5263	5263	5276	5276	5276	5276	5276	5276
Республика Карелия	490	452	519	497	542	604	588	591	585	584	599
Республика Коми	641	635	601	601	599	610	589	596	595	596	609
Архангельская область	651	644	663	672	622	637	620	621	659	663	674
Ненецкий автономный округ	115	103	69	69	64	35	43	40	41	35	42

Продолжение таблицы В.1

Вологодская область	560	584	609	592	583	590	591	601	585	599	606
Калининградская область	577	597	547	586	614	521	541	561	607	580	632
Ленинградская область	1058	1099	1250	1365	1378	1372	1385	1386	1395	1387	1395
Мурманская область	660	660	638	625	622	608	598	608	592	608	607
Новгородская область	485	502	412	428	394	363	360	334	482	477	483
Псковская область	385	387	390	422	417	374	377	370	380	357	339
Санкт-Петербург	2364	2260	2332	2347	2363	2361	2361	2391	2245	2401	2401
Республика Адыгея	342	290	254	276	309	258	275	271	254	246	260
Республика Калмыкия	104	146	151	155	148	87	87	84	93	103	107
Краснодарский край	2347	2318	2220	2268	2227	2227	2225	2228	2313	2313	2313
Республика Крым	883	888	888	887	885	883	882	882	879	877	876
Астраханская область	747	772	653	715	715	597	601	593	616	624	638
Волгоградская область	1167	1229	1265	1283	1311	1256	1263	1266	1340	1357	1366
Ростовская область	1816	1815	1740	1740	1739	1722	1718	1724	1726	1721	1721
Республика Дагестан	1005	1004	1091	1081	1204	1147	1201	1275	1318	1351	1293
Республика Ингушетия	206	188	187	181	161	118	120	120	103	100	154
Кабардино-Балкарская Республика	326	334	335	332	327	338	381	383	385	364	376
Карачаево-Черкесская Республика	317	291	295	291	278	188	191	198	200	210	222
Республика Северная Осетия-Алания	306	303	302	331	363	362	395	385	376	379	381
Чеченская Республика	364	337	362	400	394	350	375	382	354	376	477
Ставропольский край	1218	1194	1221	1336	1363	1323	1348	1347	1347	1381	1387
Республика Башкортостан	1735	1736	1606	1602	1615	1582	1501	1602	1511	1506	1507
Республика Марий Эл	436	450	414	415	398	324	310	344	380	371	361
Республика Мордовия	396	345	395	397	413	405	391	379	374	361	365
Республика Татарстан (Татарстан)	1838	1640	1667	1668	1637	1586	1606	1611	1510	1510	1631
Удмуртская Республика	1127	1104	900	1026	889	891	732	752	653	737	728

Продолжение таблицы В.1

Чувакская Республика - Чувакская	625	631	586	570	584	510	573	573	527	487	578
Пермский край	1190	1224	1263	1264	1364	1394	1403	1412	1410	1415	1411
Кировская область	851	843	784	786	600	638	573	638	614	614	611
Нижегородская область	1587	1512	1501	1506	1518	1518	1517	1517	1520	1521	1521
Оренбургская область	1338	1228	1339	1348	1353	1339	1349	1350	1260	1290	1292
Пензенская область	909	905	860	856	867	806	672	695	698	697	630
Самарская область	1445	1492	1482	1495	1512	1514	1510	1512	1513	1496	1496
Саратовская область	1266	1324	1286	1278	1323	1249	1274	1336	1315	1331	1340
Ульяновская область	860	826	663	670	613	663	572	573	563	569	584
Курганская область	550	527	499	507	454	368	504	482	561	581	582
Свердловская область	1848	1752	1736	1732	1728	1746	1608	1601	1606	1608	1608
Тюменская область	1357	1357	1340	1340	1340	1392	1393	1388	1415	1387	1389
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	611	611	560	613	556	559	579	582	579	549	546
Ямало-Ненецкий автономный округ	365	329	283	281	264	243	246	258	257	259	266
Челябинская область	1502	1505	1491	1490	1492	1504	1506	1508	1507	1507	1507
Республика Алтай	157	177	156	153	150	94	89	94	92	115	112
Республика Тыва	99	95	96	100	103	96	89	110	127	161	152
Республика Хакасия	358	388	383	392	324	355	355	353	358	353	402
Алтайский край	982	1065	1144	1206	1237	1266	1261	1274	1272	1335	1353
Красноярский край	1358	1358	1370	1383	1399	1396	1402	1409	1411	1421	1421
Иркутская область	1323	1322	1376	1383	1397	1344	1372	1372	1382	1383	1395
Кемеровская область	1278	1285	1370	1341	1414	1358	1356	1365	1367	1410	1397
Новосибирская область	1358	1219	1361	1370	1370	1364	1388	1391	1410	1415	1416
Омская область	1147	1272	1224	1320	1325	1321	1360	1353	1275	1284	1302
Томская область	626	618	640	615	626	609	602	611	635	631	651

