

"

"

На правах рукописи

**Рожков Дмитрий Викторович**



**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ГОСУДАРСТВЕННОГО  
РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

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

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук

**Научный руководитель:**

доктор экономических наук, профессор  
Руденко Марина Николаевна

Пермь – 2022

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы государственного регулирования сферы медицинских услуг.....	12
1.1 Экономическая сущность понятия медицинской услуги в системе государственного регулирования.....	12
1.2 Концептуальные подходы к организации предоставления медицинских услуг.....	27
1.3 Организационно-экономические отношения при формировании механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг.....	47
Глава 2 Анализ условий организации государственного регулирования развития сферы медицинских услуг.....	57
2.1 Оценка состояния сферы медицинских услуг и организации регулирования на мировом и отечественном уровнях.....	57
2.2 Анализ тенденций развития сферы медицинских услуг Приволжского федерального округа, в т.ч. Пермского края.....	73
2.3 Система медицинского страхования как эффективный инструмент регулирования развития сферы медицинских услуг.....	85
Глава 3 Стратегические направления совершенствования механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг.....	100
3.1 Специализированная модель активизации взаимодействия участников процессов развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг.....	100
3.2 Разработка механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг с использованием потенциала превентивных мер.....	112
3.3 Прогнозирование развития сферы медицинских услуг на основе совершенствования государственного регулирования.....	131
Заключение.....	144
Условные сокращения.....	147
Список литературы.....	148
Приложение А Направления государственного регулирования сферы медицинских услуг .....	170
Приложение Б Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2015-2020 гг.....	176

Приложение В Проверка на коинтеграцию временных рядов экономических потерь и заболеваемости населения.....	182
Приложение Г Справка об использовании результатов диссертационного исследования от Министерства здравоохранения Пермского края.....	184
Приложение Д Справка об использовании результатов диссертационного исследования от ГБУЗ Пермского края «Клинический кардиологический диспансер».....	185
Приложение Е Справка об использовании результатов диссертационного исследования от ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет».....	186

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Обеспечение устойчивого социально-экономического развития России в значительной степени определяется уровнем здоровья нации. Стратегическими приоритетами развития системы здравоохранения являются: снижение смертности населения, ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечение оптимальной доступности для населения медицинских услуг и ряд других<sup>1</sup>.

Государственное регулирование реформирования системы здравоохранения позволило обеспечить быструю мобилизацию ресурсов в ходе развертывания мероприятий по борьбе с COVID-19, адекватность реагирования системы здравоохранения на угрозы, которые возникли для граждан страны<sup>2</sup>. Наличие высокотехнологического потенциала медицинских и научно-исследовательских организаций России охарактеризовало возможность беспрецедентной разработки новейших медицинских технологий в условиях тяжелой эпидемиологической ситуации в мире. Разработки отечественных ученых позволили заложить основы выполнения одной из стратегических задач Национального проекта «Здравоохранение» – внедрение инновационных медицинских технологий в деятельность организаций сферы медицинских услуг. Новая парадигма развития сферы медицинских услуг в России, так называемая «Медицина 4П», базируется на предикации, превентивности, персонализации и партисипативности; ее внедрение в практику поможет обеспечить повышение доступности, качества и результативности всех видов медицинских услуг.

Принимая во внимание стратегическую значимость развития системы здравоохранения в повышении качества жизни граждан, отметим, что важное

---

<sup>1</sup> Национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://government.ru/rugovclassifier/831/events/> (дата обращения: 10.12.2020).

<sup>2</sup> Большая пресс-конференция Путина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/4616900> (дата обращения: 23.12.2020).

значение для развития сферы медицинских услуг имеет уровень государственного финансирования. Государственные расходы на здравоохранение в России составляют примерно 3,5% ВВП. По данному показателю Россия занимает 65-е место в мире, уступая многим странам. Так, в 2018 г. расходы на медицину в США составляли 14,3% ВВП, в Германии – 9,5%, в Польше – 4,5%<sup>3</sup>. В 2020 году из-за дополнительных трат в связи с пандемией коронавируса совокупные госрасходы на медицину выросли с 3,5 до 4,1% ВВП.

Государственное регулирование сферы медицинских услуг на фоне беспрецедентного появления новых угроз пандемического характера, цифровизации процессов оказания медицинских услуг, характеризуется усложнением структуры организационно-экономических отношений в системе здравоохранения, и обуславливает необходимость организационных изменений, совершенствование механизма государственного регулирования и широкого внедрения новой парадигмы здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

**Степень разработанности проблемы.** Теоретические и методологические основы управления в сфере медицинских услуг представлены в трудах Р. Н. Алмакаевой, Д. А. Артеменко, П. А. Герасимова, Ю. В. Евстафьевой, И. Э. Есауленко, О. Г. Крестьяниновой, И. Невинной, Т. Н. Петровой, М.Н. Руденко, С.К. Сагидова, А. А. Соколова, М. П. Сташевской, О. В. Судакова, О.В. Ходаковой, Ю. Ю. Швеца и др.

Исследования в области государственного регулирования качества медицинских услуг нашли отражения в работах Л. А. Беловой, Г. Ф. Валеевой, М. В. Вертий, О. В. Власовой, О. А. Гооге, М. Н. Дудина, Г. А. Иванова, В. Н. Малышевой, А. А. Очурдяповой, О. В. Сертаковой, Д. Ф. Таут, А. А. Третьякова, А. В. Эмануэль, а также в других публикациях.

Вопросы трансформации сферы медицинских услуг и общественного здоровья отражены в исследованиях таких отечественных и зарубежных ученых, как З. З. Абдулаевой, А. Ш. Ахмедуева, С. Басу, А. Е. Белолипецкой, С. В.

---

<sup>3</sup> Сайт WHO. Global Health Expenditure Database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru> (дата обращения: 19.01.2021)

Бобровой, Ю. А. Верх, В. В. Власова, Т. А. Головиной, И. Н. Горбовой, С. А. Долговой, С. Э. Ермаковой, И. В. Иванова, М. Г. Колосницыной, Л. С. Лень, М. Макки, Т. Г. Максимовой, У. Мартина, Т. Н. Никулиной, А. В. Полянина, Д. Стаклер, Х. М. Хаджаловой, Д. Т. Шарикадзе, С. В. Шишкина.

По мнению автора, несмотря на наличие обширного массива публикаций отечественных и зарубежных ученых, посвященных вопросам организации и управления в сфере медицинских услуг, проблема совершенствования государственного регулирования сферы медицинских услуг в связи с трансформацией структуры организационно-экономического обеспечения государственного регулирования, требует проведения серьезных научных исследований, оценки результатов и переосмысления.

**Цель и задачи исследования.** Целью диссертационной работы является разработка организационно-экономических подходов к совершенствованию механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг.

Поставленная цель обусловила необходимость достижения следующих задач:

- разработать теоретический подход к организационному обеспечению государственного регулирования сферы медицинских услуг;
- проанализировать основные тенденции развития сферы медицинских услуг Приволжского федерального округа, в т.ч. Пермского края;
- предложить модель активизации взаимодействия участников процессов развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг;
- разработать стратегические направления по совершенствованию механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг;
- сформировать прогноз показателей уровня заболеваемости населения при изменениях финансирования развития сферы медицинских услуг.

**Объектом исследования** является система государственного регулирования сферы медицинских услуг.

**Предметом исследования** выступают организационно-экономические отношения, возникающие в процессе совершенствования механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг.

**Соответствие диссертации паспорту 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. 1.6.114. Организационно-экономическое обеспечение стандартов на услуги населению; п. 1.6.132. Государственно-частное партнерство в сфере услуг.

**Научная новизна полученных результатов** заключается в разработке и обосновании организационно-экономических подходов к совершенствованию механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг:

– предложен теоретический подход к организационному обеспечению государственного регулирования сферы медицинских услуг на основе выделения уровней взаимосвязей и направлений государственного регулирования, что позволяет определить стратегические направления развития сферы медицинских услуг определенного региона с учетом обоснования экономических преимуществ и ответственности участников взаимодействия;

– разработан научно-методический подход к оценке состояния развития сферы медицинских услуг на основе сопоставления экономических, социальных и медицинских групп показателей в процессе выявления резервов сокращения размеров экономических потерь вследствие болезней лиц из числа экономически активного населения, что позволит сформировать способы повышения эффективности применяемых мер регулирования сферы медицинских услуг;

– предложена специализированная модель активизации взаимодействия участников процессов развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг, которая включает комплекс мероприятий, направленных на формирование благоприятных условий реализации новых проектов, повышение эффективности сотрудничества органов

государственной власти и бизнес-структур и отражает результаты реализации гражданам медицинских услуг;

– разработан механизм государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер по профилактике заболеваний, учитывающих влияние проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров при определении экономической эффективности мер государственного регулирования через снижение экономических потерь от заболевания населения.

**Теоретическая значимость результатов исследования** заключается в обобщении научных концепций, представлений ведущих ученых об организации предоставления медицинских услуг в современных условиях; трансформации структуры организационно-экономических отношений в системе государственного регулирования сферы медицинских услуг; совершенствовании механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер по профилактике заболеваний, учитывающих влияние проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

**Практическая значимость результатов исследования** заключается в разработке и обосновании организационно-экономических подходов к совершенствованию механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг. На основе разработанного методического подхода к оценке состояния сферы медицинских услуг по основным индикаторам эффективности системы здравоохранения выявлена региональная дифференциация медицинских услуг и сформирован целевой комплекс мер эффективного развития сферы. Предложенная автором специализированная модель активизации взаимодействия участников сферы развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг предполагает проведение комплекса мероприятий, ориентированных на повышение эффективности взаимодействия участников.



**Методология и методы исследования.** Методологической основой исследования послужили фундаментальные положения теории систем, теории организации, теории управления, концепции государственно-частного партнерства, а также современные исследования отечественных и зарубежных ученых в области регулирования сферы медицинских услуг. В основу проведения исследований положены методы анализа, синтеза, индукции, дедукции, сравнения, научной абстракции, а также методы экспертной оценки, статистического и экономико-математического анализа, прогнозирования.

**Информационную базу исследования** составили законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации, Пермского края, регулирующие развитие сферы медицинских услуг; статистические отчеты Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и ее региональных отделений, а также опубликованные в печати и размещенные в сети Интернет результаты исследований зарубежных и отечественных ученых по вопросам регулирования сферы медицинских услуг.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. На основе изучения характера трансформации организационно-экономических отношений в системе государственного регулирования сферы медицинских услуг предложен теоретический подход к организационному обеспечению государственного регулирования сферы медицинских услуг на основе выделения уровней взаимосвязей и направлений государственного регулирования, что позволяет определить стратегические направления развития сферы медицинских услуг определенного региона с учетом обоснования экономических преимуществ и ответственности участников взаимодействия.

2. Разработанный научно-методический подход к оценке состояния развития сферы медицинских услуг на основе сопоставления экономических, социальных и медицинских групп показателей позволяет выявить резервы сокращения размеров экономических потерь вследствие болезней лиц из числа экономически активного населения. Это способствует формированию способов

повышения эффективности применяемых мер регулирования сферы медицинских услуг.

3. Предложенная специализированная модель активизации взаимодействия участников процессов развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг по направлениям актуализации законодательства, организации системы управления партнерством и стимулирования инвесторов к разработке и реализации проектов на уровне территории, включает комплекс мероприятий повышения эффективности сотрудничества органов государственной власти и бизнес-структур с выделением приоритетных направлений и уровней регулирования сотрудничества и отражает результаты реализации гражданам медицинских услуг.

4. Разработанный механизм государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер по профилактике заболеваний построен на иерархическом принципе соподчиненности уровней управления с доминированием функционального предназначения, включает способы улучшения результатов работы медицинских организаций, учитывает влияние проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров при определении экономической эффективности мер государственного регулирования. Сформированный прогноз показывает снижение заболеваемости и уменьшение экономических потерь при финансировании развития сферы медицинских услуг.

**Степень достоверности и апробация результатов.** Достоверность и обоснованность основных положений и выводов, содержащихся в диссертационном исследовании, подтверждаются корректным применением общенаучных и специальных методов исследования, результатами их апробации.

Результаты исследований были представлены в докладах на международных, всероссийских, региональных конференциях: «Экономика. Управление. Инновации» (г. Санкт-Петербург, 2016 г., 2017 г.), «Молодая наука» (г. Симферополь, 2019 г.), «Менеджмент предпринимательской деятельности» (г. Симферополь, 2019 г.), «FarEastCon-2019» (г. Владивосток, 2019 г.), «Медицина и здравоохранение в

современном обществе» (г. Пенза, 2020 г.), «Молодые учёные России» (г. Пенза, 2020 г.), «European scientific conference» (г. Анапа, 2021 г.).

Отдельные положения диссертационного исследования приняты к внедрению Министерством здравоохранения Пермского края (справка о внедрении от 28.02.2022 г. №34-01-11), ГБУЗ Пермского края «Клинический кардиологический диспансер» (акт внедрения от 02.03.2022 г. №2022/289). Более того, результаты исследования используются в учебном процессе ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет» при преподавании дисциплин «Основы анализа систем здравоохранения», «Системы здравоохранения и основы финансирования» по направлению подготовки 38.04.02 Менеджмент, направленность «Управление организациями здравоохранения» (справка о внедрении от 02.03.2022 г. №77-3/2).

**Публикации.** Основные положения диссертации изложены в 14 научных публикациях автора общим объемом 4,83 п.л. (авт. – 4,32 п.л.), из них 5 публикаций (2,73 п.л., в т.ч. авт. – 2,64 п.л.) – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК, 1 публикация (0,44 п.л., в т.ч. авторских – 0,21 п.л.) – в издании, входящем в международную базу данных; 8 публикаций (1,66 п.л., в т.ч. авт. – 1,47 п.л.) – в других изданиях.

**Структура и объем работы.** Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, перечня условных сокращений, библиографического списка и приложений. Работа содержит 146 страниц основного машинописного текста, 25 таблиц, 25 рисунков, 6 приложений, список литературы из 193 наименований.

## **Глава 1 Теоретические основы государственного регулирования сферы медицинских услуг**

### **1.1 Экономическая сущность понятия медицинской услуги в системе государственного регулирования**

Сфера медицинских услуг является важнейшей составляющей системы социальной защиты граждан государства. В основе развития сферы медицинских услуг лежит постсоветская разветвленная сеть медицинских учреждений. В то же время частный рынок медицинских услуг начинает занимать существенное место в системе здравоохранения Российской Федерации. Развитие сферы медицинских услуг предусматривает реализацию ряда социально-экономических и медицинских мероприятий, цель которых заключается в сохранении и повышении уровня качества жизни каждого гражданина, формировании положительного вклада в развитие общественного воспроизводства, обеспечении доступности уровня медицинского обслуживания для населения.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации наше государство обязано охранять здоровье, а также нести ответственность за сохранение и укрепление здоровья граждан. В соответствии с этим в России система здравоохранения предусматривает функционирование государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые взаимосвязаны между собой в процессе оказания медицинских услуг населению (рисунок 1.1).

В государственную систему здравоохранения входят: Министерство здравоохранения РФ (Минздрав России), Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА), Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Российская академия медицинских наук (РАМН), органы управления здравоохранением субъектов

Российской Федерации и подчиненные им учреждения здравоохранения, научно-исследовательские и медицинские институты, фармацевтические организации, аптеки, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинской техники и лекарственных средств [86].



Рисунок 1.1 – Подсистемы здравоохранения Российской Федерации

Источник: составлено автором на основе [86]

Муниципальная система здравоохранения формируется муниципальными органами управления здравоохранением, фармацевтическими организациями, муниципальными аптеками и медицинскими организациями муниципальной подчиненности. Реализация государственных гарантий оказания медицинской помощи реализуется через государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, что гарантирует исполнение указанных гарантий [86].

Медицинские услуги в частной системе здравоохранения реализуются через частные учреждения и организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь, а также производящие и поставляющие медицинскую технику и лекарственные препараты. Частная медицина для населения является, как правило, платной, однако частные медицинские организации могут принимать

участие в выполнении программы государственных гарантий или реализовывать благотворительную деятельность на бесплатной основе.

В то же время финансирование большинства лечебных учреждений осуществляется преимущественно за счет государственных средств, объем которых находится в непосредственной зависимости от социально-экономической ситуации в государстве. Недостаток финансовых ресурсов не позволяет оказывать качественные медицинские услуги всем слоям населения за счет государства. При этом поставщиками на рынке медицинских услуг выступают коммерческие и некоммерческие организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, которые занимаются частной медицинской практикой.

Регулирующий характер в сфере медицинских услуг осуществляют:

- Министерство здравоохранения РФ;
- министерства и ведомства субъектов РФ;
- федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- страховые компании;
- страховые медицинские компании;
- государственные надзорные и лицензионные органы;
- потребители медицинских услуг и медицинской помощи (пациенты).

Согласно Федеральному Закону Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под медицинской услугой понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение [86].

Следует различать понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг [86].

Раскрытие экономической сущности понятия медицинской услуги в системе государственного регулирования обуславливает проведение сущностного анализа данного концепта. В современном развитии сферы медицинских услуг намечены четкие тенденции: персонализированная медицина, генетические данные, технологии интернета медицинских вещей, инновационные медицинские технологии, искусственный интеллект, инструменты электронного здравоохранения [173]. В связи с обозначенными тенденциями проведем анализ подходов к экономическому пониманию сущности медицинской услуги и, собственно, услуги.

Понятие услуга, по определению К. Маркса, «означает не что иное, как ту особую потребительскую стоимость, которую доставляет этот труд, подобно всякому другому товару, но особая потребительная стоимость этого товара получила специфическое название «услуга» потому, что труд оказывает услуги не в качестве вещи, а в качестве деятельности» [65, с. 413]. Именно экономическая полезность делает услугу предметом продажи.

По мнению А.В. Решетникова, медицинские услуги представляют собой такие профессиональные действия, которые способствуют сохранению и поддержанию того уровня здоровья, который является оптимальным для человека [173].

А.В. Тихомирова определяет медицинскую услугу как комплекс профессиональных действий производителя услуг, а именно медицинского персонала, который направлен на удовлетворение потребностей потребителя услуг, то есть пациента. Но при этом, по утверждению А.В. Тихомировой, должна быть объективная необходимость медицинского вмешательства, а также должно быть получено разрешение от самого пациента на осуществление каких-либо медицинских действий [54].

Д. И. Степанов относит медицинские услуги к «чистым услугам», в результате предоставления которых отсутствует имущественный фактор. Более того, Д. И. Степанов одновременно относит к услугам и небольшие ремонтные работы, связанные с незначительным материальным результатом, подчеркивая,

что не достижение эффекта по этому виду услуг не влияет на выполнение договорных обязательств [146, с. 20]. С этим мнением мы не можем согласиться, поскольку это полностью освобождает медицинского работника от ответственности за некачественно оказываемую работу.

Следовательно, разграничение понятий «услуга» и «работа» является определяющим в правовой регламентации медицинских услуг. Это подтверждает и Ю.Н. Андреев, который поднял вопрос о возможности отнесения к медицинским услугам стоматологических услуг по изготовлению зубных протезов, напомнив, что Конституционный Суд РФ придерживается позиции, согласно которой изготовление зубных протезов определяется договорами платного предоставления услуг [2, с. 86]. Отметим, что в Великобритании также в свое время предлагали включить в пакет базовых медицинских услуг стоматологическую помощь, которая, как известно, включает и работу по изготовлению зубных протезов [104, с. 97].

Некоторые российские ученые считают, что имущественные результаты предоставления медицинских услуг по установке сердечного стимулятора или зубного протеза в договорных отношениях должны быть разграничены [12, с. 222]. Но, как правило, результат медицинской услуги не приобретает имущественной формы, он неотделим от самой услуги и поглощается в процессе ее предоставления. Как отмечает Д. И. Степанов, услуга как объект обязательственного права всегда ограничена, отделена операцией, а заказчик услуги «покупает» только те действия в операции, которые принято считать именно услугой. Другие же действия, которые фактически входят в операцию в форме услуги и образуют подготовительную и последующую деятельность, связанную с услугой, заказчик не «покупает» [147, с. 10].

Между тем, должно уделяться значение двум взаимосвязанным составляющим услуги: цели, на достижение которой направлена услуга (польза), и средствам достижения этой цели. Не являются услугой действия, не ориентированные на достижение полезной цели, так же, как и намерение такую



цель достичь, не сопровождается соответствующими ему действиями. Не является услугой предоставление помощи другому без приложения действий.

Характеризуя экономическую сущность медицинских услуг, следует учитывать их комплексный характер. Речь идет о том, что, помимо оказания медицинской помощи, могут оказываться и различные дополнительные услуги, которые имеют не медицинский характер. Они же, в свою очередь, способствуют не только повышению качества предоставляемых услуг, но и повышению конкурентоспособности медицинского учреждения.

Принимая во внимание вышесказанное, отметим, что экономическая сущность оказания медицинской услуги заключается в профессиональном оказании сертифицированного, возмездного вида полезной деятельности, осуществляемой медицинскими работниками с целью сохранения и приумножения здоровья пациента путем его диагностики, лечения и реабилитации.

Для различных типов услуг характерны покупательские риски. Приобретая товар, мы изначально можем ознакомиться с ним, оценить его состояние и получить какие-либо гарантии. С услугами дела обстоят сложнее. Услуги имеют неосязаемый характер, в связи с чем оценить качество услуг возможно только после их получения, что часто вызывает недоверие у потенциального клиента. При обращении в медицинское учреждение пациент ожидает, что ему будет оказана надлежащая медицинская помощь и состояние его здоровья улучшится.

Медицинские услуги в процессе формирования своей потребительской ценности проходят ряд стадий жизненного цикла. Жизненный цикл медицинской услуги включает в себя: проведение обследования и диагностику состояния пациента; составление плана лечения, определение конечного результата; выбор технологии оказания услуги; оказание услуги медицинским работником; потребление пациентом медицинской услуги; самоликвидацию услуги или возобновление повторной потребности в ней.

В настоящее время характер предоставляемых медицинских услуг весьма разнообразен, и такое многообразие требует определенного упорядочения. В табл. 1.1 представлен авторский подход к классификации медицинских услуг.

Таблица 1.1 – Классификация медицинских услуг

№ п/п	Классификационный признак	Вид (характеристика) медицинской услуги
1	По назначению	- консультация - диагностика - реабилитация - лечебное дело - социальная
2	По месту предоставления услуги	- амбулатория - стационар - поликлиника - скорая и неотложная помощь (на дому) - санатории, профилактории и др.
3	По соответствию стандарту	- соответствие стандарту - несоответствие стандарту (обоснованное, необоснованное, ошибочное)
4	По сложности	- простая - сложная - комплексная
5	По исполнителям	- сестринская - врачебная
6	По классификации исполнения	- низкая - средняя - высокая
7	По уровню технологии	- рутинные - высокотехнологические
8	От подхода	- медицинская - сервисная
9	По времени выполнения	- экстренная - скорая - неотложная - отсроченная - плановая
10	По времени достижения результата	- соответствующее установленным срокам - не соответствующее установленным срокам
11	От инвазивности	- инвазивные - малоинвазивные - неинвазивные
12	По материальному возмещению	- бесплатная - частично платная - платная - с частичным возмещением затрат или с оплатой ниже себестоимости
13	По характеру экономических отношений	- услуги государственных учреждений - услуги частных учреждений (аптеки, лечебные учреждения и лица, осуществляющие частную фармацевтическую или медицинскую деятельность)

Источник: составлено автором

Рассмотрим отличия простой медицинской услуги от сложной. Простая медицинская услуга выполняется по известному протоколу взаимоотношений между пациентом и врачом. Например, измерение артериального давления. Сложная же медицинская услуга требует для своей реализации наличия профессионально подготовленного персонала, выделенных помещений и сложного медицинского оборудования. Примером такой услуги может быть проведение исследований МРТ – магнитно-резонансной томографии. Существует также и комплексная медицинская услуга, которая сочетает в себе два вышеуказанных вида услуг. Примером такой услуги является диагностика и лечение пациента.

Перейдем к основным особенностям, которые не позволяют приравнивать медицинские услуги к другим видам услуг. Во-первых, любая медицинская услуга – неосвязаема. Речь идет о том, что пациент, обращаясь за помощью, не сможет ощутить саму услугу, почувствовать эффект и физически соприкоснуться с изменением своего состояния здоровья. Получить результат и увидеть какие-либо изменения он сможет только уже в процессе оказания ему помощи. Например, пациент, пришедший на прием к врачу-стоматологу, увидит результат только после того, как ему будет оказана медицинская помощь. Пациенту необходимо доверять врачу. Получая лечение от врача, пациент надеется, что прописанные врачом лекарства смогут поспособствовать быстрому выздоровлению.