Продолжение таблицы В.1

Республика Бурятия	496	490	476	462	468	454	542	593	593	597	606
Республика Саха (Якутия)	597	603	595	599	618	618	622	619	627	632	622
Забайкальский край	619	601	568	565	562	623	629	634	604	619	617
Камчатский край	261	255	203	225	214	183	209	236	237	244	233
Приморский край	1205	1246	1249	1245	1200	1298	1222	1226	1237	1246	1246
Хабаровский край	652	602	596	595	578	611	612	620	678	685	704
Амурская область	554	527	423	551	501	513	547	574	581	596	590
Магаданская область	189	179	148	151	154	158	122	119	120	124	124
Сахалинская область	256	289	337	326	307	421	425	422	425	345	346
Еврейская автономная область	181	165	143	164	146	95	86	87	99	97	98
Чукотский автономный округ	25	20	17	13	17	21	17	63	65	59	70

Источник: составлено автором

Таблица В.2 – Высокий прогноз численности врачей –терапевтов по субъектам Российской Федерации

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Белгородская область	988	1176	1083	1189	1172	964	1205	1118	1166	1185	1300
Брянская область	621	649	593	599	567	486	457	496	529	525	536
Владимирская область	892	880	862	887	849	798	685	707	663	666	725
Воронежская область	1076	1091	1247	1253	1289	1307	1310	1321	1324	1392	1398
Ивановская область	645	646	557	582	492	461	492	495	530	548	559
Калужская область	557	537	544	505	521	521	522	531	578	586	584
Костромская область	483	485	437	438	414	329	378	380	373	351	348
Курская область	493	491	483	493	483	435	466	496	524	507	514
Липецкая область	626	608	609	568	597	530	548	553	575	581	576
Московская область	3126	3130	3131	3137	3141	3275	3260	3304	3292	3321	3357
Орловская область	420	421	380	390	374	386	381	380	339	331	330
Рязанская область	561	572	530	544	496	529	493	517	534	547	614
Смоленская область	523	534	517	524	516	435	492	433	513	549	559
Тамбовская область	514	533	532	553	526	448	444	446	467	480	484
Тверская область	824	831	802	824	656	535	558	587	562	581	575
Тульская область	925	942	1069	1115	1044	1045	1070	1140	1006	1028	1081
Ярославская область	813	820	742	739	676	626	615	628	627	626	626
Москва	5227	5244	5250	5264	5264	5276	5276	5276	5276	5276	5276
Республика Карелия	490	452	519	497	542	600	588	592	588	587	601
Республика Коми	640	633	601	601	599	610	589	615	595	595	608
Архангельская область	647	639	661	670	664	637	620	621	632	632	643
Ненецкий автономный округ	112	100	70	70	65	35	43	40	41	35	42
Вологодская область	560	584	609	592	583	590	594	602	585	577	583
Калининградская область	574	597	546	585	613	521	541	534	586	580	605
Ленинградская область	1058	1099	1250	1375	1378	1348	1387	1387	1401	1386	1394