Для того чтобы повысить доверие людей к медицине, стараются повысить осязаемость медицинских услуг. В поликлиниках размещают рекламную информацию, демонстрирующую результаты лечения, в косметологических и стоматологических клиниках – визуализацию состояния пациента до и после оказания медицинских услуг.

Во-вторых, медицинская услуга неотделима от источника. Медицинская услуга не может существовать сама по себе. Оказание медицинских услуг требует личного контакта тех, кто ее производит, и тех, кто ее потребляет. Таким образом, оказание медицинской услуги возникает в процессе взаимодействия пациента и врача. Врач и оказываемая им услуга – неразделимы. При это стоит помнить, что

один врач оказывает определенный вид медицинских услуг, поэтому и существуют врачи-хирурги, врачи-терапевты и т.д.

В-третьих, медицинская услуга обладает таким свойством, как несохраняемость. Медицинская услуга отличается от других видов услуг тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации. Например, больной, обратившись в больницу с заболеванием, знает, что пройденный курс лечения, возможно, укрепит его иммунитет, но в следующий раз не защитит его от болезни.

Также медицинская услуга обладает непостоянством качества. Здесь подчеркнем, что качество предоставления медицинских услуг зависит от уровня квалификации медицинского работника. Качество может быть различным даже в тех случаях, когда обслуживание осуществляет один и тот же человек.

Непостоянство уровня качества может определяться многими факторами, в том числе: уровень материально-технического обеспечения предоставления медицинских услуг; уровень подготовки врачебного и среднего медицинского персонала; совокупность индивидуальных характеристик пациента и др. Подчеркнем, что состояние пациента может непосредственно влиять на качество (результат) предоставления медицинских услуг.

Медицинская услуга уникальна активным ее восприятием со стороны потребителя. Отношение человека к своему здоровью, адекватность исполнения им врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют качество медицинской услуги, получаемой им.

Медицинские услуги включают в себя:

- консультационные услуги и лечение, которые предоставляются врачами всех специальностей в лечебных учреждениях и в условиях частной практики;
- диагностические услуги;
- услуги частных консультантов;
- услуги скорой и неотложной медицинской помощи;
- услуги санаторно-курортных организаций;

– услуги других лечебных учреждений для восстановления здоровья человека.

По времени выполнения медицинские услуги можно разделить на краткосрочные и долгосрочные.

Выделим такие специфические признаки оказания медицинских услуг:

– услуга не существует до начала оказания и неотделима от производителя услуги;

– услуга не хранится и не складывается;

– услуга является трудоемкой и не имеет четкой стоимости до окончания выполнения;

– услуга не гарантирует потребителю заявленный результат;

– услуга одновременно оказывается исполнителем и принимается потребителем;

– услуга трудно поддается расчету;

– услуга является персонифицированной и имеет особенности целеполагания;

– требуется соблюдение специфических условий оказания услуги;

– изменчивость уровня качества предоставления услуги, даже при выполнении ее одним и тем же врачом;

– оценка качества не всегда определяется результатом деятельности услугодателя;

– предоставление услуги требует соблюдения врачебной тайны;

– оценка услуги является субъективной и зависит от особенностей потребителя и др.

Кроме того, у медицинских услуг есть свои особенности, которые необходимо отметить. Так, медицинские услуги являются специфическими из-за физической и умственной вовлеченности пациентов в процесс предоставления услуг. Другими словами, предоставление медицинских услуг основано на постоянном взаимодействии между медицинскими работниками (врачами или медицинскими специалистами) и клиентом (пациентом).

Важным является то, что клиенты, как правило, имеют недостаточные знания о профессиональных аспектах услуг. Отношения между пациентами и медицинским персоналом являются основой для эффективного лечения. Будут ли пациенты сотрудничать и, следовательно, будут ли они удовлетворены предоставленной услугой, зависит главным образом от медицинского персонала. Без осознанного вклада пациента, без учета его потребностей, требований и ожиданий, без информирования пациента о состоянии здоровья, возможных эффектах и расстройствах успешное лечение невозможно.

Более того, оплата и предоставление услуг – это два совершенно разных аспекта, так как оплата медицинских услуг часто осуществляется третьей стороной (страховой организацией, страховой медицинской организацией, работодателем и т.д.). При этом услугодатель должен удовлетворять не только требованиям пациента, но и требованиям третьей стороны.

Следует отметить, что результат предоставления медицинских услуг определяется сложностью связей и взаимодействия между пациентами, медицинским персоналом, руководством медицинской организации, системой страхования, регуляторами и надзорными органами.

Обратим внимание на имеющийся распространенный «стереотип суждений о бесплатности медицинской помощи и платности медицинской услуги» [85, с. 72]. Это связано с социальной природой отношений в сфере здравоохранения, поскольку именно человек является объектом обслуживания. Согласно п. 1 статьи 41 Конституции РФ «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [50]. «Высокая степень социальности медицинской деятельности объясняет требование населения о справедливости в контексте доступности бесплатной медицинской помощи» [85, с. 72]. Однако на практике своевременная высокотехнологичная медицинская помощь не всегда доступна широким слоям населения. Здесь

проявляется системное противоречие между потребностями населения и возможностями (или социальной политикой) государства.

Кроме того, существуют территориальные различия в получении квалифицированной медицинской помощи. Сумма на медобслуживание жителя столичного региона, например, существенно превышает средства бюджета, выделяемые на среднестатистического жителя страны. При этом существуют стандарты оказания медицинской помощи, применяемые на всей территории Российской Федерации. Также ведомственная принадлежность жителя страны влияет на суммы, выделяемые на медицинскую помощь (собственная система ведомственного здравоохранения, льготы и дотации для госслужащих, работников министерств, ведомств, крупных госкорпораций, частных предприятий-монополистов и т.д.).

Однако следует отметить, что любой житель нашей страны вправе рассчитывать на получение медицинской помощи в рамках системы ОМС и ДМС. Отметим, что не только в России, но и в мире (за исключением США) не существует частных больниц скорой медицинской помощи, хотя частная скорая помощь оказывается населению.

Другим системным противоречием является то, что государство формирует политику в сфере здравоохранения, основываясь на таких показателях, как количество населения, тенденции и темпы его изменения, то есть практически принимается во внимание баланс «рождаемость – смертность». Главным критерием работы больниц является показатель смертности пациентов. В то же время, наряду с упомянутыми показателями, главными показателями оценки качества системы оказания медицинской помощи являются показатели выживаемости и качества жизни пациента после оказания ему медицинской помощи.

Следующим системным противоречием является противоречие между уровнем заработной платы медицинских работников и требованиями к высокому качеству оказываемой медицинской помощи: низкооплачиваемый медицинский работник не способен качественно и ответственно оказать

высококвалифицированную медицинскую помощь, вследствие чего экономия на финансировании медпомощи может причинить вред здоровью пациента.

Наряду с вышеуказанным, следует обратить внимание и на отсутствие неизбежности ответственности за врачебные ошибки. В качестве примера можно привести жалобу жительницы Перми в 2019 году на халатность врачей при постановке диагноза в Клинической городской больницы им. С. Н. Гринберга – крупнейшего медицинского центра города Перми. Диагноз пациентке был поставлен неверный, в связи с чем был нанесен значимый ущерб здоровью и финансовые издержки. Жалобу пациентки принял к рассмотрению Кировский районный суд Перми. По решению суда ей был возмещен ущерб размером 500 тыс. руб. [153].

В целом ситуация в стране характеризуется следующими фактами. Если в 2018 г. органы Следственного комитета Российской Федерации возбудили более 2200 уголовных дел, связанных с врачебными ошибками, что на 24% больше, чем в 2017 г., когда было возбуждено 1800 уголовных дел, при этом, до суда доходит только каждое десятое дело, возбужденное против врачей [162, 134]. В 2018 г. увеличилось и количество жалоб на врачей – до 6,6 тысячи (на 9,5% превышает показатель 2017 г.). С 2016 по 2020 гг. количество жалоб увеличилось в три раза, а уголовных дел стало больше в семь раз (в 2012 г. было возбуждено 311 уголовных дел) [162, 134]. Как видно из приведенных данных, наблюдается явный рост количества заведенных уголовных дел, что объясняется, скорее, активностью пациентов, которые организовали общественную организацию «Лига защитников пациентов» [134], нежели увеличением числа врачебных ошибок.

Ошибки и непрофессионализм медицинских работников в России ежегодно приводят к осложнениям у 70 тысяч пациентов. В подтверждение этому можно привести результаты экспертизы ФФОМС, проведенной за январь-октябрь 2020 г., которая позволила выявить 1,281 млн нарушений при оказании медицинской помощи [31], в относительном выражении это 25,2% от всех проверенных случаев [95]. Эксперты ФФОМС провели экспертизу качества медицинской помощи по 5,089 млн страховых случаев, из которых 3,335 млн – в плановом порядке и 1,751



млн – в целевом. Наиболее частые нарушения, выявленные в ходе проверки, – несоблюдение клинических рекомендаций, порядков и стандартов оказания медицинской помощи, преждевременное прекращение оказания медицинской помощи. Основные причины для проведения целевых экспертиз качества медицинской помощи: повторное обращение по поводу одного и того же заболевания – 641,7 тыс. случаев (36,6%) [95]; в связи с летальным исходом – 599,4 тыс. случаев (34,2%) [95]; проверки после заключения медико-экономической экспертизы о наличии нарушений при онкологической помощи – 118,8 тыс. случаев (6,8%); жалобы пациентов и их представителей на доступность и качество медицинской помощи – 47,7 тыс. случаев (2,7%) [95].

Это подтверждают слова М. Соколова: «Современные статистические данные в области медицины показывают, что врачебная ошибка занимает третье место в рейтинге причин летального исхода» [9]. В нормативных документах ФФОМС даже отсутствуют категории «врачебная ошибка» и «врачебная халатность» [9].

При этом перед любой операцией пациента зачастую вынуждают подписывать договор, который снимает с врачей всю ответственность за предстоящую операцию. Следует отметить, что это общемировая практика. Так, в Канаде в поликлинике пациента не допустят к врачу до тех пор, пока он не подпишет дисклеймер, где указано, что врач снимает с себя всякую ответственность за результаты лечения.

Таким образом, приведенные выше данные показывают практическую безнаказанность врачей за врачебные ошибки. С 2007 г. в России обсуждается законопроект Министерства здравоохранения «Об обязательном страховании пациента при оказании медпомощи» [83], в котором вводится понятие «врачебная ошибка», а объектом обязательного страхования должны быть имущественные интересы пациента, которые связаны с причинением вреда его жизни и здоровью в результате врачебной ошибки [83]. Под данным понятием понималось как действие, так и бездействие медицинской организации или медицинского работника, которое повлекло причинение вреда жизни и здоровью пациента. По

проекту страховая выплата для пострадавшего пациента или его семьи должна была составить от 500 тыс. руб. до 2 млн руб. [9].

Следует остановиться еще на одном аспекте рассматриваемой проблемы. На практике обязательная покупка лекарств за свой счет уже исключает принцип бесплатной медицинской помощи на государственном уровне. Результаты проверок Росздравнадзора по подмосковным больницам показали, что в медицинских организациях часто нет необходимых лекарств и оборудования, выявлены нарушения в стандарте оснащения неврологического отделения, нарушения в стандарте оснащения кардиологического отделения, нарушения в части необеспечения льготными лекарственными препаратами [139].

Такая ситуация наблюдается во многих регионах. Поэтому пациентов заставляют платить за лекарства, протезы и процедуры, что свидетельствует о нарушении права на получение бесплатной медицинской помощи. Более того, ожидание приема у врача-специалиста в «бесплатной поликлинике» может занять у пациента достаточно длительный промежуток времени, вследствие чего пациент вынужден обращаться за платной медицинской помощью.

Таким образом, необходимо достижение баланса интересов государства как гаранта законных прав граждан и регулятора отношений в сфере здравоохранения, населения как объекта медицинской помощи и медицинских структур независимо от их организационно-правовой формы.

Развитие сферы медицинских услуг как социально-экономической структуры должно осуществляться совместно с социально-экономическим развитием государства. Этот принцип тесно связан с вопросом адаптации служб и учреждений здравоохранения к национальным реформам.

Такая адаптация обеспечивается соответствующими технологиями принятия управленческих решений. Организация здравоохранения подчиняется классической стратегии планирования из-за постоянной подвижности внутренних и внешних противоречий, лежащих в основе развития этих систем. Управление этими системами должно осуществляться на научной основе, а именно на основе

раскрытия закономерностей развития явлений и процессов, характеризующих системы и определяющих их сущность; на основе знания науки об управлении.

Поэтому одним из видов стратегии в современном здравоохранении должна стать стратегия социально ответственного оказания медицинских услуг, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажу товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.) на социально ответственной основе. В коммерческой деятельности должна обязательно быть предусмотрена программа спонсорства, бесплатности, снижения цен, благотворительности, честности, этической направленности.

Обобщая вышеизложенное, подчеркнем, что перспективным направлением дальнейших исследований является изучение подходов к совершенствованию государственного регулирования развития сферы медицинских услуг.

## **1.2 Концептуальные подходы к организации предоставления медицинских услуг**

В российской и зарубежной науке активно продолжается дискуссия о повышении эффективности организации предоставления медицинских услуг в условиях цифровых трансформаций сферы здравоохранения, беспрецедентного появления новых пандемических угроз. Одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи; обеспечение эффективного государственного регулирования и гарантирование всему населению бесплатной медицинской помощи на современном уровне; переориентация здравоохранения на

комплексную диагностику, предупреждение и лечение болезни на ранних стадиях [187].

Повышение эффективности организации предоставления медицинских услуг должно основываться на концепции здорового образа жизни, концепции обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Принимая во внимание цель и задачи настоящего диссертационного исследования, рассмотрим концептуальные подходы к повышению качества организации предоставления медицинских услуг.

Проблеме качества медицинских услуг уделяется особое внимание как со стороны Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), так и со стороны ведущих ученых таких как: Л. А. Беловой, Г. Ф. Валеевой, М. В. Вертий, О. В. Власовой, О. А. Гооге, М. Н. Дудина, Г. А. Иванова, В. Н. Малышевой, А. А. Очурдяповой, А.К. Сагидова, О. В. Сертаковой, Д. Ф. Таут, А. А. Третьякова, Х. М. Хаджаловой, А. В. Эмануэль.

Одним из важнейших направлений обеспечения качества оказания медицинских услуг является повышение уровня доступности амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения, решение проблемы дефицита квалифицированных медицинских кадров [140].

Правительство Российской Федерации относит качество медицинских услуг к фактору, который воздействует на состояние личного здоровья, а также оказывает влияние и на состояние общественного здоровья в целом. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н, критерии оценки качества предоставляемых медицинских услуг целесообразно применять для того, чтобы оценить, насколько быстро и своевременно оказывается медицинская помощь, насколько верно выбраны методы лечения, диагностики и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата [88].

Также, согласно указанному приказу, следует помнить, что для конкретных условий, в которых предоставляются медицинские услуги и оказывается помощь,

разработаны и применяются свои критерии качества. К примеру, в амбулаторных условиях эффективно будут использоваться критерии, имеющие противоположную полезность в условиях стационара.

Во всех субъектах Российской Федерации все большее количество медицинских учреждений с целью повышения качества предоставляемых медицинских услуг стремятся улучшить, усовершенствовать имеющуюся материально-техническую базу, установить достойный уровень заработной платы для медицинского персонала. Также Минздравом России ежегодно разрабатываются стандарты, в которых прописаны этапы действий медицинского работника при лечении разных заболеваний. То есть для каждого заболевания имеется четко установленный план лечения, на основании которого должна оказываться соответствующая высококачественная медицинская помощь. Кроме того, часто, в силу недостаточной квалификации и отсутствия должного объема знаний, врач совершает ошибки. Для уменьшения их количества и предотвращения их возникновения медицинские учреждения периодически с целью улучшения процесса оказания медицинских услуг отправляют врачей на курсы повышения квалификации, тренинги и вебинары.

В настоящее время все предоставляемые медицинские услуги условно включают в себя две составляющие, первой из которых является непосредственно сама профессиональная основа данных услуг, а второй – дополнительные сопутствующие атрибуты, которые возникают в процессе ее оказания. Пациент высоко оценит проделанную работу медицинского учреждения, правильную организацию предоставления услуг, направленных на улучшение качества обслуживания. Например, отсутствие живой очереди, четкое расписание приема врачей, наличие в медицинском учреждении системы электронного хранения документов (карточек, анализов, направлений). Профессионализм, компетентность врачей и их заинтересованность оставят только положительные впечатления об учреждении, предоставляющим медицинские услуги.

При оказании медицинских услуг лекарственные и диагностические средства используются в комплексе. К таким средствам следует отнести

медицинскую технику и аппаратуру, медицинские инструменты и расходные материалы, а также препараты и медикаменты. Они являются неотъемлемой составляющей медицинских услуг, а требования необходимой достаточности напрямую влияют на значимость для них.

В последнее время медицинские учреждения стараются в большем количестве обеспечить себя инновационной медицинской аппаратурой. Обусловлено такое стремление чаще всего не административным принуждением или отсутствием необходимой медицинской техники, а желанием быть более конкурентоспособным в сложившихся условиях. Но при этом многие из них забывают, что приобретение и использование современной техники будет оправдано лишь в том случае, если это будет соответствовать медицинским показаниям, будет нести в себе полезность и, как следствие, повысит качество предоставления медицинских услуг. Как справедливо отмечает О. В. Власова, «ресурсная обеспеченность медицинских организаций является одним из определяющих факторов, позволяющих оказывать пациентам услуги надлежащего качества» [18, с. 99].

Вышеуказанное касается и внедрения в медицинских учреждениях совершенных средств диагностики, лечения и профилактики. Только при наличии высококвалифицированного, компетентного и обученного медицинского персонала все вышеперечисленное способствует повышению качества оказания медицинского обслуживания [20].

Согласно приказу Минздрава России в настоящее время для оценки качества предоставляемых услуг медицинскими учреждениями разработаны и используются следующие критерии [89]:

1. Критерий открытости и доступности информации о медицинском учреждении характеризуется тем, насколько просто найти официальный сайт медицинского учреждения, насколько достоверно и полно отражена размещенная на нем информация о медицинском учреждении, персонале, оказываемых услугах, и соответствует ли эта информация действительности. Также к рассматриваемому критерию можно отнести наличие на сайте анкеты, с помощью которой пациенты

имеют возможность оставлять отзывы и мнения о качестве оказанных им медицинских услуг.

2. Критерий комфортности условий предоставлений услуг и доступности их получения характеризуется наличием удобных зон ожидания и комфортным озеленением территорий, отсутствием очередей, доступностью санитарно-гигиенических помещений. Наличие кулеров с питьевой водой, мест с информационными буклетами будет важным конкурентным преимуществом для медицинского учреждения. Кроме того, к показателям рассматриваемого критерия относится возможность воспользоваться онлайн-записью на официальном сайте медицинской организации или на сайте Госуслуг, получить онлайн-консультирование специалиста и т.д.

3. Критерий времени ожидания предоставления услуги характеризуется оптимально подобранным временем, в течение которого врач успеет принять больного, выписать все необходимые назначения, при этом не задерживая время приема другого пациента и не создавая очередей.

4. Критерий доброжелательности, вежливости, компетентности работников организации является одним из основополагающих критериев. Именно от того, насколько доброжелателен и компетентен персонал медицинского учреждения, начиная от работников регистратуры и заканчивая врачом, насколько каждый из них использовал индивидуальный подход к пациенту, зависит и общая оценка пациента о качестве оказанных ему услуг.

5. Критерий удовлетворенности качеством оказания услуг характеризует в целом то, насколько пациент был удовлетворен качеством обслуживания. Чем выше будут показатели в рамках данного критерия, тем выше будет общий уровень качества обслуживания в данном медицинском учреждении [102].

Помимо критериев, по которым происходит оценка качества оказываемых медицинских услуг, используются показатели, характеризующие эти услуги [13]. К этим показателям относятся показатель своевременности; показатель, отражающий квалификацию медицинского персонала; показатель эффективности; показатель деонтологии.

Рассмотрим перечисленные выше показатели подробнее. Когда говорят о показателе своевременности, в первую очередь, подразумевают то, насколько быстро медицинский персонал, да и медицинское учреждение в целом, отреагировали на поступившее обращение пациента: как быстро скорая медицинская помощь приехала на вызов, как много понадобилось времени лечащему врачу, чтобы поставить точный диагноз и назначить необходимое лечение. Все действия медицинского работника, начиная от первого обращения и до полного выздоровления пациента, отражаются записями в амбулаторной карте больного в форме назначений и рекомендаций врача. Амбулаторная карта является обязательным атрибутом, по записям в которой можно легко отследить своевременность оказания медицинской помощи, проконтролировать работу врачей и, в случае необходимости, использовать данные для проведения экспертизы.

Определить степень квалификации отдельно взятого медицинского работника можно по тому, насколько правильным является поставленный диагноз и насколько быстро врачу удалось его поставить, насколько точно было произведено обследование и подобрано лечение, и как быстро у пациента улучшилось самочувствие благодаря этому лечению.

Показатель экономической эффективности отражает оптимальность и эффективность использования имеющихся в медицинском учреждении материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Также к этому показателю относят разницу между доходами на оказание медицинской услуги и выгодой, полученной в результате снижения заболеваемости в целом. Определяются эти показатели при помощи проведения анализа стоимости медицинских услуг по различным клинико-статистическим группам [136].

Фиксация соответствующего уровня качества медицинских услуг возможна только тогда, когда в результате проверки подтверждается, что все установленные медицинские порядки были соблюдены: соблюдение регламента оказания медицинских услуг; соответствие медицинского учреждения всем установленным требованиям, предъявляемым к осуществлению деятельности; уровень



образования и квалификации медицинского персонала; выполнение установленных стандартов и др. Кроме того, соответствие установленным нормам действующих в медицинском учреждении порядков, исходя из особенностей профиля медучреждения и видов предоставляемых в нем медицинских услуг, оказывает существенное влияние на качество услуг.

Качество предоставляемых медицинских услуг постоянно подвергается анализу со стороны не только контролирующих органов, но и самих медицинских учреждений, в которых оказываются эти услуги. В настоящее время не существует единого подхода и метода, согласно которым осуществляется оценка, поэтому медицинское учреждение в лице главного врача самостоятельно выбирает те методы и подходы, при помощи которых будет осуществляться контроль и проводиться независимая оценка качества предоставляемых медицинских услуг [27, с. 434].

Для анализа качества медицинских услуг используют следующие методы оценки: индуктивный, дедуктивный, методы экспертного и системного анализов [58, с. 845]. Сущность индуктивного метода заключается в том, что используется ретроспективный анализ, то есть данные, которые содержат предположительную информацию о том, как протекает заболевание и как необходимо провести лечение, чтобы получить желаемый результат. На данный момент все чаще подтверждается, что применение индуктивного метода нецелесообразно, а затраты, идущие на его поддержание, эффективнее направить на диагностические и лечебные цели.

Дедуктивный метод является противоположным по своему назначению. При его применении используются полученные в ходе клинических исследований статистические результаты. Отметим, что основой данного метода является доказательная медицина, представляющая технологию, в результате которой собранную и проанализированную медицинскую информацию можно использовать для формулирования обоснованных медицинских решений. Дедуктивный метод включает в себя строгие, определенные и заранее установленные критерии, эффективное применение которых улучшает конечные

результаты и качество предоставляемых услуг в целом.

Доказано, что благодаря внедрению дедуктивного метода, были получены не только достоверные показатели по состоянию здоровья, стадиям развития заболеваний и результатам проводимых лечений, но и составлены стандарты и протоколы, содержащие в себе указания о том, каким образом должно проходить лечение для каждого типа болезни.

Для оценки качества медицинских услуг также используют метод системного анализа. Его сущность заключается в том, что в рассматриваемой системе исследуются ее отдельные стороны и составные части. Весь процесс оказания медицинских услуг представляет собой определенную систему, включающую в себя части этой системы. Они, с одной стороны, взаимосвязаны между собой и влияют на систему в целом, а с другой, сами периодически оказываются под ее влиянием. Необходимо помнить, что неэффективное функционирование даже одной какой-то составной части оказывает негативное воздействие не только на систему в целом, но и на другие эффективно функционирующие части этой системы. Следовательно, улучшив работу хотя бы одной составляющей, возможно улучшить эффективность работы системы в целом.

Использование метода системного анализа позволяет выявить и проанализировать имеющиеся слабые стороны, определить факторы, негативно влияющие на качество в целом.

К наиболее эффективному методу внутренней оценки качества оказываемых медицинских услуг относится метод экспертной оценки (экспертиза качества медицинской помощи). Сущность данного метода заключается в том, что, проводя экспертизу, экспертная комиссия целенаправленно изучает интересующие ее медицинские документы, отражающие то, насколько своевременно и полно оказывалась медицинская помощь, какие этапы и действия медицинского работника она включала.