Продолжение таблицы В.2

Мурманская область	660	660	660	636	627	624	608	600	610	592	608	605
Новгородская область	485	502	433	433	428	397	363	355	330	482	477	483
Псковская область	385	388	392	392	424	423	379	377	370	379	368	347
Санкт-Петербург	2371	2267	2332	2347	2347	2359	2361	2361	2391	2401	2401	2401
Республика Адыгея	296	290	254	276	276	309	258	272	271	275	264	276
Республика Калмыкия	104	146	151	155	148	86	87	87	82	93	103	107
Краснодарский край	2347	2318	2220	2268	2227	2227	2227	2225	2228	2313	2313	2313
Республика Крым	883	888	890	890	890	893	893	898	901	902	904	906
Астраханская область	747	772	653	715	715	715	599	600	592	617	625	639
Волгоградская область	1167	1229	1265	1283	1312	1256	1263	1263	1248	1340	1354	1369
Ростовская область	1816	1821	1740	1816	1739	1722	1718	1724	1724	1725	1721	1725
Республика Дагестан	1001	1004	1091	1084	1205	1147	1201	1201	1274	1320	1396	1284
Республика Ингушетия	206	186	187	181	160	118	120	120	120	103	149	186
Кабардино-Балкарская Республика	328	336	335	329	321	340	381	381	383	385	364	377
Карачаево-Черкесская Республика	317	291	292	291	280	175	191	191	198	200	213	222
Республика Северная Осетия-Алания	306	303	302	325	362	362	395	395	385	376	381	383
Чеченская Республика	358	337	366	400	394	347	375	375	382	354	383	478
Ставропольский край	1213	1194	1216	1336	1363	1323	1322	1322	1321	1347	1381	1387
Республика Башкортостан	1736	1736	1600	1598	1615	1582	1600	1600	1604	1501	1626	1615
Республика Марий Эл	436	450	413	415	398	324	310	310	344	375	364	358
Республика Мордовия	401	354	395	392	408	405	391	391	379	374	361	365
Республика Татарстан (Татарстан)	1837	1782	1667	1668	1636	1586	1608	1608	1622	1510	1609	1613
Удмуртская Республика	1127	1104	1026	1026	889	891	732	889	889	771	767	762
Чувашская Республика - Чувашия	629	632	586	570	584	510	573	573	573	575	551	578
Пермский край	1190	1224	1261	1247	1362	1394	1403	1403	1412	1425	1425	1421
Кировская область	850	843	784	786	601	638	646	646	708	615	616	616

Продолжение таблицы В.2

Нижегородская область	1588	1513	1501	1506	1516	1518	1517	1517	1520	1521	1521
Оренбургская область	1305	1245	1339	1347	1352	1336	1348	1349	1305	1368	1372
Пензенская область	909	905	849	845	873	926	809	832	709	725	726
Самарская область	1442	1489	1482	1495	1512	1514	1510	1512	1513	1496	1513
Саратовская область	1266	1324	1286	1278	1323	1249	1274	1334	1332	1348	1351
Ульяновская область	860	826	663	859	630	665	585	573	563	573	585
Курганская область	550	529	497	505	452	368	504	482	561	581	582
Свердловская область	1848	1752	1735	1731	1727	1746	1750	1743	1600	1603	1600
Тюменская область	1357	1357	1340	1340	1340	1392	1393	1388	1389	1387	1390
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	611	611	559	610	556	603	579	560	579	549	542
Ямало-Ненецкий автономный округ	365	330	285	281	260	243	246	258	257	259	266
Челябинская область	1502	1505	1491	1490	1492	1504	1506	1508	1507	1507	1507
Республика Алтай	157	177	155	153	149	94	89	94	92	115	112
Республика Тыва	99	95	96	102	103	96	89	109	127	161	152
Республика Хакасия	358	384	383	392	322	387	355	353	352	346	396
Алтайский край	979	1062	1144	1206	1237	1266	1261	1274	1272	1335	1353
Красноярский край	1358	1358	1375	1387	1404	1382	1402	1409	1414	1421	1421
Иркутская область	1323	1322	1376	1383	1441	1388	1374	1374	1381	1382	1396
Кемеровская область	1278	1285	1370	1341	1414	1344	1356	1365	1367	1409	1407
Новосибирская область	1358	1219	1362	1372	1372	1364	1388	1391	1410	1415	1416
Омская область	1145	1272	1228	1329	1328	1321	1360	1353	1275	1329	1347
Томская область	626	618	637	612	615	609	602	614	633	635	650
Республика Бурятия	489	490	476	462	476	453	542	593	596	597	605
Республика Саха (Якутия)	578	612	616	619	638	636	648	645	640	649	644
Забайкальский край	603	588	582	580	576	585	582	584	587	594	599