Осуществлять контроль с помощью данного метода рекомендуется, используя трехуровневую модель, где на первом уровне контроль проводит

заведующий отделением, на втором уровне контроль уже осуществляет доверенное лицо или заместитель главного врача рассматриваемого медицинского учреждения, на третьем же уровне контролем и оценкой занимается уже непосредственно врачебная комиссия.

В результате проведения экспертизы заведующий отделением, систематизируя и анализируя полученную информацию, получает сведения об имеющихся недостатках и дефектах, их количестве, о том, как сказывается наличие этих дефектов на качестве оказываемых медицинских услуг по отдельно взятым в его отделении врачам.

Далее вся собранная со всех отделений информация передается их заведующими заместителю главного врача, который на основании полученных результатов подготавливает ежеквартальный или ежегодный отчет по общему количеству выявленных в медицинском учреждении дефектов. Сформированные отчеты передаются врачебной комиссии. Они, в свою очередь, сравнивают конечные результаты с результатами прошлого года, а также с общими показателями по всем регионам и стране в целом. Обработав всю информацию, врачебная комиссия получает общую картину по медицинскому учреждению в целом, то есть выявляет динамику изменения качества оказываемых медицинских услуг в конкретном медицинском учреждении.

Завершающим этапом рассматриваемого метода является передача врачебной комиссией полученных результатов главному врачу. К результатам прилагаются возможные причины возникновения выявленных недостатков, рекомендации и предложения по их устранению с целью повышения качества оказываемых медицинских услуг. Главный врач, в свою очередь, передает полученный отчет в органы здравоохранения, где формулируются окончательные решения по конкретному медицинскому учреждению и организуются мероприятия по их воплощению. На этом этапе метод экспертного анализа считается завершенным.

Для оценки качества медицинских услуг используются структурный, результативный и процессуальный подходы.

В рамках структурного подхода оценивают в целом утвержденную в медицинском учреждении структурную организацию медицинских услуг, то есть в ходе проверки проверяется соответствие условий оказания медицинских услуг требованиям лицензии; соответствие порядка предоставления медицинских услуг требованиям, утверждающим этот порядок; наличие в медицинском учреждении всех необходимых документов, подтверждающих аттестации, сертификации и аккредитации.

Основой структурного подхода являются мнения специалистов, которые утверждают, что при отсутствии в медицинском учреждении требуемых «структурных» возможностей, достигнуть желаемого и необходимого уровня качества предоставляемых медицинских услуг не удастся. Но при этом они также утверждают, что соблюдение всех установленных формальных требований не гарантирует того, что медицинскому учреждению удастся достигнуть высоких результатов в области оказания медицинских услуг.

Любой процесс, в том числе и процесс оказания медицинских услуг, имеет свой конечный результат. Согласно результативному подходу, именно этот результат подвергается оценке. В рамках подхода специалисты проводят сравнительный анализ предполагаемых результатов с фактически полученными в медицинском учреждении результатами. При этом используется не только метод сравнения, но и в случае необходимости статистические методы.

Недостаток результативного подхода заключается в том, что оценить качество предоставляемых медицинских услуг возможно только после того, как они будут оказаны, а оказать влияние на ход самого процесса и его результаты невозможно.

Сущность процессуального подхода заключается в том, что оценивается непосредственно сам процесс оказания медицинских услуг, соблюдается ли технология лечебно-диагностического процесса. Главным инструментом оценки являются медицинские стандарты, а основным способом – проведение экспертной оценки оказываемых медицинских услуг с помощью использования первичной документации.

Для обеспечения высокого уровня качества медицинских услуг органами здравоохранения были разработаны и установлены нормы и критерии, соблюдение которых требует соответствующего контроля. В ранее существовавшей системе преимущество отдавалось внутриведомственному контролю. Субъектами в данном виде контроля выступали органы управления здравоохранением или же представители медицинских учреждений, занимающие руководящие должности. Иначе говоря, внутриведомственный контроль – это такой контроль, в котором система самостоятельно отслеживала качество оказываемых услуг и пыталась устранить выявленные дефекты, что не всегда несло положительный результат.

В настоящий момент, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», существуют следующие формы контроля качества медицинской деятельности [66]: государственный, ведомственный контроль и внутренний контроль. Осуществлять государственный контроль и проводить необходимые проверки могут органы государственного контроля или органы местного самоуправления в соответствии с их полномочиями. В рамках такого контроля представители вышерассмотренных органов могут осуществлять лицензирование медицинского учреждения, проверять соблюдаются ли в медицинском учреждении установленные требования по оказанию медицинских услуг, соответствуют ли проводимые экспертизы, осмотры, освидетельствования принятым стандартам. Кроме того, проверяющими органами анализируется, насколько в медицинской организации безопасны условия труда, правильно ли эксплуатируются медицинские изделия и утилизируются ли они по истечению срока службы. Устанавливает порядок проведения государственного контроля Правительство Российской Федерации.

Ведомственный контроль осуществляют федеральные органы исполнительной власти, а также органы исполнительной власти субъектов РФ. Устанавливает порядок проведения ведомственного контроля уполномоченные органы исполнительной власти [92].

Внутренний контроль осуществляют органы, организации государственной,

муниципальной и частной систем здравоохранения. Он осуществляется в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций [86].

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются соблюдением ряда условий [86]:

1. Организация медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства

2. Для обеспечения доступности и качества медицинской помощи необходимо принятие в штат необходимого количества медицинского персонала, прошедшего специальную подготовку на врача общей практики и медицинскую сестру, с последующим повышением квалификации каждые пять лет.

3. Возможность выбора поликлиники по месту жительства, независимо от места регистрации.

4. Профессиональная деятельность медицинских работников согласно разработанным стандартам и алгоритмам (МЭСам) оказания медицинской помощи населению.

5. Открытие пилотных проектов в сфере здравоохранения: офисы врачей общей практики при районных поликлиниках (офисы ВОП)

6. Установка в ЛПУ пандусов для всех групп населения, в том числе для людей с ограниченными возможностями.

7. В случаях, угрожающих жизни и здоровью пациентов, возможность беспрепятственного и бесплатного использования медицинскими работниками скорой медицинской помощи или санитарной авиации для перевозки пациентов в ближайшую медицинскую организацию [83].

8. Использование современных инновационных технологий в медицине.

9. Получение доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи в рамках полиса ОМС.

В российском здравоохранении с 1993 года появилось обязательное медицинское страхование, которое нацелено на социальную защиту всех слоёв населения, охрану здоровья и получение всех видов качественной медицинской помощи [32].

Непосредственно предоставлением страховых медицинских услуг в рамках ОМС занимаются страховые медицинские организации – юридические лица, которые имеют соответствующую лицензию и непосредственно осуществляют медицинское страхование.

Важными структурными элементами системы обязательного медицинского страхования, где пациент может получить бесплатную медицинскую помощь, являются скорая медицинская помощь, медицинская помощь в поликлиниках и стационарах.

Федеральный фонд ОМС дает следующее определение: «Качество медицинской помощи – это взаимодействие врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения» [64, с. 69]. Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, принятая для формирования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 01.01.2020 г. составила 145,5 млн. человек, в том числе 65,1 млн. работающих и 80,4 млн. неработающих граждан [137].

Важно отметить, что услуги в поликлинике оказываются строго при наличии полиса ОМС. Если его нет, то его можно получить в поликлинике. По полису ОМС можно получить следующие услуги: вызов скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлиническую помощь, санитарную помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях, травмах, патологиях беременности, родах, абортах, плановой госпитализации, высокотехнологичную медицинскую помощь, мероприятия по диагностике, профилактике медицинской реабилитации. В последнее время по полису ОМС разрешено сделать 3 попытки искусственного оплодотворения [81].

Качество медицинской помощи – это понятие, охватывающее множество

процессов, начиная от диагностики, плана обследования, лечения, реабилитации, своевременности оказания, доступности, адекватности, безопасности с применением всех новейших методов лечения и диагностики. И, в конечном результате, все эти процессы должны привести к удовлетворению ожидания и потребности пациентов [32, 56], на рисунке 1.2 представлены принципы управление качеством в сфере медицинских услуг.

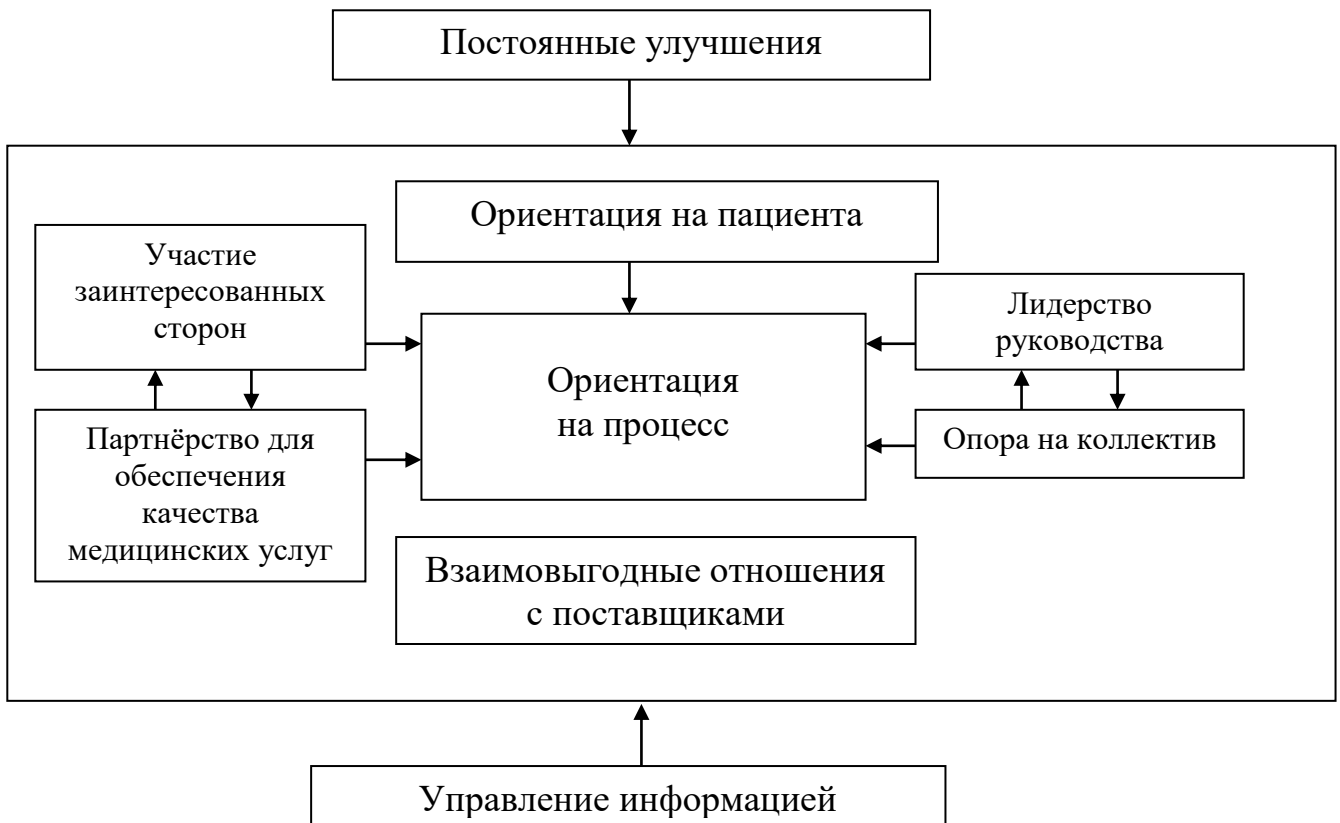


Рисунок 1.2 – Принципы управления качеством в сфере медицинских услуг

Источник: составлено автором

Согласно приказу Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» критерии для оценки качества медицинской помощи должны быть едиными и применяться во всех ЛПУ [88].

Основные параметры системы качества оказания медицинских услуг оцениваются следующими критериями [51]: адекватностью; доступностью; преемственностью; непрерывностью; эффективностью; безопасностью; своевременностью; способностью удовлетворять ожидание и потребности



пациентов; постоянным совершенствованием:

- адекватность – это фактически оказанная медицинская помощь, которая соответствует потребностям и ожиданиям пациентов;

- доступность – это критерий, отражающий возможность получения населением определённых медицинских услуг;

- преемственность – это скоординированная работа всех медицинских работников (на разных уровнях: в разное время, разными специалистами) по оказанию качественной медицинской помощи;

- непрерывность означает, что процесс лечения должен проходить строго по схеме: профилактика – диагностика – лечение – реабилитация. Если нарушается последовательность, то непрерывность нарушена, и медицинская помощь будет оказана некачественно;

- эффективность – это наличие положительного результата в отношении здоровья пациента;

- безопасность – это критерий, означающий, что медицинская помощь не должна вызвать у пациента новые заболевания или патологическое состояние, или вызывать обострения имеющегося;

- своевременность – это критерий, означающий, что медицинская услуга оказана пациенту вовремя. Этот критерий очень актуален при онкологии.

Способность удовлетворять ожидания и потребности пациентов означает, что ожидания пациентов бывают удовлетворены, а бывают – не удовлетворены. Важно отметить, что требования пациентов могут не входить в его ожидания. Иными словами, это означает, что медицинская помощь будет считаться качественной, по мнению пациента, если она соответствует его требованиям и ожиданиям. Следовательно, медицинские услуги, оказанные пациентам в соответствии с вышеуказанными критериями, являются качественными.

Для определения оценки качества медицинской помощи, как правило, используется экспертиза качества медицинской помощи. Она оценивается с помощью правильной постановки диагноза, плана лечения и профилактики, а также своевременностью оказания лечения в ЛПУ и конечным результатом. Все

медицинские услуги, оказываемые по полису ОМС, поддаются оценке с проведением экспертизы. Экспертизы также проводятся при наличии жалоб на любом этапе оказания медицинской помощи от пациента или от родственников пациента. Экспертизу могут проводить только эксперты, которые имеют специальную подготовку и квалификацию.

Для оценки качества оказываемых медицинских услуг в ЛПУ, как правило, используют следующие показатели [56]:

1. Открытость и доступность информации о медицинской организации (размещение информации об услугах на сайте медицинской организации).

2. Комфортность условий и доступность получения медицинских услуг (получение медицинских услуг с помощью онлайн-записи, через портал «Госуслуги» и т.п.).

3. Время ожидания в очереди при получении медицинской услуги (отсутствие очередей в ЛПУ).

4. Компетентность и вежливость работников в медицинском учреждении.

5. Удовлетворённость качеством обслуживания в медицинском учреждении (отзывы пациентов на сайте ЛПУ или в книге жалоб и предложений).

Характеристики и результаты оказания медицинских услуг настолько многообразны и не очевидны для клиента (пациента), что ряд их параметров не может быть им оценён. Поэтому важнейшие профессиональные характеристики этих услуг контролируются на основе стандартов оказания медицинских услуг. Эти стандарты не являются государственными. Они могут быть отраслевыми или разрабатываться в конкретном ЛПУ, согласовываться со страховыми компаниями и т.п. Это, прежде всего, основные параметры технического качества услуг, т. е. результаты лечения.

Пациенты же оценивают, прежде всего, компоненты функционального качества, т. е. условия оказания медицинских услуг. От процесса оказания медицинских услуг зависит степень удовлетворенности пациента, но только этого недостаточно. Поэтому пациента интересует не только конечный результат услуги, получаемой «на выходе», но и сам процесс обслуживания и получения

необходимой услуги.

Качество любой услуги оценивается в двух аспектах: техническое качество (что получает пациент); функциональное качество (как получает пациент услугу). Но пациент оценивает, прежде всего, функциональное качество.

Для того, чтобы отразить наглядно взаимосвязь технического и функционального качества, следует подробно рассмотреть скандинавскую двухфакторную модель качества медицинских услуг (рисунок 1.3).

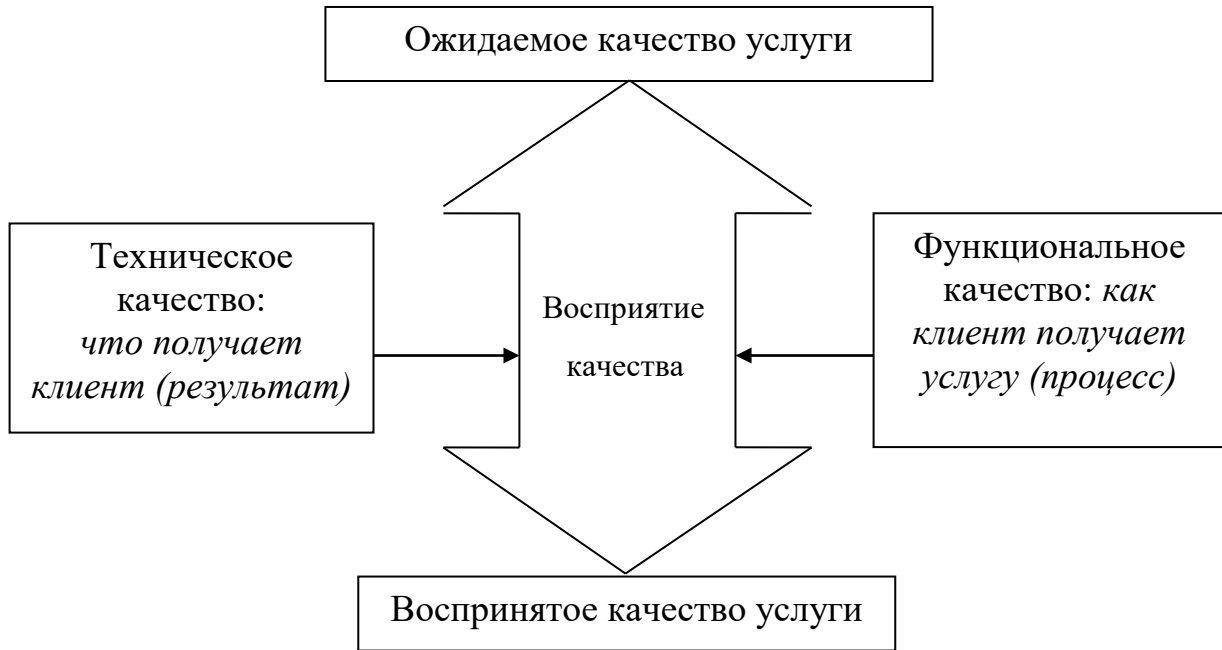


Рисунок 1.3 – Скандинавская двухфакторная модель качества медицинских услуг  
Источник: [32]

Важнейшим звеном в системе предоставления медицинских услуг является работа поликлиник, потому что первое посещение пациента осуществляется через прием у его участкового врача, а уже потом по направлению врача-специалиста, в случае необходимости пациент направляется в стационар или на амбулаторное лечение. Поэтому от четкой, слаженной и эффективной работы этого звена в системе здравоохранения зависит очень многое, поскольку первичная диагностика проходит именно в этом звене.

В поликлинике к элементам технического качества можно отнести:

- выздоровление;
- снятие беспокоящих симптомов;

- улучшение самочувствия;
- другие объективные или субъективные (по ощущению пациента)

результаты лечения.

К элементам функционального качества в поликлинике можно отнести:

- время ожидания в очереди перед приёмом;
- продолжительность приёма у врача;
- внешний вид медицинского персонала;
- время ожидания в регистратуре;
- вежливость медицинского персонала;
- качество ведения документации;
- отсутствие или наличие проблем с поиском амбулаторной карты;
- грамотность персонала при работе за компьютером.

Процессы оказания медицинских услуг должны производиться высококвалифицированными медицинскими работниками, которые имеют соответствующее образование, квалификацию и опыт предоставления данных медицинских услуг. Они должны осуществляться с использованием современных информационных технологий, имеющихся в данном ЛПУ.

Для оценки уровня качества медицинских услуг в поликлиниках было решено опросить пациентов, медицинский персонал поликлиник. По результатам анкетирования и опроса были выяснены жалобы на качество медицинских услуг в поликлиниках: отдаленность расположения поликлиники от дома; наличие больших очередей; большой документооборот, требующий личного заполнения пациентом; сложность записи к «узким» специалистам. После рассмотрения этих жалоб было принято решение о создании пилотного проекта – офисов врачей общей практики (ВОП) при районных поликлиниках.

На основании информации, полученной в ходе исследования, выяснилось, что после появления офисов ВОП при районных поликлиниках в книгах жалоб и предложений теперь, в основном, только положительные отзывы. Врач-терапевт – это специалист, имеющий высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело» и получивший сертификат по специальности

«Терапия». В обязанности врача-терапевта входит проведение приёма по своему терапевтическому профилю и направление пациентов при необходимости к «узким» специалистам, а при наличии острой патологии – вызвать скорую медицинскую помощь. Для пациентов консультация у ВОП гораздо удобнее, потому что они обладают широким кругозором медицинских знаний в различных областях медицины, что не требует записи к «узким» специалистам. ВОП может направить пациентов к другим специалистам только в случае крайней необходимости.

Главные отличия врача-терапевта от врача общей практики состоят в том, что, когда пациент приходит к врачу общей практики на приём, например, при ОРЗ, врач не отправляет его к лору, а сам осматривает пациента специальными инструментами. После проведения всех мероприятий он может вызвать скорую помощь, если у пациента, к примеру, гайморит, чтобы в условиях стационара предпринять конкретные меры. Когда пациент приходит к врачу-терапевту на приём, то пациента направляют к другим более «узким» специалистам в зависимости от жалоб.

Исходя из вышесказанного, следует сделать вывод о том, что качество медицинских услуг возрастает, о чем свидетельствуют многие факторы. Улучшается не только сам процесс оказания услуги, где, как правило, задействованы врач и пациент, но также и врачи прилагают усилия, чтобы качественно выполнять свои обязанности, предоставлять правильные рекомендации по лечению пациентов.

Все услуги офисов ВОП бесплатны для пациентов, за них платят страховые компании. В офис ВОП можно попасть по записи через Call-центр либо в день обращения. Врач общей практики – это терапевт или педиатр, прошедший специальную подготовку по специальности «семейная медицина». Полученный сертификат даёт ему право консультировать всех членов семьи в любой области медицины (оториноларингология, ортопедия, хирургия, офтальмология, гастроэнтерология, неврология и др.).

В рамках исследования, описанного ранее в данной диссертационной

работе, можно сделать вывод, что не во всех поликлиниках есть современное программное обеспечение. Следует отметить, что даже при наличии современного программного обеспечения многие медицинские работники не владеют навыками работы с компьютером и не могут в полной мере пользоваться современным программным обеспечением. Резюмируя проведённое исследование, следует подробно рассмотреть достоинства и недостатки поликлиник (таблица 1.2).

Таблица 1.2 – Достоинства и недостатки работы поликлиник

Достоинства	Недостатки
Бесплатная медицинская помощь в рамках полиса ОМС Запись к врачам через Call-центр или через регистратуру Получение неотложной помощи в экстренных ситуациях Получение направления на высокотехнологичную помощь Наличие бесплатного дневного стационара Возможность прохождения диспансеризации Возможность прохождения профосмотра Запись к врачу в любое удобное для пациента время, включая выходные дни	Использование информационных технологий на низком уровне Наличие больших очередей к «узким» специалистам Недоступность высокотехнологических услуг Ограниченная возможность попасть к врачу в день приёма Низкая эффективность организации документооборота Отсутствие подключения к системе единого документооборота ЛПУ

Источник: составлено автором

Исходя из характеристик, приведенных в таблице 1.2, выделим следующие направления совершенствования организации медицинских услуг на базе поликлиник:

- расширение спектра оказываемых медицинских услуг с применением информационно-аналитических систем.
- подключение к единой системе документооборота;
- освоение участковыми врачами смежных специальностей (врач общей практики);
- предоставление пациентам направлений к «узким» специалистам в другие ЛПУ;
- создание в регистратуре электронной очереди;
- получение необходимых медицинских услуг через МФЦ.

Таким образом, в условиях трансформации сферы здравоохранения повышение эффективности организации предоставления медицинских услуг должно основываться на концептуальных подходах к обеспечению доступности и качества медицинских услуг для населения в повышении продолжительности жизни всех граждан страны.

### **1.3 Организационно-экономические отношения при формировании механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг**

Изучение характера трансформаций организационно-экономических отношений в системе государственного регулирования сферы медицинских услуг обуславливает необходимость выделения и обоснования системообразующих уровней и направлений государственного регулирования сферы медицинских услуг. Необходимым условием обеспечения развития цивилизованного рынка медицинских услуг является соблюдение принципа сбалансированности интересов государства, бизнес-сообществ сферы здравоохранения, пациентов и населения в целом при условии минимизации негативных воздействий рынка на социальную сферу в целом и систему здравоохранения в частности. Это определяется тем, что реализация в сфере здравоохранения классических рыночных принципов может привести к усилению социального неравенства в возможности получения доступных и качественных медицинских услуг.

На свободном рынке услуги распределяются на основе взаимного согласия, при этом покупка услуги не происходит, если цена не может быть согласована. Важнейшим направлением регулирования рынка медицинских услуг является введение системы медицинского страхования, но при условии четкой регламентации норм и процедур государственного регулирования. В то же время формируется трехсторонний управляемый рынок с участием пациента, страховой

компании и государства, на котором потенциальный пациент передает свою покупательную способность и принятие управляющих решений субъекту – страховой компании, чьи интересы не совпадают с интересами пациента.

Выделим ряд особенностей в организационно-экономических отношениях при формировании механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг:

– асимметричность информации, что означает недостаточность и неравномерность обеспечения информацией пациентов – потребителей медицинских услуг;

– необходимость реализации принципа справедливости, который является основополагающим в менталитете российского населения при получении медицинской помощи. Речь идет о том, когда качество и объем предоставляемых медицинских услуг не должны зависеть от уровня финансового благополучия или социального и правового статуса пациента;

– наделение некоторых медицинских услуг, в частности профилактических прививок, свойствами «общественных благ».

Содержание процесса государственного управления сферой здравоохранения в условиях серьезных цифровых и организационно-экономических трансформаций основывается на учете всей совокупности подсистем системы здравоохранения: законодательной, организационной, функциональной, социальной, научной, экономической, обеспечивающих функционирование и сохранения их соответствующей взаимосвязи, соотношения, субординации. Первоочередной функцией государства должно стать обеспечение надежного финансово-экономического регулирования и контроля, создание законодательных условий, которые ориентируют общество на развитие рыночной инфраструктуры и поощрение самоорганизации на рынке медицинских услуг с учетом вышеуказанного принципа сбалансированности интересов.

Под механизмом государственного регулирования в сфере медицинских услуг следует понимать совокупность методов комплексного воздействия государственных органов управления путем применения нормативно-правовых,



экономических, социальных, финансово-страховых, организационных и информационно-цифровых рычагов на взаимодействие участников системы здравоохранения в обеспечении повышения продолжительности жизни граждан, темпов роста производительности труда, обеспечения качества роста ВРП регионов и ВВП страны в целом.

Можно выделить следующие составляющие механизма регулирования сферой медицинских услуг – нормативно-правовую, информационную, материально-техническую, кадровую, финансово-экономическую, организационную, психологическую. Психологическая составляющая рассматривается в контексте формирования в обществе институтов положительного восприятия и поддержки политики государства в сфере здравоохранения.

К сожалению, текущее состояние и уровень современного развития сферы медицинских услуг в нашей стране свидетельствует о разрыве в продолжительности здоровой жизни между российскими и европейскими гражданами, который составляет более 8 лет [183]. При этом, на фоне пандемии коронавируса россиян по итогам текущего года станет меньше на 352 тысячи человек. Это максимальная убыль с 2006 года. К 2025 году численность населения может уменьшиться на 1,2 миллиона человек [127].

Важно отметить, что по итогам 2019 года средняя продолжительность жизни в России достигла очередного исторического максимума и составила 73,4 года в 2018 г., по данным Минздрава, она была меньше — 72,9 лет, в 2017 году, по данным Росстата, этот показатель составлял 72,7 лет. В 2020 году после долгого роста продолжительность жизни сократилась до 71,5 лет [98].

Важно отметить, что не только в России отсутствует 100% охват населения медицинскими услугами. Полноценное медицинское обеспечение (universal health coverage – UCH) является одним из атрибутов устойчивого развития, поэтому перед государствами-членами ООН стоит задача к 2030 году обеспечить население получением адекватного комплекса медицинского обслуживания, доступных по затратам и обладающих необходимым качеством. Этот комплекс

услуг позволяет перманентно улучшать здоровье населения и исключает основные причины летальных исходов. Комплекс УНС решает социальные проблемы разорения населения из-за необходимости оплаты сложных высокотехнологических операций, что ставит под угрозу существование целых семей.

Стоит уточнить, что УНС не способствует бесплатному оказанию медицинских услуг или полному возмещению всех понесенных затрат, связанных с лечением пациента, так как компенсацию всевозможных расходов на медицинские услуги ни одна страна не может обеспечить из своего бюджета. Парадигма полноценного медицинского обеспечения включает задачи по сопровождению больного в течение лечения, периода реабилитации, обеспечению социальной защищенности пациентов, что является основой социального равенства и обеспечивает устойчивое развитие социума [34].

Россия является социальным государством. Забота о гражданах страны, прежде всего об их физическом, соматическом, психическом здоровье с социальной устроенностью, является основополагающим принципом социального государства [86]. Поэтому государство реализует свою социальную политику путем управления сферой здравоохранения с целью её эффективной организации и регулирования путем оптимального использования материальных, кадровых, информационных и других видов ресурсов.

Институционально система государственного управления здравоохранением включает следующие уровни:

- Правительство РФ, задачей которого является обеспечение проведения единой государственной политики в области здравоохранения;
- федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы (Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения субъектов Российской Федерации, государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора);

– муниципальные органы местного самоуправления (в том числе центральные муниципальные учреждения здравоохранения), их территориальные органы;

– исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, Российской академии наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации;

– медицинские организации и учреждения здравоохранения и иные предприятия, учреждения, организации, лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями и организациями РФ;

– организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья [86].

Системообразующие уровни и направления государственного регулирования сферы медицинских услуг включают бюджетно-страховую систему, состоящую из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), управляемую (ФФОМС), территориальными фондами ОМС и их филиалами, реализуемую страховыми компаниями; система добровольного медицинского страхования (ДМС). Инструментом реализации ОМС и ДМС являются страховые медицинские организации, которые не входят в систему здравоохранения. Таким образом, системы ОМС и ДМС являются в чистом виде механизмом регулирования системы отечественного здравоохранения. Также сюда входит система менеджмента качества (СМК), которая является основным компонентом всех моделей управления качеством в здравоохранении. Базовый фундамент СМК в здравоохранении – это стандарты медицинских услуг и медицинских изделий,

комплекс которых полностью покрывает требования качества и безопасности для пациента медицинских услуг.

Стандартизация стала одной из концепций, на основании которой бизнес-структуры решают задачи устойчивого развития здравоохранения. В последние годы организация ISO разработала более 1200 стандартов в области здравоохранения. Именно внедрение в практику медицинских организаций стандартов самого различного уровня и контроль за их соблюдением является одним из главных регуляторов системы здравоохранения. Не менее важными являются инструменты сертификации (подтверждения качества и содержания медицинской помощи (услуг) требованиям стандартов) и лицензирования (разрешения на ведение определенных видов деятельности в сфере здравоохранения), а также аккредитации.

В систему государственного регулирования сферы медицинских услуг входят надзорные органы – Росздравнадзор, Роспотребнадзор, осуществляющие функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия человека и в области защиты прав потребителей медицинских услуг. На рисунке 1.4 представлены системообразующие уровни и направления государственного регулирования сферы медицинских услуг.

Представленные направления государственного регулирования сферы медицинских услуг отражают трансформации в организационно-экономических отношениях системы здравоохранения, в основу которых должно быть заложено понимание важности достижения показателя продолжительности жизни граждан и доступности качественных медицинских услуг, а не исключительная ориентация на соотношение показателей рождаемости/смертности населения в деятельности медицинских организаций. Перечень рекомендаций по совершенствованию системы государственного регулирования сферы медицинских услуг представлен в Приложении А.

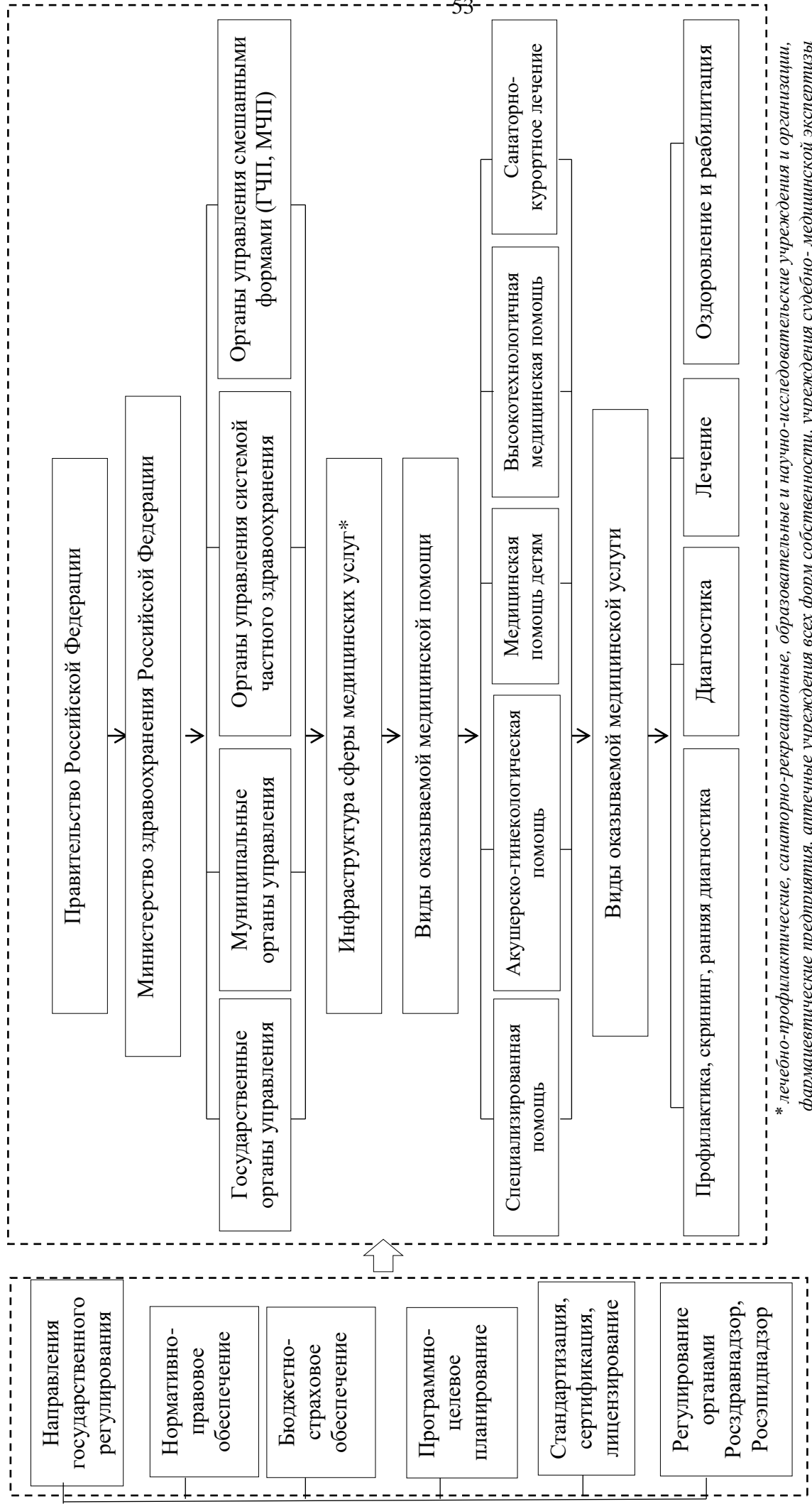


Рисунок 1.4 – Системообразующие уровни и направления государственного регулирования сферы медицинских услуг  
 Источник: составлено автором

В основу организационного обеспечения государственного регулирования сферы медицинских услуг заложены принципы ответственного экономического взаимодействия между уровнями государственного регулирования, что должно находить отражение в системе программно-целевого планирования развития медицинских организаций.

В данном контексте государственное регулирование здравоохранения является базисом, обеспечивающим функционирование и развитие сферы медицинских услуг в стране. Следует отметить, что Минздрав России регулирует основные процессы деятельности медицинских организаций, независимо от их организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности путем страхования, стандартизации, сертификации, аттестации и лицензирования.

Базовой ролью в процессе регулирования является наличие эффективных систем ОМС и ДМС, а также качественная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) как основной бизнес-процесс медицинской организации. ПМСП, по определению ВОЗ, это комплекс профилактической, лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи населению на протяжении всей жизни. Регулирование – это формирование правил поведения, контроль и система санкций за отступление от правил, то есть можно считать регулирование видом локального, перманентного нормотворчества.

Для имплементации указанных предложение ВОЗ в работу отечественных МО в 2019 г. был организован механизм сопровождения больных (МСБ), в основе которого лежит принцип защиты прав больного в реализации всех основных и вспомогательных бизнес-процессов оказания МП. Заметим, что страховые компании оценивают качество МП только после ее оказания. Механизм сопровождения больных реализован в форме института страховых представителей, число которых составляет одиннадцать тысяч. Эти представители сопровождают каждого больного от первого посещения МО до окончания лечения, а также курируют вопросы профилактики, вакцинации и диспансеризации [70].

Формой реализации МСБ являются терминалы, установленные в медицинских организациях и осуществляющие непосредственную связь больного со страховым представителем. С помощью терминалов связи больной получает ответы на вопросы о деталях оказания медицинской помощи и другие квалифицированные консультации.

Необходимо отметить, что администрирование страховых взносов в 2018 году являлось прерогативой ФНС РФ, что позволило обеспечить серьезное увеличение поступлений в бюджет ФФОМС [97], так, в 2018 году с учетом этого изменения в бюджет ФФОМС поступило на 10% больше средств [159], чем в 2017 году, при том, что доля трансфертов из федерального бюджета в указанный фонд уменьшилась на 5%. В структуре доходов бюджета фонда поступления страховых взносов на ОМС в 2020 году составил 89,6%, в 2021 году - 89,1%, по плану в 2022 году он составит 89,7%. Размер страховых взносов на ОМС на 2020 год в сумме 2,119 трлн рублей, на 2021 год - 2,238 трлн рублей, по плану на 2022 год - 2,372 трлн рублей.

Анализ функционирования бюджетно-страховой модели показывает необходимость разработки имплементации страховой модели, при которой осуществляется наиболее эффективное администрирование страховых взносов.

Решение этих и других назревших проблем развития рынка медицинской помощи возможно путем введения комплекса мер государственного регулирования, а именно:

- введение финансирования медицинской помощи, соответствующей затратам;
- совершенствование механизмов государственного управления системой охраны здоровья;
- внедрение экономических методов управления с жесткой функцией контроля со стороны государства;
- повышение структурной и социально-экономической эффективности медицинских учреждений;

– формирование бюджета лечебно-профилактических учреждений на новых организационно-экономических принципах, в частности, разработка и внедрение новых методов организации и оплаты труда медицинских работников;

– повсеместное внедрение систем управления качеством медицинских услуг;

– создание системы мониторинга и оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений в целом и медицинских работников в частности.

Таким образом, подчеркивая важность бюджетно-страхового обеспечения как системообразующего направления государственного регулирования сферы медицинских услуг, отметим, что в настоящее время в Российской Федерации сформировалась система финансового обеспечения отрасли здравоохранения, консолидирующая средства федерального фонда обязательного медицинского страхования; средства, выделяемые в рамках реализации различного рода государственных и территориальных программ; средства, поступающие от реализации платных медицинских услуг; перечисления по полисам дополнительного медицинского страхования и др. Одним из стратегических направлений совершенствования государственного регулирования сферы медицинских услуг является обоснование и внедрение механизмов государственно-частного партнерства в направлении экономического регулирования цен на медицинские услуги.

Предложенный теоретический подход к организационному обеспечению государственного регулирования сферы медицинских услуг на основе выделения уровней взаимосвязей и направлений государственного регулирования позволяет определять стратегические направления развития сферы медицинских услуг с учетом обоснования экономических преимуществ и ответственности участников взаимодействия.



## **Глава 2 Анализ условий организации государственного регулирования развития сферы медицинских услуг**

### **2.1 Оценка состояния сферы медицинских услуг и организации регулирования на мировом и отечественном уровнях**

В современных социально-экономических реалиях будущее развитие как человечества, так и каждой страны в отдельности, целиком определяется развитием человеческого капитала, что, в свою очередь, определяется качеством образования и здравоохранения. Конкурентоспособность государства на мировых рынках образовательных и медицинских услуг целиком обуславливает отставание или лидерство в глобальной экономике.

К сожалению, сегодняшнее положение России на указанных рынках можно оценить как крайне неудовлетворительное. Основные индикаторы здоровья Российских граждан уступают всем развитым странам, в то время как и государство, и население считают, что система здравоохранения – это одно из самых важных направлений инвестиций как государственных, так и частных. Согласно экспертным опросам, ожидания граждан страны находятся именно в сфере высокого качества и доступности как образовательных, так и медицинских услуг. Эти меры входят в число главных приоритетов на 2018-2024 годы и государству, как и обществу в целом, надо приложить все возможные усилия для достижения хороших результатов в этих направлениях [41].

Сегодня по меньшей мере половина людей в мире не могут получать основные услуги здравоохранения. Около 100 миллионов человек оказываются в крайней нищете (вынуждены жить всего лишь на 1,90 доллара или менее в день) из-за того, что им приходится платить за услуги здравоохранения из своих собственных средств. Более 800 миллионов человек (почти 12% населения мира)

расходуют, как минимум, 10% своего семейного бюджета на услуги здравоохранения. Все государства-члены ООН согласились приложить усилия для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения населения планеты к 2030 г. в рамках Целей в области устойчивого развития [21].

Всемирная организация здравоохранения опирается на четыре базовых индикатора, описывающих эффективность системы здравоохранения в стране:

- индикаторы социально-экономического развития;
- индикаторы состояния здоровья населения страны;
- индикаторы обеспеченности граждан медицинской помощью;
- индикаторы политики в сфере здравоохранения [40, 146].

Россия заняла первое место по эффективности системы здравоохранения в борьбе с коронавирусом SARS-CoV-2. Об этом свидетельствуют данные Всемирной организации здравоохранения. Смертность от COVID-19 на 1 млн населения в РФ составляет 3,12. Вслед за Россией в рейтинге стран, в которых система здравоохранения наиболее успешно борется с пандемией, расположились Германия, США и Швеция [157].

Традиционно качество медицинских услуг оценивается по трем общим направлениям: процессу, структуре и результату. Результат оценивается оказанной помощью в отношении состояния здоровья пациента, включая изменения в его сознании и поведении, удовлетворенность больного медицинским обслуживанием, биологические изменения заболевания, осложнения лечения, заболеваемость и смертность [24]. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе: материальных ресурсов (приспособлений и оборудования); персонала (численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (методы возвращения расходов, система оценки работы врачей другими врачами).

Под процессом понимаются характеристики предоставляемой помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий. Информация о структуре доступна и более унифицирована, чем данные о процессе и результате.

Под сферой медицинских услуг будем понимать сферу формирования спроса и предложения на медицинские услуги. К субъектам сферы медицинских услуг можно отнести продавцов и покупателей этих услуг. Продавцами (производителями) медицинских услуг выступают различные типы и виды медицинских учреждений всех форм собственности, а потребителями (покупателями) – граждане (пациенты).

Различают национальный (внутренний) и международный (внешний) рынки медицинских услуг. На внутреннем рынке принимают участие производители и потребители одной страны, на внешнем – представители разных государств.

Таким образом, мировой рынок медицинских услуг – это сфера формирования спроса и предложения на медицинские услуги между производителями и потребителями разных стран.

Международный обмен медицинскими услугами предполагает прежде всего перемещение физических лиц – производителей (врачей, медицинского персонала) и потребителей (пациентов) медицинских услуг.

В последнее время значительную роль в международном обмене играет телемедицина. Телемедицина – медицинская практика на расстоянии с использованием аудио-, видеосистем и техники обмена данными. Она включает передачу данных пациентов, установление диагноза, консультации и лечение, а также дистанционное медицинское образование и передачу информации. С помощью телемедицины значительно расширяется доступ к современному медицинскому обслуживанию. По оценке американских экспертов, около 80 % посещений врачей можно заменить предоставлением информации о пациенте и разработкой программы лечения с помощью телекоммуникационных средств. Наиболее распространена такая практика в США, Великобритании, Франции и Японии. Единственным условием функционирования телемедицины является международная стандартизация терминов, лекарственных средств, техники и технологии медицины.

Формирование мирового рынка медицинских услуг происходит под влиянием ряда факторов, которые определяют конкурентоспособность той или

иной страны в сфере оказания медицинских услуг. К числу факторов формирования мирового рынка медицинских услуг следует отнести: квалификацию медицинского персонала, доступность медицинских учреждений, уровень технического оснащения больниц, особенности национальной культуры, природно-климатические особенности, транспортную доступность, способность и умение рекламировать свои медицинские достижения.

Наиболее обобщенным показателем конкурентоспособности может быть соотношение стоимости и качества медицинского обслуживания. Именно здесь наблюдаются определенные различия. Например, стоимость операции на сердце в Индии в 10 раз меньше, чем в США при одинаковом качестве. Такие тенденции определяют сравнительные преимущества отдельных стран в торговле медицинскими услугами и формируют потоки физических лиц, требующих лечения.

Отрасль медицинских услуг во всех странах мира включает два сектора:

– общественные медицинские услуги (общедоступные), финансируемые государством и предоставляемые государственными медицинскими учреждениями;

– частные медицинские услуги (платные), финансируемые из частных источников.

По данным Всемирной организации здравоохранения, лучшая общая система здравоохранения создана во Франции, на втором месте – Италия, на третьем – Сан-Марино [193].

В таблице 2.1 представлены страны с наиболее успешными системами здравоохранения и кратким описанием преимуществ системы здравоохранения данной страны.

На основании приведенных рейтингов (ВОЗ, Мирового банка, Лондонского научно-исследовательского института) можно сделать вывод, что качество системы здравоохранения инвариантно относительно географического положения исследуемой страны.

Таблица 2.1 – Рейтинг стран по эффективности национальной системы здравоохранения в 2018 г.

Место	Название страны	Характеристика системы здравоохранения	% ВВП на здравоохранение
1	Люксембург	Расположенный между Бельгией, Францией и Германией Люксембург возглавляет рейтинг здравоохранения. При этом средняя продолжительность жизни в стране – 82 года	5,3
4	Сингапур	Небольшой остров – город-государство, который находится Юго-Восточной Азии. Численность населения Сингапуре – около 6 млн. чел., средняя продолжительность жизни – 83,1 года	4,5
3	Швейцария	Богатая, красивая и самая экологически чистая страна Европы. Ее медицинское обслуживание является универсальным и основано на обязательном медицинском страховании всех граждан. Средняя продолжительность жизни в стране составляет 82,9 года	7,9
4	Япония	Островное государство в Восточной Азии. Продолжительность жизни в стране – 83,7 лет, самая высокая на планете, что вызвало демографические проблемы в стране в связи с быстрым старением населения	10,9
5	Австрия	В этом центрально-европейском государстве действует система здравоохранения, основанная на обязательном медицинском страховании. За свои медицинские услуги австрийцы платят около 25 евро в месяц. Средняя продолжительность жизни составляет 80,89 года	10,4
6	Швеция	Страны Северной Европы, в частности Швеция, получают высокие оценки по большинству рейтингов здравоохранения. Шведские мужчины занимают четвертое место по продолжительности жизни среди всех наций, живя в среднем 80,7 года.	10,9
7	Норвегия	Норвегия, наряду со своими скандинавскими коллегами, часто приближается к глобальному рейтингу качества жизни, и одной из причин является здоровье ее граждан. Система здравоохранения страны является бесплатной для детей до 16 лет, но взрослые должны платить за услуги. Средняя продолжительность жизни – 82,51 года	10,5
8	Нидерланды	Нидерланды занимают первое место на вершине ежегодного европейского индекса потребительских расходов на здравоохранение, в котором сравниваются системы здравоохранения в Европе, набирая более 900 баллов из 1000 каждый раз. Средняя продолжительность жизни составляет 81,51 года	10,4
9	Гонконг	Крошечный город-государство Гонконг, в котором проживает чуть более 7,2 миллиона человек, располагает 11 частными и 42 государственными больницами. Средняя продолжительность жизни составляет 84,23 года	5,2

## Продолжение таблицы 2.1

10	Австралия	Благодаря отличному климату и низкому уровню загрязнения окружающей среды Австралия считается самой здоровой страной в южном полушарии. Средняя продолжительность жизни составляет 82,8 года	6,5
11	Бельгия	В стране действует универсальное здравоохранение, при этом действует обязательное медицинское страхование для всех граждан. Средняя продолжительность жизни составляет 80,99 года	8
12	Германия	Несмотря на любовь к жирной пище и алкоголю, немцы – одни из самых здоровых людей в мире. Средняя продолжительность жизни в стране составляет 81,1 года	9,5
13	Катар	Лучшие стандарты здоровья на Ближнем Востоке реализованы в Катаре. Нация недавно предприняла шаги по внедрению универсальной системы здравоохранения по всей стране. Средняя продолжительность жизни в стране составляет 78,18 года	3,8
14	Финляндия	Согласно данным агентства «Здравоохранение Финляндии», страна имеет самый высокий уровень удовлетворенности своей системой здравоохранения среди всех в Европе. Средняя продолжительность жизни в Финляндии составляет 81,4 года	7
15	Южная Корея	Система здравоохранения Южной Кореи финансируется за счет обязательной Национальной системы медицинского страхования и охватывает около 97% населения страны. Продолжительность жизни в стране составляет 82,2 года	4,3
16	Испания	По данным Евростата, Испания занимает шестое место в ЕС по количеству врачей на 1000 человек (4 врача на 1000 чел.). Продолжительность жизни в стране составляет 82,83 года	10
17	Новая Зеландия	Одна из самых спортивных стран в мире. Средняя продолжительность жизни составляет 81,5 года	7,4
18	Франция	Известна качеством своих медицинских услуг. Средняя продолжительность жизни в стране составляет 83 года	8,7
19	Великобритания	Средняя продолжительность жизни в стране составляет 80,96 лет	7,7
95	Российская Федерация	Средняя продолжительность жизни в стране составляет 73 года	3,2

Источник: составлено автором по данным [185]

Мы видим, что в пятерку стран с наилучшим качеством здравоохранения входят Люксембург, Сингапур, Япония, расположенные в различных частях света. При этом, как показывают данные, объем ВВП страны не является определяющим в оценке качества национальной системы здравоохранения данной страны.