Продолжение таблицы В.2

Камчатский край	257	255	200	221	215	183	209	236	237	244	234
Приморский край	1205	1246	1249	1245	1200	1298	1222	1316	1235	1244	1337
Хабаровский край	652	602	596	595	578	611	612	620	655	662	683
Амурская область	554	529	433	553	501	513	545	572	582	598	592
Магаданская область	189	179	148	151	154	158	122	119	120	122	122
Сахалинская область	257	289	334	325	312	416	429	426	425	345	347
Еврейская автономная область	181	165	143	163	144	95	100	100	99	97	98
Чукотский автономный округ	29	26	17	13	17	21	17	63	65	59	70

Источник: составлено автором

Таблица В.3 – Низкий прогноз численности врачей -терапевтов по субъектам Российской Федерации

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Белгородская область	974	1176	1059	1189	1170	975	1111	1111	1063	1185	1207
Брянская область	621	649	593	599	567	486	457	480	529	523	534
Владимирская область	893	880	798	887	837	804	549	571	580	609	644
Воронежская область	1075	1090	1245	1251	1287	1307	1310	1318	1326	1392	1404
Ивановская область	645	646	557	550	492	461	490	493	553	569	580
Калужская область	557	536	539	519	517	521	548	558	601	609	634
Костромская область	483	484	435	436	397	330	383	385	378	362	355
Курская область	498	465	483	493	483	419	466	496	517	502	501
Липецкая область	628	661	612	572	586	535	548	553	530	530	528
Московская область	3125	3129	3133	3137	3143	3269	3260	3295	3291	3318	3330
Орловская область	420	421	380	390	374	386	357	356	353	347	345
Рязанская область	561	572	498	543	492	529	493	517	533	545	568
Смоленская область	522	535	517	524	516	435	492	433	516	552	562
Тамбовская область	509	528	539	544	533	448	436	441	462	497	503
Тверская область	822	837	638	660	658	551	553	572	549	566	560
Тульская область	925	944	1067	1112	1040	1132	1070	1153	893	902	915
Ярославская область	813	820	746	744	670	612	615	628	612	614	614
Москва	5228	5244	5248	5262	5262	5276	5276	5276	5276	5276	5276
Республика Карелия	490	452	521	497	543	604	588	591	566	565	580
Республика Коми	644	637	602	602	600	610	589	596	600	602	615
Архангельская область	644	637	663	672	622	593	620	621	659	663	674
Ненецкий автономный округ	115	103	69	73	68	35	43	40	41	35	42
Вологодская область	560	584	609	592	591	590	547	557	588	599	606
Калининградская область	577	601	547	586	614	548	541	561	607	603	632
Ленинградская область	1058	1099	1274	1365	1378	1372	1387	1388	1395	1382	1388
Мурманская область	658	658	638	625	622	608	581	591	591	607	604
Новгородская область	486	503	412	426	394	363	361	336	479	475	480
Псковская область	385	387	390	422	419	377	377	370	381	358	340

Продолжение таблицы В.3

Санкт-Петербург	2364	2260	2332	2345	2364	2361	2361	2361	2391	2234	2244	2244
Республика Адыгея	342	290	254	276	309	258	253	253	275	253	250	260
Республика Калмыкия	104	146	151	155	148	85	87	84	84	93	103	107
Краснодарский край	2347	2318	2220	2268	2227	2224	2225	2228	2228	2156	2313	2313
Республика Крым	880	882	882	880	880	879	876	869	869	861	857	850
Астраханская область	747	772	653	715	715	597	601	588	588	616	631	638
Волгоградская область	1167	1229	1265	1283	1311	1256	1263	1266	1266	1340	1357	1369
Ростовская область	1816	1815	1740	1740	1739	1722	1718	1724	1724	1584	1578	1579
Республика Дагестан	1005	1009	1091	1081	1204	1147	1201	1275	1275	1318	1351	1293
Республика Ингушетия	206	188	187	181	161	118	120	120	120	103	149	154
Кабардино-Балкарская Республика	326	334	335	332	327	340	381	383	383	379	363	376
Карачаево-Черкесская Республика	317	291	296	291	279	188	191	198	198	200	210	222
Республика Северная Осетия-Алания	306	303	302	331	363	362	395	385	385	375	379	381
Чеченская Республика	364	337	361	400	394	351	375	380	380	354	373	477
Ставропольский край	1211	1193	1214	1336	1364	1323	1348	1347	1347	1361	1384	1387
Республика Башкортостан	1735	1736	1601	1603	1627	1598	1501	1623	1623	1510	1516	1518
Республика Марий Эл	436	450	414	415	398	324	310	344	344	380	376	366
Республика Мордовия	395	345	395	397	413	405	391	379	379	374	361	365
Республика Татарстан (Татарстан)	1838	1641	1667	1668	1622	1586	1606	1618	1618	1510	1510	1511
Удмуртская Республика	1127	1104	900	1026	889	891	732	751	751	648	663	660
Чувашская Республика - Чувашия	625	631	585	554	583	510	572	573	573	525	505	551
Пермский край	1190	1224	1263	1264	1364	1394	1403	1412	1412	1410	1415	1411
Кировская область	851	843	784	786	600	638	573	638	638	614	614	622
Нижегородская область	1587	1512	1503	1508	1517	1518	1517	1517	1517	1520	1521	1521
Оренбургская область	1338	1278	1339	1348	1348	1337	1349	1350	1350	1260	1290	1292
Пензенская область	909	905	862	866	869	806	672	695	695	625	624	624
Самарская область	1441	1489	1481	1495	1512	1514	1510	1512	1512	1352	1385	1336
Саратовская область	1266	1324	1286	1278	1323	1249	1274	1331	1331	1315	1339	1348

Продолжение таблицы В.3

Ульяновская область	860	826	663	670	614	656	572	559	571	580	599
Курганская область	550	527	498	506	452	368	504	482	561	567	568
Свердловская область	1848	1752	1736	1732	1728	1746	1607	1600	1601	1610	1610
Тюменская область	1357	1357	1340	1340	1340	1392	1419	1388	1414	1413	1415
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	614	611	567	612	559	579	582	582	609	550	546
Ямало-Ненецкий автономный округ	365	333	283	279	263	245	246	258	257	259	266
Челябинская область	1502	1505	1491	1490	1492	1504	1506	1508	1507	1507	1507
Республика Алтай	157	177	183	180	177	94	89	94	80	115	112
Республика Тыва	99	95	96	100	103	96	89	110	127	161	154
Республика Хакасия	358	388	383	392	324	355	355	353	337	332	381
Алтайский край	982	1065	1144	1206	1237	1266	1267	1274	1272	1335	1353
Красноярский край	1358	1358	1370	1383	1399	1396	1402	1409	1411	1421	1421
Иркутская область	1323	1322	1385	1384	1397	1344	1374	1374	1382	1384	1397
Кемеровская область	1276	1282	1370	1367	1414	1358	1356	1367	1366	1400	1398
Новосибирская область	1358	1219	1360	1370	1370	1364	1388	1391	1410	1415	1416
Омская область	1153	1278	1224	1320	1325	1321	1360	1351	1275	1284	1302
Томская область	626	618	640	638	626	609	601	611	635	631	645
Республика Бурятия	496	496	463	448	468	453	542	593	576	577	586
Республика Саха (Якутия)	578	611	618	623	642	636	636	634	640	649	641
Забайкальский край	604	590	583	580	579	585	586	585	589	599	599
Камчатский край	257	252	201	221	212	183	209	236	237	244	233
Приморский край	1205	1246	1249	1245	1200	1298	1309	1312	1121	1134	1094
Хабаровский край	652	602	596	594	578	611	639	647	678	685	702
Амурская область	554	527	419	547	497	516	547	574	575	577	570
Магаданская область	191	181	148	150	152	158	122	121	120	124	124
Сахалинская область	256	289	337	334	307	421	425	422	425	345	346
Еврейская автономная область	181	165	143	164	146	95	86	87	99	97	98
Чукотский автономный округ	25	20	17	13	17	21	17	63	65	59	70