Отметим, что качество системы здравоохранения существенным образом зависит от процента ВВП, приходящегося на сферу здравоохранения, и организационно-экономических механизмов эффективного расходования этих средств. Также, безусловно, оказывают влияние общие социально-экономические условия в стране, состояние окружающей среды и культура здорового образа жизни населения.

Особенностью функционирования рынка медицинских услуг является жесткое государственное регулирование [172]. В этой сфере государством устанавливаются стандарты, регламентируются квалификационные требования, осуществляется государственный контроль за качеством медицинского обслуживания.

Другая особенность связана с тем, что медицинское обслуживание во всех странах мира базируется на международных унифицированных научно-обоснованных знаниях, стандартах, регламентах и квалификационных требованиях. Вместе с тем, большинство стран придерживается национальных требований, особенно в области признания квалификации иностранного медицинского персонала.

Характерной чертой современного международного обмена медицинскими услугами являются четко определенные тенденции миграций медицинского персонала из развивающихся стран в развитые страны. Если в 60-е годы XX в. медицинский персонал, работающий за рубежом, поступал из развитых стран, то в 90-е годы 56 % медицинских работников были мигрантами из развивающихся стран, а из развитых стран – лишь 11%.

Мобильность на рынке характерна как для потребителей, так и для производителей медицинских услуг. Ограничением для увеличения международного обмена медицинскими услугами являются визовые требования, а также национальные системы медицинского страхования, которые не распространяются, как правило, на лечение за рубежом.

Прежде чем рассматривать возможность внедрения современных управленческих инструментов с целью организационных изменений, следует

рассмотреть основные аспекты и направления внедрения изменений. В частности, речь идет о специфике деятельности медицинской отрасли Российской Федерации и последствиях уже внедренных реформ в медицинских учреждениях страны. Современное состояние российской системы здравоохранения вызывает неоднозначную оценку.

До пандемии, за период 2009-2019 гг. ожидаемая продолжительность жизни в России прибавила 4,4 года. Средняя продолжительность ожидаемой жизни при рождении существенно выросла в последнее десятилетие: с 65,4 года в 2005 году до 72,6 года в 2017 году и 71,54 года за 2020 год (-1.8 года). Это несколько выше среднемирового уровня (71,4 года в 2015 г.) [183], но сохраняется значительный разрыв – примерно 8 лет – с европейскими странами (80,6 года в 2015 году) [182].

Особенно тревожна ситуация со смертностью мужчин в трудоспособном возрасте. По сравнению с серединой прошлого века, вероятность для мужчин умереть в возрасте от 15 до 60 лет снизилась в целом по миру в 2,5 раза. В то же время по данным Всемирной организации здравоохранения, показатель вероятности умереть для мужчин в возрасте от 15 до 60 лет в России (таблица 2.2) [182] почти в 2 раза превышает среднеевропейский показатель (в 2015 г. – 325 и 168 на 1 000 соответственно). Лишь в 18 африканских странах и воюющей Сирии этот показатель выше, чем в России.

Таблица 2.2 – Смертность мужчин в возрасте от 15 до 60 лет на 1 000 человек населения в 2020 г.

	Группа наименее развитых стран	Группа менее развитых странах	Группа более развитых	Катар	Россия	Лесото	В мире
Показатель смертности населения	245	164	138	42	290	552	168

Источник: составлено автором на основе [183]

По ежегодным суммарным государственным и частным расходам на здравоохранение наша страна находится на уровне развивающихся государств (в



России в последние годы – 3-4 % ВВП; в Бразилии – 8-9%, в Китае – 5%, в Индии – 4%), но заметно отстает от уровня развитых (Канада – 10% ВВП, Германия – 11%, Франция – 11%).

Пересчитанный по паритету покупательной способности объем ежегодных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (1 414 долл. в 2015 г.) в России немного превышает уровень Бразилии (1 392 долл. США) и в 1,9 раза – уровень Китая (762 долл. США), но уступает уровню Великобритании почти втрое (4 145 долл. США), а Германии – в 4 раза (5 357 долл. США) [41]. Целевые значения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и индекса активного долголетия представлены в таблице 2.3 [41].

Таблица 2.3 – Главные целевые показатели развития сферы медицинских услуг в России на период до 2035 г.

Показатели	2018 г.	2024 г.	2035 г.	Измен.
Ожидаемая продолжительность жизни, лет	71,4	76	81	+8,6
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет	63,4	68	73	+9,6
Индекс активного долголетия, %	31,8	38,5	48	+16,2

Источник: составлено автором на основе [67]

Общая цель развития сферы медицинских услуг в России в 2018–2035 гг. подразделяется на следующие подцели:

- более полное включение населения в систему поведения «Здоровый образ жизни»;
- повышение доступности и качества медицинской помощи для населения России;
- повышение конкурентоспособности на мировом рынке медицинских услуг;
- прорывное развитие инновационных медицинских и цифровых медицинских технологий.

Для обеспечения увеличения продолжительности жизни населения при сохранении ее высокого качества и, тем самым, увеличения периодов трудоспособности работоспособного населения, необходимо развивать новые

медицинские технологии, в том числе, биотехнологии, формировать эффективную организацию медицинской помощи и обеспечивать профессиональными медицинскими кадрами, обладающими необходимыми компетенциями для имплементации в практику инновационных медицинских технологий.

Здравоохранение следует понимать как индустрию здоровья, которая в своем развитии переходит также, как и промышленность, на новые био- и цифровые технологии, причем именно цифровизация сферы здравоохранения является тем двигателем, который способен вывести отечественную медицину на передовые позиции в мире.

Новая парадигма развития сферы медицинских услуг в России, так называемая «Медицина 4П», базируется на:

- П1 – предикция (раннее выявление предрасположенности к заболеваниям);
- П2 – превентивность (всеобщая профилактика – предотвращение появления заболеваний);
- П3 – персонализация (индивидуальный подход к каждому больному);
- П4 – партисипативность (заинтересованное участие больного в профилактике заболеваний).

Формирование и широкое внедрение в практику новой парадигмы здравоохранения на основе развития медицины 4П может обеспечить повышение доступности, качества и отдаленной результативности всех видов медицинской помощи: первичной, скорой, специализированной и т.д.

Для широкого внедрения новой парадигмы здравоохранения необходимо внести изменения в структуру и формы оказания медицинской помощи:

- переход к общеврачебной модели участковой службы с одновременным разукрупнением врачебных участков;
- развитие сети ФАП (фельдшерско-акушерских пунктов) с целью повышения доступности медицинской помощи для населения сельских районов;

- внедрение функциональной специализации медицинского персонала в рамках первичной медико-санитарной помощи;
- повышение роли среднего медицинского персонала в основных бизнес-процессах оказания медицинских услуг (профилактики заболеваний, диагностике и лечебном процессе);
- внедрение механизма дистанционного персонального мониторинга здоровья пациентов с хроническими заболеваниями (создание цифрового следа таких больных);
- развитие сети телемедицины и виртуальной клинической помощи;
- концентрация специализированной медицинской помощи в крупных специализированных и многопрофильных клинических центрах;
- развитие санитарной авиации для оказания медицинской помощи жителям отдаленных районов;
- формирование системы оказания паллиативной медицинской помощи;
- развитие медико-социальной помощи.

Следует отметить, что внедрение инновационных медицинских технологий и эффективного высокотехнологичного медицинского оборудования и лекарственных средств обусловят повышение цен на медицинские услуги и лекарства. Поэтому государству следует предпринять меры по увеличению доли расходов на здравоохранение в ВВП, с одной стороны, и обеспечить переход на новые механизмы финансирования системы здравоохранения, которые бы стимулировали работодателей и потенциальных пациентов к участию в профилактике заболеваний и переходу на здоровый образ жизни. Все вышесказанное имеет своей главной целью высокое качество медицинской помощи, удовлетворяющее население страны как потребителя медицинских услуг.

В 2019 году естественная убыль населения РФ стала рекордной за последние 11 лет: смертность превысила рождаемость на 316 тыс. человек. Всего за год умерло 1,8 млн россиян [72].

Недостаточно высокий уровень качества предоставления медицинских услуг приводит к тому, что продолжительность жизни населения России составляет 71,5 года, что, в среднем, на 10 лет ниже, чем в странах ЕС. Коэффициент детской смертности в 2 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Детская смертность в России в 2020 году сократилась на 16,6%, составив 40,5 случая на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет [72-80].

В таблице 2.4 приведена динамика изменения численности экономически активного населения за 2015-2020 гг.

Таблица 2.4 – Численность экономически активного населения за 2015-2020 гг., в тыс. чел.

Регион	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
РФ	72323,6	72392,6	72142,0	72354,4	71764,5	70460,8
Субъекты Приволжского федерального округа	14759,0	14710,4	14471,0	14377,4	14127,1	13869,2
Кировская область	642,8	643,5	635,2	631,9	605,8	597,2
Нижегородская область	1688,6	1696,0	1695,9	1685,2	1680,1	1655,0
Оренбургская область	962,9	962,2	957,7	960,7	885,1	876,9
Пензенская область	669,1	675,9	642,0	653,1	625,0	606,3
Пермский край	1223,0	1236,7	1202,7	1195,2	1160,0	1159,6
Республика Башкортостан	1893,3	1895,4	1881,3	1855,4	1810,2	1786,6
Республика Марий-Эл	340,0	331,0	325,5	314,0	317,6	302,9
Республика Мордовия	427,2	424,7	416,3	402,9	418,7	382,2
Республика Татарстан	1980,2	1980,8	1968,2	1963,5	1964,6	1948,1
Республика Удмуртия	779,6	764,2	750,6	743,5	728,7	720,9
Республика Чувашия	637,9	611,8	594,0	587,3	578,5	566,7
Самарская область	1698,0	1686,7	1646,2	1647,4	1615,3	1599,3
Саратовская область	1197,8	1178,5	1142,2	1135,0	1149,7	1098,1
Ульяновская область	618,5	623,1	613,1	602,3	587,9	569,5

Источник: составлено на основе [76-80]

Наряду с этим, обратим внимание на наличие социального и цифрового неравенства в доступе населения к услугам здравоохранения. Бедные слои населения страдают от отсутствия возможности получения необходимой медицинской помощи. Ведомственная медицина (с ограниченным доступом)

усложняет достижение цели равного доступа. Существуют диспропорции в доступе к медицинским услугам городских и сельских жителей, а также растет доля личных расходов населения на услуги здравоохранения.

Наибольшее число жизней россиян унесли болезни систем кровообращения, онкология, болезни нервной системы, органов пищеварения, органов дыхания, а также инфекционные и паразитарные заболевания (рисунок 2.2) [144].

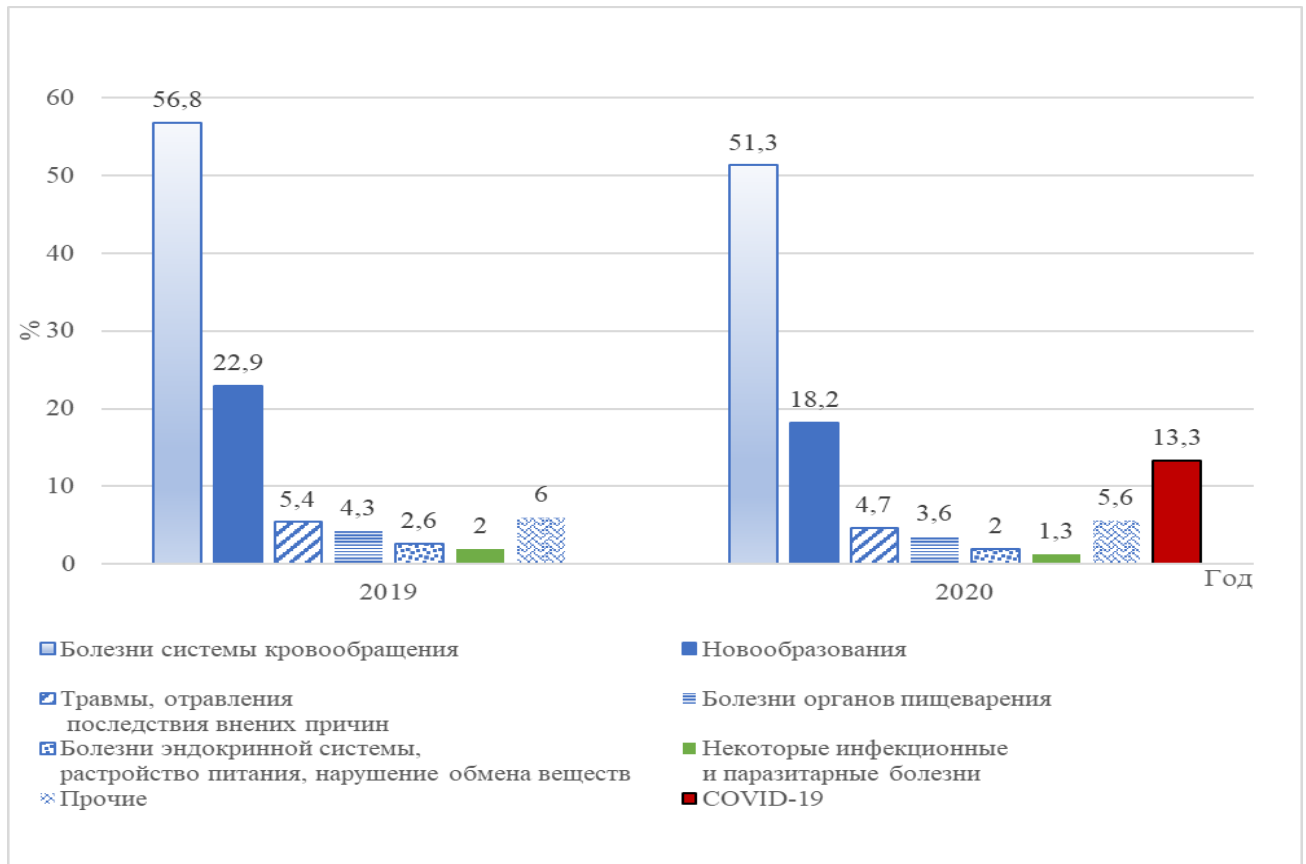


Рисунок 2.2 – Основные причины смертности в России в 2019–2020 гг.

Источник: составлено автором на основе [144]

В целях настоящего диссертационного исследования для обоснования научно-методического подхода к оценке состояния сферы медицинских услуг нами предлагается использовать для анализа величину экономических потерь, в том числе выплаты по больничным по временной нетрудоспособности. Для этого в работе проведен анализ динамики объемов финансирования сферы медицинских услуг Пермского края по видам заболеваний за 2015-2020 гг. (таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Динамика объемов финансирования сферы медицинских услуг Пермского края по видам заболеваний за 2015-2020 гг., тыс. руб.

	Заболевание (группы)	Годы							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020		
	Все болезни	23118412,50	23039432,66	25028019,57	28986291,55	29483082,82	32365298,69		
	из них:								
1	болезни системы кровообращения	4007568,97	3963452,93	4263435,19	5114082,77	4342718,59	2774825,48		
2	новообразования	2492570,18	2441787,49	2674256,28	3254835,35	5647442,14	8131367,66		
3	болезни органов пищеварения	5196300,91	5163616,30	5504383,44	6553257,63	4910188,98	3224205,70		
4	болезни органов дыхания	902 338,58	893 384,67	959 003,33	1148373,49	1850947,57	5048355,59		
5	инфекционные и паразитарные болезни	1139317,10	1140187,61	1199103,78	1411343,03	1948444,23	5013633,15		
6	внешние причины	3755240,60	3728175,17	4152218,29	4725753,35	3310911,56	2394087,20		
7	болезни нервной системы	1154933,11	1110447,39	1339917,45	1555663,80	1576372,53	1254500,80		
8	болезни мочеполовой системы	1191881,18	1237230,92	1291524,84	1332590,69	1420975,53	1261032,60		
9	осложнения беременности, родов и послеродового периода	1530928,26	1540243,48	1707851,80	1857967,96	1805776,33	1618615,55		
10	болезни крови, кровотоковых органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	212332,92	207313,91	243182,42	276560,21	652883,27	203533,50		
11	болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	131270,69	130235,77	14 274,80	164795,17	388834,38	243595,54		
12	болезни глаза и его придаточного аппарата	478 309,75	490 811,58	523 994,73	551 811,01	309 259,46	348 486,39		
13	болезни уха и сосцевидного отростка	239 380,48	237 994,45	269 887,35	299 016,00	532 807,91	201 109,20		
14	врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	501 671,21	537 035,29	527 335,87	512 235,37	349 672,88	323 866,25		
15	болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи	77 701,66	74 862,15	89 993,65	104 203,41	62 002,16	54 827,55		
16	прочее	106 666,90	142 653,55	133 656,35	123 802,31	373 845,30	269 256,53		

Источник: составлено на основе [111, 135]

Анализ величины экономических потерь нами проводился по таким выделенным группам заболеваний: болезни системы кровообращения; новообразования; болезни органов пищеварения; болезни органов дыхания; инфекционные и паразитарные болезни; внешние причины; болезни нервной системы; болезни мочеполовой системы; осложнения беременности, родов и послеродового периода; прочее.

В таблице 2.6 приведены расчетные величины размера экономических потерь, в т.ч. больничных по временной нетрудоспособности, по Пермскому краю по основным видам заболеваний за 2015-2020 гг.

Таблица 2.6 – Экономические потери (в т.ч. больничные по временной нетрудоспособности) по Пермскому краю по основным видам заболеваний (2015 – 2020 гг.)

Заболевание (группы)	Экономические потери, тыс. руб.					
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Все	6192646,35	6720888,62	7111577,47	8042201,74	8726611,86	9742915,53
болезни системы кровообращения	470 021,86	513 475,89	549 084,90	636 138,16	704 237,58	616 726,55
новообразования	260 710,41	333 356,08	357 001,19	422 215,59	502 652,84	565 089,10
болезни органов пищеварения	1419973,81	1560590,34	1624284,29	1862573,92	1972214,28	1591992,40
болезни органов дыхания	224173,80	245984,52	268390,93	314450,09	336847,22	1399082,67
инфекционные и паразитарные болезни	395 090,84	434 169,41	430 961,59	450 363,30	485 199,62	1060029,21
внешние причины	1284726,41	1397272,74	1490444,41	1692883,46	1863131,63	1257810,40
болезни нервной системы	606260,08	659991,26	702623,85	854886,05	931129,49	933371,31
болезни мочеполовой системы	212407,77	229854,39	248905,21	285498,16	307176,74	42 816,83
осложнения беременности, родов и послеродового периода	634746,25	688219,00	699779,22	767226,05	798484,98	949934,26
прочее	684535,12	657974,99	74 101,88	755966,96	825537,48	945062,80

Источник: составлено автором на основе [111, 135]

Структура экономических потерь по Пермскому краю показана в табл. 2.7.

Таблица 2.7 – Структура экономических потерь по Пермскому краю по основным группам заболеваний, %

Заболевание (группы)	Годы					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Все	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Болезни системы кровообращения	7,59	7,64	77,21	7,91	8,07	6,33
Новообразования	4,21	3,90	3,99	4,09	4,34	5,80
Болезни органов пищеварения	22,93	23,22	22,84	23,16	22,60	16,34
Болезни органов дыхания	3,62	3,66	3,77	3,91	3,86	14,36
Инфекционные и паразитарные заболевания	6,38	6,46	6,06	5,60	5,56	10,88
Внешние причины	2,72	2,70	2,79	2,83	2,72	3,58

Источник: составлено автором на основе [72-80]

В общей доле экономических потерь большую часть занимают болезни органов пищеварения – 22,93% и группа заболеваний из-за внешних причин. Анализируя структуру экономических потерь по группам заболеваний по годам, следует отметить, что по группам заболеваний системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы, внешние причины отмечаются сокращения, по причине введения ограничений, по оказанию плановой медицинской помощи населению Пермского края, в течение 2020 года, связанных с мероприятиями по снижению распространения новой коронавирусной инфекции.

Следует охарактеризовать резкий рост – в 4 раза болезней органов дыхания с 3,6 в 2015 г. до 14,4% и по инфекционным и паразитарным болезням в 2 раза с 5,6 в 2018 г. до 10,88%, что объясняется коронавирусом и связанными с ним осложнениями в виде пневмоний.

В качестве положительной тенденции следует выделить то, что за анализируемый период небольшое сокращение больничных по осложнению беременности, родов и послеродового периода, а также группе прочих заболеваний.

Поэтому совершенствование и обеспечение высокого уровня качества медицинских услуг в России требует немедленного решения с использованием самых современных управленческих и организационно-экономических



мероприятий. Важны методологические аспекты организации системы управления качеством и повышения эффективности медицинской помощи в связи с требованиями населения по распределению медицинских услуг, обеспечению доступности бесплатной медицинской помощи и изменений в системе ее финансирования. Таким изменениям, направленным на улучшение качества медицинского обслуживания, в России необходимо уделять особое внимание.

## **2.2 Анализ тенденций развития сферы медицинских услуг Приволжского федерального округа, в т.ч. Пермского края**

Выявление новых видов заболеваний и прогнозирование их последствий для развития экономики обусловило научный запрос и обострили интерес к проблемам здравоохранения и методам его регулирования как важнейшим факторам задействования общественных потенциалов Российской Федерации [10, с. 53]. Современные проблемы государственного регулирования сферы здравоохранения России усугубляются тем, что управленческие воздействия органов управления на региональном уровне зачастую имеют спонтанный характер, вследствие чего эффективность и своевременность применяемых мер остается довольно низкой [61, с.75].

В научных источниках отмечается, что в основу концепции реформирования сферы медицинских услуг, осуществляемого в последние три десятилетия в России, было положено представление о необходимости децентрализации системы управления [28, с.203] и внедрения рыночных принципов оказания медицинских услуг [57, с.157]. В реализации данной концепции был введен институт обязательного медицинского страхования населения, определены методы и инструменты финансирования учреждений

здравоохранения, а также регламентированы их правовые отношения с получателями услуг [145, с.5].

Оценки эффективности осуществляемой реформы здравоохранения весьма неоднозначны. В экономической литературе констатируется наличие все тех же нерешенных системных проблем: низкий уровень профессиональной подготовки медицинских работников и качества медицинских услуг, дефицит узких специалистов, несвоевременность оказания медицинской помощи и др. [96, с.190].

Отмеченные тенденции и существующие региональные особенности, становление конкурентных отношений в отрасли здравоохранения вызывают определенный исследовательский интерес к медицинскому страхованию как инструменту регулирования рынка медицинских услуг Российской Федерации. Существуют различные подходы и методы регулирования национального здравоохранения, в основе которых – выбор критериев: форма собственности, порядок финансирования, организация контроля и качества оказания медицинских услуг [15, с.20].

В настоящее время в Российской Федерации сформировалась система финансового обеспечения отрасли здравоохранения, консолидирующая:

- средства федерального фонда обязательного медицинского страхования (свыше 60 % средств поступают за счет отчислений работодателей, порядка 37 % – бюджетные перечисления на неработающее население);
- средства, выделяемые в рамках реализации различного рода государственных и территориальных программ;
- средства от реализации платных медицинских услуг;
- перечисления по полисам дополнительного медицинского страхования и др. [187, с. 1037].

Средства, аккумулированные федеральным фондом, распределяются в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее ОМС) субъектов страны, которыми перенаправляются в страховые компании, непосредственно осуществляющие финансирование местных учреждений здравоохранения.

Выстроенная иерархия финансирования на практике приводит к высоким затратам на административные нужды. При этом бюрократические барьеры приводят к неравенству в доступности к медицинским услугам для населения различных регионов, непрозрачности работы страховых компаний и учреждений здравоохранения, остаточному финансированию и снижению качества оказываемой медицинской помощи [7, с. 90]. Наблюдается высокая коррупционная составляющая при включении частной медицины в программы медицинского страхования.