Источник: составлено автором

Приложение Г

Таблица Г – Денежные потоки по проекту государственно-частного партнерства по созданию и функционированию Центра амбулаторной помощи, тыс. руб.

Год	Доходы	Расходы	Денежный поток (CF)	Дисконтиро ванный денежный поток	Дисконтиро ванный доход нарастающим итоном
1	139 000	113 300	25 700	24 131,5	24131,5
2	160 460	118 180	42 280	37 276,6	61408,0
3	178 248	120 148	58 100	48 098,4	109506,4
4	194 507	124 907	69 600	54 101,5	163607,9
5	206 954	126 654	80 300	58 609,7	222217,6
6	220 374	129 274	91 100	62 433,7	284651,3
7	234 151	136 535	97 616	62 816,3	347467,6
8	248 541	139 141	109 400	66 102,8	413570,4
9	263 589	148 989	114 600	65 018,7	478589,1
10	279 340	159 690	119 650	63 740,6	542329,7
11	295 844	174 784	121 060	60 555,7	602885,4
12	313 153	182 978	130 175	61 140,9	664026,3
13	331 324	195 874	135 450	59 735,9	723762,2
14	350 416	214 316	136 100	56 358,9	780121,0
15	370 496	217 896	152 600	59 335,1	839456,1
Итого	3 786 397	2 302 666	1 483 731		

Источник: составлено автором

Приложение Д

**Справка о внедрении результатов от Министерства экономического
развития Республики Крым**



**МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ
РЕСПУБЛІКИ КРИМ**

**МИНИСТЕРСТВО
ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**КЪЫРЫМ
ДЖУМХУРИЕТИНИНЪ
ИКЪТИСАДИЙ
ИНКИШАФЫ ВЕЗИРЛИГИ**

проспект Кирова, 13, г. Симферополь, Республика Крым, 295005,
тел. приемной: 500-857, 544-361, тел. канцелярии 500-867, факс: 544-328,
e-mail: main@minek.rk.gov.ru https://minek.rk.gov.ru

от 20.09.21 № 12/4108

на № _____ от _____

СПРАВКА

**о внедрении научно-методических предложений,
представленных в диссертационной работе
Растригиной Ольги Владимировны**

Министерством экономического развития Республики Крым рассмотрены материалы диссертации Растригиной О.В. на тему «Развитие регионального рынка медицинских услуг (на материалах Республики Крым)», выполненной на соискание ученой степени кандидата экономических наук по специальности «Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг».

Для обеспечения населения Республики Крым и граждан, приезжающих в регион на лечение и оздоровление, доступными, качественными, эффективными медицинскими услугами, повышения медицинского сервиса развитие медицинской инфраструктуры рассматривается как одно из приоритетных направлений инвестиционной деятельности. Заслуживает внимание авторский подход к прогнозированию объемов коммерческого сегмента рынка медицинских услуг Республики Крым, учитывающий ряд демографических и социально-экономических факторов. Особый интерес вызывает авторское предложение модели государственно-частного партнерства создания и эксплуатации Центра амбулаторной помощи на основе концессионного соглашения. Детальность проработки, техническое и экономическое обоснование модели делают возможным ее практическую реализацию.



Министр

Д. ШЕРЯКО

**Справка о внедрении результатов от Министерства здравоохранения
Республики Крым**



**МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
РЕСПУБЛІКИ КРИМ**

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**КЪЫРЫМ
ДЖУМХУРИЯТИ
САГЪЛЫКЪ САКЪЛАВ
НАЗИРЛИГИ**

пр. Кирова, 1, г. Симферополь, 295015. Тел.: 62-12-71, 62-12-81, 60-58-78 e-mail: minzdrav2014@mzdrav.rk.gov.ru
ОКПО 00182225, ОГРН 1149102018504, ИНН 9102012869, КПП 910201001

от 17.09.2021 № 01/3274-01-01
на № _____ от _____

Справка
о внедрении результатов диссертационной работы
Растригиной Ольги Владимировны,
выдвинутой на соискание ученой степени кандидата экономических наук по
специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством:
экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами –
сфера услуг

Рассмотрев материалы диссертационной работы Растригиной Ольги Владимировны на тему «Развитие регионального рынка медицинских услуг (на примере Республики Крым)» сообщаем, что основные выводы и результаты исследования представляют научную и практическую значимость.

Предложенные автором научно-методический подход к прогнозированию потребности населения региона во врачах терапевтах, врачах общей практики на долгосрочную перспективу; организационно-экономический механизм стимулирования развития рынка медицинских услуг, включающий в том числе, комплекс мероприятий и инструментов расширения действующих программ для привлечения медицинского персонала в сферу здравоохранения Республики Крым, инвесторов для создания медицинской инфраструктур могут быть внедрены в деятельность Министерства здравоохранения Республики Крым.

Министр

А. ОСТАПЕНКО

Справка о внедрении результатов от
ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах»



ООО «Страховая медицинская компания «КРЫММЕДСТРАХ»

улица К. Маркса, д. 29, г. Симферополь, 295006

Телефон/факс: 03652-78-84-77

E-mail: office@krym-ms.ru

ИНН 9102006054, ОГРН 1149102007944

№ 2666

На № _____ от _____

Растригиной О.В.

Акт

внедрения результатов диссертационной работы
Растригиной Ольги Владимировны

Диссертация Растригиной Ольги Владимировны, подготовленная на соискание ученой степени кандидата экономических наук по теме «Развитие регионального рынка медицинских услуг (на примере Республики Крым)» по специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг, содержит ряд научно-методических положений, имеющих прикладное значение для деятельности страховых медицинских организаций:

- система индикаторов оценки развития регионального рынка медицинских услуг;
- модель прогнозирования потребности в медицинских кадрах (врачах-терапевтах, врачах общей практики).

Данные разработки могут способствовать информационной обеспеченности страховых медицинских организаций при формировании пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи, контроля доступности медицинской помощи, а также для результативного участия в деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

На основании вышеизложенного считаем, что отдельные положения диссертационной работы Растригиной О.В. могут быть учтены и приняты к использованию в деятельности ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах».

Генеральный директор



Сидорова Е.А.

Приложение И

**Справка о внедрении результатов от ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет им. В.И. Вернадского»**



Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего образования
**«КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени В.И. Вернадского»**
(ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»)

**ИНСТИТУТ
«ТАВРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

проспект Академика Вернадского, 4,
г. Симферополь, Республика Крым, 295007
тел.: +7 (3652) 60-85-05

e-mail: ta@cfuv.ru web-site: <http://ta.cfuv.ru>

24.09.2021 № 48-Н/БФУ
на № _____ от _____

СПРАВКА

о внедрении результатов диссертационной работы
Растригиной Ольги Владимировны на тему «Развитие регионального рынка
медицинских услуг (на примере Республики Крым)» на соискание ученой
степени кандидата экономических наук по специальности 08.00.05 –
Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и
управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг

Материалы диссертационного исследования аспиранта кафедры менеджмента предпринимательской деятельности факультета географии, геоэкологии и туризма Растригиной О.В. и полученные результаты по разработке теоретико-методических подходов по развитию регионального рынка медицинских услуг использованы в учебном процессе Института «Таврическая академия» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» при преподавании учебных дисциплин «Актуальные проблемы экономики и управления сферы услуг», «Прогнозирование и планирование экономики», «Стратегическое управление организацией сферы услуг».

И.о. директора

А.Г. Барсемян