Дополнительное медицинское страхование, ввиду высокой стоимости медицинских полисов [148, с.116], остается доступным в основном для сотрудников крупных промышленных корпораций, а платные медицинские услуги – уделом достаточно узких слоев населения [1, с. 8], что, несомненно, является существенным барьером для становления здоровой конкуренции в сфере здравоохранения (со всеми ее положительными аспектами) [154, с. 202]. Отмечается, что дополнительное медицинское страхование – реально осязаемый резерв развития здравоохранения в направлении оказания медицинских услуг сверх государственных гарантий [69, с. 80]. При этом совершенствование стандартов оказания медицинских услуг, повышение информированности граждан о возможностях страховой медицины и обязанностях страховых организаций защищать права населения при обращении в учреждения здравоохранения создают предпосылки для поступательного развития отрасли здравоохранения в будущем.

В ходе анализа тенденций развития сферы медицинских услуг Приволжского федерального округа нами проведен анализ динамики объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2015-2020 гг. (Приложение Б). На рисунках 2.3-2.4 представлены фрагменты анализа по субъектам Приволжского федерального округа, где засвидетельствованы наивысшие и наименьшие объемы финансирования сферы здравоохранения в 2020 г.

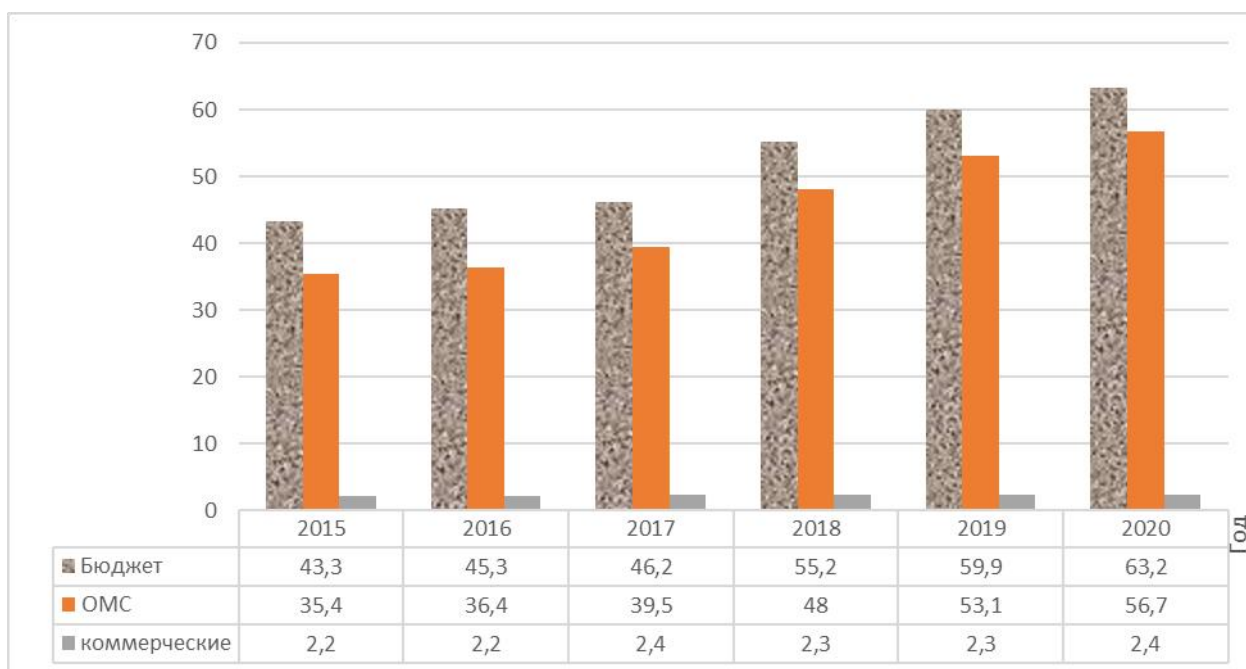


Рисунок 2.3 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения по источникам в Республике Башкортостан в 2015-2020 гг., млрд руб.

Источник: составлено автором на основе [76-80]

Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения в Республике Марий-Эл представлена на рисунке 2.4.

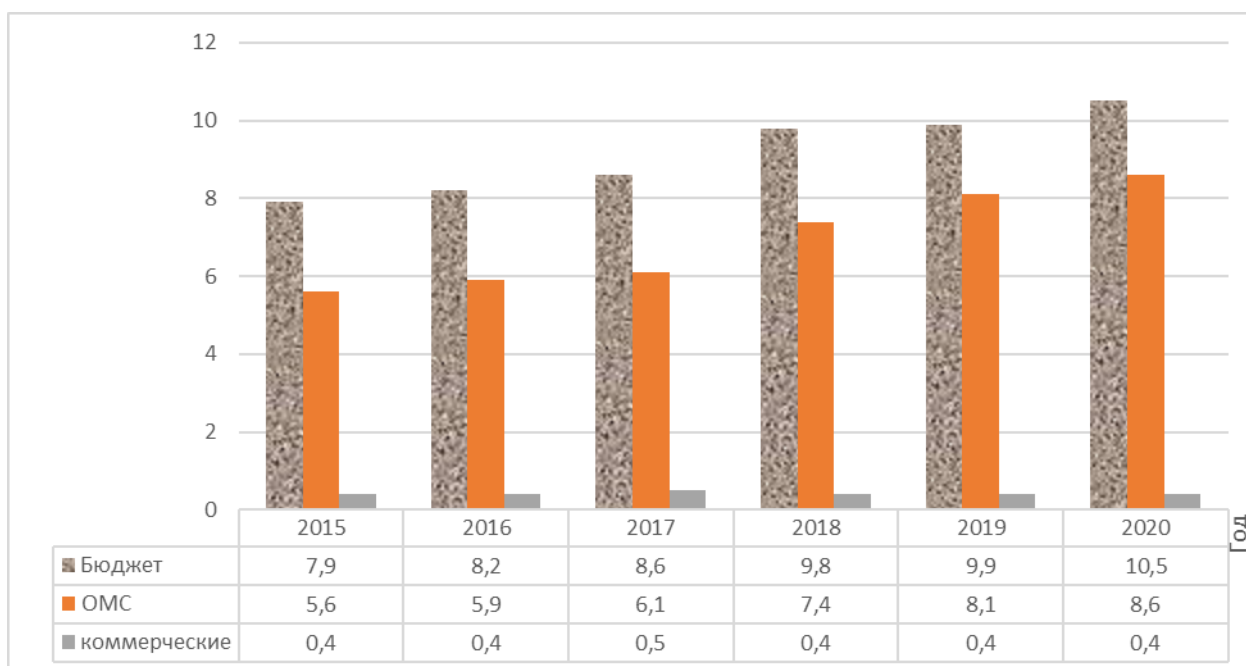


Рисунок 2.4 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения по источникам в Республике Марий-Эл в 2015-2020 гг., млрд руб.

Источник: составлено автором на основе [76-80]

В научной литературе отмечается, что уровень социально-экономического развития региона является фактором, оказывающим решающее воздействие на качество территориальной системы здравоохранения [164, с. 36]. Так, региональные различия по поступлениям в территориальные фонды ОМС в субъектах Приволжского федерального округа (ПФО) четко просматриваются на рисунке 2.5.

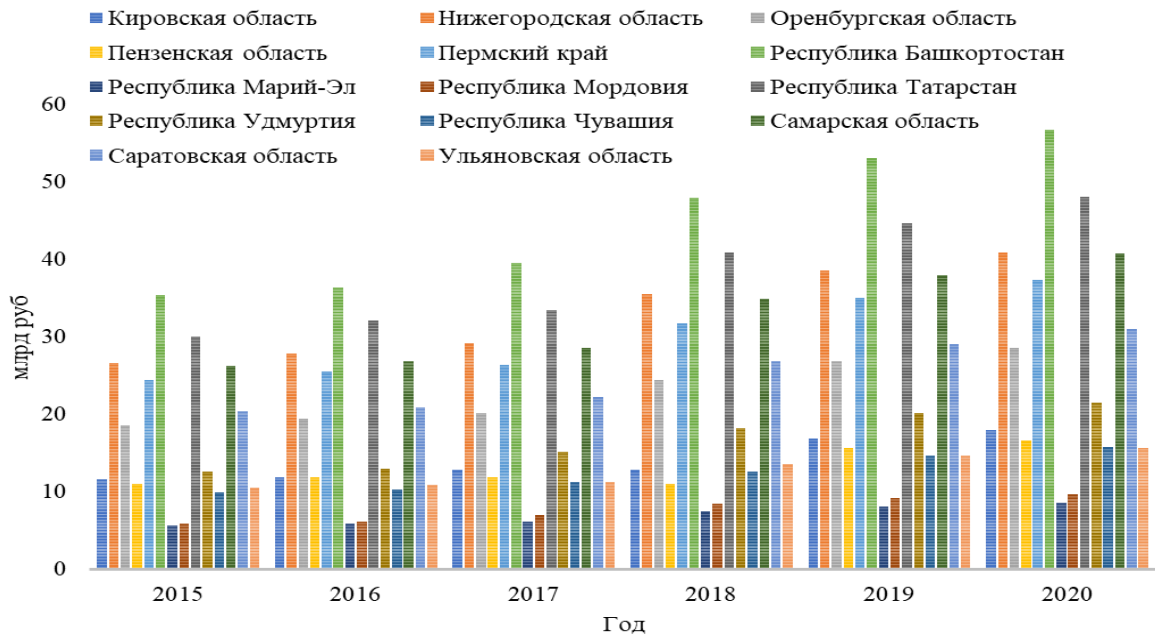


Рисунок 2.5 – Поступления в фонды ОМС в субъектах ПФО, млн. руб.

Источник: составлено автором на основе данных [73-80]

На практике региональные особенности и экономические условия приводят к тому, что в субъектах РФ в основе планирования развития отрасли – финансовая составляющая и существующая еще со времен СССР структура медицинских учреждений, а не действительная потребность в медицинских услугах у местных жителей [53, с. 60].

Как видно из представленных данных в таблице 2.4, специфика регионального развития приводят к различным финансовым возможностям и результатам самообеспечения территориальных фондов ОМС.

Для реализации конституционных обязательств государства перед населением в 2013 году был введен единый подушевой финансовый норматив [4,

с. 210]. Запущены процессы разграничения полномочий между ФНС РФ и ФОМС по администрированию страховых отчислений [30, с. 64]. Регулирующие воздействия позволили преодолеть негативные тенденции и существенным образом стабилизировать ситуацию после 2015 года.

Таблица 2.4 – Баланс поступлений и расходов фондов ОМС в субъектах Приволжского федерального округа, млн. руб.

Субъекты ПФО	Годы									
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Башкортостан	138,2	-	456,7	-409,9	-692,6	2,4	37,7	1696,5	435,2	526,1
Марий Эл	49,5	-6,7	62,1	-188,7	54,3	-37,2	-11,1	102,8	132,9	18,2
Мордовия	44,9	-2,3	8,8	9,9	-226	-24,2	-3	0,9	112,0	52,1
Татарстан	-79,5	21,3	1058,6	-1630,7	-207,2	-419,4	-127,2	59,7	-11,4	28,2
Удмуртия	113,3	142,9	-449,1	640,6	-626,2	20,7	-32,2	71,8	45,6	-12,8
Чувашия	-1,7	96,4	2,2	-4,2	-209	23,6	9	-3,3	139,5	10,4
Пермский край	48,8	-	-89,7	-1503,7	-811,1	-31,3	-26,4	-52,8	18,8	-4,4
Кировская обл.	-35,6	189,3	15,7	-604,7	110,5	45,7	-9,3	-39,8	18,1	-53,9
Нижегородская обл.	111,3	-137	-272,7	561,4	-1099,3	196,5	-128,5	123,7	130,8	194,7
Оренбургская обл.	182,6	242,6	-41,5	-1326,3	135,1	-3,2	-43,3	96,5	25,3	16,2
Пензенская обл.	-27,4	88	618,5	-586,3	-158,1	-38,4	-63,7	17,7	19,5	39,6
Самарская обл.	28,9	174,3	1082,3	-260,5	-1119,5	181,8	-100,3	31,4	-14,9	119,2
Саратовская обл.	61,6	405,6	1339,3	-2033,6	-3,5	1,6	20,4	33,2	135,8	44,3
Ульяновская обл.	37,9	144,4	21,4	115,3	-243,3	166,6	-140,7	7,7		

Источник: составлено по данным [72-80]

В подтверждение сказанному в таблице 2.5 приведены данные по оказываемым медицинским услугам в субъектах ПФО в перерасчете на одного жителя. На основании данных таблицы 2.5 можно оценить колеблемость и разброс при сравнении региональных показателей [8, с. 1486] оказываемых медицинских услуг в динамике.

В качестве показателя колеблемости был выбран коэффициент осцилляции, отражающий вариативность крайних значений относительно среднего, рассчитываемый по формуле:

$$K_o = \frac{R}{\bar{X}} * 100\% , \quad (2.1)$$

где  $K_o$  – коэффициент осцилляции;  $R$  – интервал между максимальным и минимальным значением;  $\bar{X}$  – среднее значение за год.

Таблица 2.5 – Медицинские услуги по ОМС в субъектах Приволжского федерального округа на одного жителя, руб.

Субъекты ПФО	Годы									
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Башкортостан	1720	3156	7898	8506	9552	9777	10078	11785	13072	14805
Марий Эл	1305	2481	6278	7453	8529	8694	9182	11030	12272	14315
Мордовия	1377	2329	7572	7629	8730	8680	9049	10843	11062	11983
Татарстан	1678	4934	7778	9376	10086	10028	10656	12782	13179	13755
Удмуртия	1262	4634	7990	8630	9589	9679	10242	12343	13561	14722
Чувашия	1298	3618	7454	8320	8874	9083	9665	11751	12631	13498
Пермский край	1624	3706	7951	9352	9719	9649	10149	12268	12693	13101
Кировская обл.	1667	3501	8195	8488	9563	9828	10515	12987	12293	13014
Нижегородская обл.	1928	3643	6770	7564	8619	8884	9339	11383	11800	12324
Оренбургская обл.	1932	3629	7330	9533	9532	9877	10569	12760	13977	15132
Пензенская обл.	1435	3947	6183	9533	8581	8821	9309	11227	11739	12201
Самарская обл.	1635	3395	7043	8454	8561	8746	9245	11197	11957	12726
Саратовская обл.	1327	3205	6249	8333	8816	8935	9184	11222	11621	12036
Ульяновская обл.	1176	3258	6844	9340	8932	8925	9297	11243	11800	12355

Источник: составлено автором по данным [72-80]

Полученные в результате расчетов результаты обобщены в таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Показатели вариации по оказанию медицинских услуг по ОМС в субъектах Приволжского федерального округа

Показатели вариации по ПФО	Годы									
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Интервал между max и min значением, руб.	756	2605	2011	2080	1556	1348	1607	2144	2915	3149
Среднее значение по ПФО, руб.	1526	3531	7253	8608	9120	9258	9748	11773	11859	13283
Коэффициент осцилляции	49,536	73,780	27,732	24,162	17,066	14,559	16,485	18,211	24,58	23,71

Источник: составлено автором по данным [72-80]

Проведенные расчеты позволяют отметить, что введение единого подушевого финансового норматива существенным образом снизило межрегиональную дифференциацию в субъектах ПФО в период после 2015 года.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что государственное регулирование рынка медицинских услуг посредством внедрения инструментов медицинского страхования имеет ряд положительных и негативных моментов.

Возрастающую значимость государственного регулирования рынка медицинских услуг в процессах воспроизводства трудовых ресурсов, качества и своевременности их оказания подтверждают показатели заболеваемости населения (таблица 2.7).

Таблица 2.7 – Динамика заболеваемости на 1 тыс. чел. населения в России в 2005-2020 гг.

Показатели вариации по ПФО	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
РФ	743,7	780	799,4	787,1	778,2	785,3	778,9	782,1	780,2	759,9
Поволжский федеральный округ	810,3	867,2	873,6	872,3	870,7	857,5	840,1	846	836,2	816,8
Пермский край	894,4	931,3	929,7	981,6	979,7	950,2	930,4	931,3	921,8	862,5

Источник: составлено автором по данным [72-80]

Данные официальной статистики свидетельствуют о росте заболеваемости в России и, в частности, в Приволжском федеральном округе в период 2005–2020 гг. Даже при допущении о повышении качества медицинской диагностики динамика заболеваемости свидетельствует о таких неблагоприятных процессах как ухудшение экологии, гиподинамия, вредные факторы производства и др. Особенно неблагоприятно данные тенденции проявляются в индустриально развитом Пермском крае, чья экономика в значительной степени представлена нефтеперерабатывающей, химической и металлургической промышленностью, а природно-климатические условия отличаются достаточно суровыми



характеристиками. Так, заболеваемость в регионе выросла с 894,4 случая на тысячу человек населения в 2005 году до 931,3 в 2018 году.

При этом в Пермском крае весь рассматриваемый период сопровождается стремлением органов управления региона переориентировать здравоохранение на оказание медицинских услуг с больничных на амбулаторно-поликлинические организации (таблица 2.8).

Таблица 2.8 – Количество больничных и амбулаторно-поликлинических организаций в Пермском крае в 2005–2020 гг.

Пермский край	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Количество больничных организаций	158	132	120	118	106	105	89	81	77	67
Количество амбулаторно-поликлинических организаций	225	254	245	269	307	310	407	418	448	442

Источник: составлено автором по данным [135]

С 2005 года количество больниц в регионе сократилось в два раза (со 186 до 81). В свою очередь число амбулаторно-поликлинических организаций увеличилось с 318 до 418. Только в 2018 году свою организационно-правовую форму изменили 11 медицинских организаций.

Региональные власти, оправдывая политику оптимизации здравоохранения Пермского края, проявляющуюся в укрупнении больниц и сокращении больничных коек, заявляют о задачах улучшения экономических показателей отрасли, забывая о том, что здоровье населения является важнейшим ресурсом, обеспечивающим стратегическую устойчивость развития [61, с. 78]. В свою очередь воспроизводство населения является приоритетом национальной политики страны и предусматривает выделение значительных средств из федерального бюджета. Вышеприведенные данные о росте заболеваемости в Пермском крае не могут свидетельствовать об обоснованности и эффективности выбранных мер регулирования медицинских услуг регионального здравоохранения.

Подтверждением сказанного являются динамические ряды о мощностях организаций здравоохранения в Пермском крае в 2005–2020 гг., представленные в таблице 2.9.

Таблица 2.9 – Мощность организаций здравоохранения в Пермском крае в 2005–2020 годах

Показатели	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ввод в действие больничных организаций, коек	125	349	105	0	0	50	7	5	4	6
Ввод в действие амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	357	479	223	655	361	42	237	200	180	150
Число больничных коек, тыс.	32,2	23	22,7	23,7	22,7	21,2	21,7	21,3	20,4	19,2
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, тыс. посещений в смену	54,1	55,5	56,9	57,2	57,8	60,4	62,6	59,3	59	58,9

Источник: составлено автором по данным [135]

В регионе, начиная с 2013 года, практически не вводятся в действие новые больничные организации, а число больничных коек неуклонно сокращается, снижается численность работников медицинских учреждений (таблица 2.10).

Таблица 2.10 – Численность медицинского персонала в Пермском крае в 2005–2020 гг.

Показатели	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Численность врачей, тыс чел	15,0	14,3	13,2	13,4	13,0	13,0	13,4	13,3	13,1	13,2
Численность среднего медицинского персонала, тыс чел	31,9	28,9	27,6	27,9	27,3	27,3	27,5	26,8	26,0	25,9

Источник: составлено автором по данным [135]

В Пермском крае прослеживается тренд на рост объема платных медицинских услуг и увеличение их доли в структуре всех оказываемых платных услуг населению. Так, по данным официальной статистики, с 2012 года доля медицинских услуг в структуре платных услуг населению в Пермском крае увеличилась с 5,6 до 7,1 % и выросла с 6296,2 до 11374,5 млн. руб. в 2018 году.

Несомненно, развитие платных медицинских услуг является благоприятным фактором повышения качества и общей эффективности региональной системы здравоохранения. В то же время просматривается тенденция безальтернативного «ухода» отдельных видов услуг в коммерческий сектор. Например, выдача платных справок в муниципальные плавательные бассейны только в аффилированных частных организациях, искусственные ограничения на получение некоторых видов бесплатной медицинской помощи в государственных учреждениях. Получила широкое распространение практика совмещения основной деятельности врачей-стоматологов и физиотерапевтов с работой в частных кабинетах во вторую смену. Подобная нагрузка не способствует повышению качества работы медицинского персонала.

Можно отметить, что реформа здравоохранения, изначально осуществляемая в виде децентрализации управления отраслью и передачи регулирующих функций регионам в целях учета местной специфики, значительно понизила роль федерального центра. На практике это привело к неравенству территорий и нарушению конституционных прав широких слоев населения на получение качественной бесплатной медицинской помощи.

В то же время в период преодоления критической ситуации государственное управление отрасли продемонстрировало способность к восстановлению системной целостности здравоохранения страны.

Это является предпосылкой дальнейшего совершенствования регулирования рынка медицинских услуг на основе оптимального разграничения полномочий и координации деятельности федерального центра и территориальных структур.

Медицинское страхование как инструмент регулирования рынка медицинских услуг и обеспечения конституционных прав населения предполагает научное переосмысление и системное решение многих вопросов, к которым следует отнести:

- низкие ставки отчислений на медицинское страхование в сравнении с развитыми странами;
- вопросы социального обеспечения и профессиональной защищенности сотрудников медицинских учреждений;
- неопределенность оптимального сочетания государственной и частной медицины и многие другие.

Все это предполагает выработку четких концептуальных представлений и принятие соответствующих незамедлительных управленческих решений.

Помимо отмеченных тенденций и факторов, к аспектам, требующим пристального внимания со стороны органов управления Пермского края, регулирующих рынок медицинских услуг, следует отнести:

- территориальную децентрализацию распределения медицинских ресурсов, обостряющих муниципальное неравенство по уровню инфраструктурного обеспечения здравоохранительной деятельности и качеству оказания медицинских услуг;
- моральное старение и высокие износ основных фондов (прежде всего больничных организаций);
- несовершенство страховой деятельности и отсутствие информации о возможностях оплаты медицинских услуг за счет соответствующих страховых организаций у широких слоев населения и др.

В целях улучшения краевой системы здравоохранения в бюджете края заложено двукратное увеличение финансирования программы «Земский доктор», продолжается финансирование программы «Земский фельдшер», проводится ряд мероприятий совместно с пермской медакадемией, направленных на то, чтобы выпускникам предоставлялись лучшие условия работы с целью мотивации их на работу в Пермском крае [111].

Перед краевыми властями губернатор обозначил ряд первоочередных задач анализируемой отрасли, а именно повышение доступности медицинской помощи вне зависимости от места жительства с помощью т.н. «выездных поликлиник», цифровизация подразделений, урегулирование кадровой проблемы медицинского персонала, ремонт и строительство медучреждений, обновление медицинского оборудования и автопарка «скорой», создание санитарной авиации, борьба с онкологией и сердечно-сосудистыми заболеваниями [111]. Уже в 2020 году в рамках развития системы санавиации в г. Чернушка появилась вертолетная площадка [133].

На решение задач развития здравоохранения на период 2021–2023 гг. в бюджете края выделено 180 млрд руб., и по развитию собственной медицинской инфраструктуры край выходит на своеобразные межрегиональные рекорды [133]. Так, до конца указанного периода планируется сдать 24 новых объекта медицинского назначения в разных территориях региона, на что запланировано выделение бюджетных средств около 8 млрд руб. [133].

### **2.3 Система медицинского страхования как эффективный инструмент регулирования развития сферы медицинских услуг**

В настоящее время система здравоохранения в России имеет весомые недостатки. Это привело к тому, что до сих пор сохраняется весомый разрыв в 8-10 лет жизни российских граждан с гражданами европейских стран [182], однако продолжительность жизни в России выросла с 2005 года по 2018 год с 65,4 лет до 73 лет [110]. Особенную тревогу вызывает тот факт, что смертность мужчин в Российской Федерации в возрасте от пятнадцати до шестидесяти лет в два раза больше, чем в среднем по Европе [118, 183].

Все страны мира поддержали предложение ООН о достижении универсального медицинского обеспечения (universal health coverage – УНС). Под

этим термином (УНС) понимается получение всеми слоями населения необходимого и доступного во всех смыслах полного комплекса медицинских услуг должного качества. По мнению исследователей, имплементация этой парадигмы в системы здравоохранения всех стран должна предотвратить обнищание граждан в случае необходимости оказания им высокооплачиваемой высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом, конечно, все понимают, что достичь этого за счет только бюджетных средств невозможно. Здесь требуется привлечение средств самих граждан и организаций, в которых они работают. Приведение в практику этой парадигмы является большим вкладом в устойчивое развитие государств мира [193].

Базовыми компонентами данного процесса являются системы обязательного и добровольного медицинского страхования (ОМС и ДМС), а также существование квалифицированной первичной медицинско-санитарной помощи (ПМСП), осуществляемой в виде лечебной профилактической и реабилитационной помощи населению на протяжении всей жизни.

Согласно программе госгарантий, утвержденной правительством РФ, бесплатной в России является скорая помощь, первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях или в рамках дневного стационара, посещение терапевтов, педиатров и врачей-специалистов (кардиологи, офтальмологи, гинекологи, урологи и т.д.). Кроме того, гражданам обеспечен доступ к специальным, сложным и дорогостоящим методам исследований и лечения [86].

Следует отметить, что практически все государственные и муниципальные медицинские учреждения, призванные оказывать бесплатную медицинскую помощь, оказывают, а иногда и навязывают, коммерческие услуги, касающиеся высокотехнологичных медицинских исследований (МРТ, КТ, ЭКО, УЗИ, диализ, химиотерапия, колоноскопия), пользуясь либо отсутствием соответствующей аппаратуры и специалистов, либо неоправданно долгим временем ожидания бесплатной помощи. При том, что указанные виды сложной медицинской помощи

входят в программу госгарантий и оплачиваются за счет системы обязательного медицинского страхования (ОМС), т.е. являются для пациента бесплатными [71].

В стране растет количество частных медицинских учреждений, которые оказывают такие услуги, особенно это касается стоматологической помощи. Необходимо, чтобы частная и государственная медицинская помощь находились в равных конкурентных условиях.

В рамках реализации решений ВОЗ в отечественных медицинских учреждениях, работающих в системе ОМС, в 2019 году создана система сопровождения пациента, смысл которой состоит в защите прав пациента в процессе оказания медицинской помощи в отличие от контроля качества медпомощи страховыми компаниями после её оказания.

Создана система сопровождения пациентов в рамках института страховых представителей, которых подготовлено уже более 11 тысяч и цель которых – индивидуальное сопровождение пациента от первого посещения поликлиники до завершения лечения и выписки из стационара, а также диспансеризация, вакцинация и профилактика болезней [70].

С этой целью в больницах и поликлиниках будут открыты терминалы прямой связи со страховым представителем, по которым любой пациент может связаться со специалистом непосредственно из медучреждения, выяснить все возникшие вопросы по поводу качества получения медицинской помощи и получить квалифицированную консультацию.

С 2018 г. введена передача администрирования страховых взносов в Федеральную налоговую службу, что уже дало положительные результаты [97]. Так, в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) в 2018 году поступило 1,2 трлн рублей, что на 10,4% больше, чем в 2017 г. [159], при этом доля трансфертов из федерального бюджета в ФФОМС уменьшилась на 5%. Кроме того, централизация страховых взносов в ФФОМС позволяет еще и существенно выравнивать финансовое обеспечение в разрезе отдельных регионов, что является одним из приоритетов. Сегодня необходимо введение страховой модели, которая реализует гибкую систему финансирования

здравоохранения на основе централизации и эффективного администрирования страховых взносов, что создает условия для устойчивого притока денежных средств.

В рамках страховой медицинской системы за счет частных лиц и организаций любых форм собственности создается финансовый резерв, назначение которого – возмещение убытков в случае форс-мажора, помощь населению в случае потери кормильца и/или трудоспособности, а также при достижении определенного возраста.

Страховая медицина – это механизм реализации рыночных отношений в сфере оказания медицинских услуг, где в качестве товара выступает медицинская услуга, покупателями этой услуги являются как частные лица, так и группы людей в виде учреждений и предприятий или государство, а продавцами – медицинские организации.

Основное назначение страховой медицины и медицинского страхования – обеспечение права на получение медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет средств из разных источников финансирования.

Из этого можно сделать вывод, что в приведенных понятиях цель одна, а задачи и подходы – разные. Главные принципы мировой страховой медицины:

- 1) система страховой медицины является неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения;
- 2) обеспечивает необходимую и достаточную медицинскую помощь;
- 3) обеспечивает свободный выбор для пациента;
- 4) гарантирует высокую квалификацию оказываемой медицинской помощи;
- 5) обеспечивает застрахованному лицу при любых обстоятельствах медицинскую помощь в случае риска здоровья, от которого он застрахован;
- 6) система медицинского страхования базируется на конкретной потребности, хотя и потенциальной, что требует удерживать определенные резервы, и поэтому она является дорогой.



Особенностью системы медицинского страхования является заинтересованность преимущественно медицинских работников, которые видят в этом улучшение своего социального положения.

ОМС, таким образом, является частью социального страхования, поскольку регулируется государством через системы налогообложения и является эффективным механизмом государственного регулирования рынка медицинских услуг.

Принципиальная схема системы медицинского страхования, включающая ОМС, ДМС, принципы и виды деятельности, функции, изображена на рисунке 2.6. Система ДМС реализуется в рамках правил, установленных страховой медицинской компанией.

В процессе страхования в основе расчетов страховых полисов всегда закладывается определенный риск. С понятиями риска связана деятельность и самой страховой компании. В таком случае она сама страхуется от возможных негативных воздействий на свою деятельность; такой процесс называется перестрахованием.

В западных странах страховые компании не только аккумулируют денежные средства, то есть выполняют свою основную деятельность, но, кроме этого, ведут финансовую и инвестиционную деятельность, что вносит определенную долю риска, который влияет на платежеспособность страховой компании.

Нормативный запас платежеспособности определяется как наибольшее из значений объема страховых премий и объема страховых выплат за отчетный период. При этом платежеспособность на основании страховых премий определяется как выплаты будущих периодов, а платежеспособность на основании страховых выплат как объем проведенных выплат.

Контроль за платежеспособность страховщиков контролируется Законом РФ № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [84], который предусматривает наличие уставного фонда страховщика, формирование

страховых резервов, превышение фактического запаса платежеспособности над расчетным.



Рисунок 2.6 – Принципиальная схема системы медицинского страхования

Источник: составлено автором

Страховые резервы, адекватные обязательствам, и собственные средства страховщика обуславливают его страховую платежеспособность. В связи с наличием страхового риска у страховщика должны быть собственные свободные средства, используемые, когда резервы будут истрачены. Практический опыт страхования позволяет считать страховщика платежеспособным тогда, когда внешние обязательства меньше собственных средств, которые формируются из трех составных частей: уставного фонда, прибыли страховой компании (в том числе нераспределенной) и собственных резервов, не связанных со страховыми обязательствами. Таким образом, маржей платежеспособности являются собственные средства страховщика.

Для оценки размера страхового фонда необходимо определить размер тарифной ставки по различным видам основных бизнес-процессов оказания медицинской помощи. В свою очередь сама тарифная ставка является величиной, зависимой от большого числа факторов, в том числе от вероятности наступления страхового случая, для чего применяется инструментарий теории вероятностей, демографии и медицинской статистики. При этом страхователь оплачивает страховые взносы по тарифной ставке, включая нетто-ставку и нагрузку. В свою очередь финансовые средства, полученные по нетто-ставке, должны использоваться только на компенсацию лечебно-профилактических услуг застрахованному лицу.

Величина нагрузки определяется как величина расходов на страховые операции и прибыль страховой компании, и устанавливается в процентах по брутто-ставке:

$$Бс = 100 * Нс / 100 * Кн \quad (2.2)$$

где: Бс – размер брутто-ставки (в рублях);

Нс – размер нетто-ставки (в рублях);

Кн – коэффициент нагрузки в процентах от брутто-ставки.

Медицинское страхование разделяется на обязательное и добровольное, первое является элементом системы социального страхования в условиях рыночной экономики, осуществляется в соответствии с ФЗ РФ №326 [83] и реализуется в соответствии с ФЗ РФ №323 о государственных гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи [86]. Законодатель постановил, что все граждане подлежат обязательному медицинскому страхованию и имеют право на гарантированный объем МП (медицинской помощи), причем эта медицинская помощь оказывается на всей территории страны. Но следует отметить, что застрахованные лица имеют право выбора медицинской организации для получения помощи в рамках ОМС. Размеры страховых выплат определяют объем медицинской помощи населению в рамках ОМС с учетом указанной выше программы государственных гарантий и стандартов оказания МП.

Величина страхового взноса в рамках ОМС устанавливается в процентах к фонду оплаты труда или прибыли конкретного предприятия с учетом негативного воздействия производственной среды на здоровье работника. Для неработающих граждан ОМС реализуется на основании договоров администрации региона со страховыми организациями. Структура выплат ОМС по Пермскому краю по основным видам заболеваний приведена в таблице 2.11.

Таблица 2.11 – Структура выплат ОМС по Пермскому краю по основным видам заболеваний, %

Заболевание (группы)		Годы					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Все болезни		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
из них:							
1	Болезни системы кровообращения	17,33	17,20	17,03	17,64	14,73	8,57
2	Новообразования	10,78	10,60	10,69	11,23	19,15	25,12
3	Болезни органов пищеварения	22,48	22,41	21,99	22,61	16,65	9,96
4	Болезни органов дыхания	3,90	3,88	3,83	3,96	6,28	15,62
5	Инфекционные и паразитарные болезни	4,93	4,95	4,79	4,87	6,61	15,49
6	Внешние причины	16,24	16,18	16,59	16,30	11,23	7,40
7	Болезни нервной системы	5,00	4,82	5,35	5,37	5,35	3,88
8	Болезни мочеполовой системы	5,16	5,37	5,16	4,60	4,82	3,90
9	Осложнения беременности, родов и послеродового периода	6,62	6,69	6,82	6,41	6,12	5,00
10	Прочее	7,56	7,90	7,75	7,01	9,06	5,06

Источник: составлено автором на основе [72-80]

За анализируемый период 2015-2020 г. в структуре выплат обязательного медицинского страхования были отмечены следующие тенденции:

1. Выплаты по такому виду заболеваний, как новообразования, увеличились более чем в 2,5 раза с 10,78 % до 25,12 %. Резкий рост наблюдается с 2019 г. и связан с увеличением финансирования по данным заболеваниям в рамках утвержденной региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2019-2024 годы.

2. Выплаты по болезням системы кровообращения сократились почти в 2 раза с 17,33% до 8,57%, что произошло из-за введения ограничительных мер, на оказание плановой медицинской помощи в Пермском крае, связанных распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 в 2020 году.

3. Болезни органов пищеварения за период с 2015 по 2018 гг. по удельному весу в структуре были на одном уровне и составляли почти четвертую часть всех выплат. Начиная с 2019 г., наблюдается сокращение выплат по данной группе заболеваний более чем в два раза. Данные отклонения вызваны тем, что с 2019 года, в связи со значительным увеличением финансирования по группе новообразования, изменился удельный вес финансирования по другим группам заболеваний в том числе и по болезням органов пищеварения. Также в 2020 году произошло значительное снижение финансирования из-за введения ограничительных мер, на оказание плановой медицинской помощи в Пермском крае, связанных распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

4. По группе болезней органов дыхания, а также инфекционных и паразитарных болезней за период с 2015 по 2018 гг. следует отметить, что их размер выплат был в пределах 4%, что является приемлемым. Однако, начиная с 2019 г., наблюдается резкий рост числа выплат – сначала в 2 раза, а затем и в более чем 4 раза, что объясняется увеличением расходов в системе здравоохранения края на оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19.

5. По группе заболеваний из-за внешних причин, к которым относятся заболевания хирургического профиля (хирургия, травматология, нейрохирургия и т.д.), токсикология, комбустиология, наблюдается противоположная тенденция -

на протяжении первых 4-х лет наблюдается сохранение стабильной тенденции на уровне 16%; в 2019 г. доля в структуре выплат сократилась на треть, а в 2020 году удельный вес составил чуть более 7,4 %. Причины снижения финансирования идентичны причинам по группе заболеваний органов пищеварения.

Анализируя динамику по группе болезней нервной системы следует отметить, что удельный вес в структуре выплат по данной группе одинаковый на уровне 5% за весь анализируемый период. Характеризуя размеры выплат по группе осложнений беременности, родов и послеродового периода отметим, что их размер имеет устойчивую тенденцию к сокращению

В целях настоящего исследования проведем анализ сравнительной динамики удельного веса выплат ОМС и экономических потерь (выплаты по больничным) по Пермскому краю. На рисунке 2.7 представлена динамика выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням системы кровообращения за 2015-2020 гг., %.

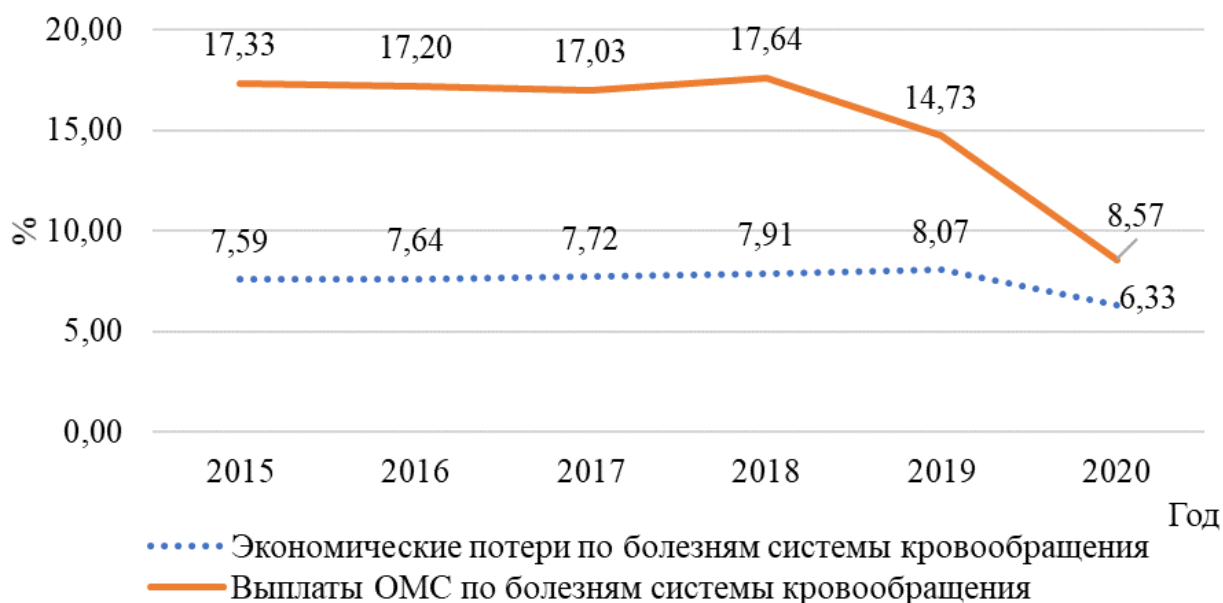


Рисунок 2.7– Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням системы кровообращения за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

Анализируя диаграмму на рисунке 2.5, можно увидеть, что в период 2015-2020 гг. выплаты ОМС по болезням системы кровообращения значительно

превышают экономические потери по данной группе заболеваний. Это обусловлено высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей и низкой потребностью в оформлении листов нетрудоспособности у данной категории населения. В 2020 г. наблюдается динамика уменьшения выплат ОМС и снижения экономических потерь по болезням системы кровообращения, это связано с введением ограничительных мер на оказание плановой медицинской помощи в Пермском крае в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по новообразованиям за 2015-2020 гг. приведена на рисунке 2.8.

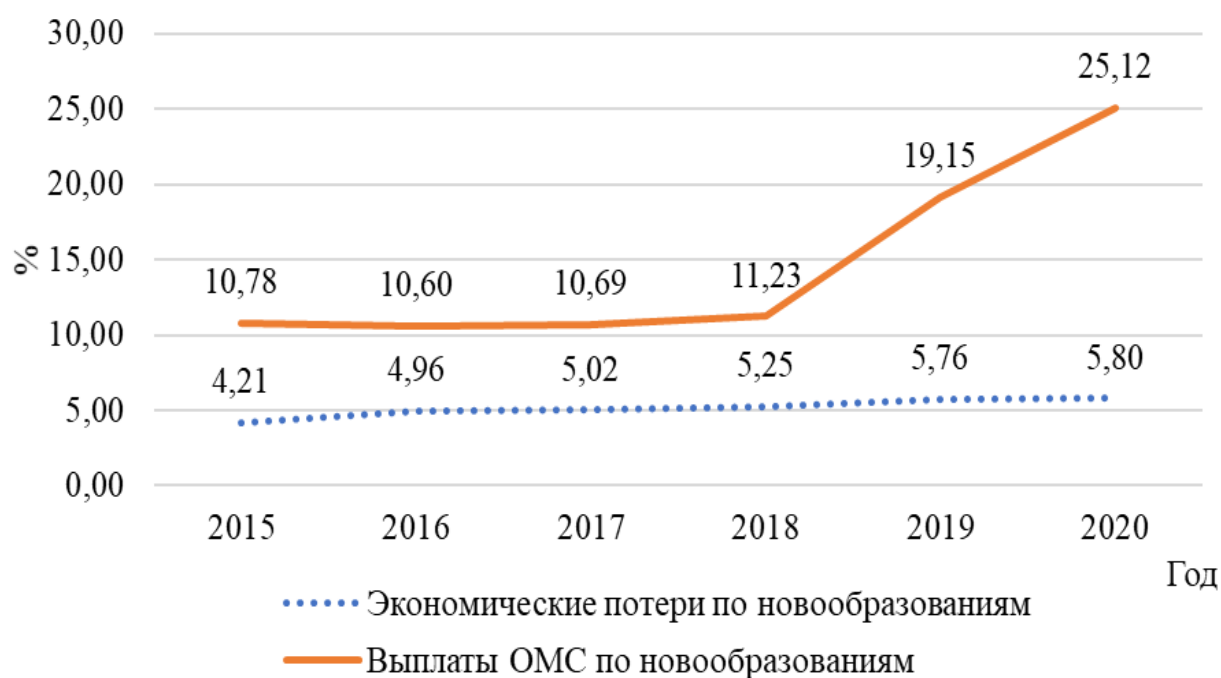


Рисунок 2.8 – Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по новообразованиям за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

Превышение выплат ОМС над экономическими потерями по новообразованиям за весь анализируемый период обусловлено применением дорогостоящих и инновационных методов лечения онкологических заболеваний.

Кроме того, в 2019 году наблюдается значительный рост объемов финансирования по данным заболеваниям в рамках утвержденной региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» на 2019-2024 годы, в том числе которая направлена на профилактику и раннюю диагностику онкологических заболеваний.

Динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням органов пищеварения за 2015-2020 гг. представлена на рисунке 2.9.



Рисунок 2.9 – Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням органов пищеварения за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

Сравнивая динамику экономических потерь и объемов финансирования в рамках ОМС по болезням органов пищеварения, можно увидеть, что экономические потери превышают выплаты ОМС. Это обусловлено длительным периодом лечения и восстановления пациентов после получения медицинской помощи в стационарных условиях по рассматриваемой группе заболеваний. Как следствие, увеличивается продолжительность пребывания на больничном листе, что приводит к росту выплат пособий по временной нетрудоспособности.



Начиная с 2019 г., наблюдается сокращение выплат ОМС по данной группе заболеваний более чем в два раза. Данные отклонения вызваны тем, что с 2019 года, в связи со значительным увеличением финансирования по группе новообразования, изменился удельный вес финансирования по другим группам заболеваний в том числе и по болезням органов пищеварения. В 2020 году произошло значительное сокращение финансирования и снизились экономические потери из-за введения ограничительных мер, на оказание плановой медицинской помощи в Пермском крае, связанных распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Анализ изменения удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням органов дыхания за 2015-2020 гг. представлен на рисунке 2.10.



Рисунок 2.10 – Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по болезням органов дыхания за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

По группе болезней органов дыхания в 2020 г. наблюдается рост выплат ОМС и экономических потерь. Данная динамика объясняется увеличением расходов в системе здравоохранения края на оказание медицинской помощи

пациентам с COVID-19, а также значительным увеличением выплат пособий по временной нетрудоспособности в связи введением карантинных мер.

Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по внешним причинам за 2015-2020 гг. приведена на рисунке 2.11.

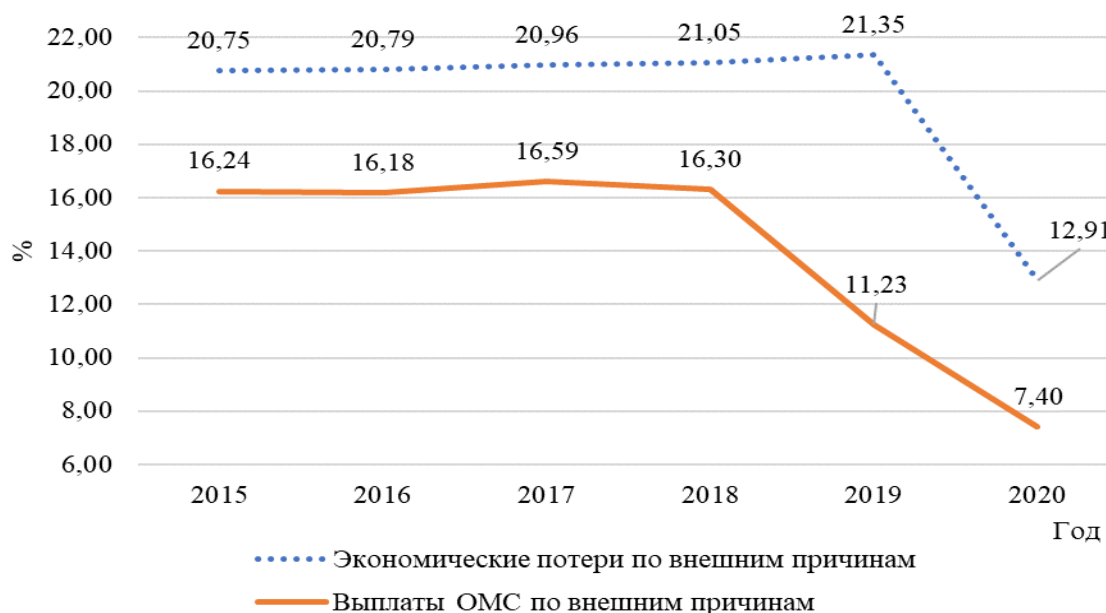


Рисунок 2.11 – Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по внешним причинам за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

Сравнивая динамику удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по внешним причинам (травматология, нейрохирургия и пр.) за весь анализируемый период, можем наблюдать, что экономические потери превышают объемы финансирования в рамках ОМС. Это обусловлено длительным периодом лечения и восстановления пациентов после получения медицинской помощи в стационарных условиях по рассматриваемой группе заболеваний. Как следствие, увеличивается продолжительность пребывания на больничном листе, что приводит к росту выплат пособий по временной нетрудоспособности. Причины снижения финансирования и экономических потерь идентичны причинам по группе заболеваний органов пищеварения.

Динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по прочим группам заболеваний за 2015-2020 гг. представлена на рисунке 2.12.



Рисунок 2.12 – Сравнительная динамика удельного веса выплат ОМС и экономических потерь по Пермскому краю по прочим группам заболеваний за 2015-2020 гг., %

Источник: составлено автором на основе [72-80]

Экономические потери по прочим группам заболеваний (болезни глаза и придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка и пр.) выше объемов финансирования в рамках ОМС за весь анализируемый период. Это объясняется длительным восстановительным периодом пациентов после получения медицинской помощи в стационарных условиях и амбулаторных условиях, что приводит к увеличению выплат пособий по временной нетрудоспособности.

### **Глава 3 Стратегические направления совершенствования механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг**

#### **3.1 Специализированная модель активизации взаимодействия участников развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг**

В современных социально-экономических условиях развития России важной составляющей обеспечения социальной безопасности государства является укрепление здоровья нации, повышение качества жизни населения. Высокое качество медицинского обслуживания и сокращение сроков пребывания на лечении имеют не только большую медико-социальную, но и экономическую эффективность.

В настоящее время в научной литературе существует множество подходов к оценке эффективности деятельности медицинских организаций, разработаны классификации показателей, исходя из критериев экономической, социальной и медицинской эффективности, предложены интегральные показатели. Основой для формирования системы показателей в сфере оценки эффективности медицинских организаций должно стать определение приоритетов, по которым будет осуществляться данная оценка. Основными приоритетами в этой сфере являются степень достижения медицинской, социальной и экономической эффективности. Следовательно, и показатели должны быть разработаны с учетом данных критериев.

В то же время немаловажное значение имеет взгляд на процессы, происходящие в системе охраны здоровья населения, с макроэкономических позиций. В этом случае управление будет учитывать более широкий круг имеющихся факторов и основными источниками его развития будут являться не только внутренние противоречия, но и противоречия, связанные с развитием

самой экономической системы. Именно поэтому повышение эффективности управления здравоохранением способствует не только улучшению структуры системы здравоохранения, но и расширит ее функциональные возможности, что обеспечит устойчивость и эффективность работы всей системы управления в целом. Это во многом обуславливается открытостью самой системы управления и адаптивностью ее к изменениям во внешней среде [59, с. 76].

В качестве одной из неотложных мер по модернизации системы управления здравоохранением необходимо указать децентрализацию управления и тем самым повышение самостоятельности медицинских организаций. Суть децентрализации состоит в передаче от высших уровней управления ряда функций на нижние уровни иерархии управления. При этом исполнители освобождаются от чрезмерного контроля, стимулируется инициатива и потенциал личности руководителей среднего звена. На страновом уровне управления здравоохранением должна происходить передача функций, а вместе с ними прав и обязанностей органам управления здравоохранением субъектов федерации [116]. Аналогичное делегирование функций и полномочий передается от субъектного уровня на муниципальный уровень управления здравоохранением.

Система регулирования сферой медицинских услуг, сложившаяся за последнее время, имеет существенные системные противоречия, многие из которых постоянно обсуждаются и анализируются в научной литературе и подтверждаются мнением специалистов сферы здравоохранения. Тем не менее отдельные вопросы модернизации системы управления здравоохранением и системы государственного регулирования активно обсуждаются как академическим сообществом, так и общественностью [3].

Модернизация сферы медицинских услуг должна быть следствием грамотной государственной политики в области охраны здоровья населения страны. Проведенная административная реформа сферы здравоохранения, к сожалению, показала свою неэффективность, хотя в ее рамках были разделены функции государственного регулирования: бюджетно-страховая система, нормативно-правовое обеспечение, стандартизация, сертификация и

лицензирование, регулирование со стороны Росздравнадзора и Росэпиднадзора, программно-целевое планирование. Это не исключило дублирования контрольных функций различными ведомствами, не обеспечило выполнение государственных программ, а организационная деятельность в рамках модернизации привела к сокращению больниц, особенно в сельской местности, к излишней централизации медицинских организаций в региональных центрах и к недофинансированию медицинского персонала.

Сущность любой системы воспринимается как единство ее структуры и функций. Применительно к системе здравоохранения структурными компонентами хозяйственного механизма сферы медицинских услуг являются медицинские учреждения и организации всех форм собственности.

В рыночных условиях для системы здравоохранения важную роль приобретают такие свойства, как самоорганизация, устойчивость развития, адаптивность к возмущениям внешней среды [16, с. 366]. Таким образом, медицинские учреждения и организации должны адаптироваться к потребительскому рынку, развивая рациональное самостоятельное экономическое поведение в условиях конкуренции. При этом основными индикаторами являются такие рыночные показатели, как затраты на здравоохранение всех субъектов рынка и результаты деятельности этих субъектов, направленные на охрану здоровья населения и повышение качества жизни.

Неизбежное изменение бюджетно-страховой модели отечественного здравоохранения должно определяться возрастанием роли страховых МО. Именно страховые МО должны являться защитниками интересов пациентов, в то время как сейчас складывается совершенно противоположная ситуация: страховые МО стараются как можно меньше средств выделять на оплату страховых случаев, минимизируя их ассортимент по тем или иным причинам. То есть страховые организации не только не мотивированы к рациональному использованию страховых средств, но и провоцируют руководителей МО на занятия прямыми приписками.

Сегодняшняя ситуация в системе страхования характеризуется тем, что нормативы бюджетного финансирования превратились в страховые взносы по фиксированным ставкам. Бесплатная медицинская помощь для населения свелась к базовой программе ОМС, а система ДМС оформилась в медицинских организациях как система медицинских услуг сверх базовой программы страхования.

Для создания эффективной системы медицинского страхования необходимо добиться консенсуса интересов страховых компаний, медицинских организаций, населения и государства в целом. При этом эффективным направлением совместной деятельности МО и страховых организаций является финансирование инвестиционных медицинских программ, поскольку высокотехнологичные медицинские технологии требуют существенных затрат на закупку и эксплуатацию сложного медицинского оборудования. Но именно эти высокотехнологичные и малоинвазивные технологии являются наиболее востребованными на рынке платных медицинских услуг. Все это актуально в случае трансформации существующей бюджетно-страховой системы в страховую (негосударственную) систему при условии государственного регулирования ОМС. В этом случае необходимо повысить страховые взносы предприятий в систему ОМС и работников этих организаций и сократить объемы территориальной программы ОМС. В этом случае возрастет конкуренция на рынке страхования, что приведет к повышению эффективности самой системы страхования.

Необходимо отметить, что принятие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [86] внесло определенные коррективы в функционирование медицинских организаций, что привело к росту объема платных медицинских услуг. Наряду с этим наблюдается в целом по стране рост заболеваемости населения и замедление роста валового внутреннего продукта на душу населения. В этих обстоятельствах неизбежно меняется роль и место медицинских организаций как поставщиков медицинских услуг в производстве валового регионального продукта.

Основными задачами регулирования сферы здравоохранения являются:

- установление потребностей в медицинских услугах;
- планирование функционирования медицинских учреждений;
- сбор необходимой информации и мобилизация ресурсов;
- обеспечения доступности к качественным медицинским услугам;
- профилактика болезней;
- ранняя диагностика и лечение;
- контроль за легитимностью лекарственных средств.

Органы власти при осуществлении государственного регулирования сферы здравоохранения должны соблюдать следующие основные принципы: законность, прозрачность, системность, оптимальность, прогнозируемость, приоритетность, эффективность, социальная ответственность. Соблюдение этих принципов будет способствовать повышению действенности и эффективности механизма государственного регулирования сферы здравоохранения в условиях реформирования.

Результатом указанных принципов должно стать соблюдение баланса интересов между государством, населением, организациями и учреждениями сферы медицинских услуг, индустрией производства медицинской техники и фармацевтическим производством. Важнейшим условием, которое обеспечивает эффективное функционирование сферы здравоохранения, является наличие действенного инструментария регулирования процессов, происходящих в этой сфере.

Принципиальная схема государственного регулирования сферой медицинских услуг приведена на рисунке 3.1.

Основными методами государственного регулирования сферы охраны здоровья являются административные, экономические, правовые и социально-мотивационные. Административные методы базируются на силе государственной власти и включают в себя меры запрета, разрешения и принуждения. Разрешение предусматривает согласие на осуществление медицинской деятельности.





Рисунок 3.1 – Принципиальная схема государственного регулирования сферой медицинских услуг

Источник: составлено автором

Запрет и принуждение проявляются в необходимости наличия у специалистов соответствующих сертификатов на медицинское обслуживание населения, прохождения с определенной регулярностью курсов по повышению квалификации, соблюдения установленных стандартов в лечении пациентов.

В России данный механизм утвержден №224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в РФ и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ» с 2015 года, кроме того, большинство субъектов РФ приняли законы ГЧП, действующие в рамках определенной территории. В целом наблюдается довольно положительная тенденция реализации проектов ГЧП и МЧП, но, к сожалению, проекты социального назначения не пользуются спросом среди инвесторов в отличие от транспортной и энергетической отрасли, поэтому существует необходимость совершенствования механизма ГЧП и МЧП в социальной сфере.

По данным платформы «РОСИНФРА», на начало марта 2020 года в России идет процесс реализации более чем 150 ГЧП-проектов (в том числе квази-ГЧП) в

сфере здравоохранения и санаторно-курортного лечения, из которых более 100 вышли на этап эксплуатации [175]. Суммарный объем вложенных инвестиций составляет 156 млрд. руб., из которых 107,9 млрд. являются частными (что составляет около 70% от общего объема). В среднем инвестиции в такие проекты оцениваются в 1 млрд руб., средний срок реализации – 19,5 лет [175].

По формам реализации инвестиционных проектов лидируют договор аренды с инвестиционными обязательствами (71 проект) и концессионное соглашение (45 проектов). Популярность концессий объясняется хорошо проработанной нормативно-правовой базой, наличием правоприменительной практики и понятными правилами игры для всех сторон соглашения. Кроме этого, на рынке представлены проекты, реализуемые в рамках соглашений о ГЧП по региональному законодательству (12 проектов), инвестиционных договоров (10 проектов), контрактов жизненного цикла (7 проектов), офсетных закупок и соглашений о ГЧП по 224-ФЗ (по 3 проекта), корпоративного партнерства (1 проект) [175].

Необходимо отметить, что в сфере здравоохранения наибольший интерес со стороны инвесторов вызывает специализированная и высокотехнологичная помощь: в России реализуется 14 таких проектов, общий объем инвестиций в которые составляет около 14,7 млрд руб., из них объем частных инвестиций – 12,2 млрд, наименьшим интересом со стороны инвесторов пользуются такие виды услуг, как первичная помощь и реабилитация с санаторно-курортным лечением.

В течение 2019 года количество заключенных соглашений в сфере здравоохранения по сравнению с 2018 годом выросло с 13 до 19 проектов, что почти в 1,5 раза больше. При этом стоит отметить, что совокупная капиталоемкость проектов в области здравоохранения за год увеличилась практически в 2 раза – 41,4 млрд. руб. в 2019 году и 22,5 в 2018 году. Данный факт можно объяснить двумя факторами: во-первых, количество проектов, стоимость которых оценивается более чем 1 млрд. руб. возросло в 5 раз; во-вторых, произошло изменение договоров аренды с инвестиционными

обязательствами по менее капиталоемким проектам на концессии, офсету и соглашения о ГЧП/МЧП по 224-ФЗ.

Особенность механизмов ГЧП в разных экономических зонах имеют одну цель – развитие здравоохранения за счет формирования благоприятных условий реализации проектов в области лечебно-оздоровительного туризма, санаторно-курортного лечения, а также производство медицинских препаратов и оборудований (техники).

На основании проведенного анализа можно сделать вывод о том, что ввиду отсутствия возможности закупки необходимого оборудования за счет госбюджета распространенным предметом отношений ГЧП в здравоохранении является создание диагностических центров, на содержание которых необходимы существенные капитальные вложения. Например, центры ультразвуковой диагностики, позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии, поэтому для России характерна специализированная модель развития государственно-частного партнерства в здравоохранении. ПМСП в данном контексте – это эффективный способ обеспечения УНС. Для достижения этой цели необходимо привлечь более шестнадцати миллионов медицинских работников по всему миру, что, в свою очередь, позволит во всем мире добавить в экономику более 40 млн. рабочих мест [71].

В российской сфере медицинских услуг, несмотря на очевидные недостатки, многое сделано в указанных четырех направлениях. Согласно программе государственных гарантий, которая была утверждена Правительством РФ, скорая медицинская помощь, первичная медицинская помощь амбулаторно или в составе дневного стационара, посещение врачей внутренних болезней, педиатров и врачей-специалистов (кардиологов, урологов, гинекологов и др.) в России предоставляется бесплатно. Кроме того, гражданам предлагается доступ к специфическим, сложным и дорогостоящим методам исследования и лечения.

Практически все государственные и муниципальные медицинские учреждения, призванные оказывать бесплатную медицинскую помощь, предоставляют, а иногда и навязывают коммерческие услуги, связанные с

высокотехнологичными медицинскими исследованиями (МРТ, КТ, ЭКО, УЗИ, диализ, химиотерапия, колоноскопия и т.д.), пользуясь либо отсутствием соответствующего оборудования и специалистов, либо неоправданно долгим временем ожидания бесплатной помощи, несмотря на то, что эти виды услуг входят в медицинскую помощь, включенную в программу государственных гарантий и покрываются за счет ОМС, то есть такие медицинские услуги являются бесплатными для пациента [71].

В России появляется все больше частных медицинских учреждений, оказывающих платные услуги, особенно стоматологическую помощь. Необходимо, чтобы частное и государственное здравоохранение находилось на равных конкурентных условиях, для осуществления этого положения рекомендуется использовать соответствующие механизмы государственного регулирования. С учетом многих недочетов в развитии сферы ГЧП в России и Пермском крае предлагаем рассмотреть целый комплекс направлений совершенствования механизма ГЧП в сфере медицинских услуг, представленный в форме модели (рисунок 3.2). Данная модель включает последовательный, обоснованный перечень направлений, состоящих из ряда мероприятий повышения эффективности взаимодействия органа государственной власти (ОГВ) и бизнес-структур, после чего – положительный результат развития ГЧП.

Представленная модель совершенствования механизма ГЧП актуальна к рассмотрению на уровне субъекта РФ – Пермского края. Модель совершенствования применима и к МЧП в рамках муниципальных образований Пермского края. Данная модель является некой схемой действий, отвечающей на вопрос: «Что именно нужно изменить, доработать для Пермского края, чтобы государственно-частное партнерство имело развитие на данной территории?». Совершенствование направлений данной модели даст множество преимуществ для участников соглашений ГЧП и МЧП. Для того чтобы предложить действительно актуальные пути совершенствования НПА в ГЧП и МЧП, необходимо иметь общее представление о составе и структуре законодательства РФ в данной области, кроме того, четко понимать ее недостатки.

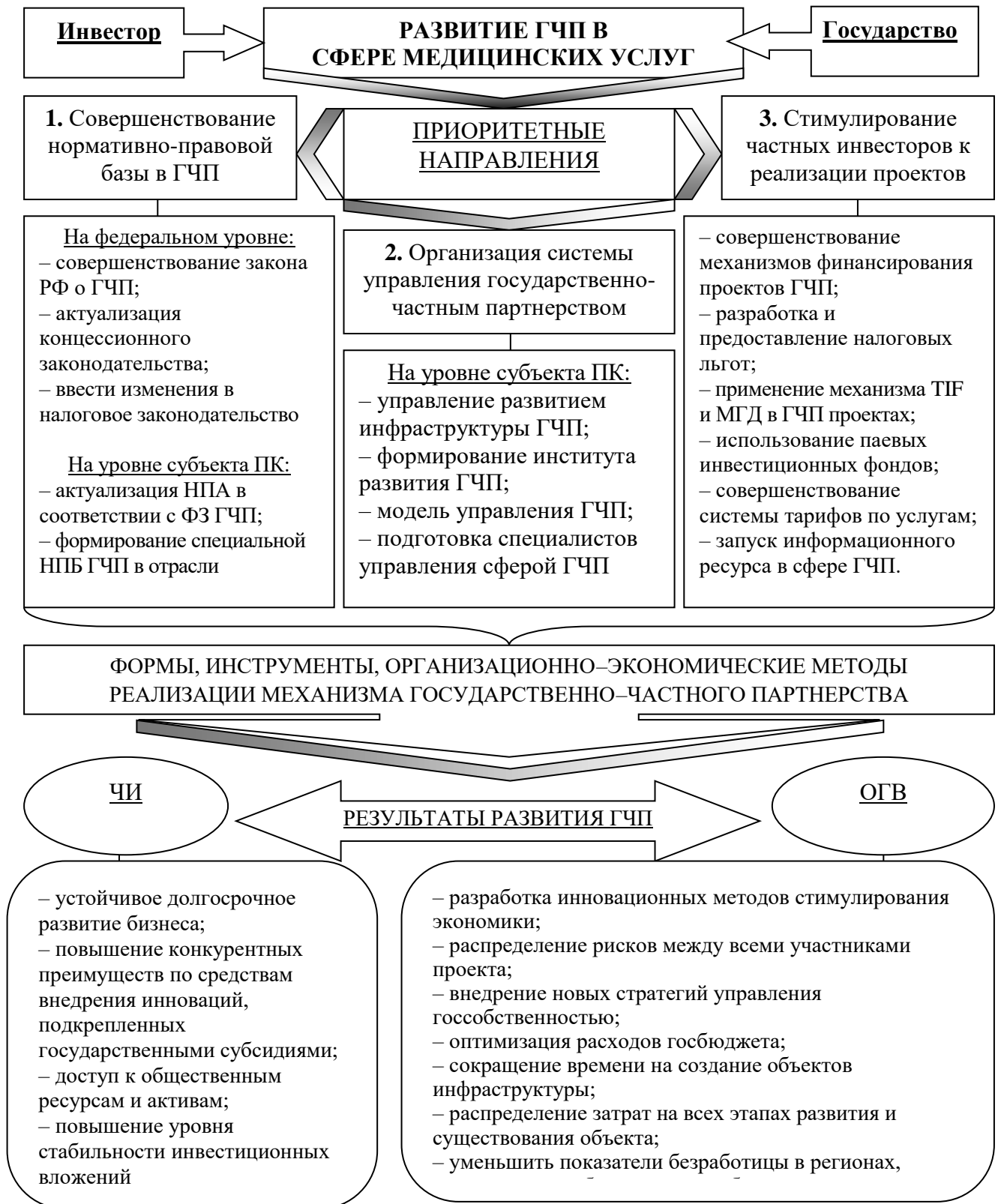


Рисунок 3.2. – Специализированная модель активизации взаимодействия участников развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг

(НПА – нормативно-правовые акты, TIF – Tax Increment Financing, МГД – малый гарантированный доход, ЧИ – частные инвестиции, ОГВ – органы государственной власти)

Источник: разработано автором

Итак, общая структура законодательства в сфере ГЧП и МЧП на федеральном уровне включает общие (бюджетное законодательство, земельный и налоговый кодексы, нормы гражданского права и др.) и специальные НПА, пути совершенствования непосредственно касаются и первых, и последних.

Совершенствование нормативно-правовой базы механизма государственно-частного партнерства и муниципально-частного партнерства с целью эффективного взаимодействия власти и бизнеса включает ряд следующих мероприятий:

- расширить перечень объектов, в отношении которых можно будет заключать и реализовывать проекты ГЧП и МЧП;
- внедрить определенный стандарт формы правовых отношений между публичными представителями и инвесторами;
- разработать и внедрить единую методику оценки эффективности проектов ГЧП и МЧП и порядка прохождения конкурсного отбора инвесторов;
- ввести изменения в налоговое законодательство (НЗ).

Последний пункт рассмотрим более подробно, поскольку установление системы налогообложения в социальной сфере имеет более чем значимый вес для инвесторов, кроме того, стабильность налоговой системы и ясность налогового законодательства важнее, чем сама налоговая ставка.

При формировании процедур изменения налогового законодательства следует учитывать следующие аспекты:

- 1) определить конкретные особенности налогообложения ГЧП и МЧП с целью исключения рисков, а впоследствии – налоговых споров за счет применения норм законодательства;
- 2) особенности налогообложения должны являться одним из методов стимулирования инвесторов к участию в проектах ГЧП и МЧП для привлечения частных инвестиций в развитие социальной сферой.

На основании вышеперечисленного предлагаем:

1. Рассмотреть и закрепить особенности налогообложения в отношении ГЧП и МЧП, при этом учитывать специфику положений ФЗ № 224 – во многих

формах доступно применение уже существующих положений НК РФ (концессионеры имеют право применять различные нормы налогового законодательства).

2. Разработать и ввести специальные меры в рамках налогового законодательства с целью устранения налоговых рисков и спорных вопросов;

3. Разработать систему налоговых льгот для участников проектов государственно-частного партнерства и муниципально-частного партнерства (создание специального налогового режима), при этом необходимо учитывать интересы бюджета:

– предоставляемые льготы должны быть эффективными и снижать уровень налоговой нагрузки для инвестора;

– «выпадающие доходы» бюджета должны быть возмещены за счет роста налоговой базы в связи с созданием объекта инфраструктуры;

– введение моратория на применение норм налогового законодательства в процессе реализации проектов ГЧП и МЧП, что обеспечит гарантии стабильности налоговой системы. Введение механизма придаст уверенность инвесторам в налоговой системе, ее стабильности, что способствует заключению долгосрочных проектов с минимальным риском возникновения дополнительных налоговых издержек.

Все вышеперечисленное распространяется и на объекты здравоохранения, в том числе санаторно-курортного лечения, которые являются непосредственно объектами соглашения о ГЧП или МЧП согласно ФЗ №224. Однако реализация государственно-частного партнерства и муниципально-частного партнерства в данной сфере обладает специфичными особенностями. Рассмотрим эти особенности.

В связи с тем, что часть инфраструктуры учреждений здравоохранения, привлекательная для ГЧП и МЧП, относится к государственной системе здравоохранения и муниципальной системе здравоохранения, при рассмотрении возможности такого партнерства необходимо:

- обосновать, что рассматриваемое недвижимое имущество учреждения здравоохранения является неиспользуемым, излишним или используемым не по назначению;
- подтвердить, что при использовании недвижимого имущества в рамках ГЧП и МЧП учреждение здравоохранения будет способно реализовывать все уставные виды деятельности и выполнять поставленные задачи;
- обеспечить оказание медицинской помощи населению, качество оказываемых бесплатных медицинских услуг и условия их оказания в том же объеме, который был до реализации проектов ГЧП и МЧП.

При этом органы государственной власти РФ при планировании развития системы здравоохранения, в частности с помощью реализации проектов ГЧП и МЧП, должны учитывать нормативную потребность населения в услугах, оказываемых частным инвестором, а также рассматривать инфраструктуру здравоохранения, сложившуюся в субъекте РФ, и допустимый уровень обеспеченности объектами здравоохранения.

### **3.2 Разработка механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг с использованием потенциала превентивных мер**

Государственная политика в сфере медицинских услуг должна обеспечивать ее эффективное функционирование. Сегодня сфера медицинских услуг функционирует недостаточно эффективно и не вполне решает все проблемы, касающиеся охраны здоровья населения. На современном этапе развития здравоохранения Российской Федерации значительная часть проблем вызвана отсутствием действенного механизма регулирования. В условиях реформирования и совершенствования регуляторных инструментов и методов необходимо внедрение эффективных методов государственного регулирования в



практическую деятельность, что будет способствовать обеспечению эффективного функционирования сферы здравоохранения.

В регулировании сферы медицинских услуг государство определяет цель, задачи, направления, принципы государственной политики, устанавливает объем бюджетного финансирования и создает систему других регуляторов. К объектам системы здравоохранения, которые регулирует государство, следует отнести все учреждения здравоохранения. Главным органом, осуществляющим выполнение целей и задач в сфере здравоохранения, является Министерство здравоохранения Российской Федерации. На него возложена задача формирования государственной политики, а также контроль ее выполнения. Правительство страны и Министерство здравоохранения разрабатывают инструментарий для эффективной деятельности системы здравоохранения, осуществляют планирование и прогнозирование, определяют государственные стандарты, разрабатывают программы госзаказов с целью обеспечения отрасли необходимыми ресурсами, контролируют деятельность в области здравоохранения.

В современных условиях основными целями механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг являются:

- обеспечение граждан качественными медицинскими услугами;
- обеспечение гарантированной государством бесплатной помощью;
- обеспечение финансовыми ресурсами;
- обеспечение новейшими технологиями;
- совершенствование системы организации и управления здравоохранением;
- повышение квалификации кадров;
- профилактическая деятельность;
- обеспечение усовершенствованной правовой системы;
- создание конкуренции на медицинском рынке;
- адаптация существующей сферы здравоохранения к изменяющимся социально-экономическим условиям;

– регулирование рынка лекарств.

Важнейшее значение в совершенствовании механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг имеет финансирование. Модели финансирования здравоохранения можно условно разделить на три типа: бюджетную (государственную), страховую (социально-страховую), частную (негосударственную, или рыночную).

В нашей стране реализована смешанная бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, которая характеризуется недофинансированием как бюджетной, так и страховой части. Бюджет здравоохранения страны за последние 7 лет, то есть с 2012 по 2020 г., практически не растет и расходы на здравоохранение в России составляют около 3,8% годового ВВП [114], что обуславливает место России по мировому рейтингу объема расходов на здравоохранение, опубликованных в 2020 году, на 119–122 месте в мире, находясь на одном уровне с африканскими странами – Египтом, Тонга [191]. Указанный уровень финансирования здравоохранения не обеспечивает удовлетворения базовых потребностей населения в медицинских услугах, изделиях и лекарствах, причем современные инновационные медицинские технологии оказываются недоступными для большинства населения. Следует отметить, что организационная составляющая расходов финансирования здравоохранения крайне неэффективна, а именно: ее эффективность составляет всего 60% [156], что является одним из худших показателей в сфере здравоохранения в мире [156].

При этом тарифы ОМС на оплату медицинской помощи в разных регионах страны существенно различаются. Так, например, первичный прием терапевта в Санкт-Петербурге в 2017 году, согласно тарифу ОМС, в 3,5 раза выше, чем в Москве [68]. Это ставит медицинские организации в разных регионах в неравные условия и в конечном итоге приводит к неравному доступу населения к медицинской помощи. Для устранения такого регионального «медицинского» неравенства необходимо ввести общую процедуру формирования финансового

обеспечения базовой программы ОМС и полного тарифа на оплату медицинской помощи.

Следует отметить, что рынки ОМС и ДМС существуют отдельно друг от друга, никак не пересекаясь, их взаимодействие организационно и законодательно не прописано, при этом практически отсутствует система возмещения затрат. Увеличение доли страхового финансирования ДМС и ОМС по отношению к бюджетному финансированию приведет к реализации страховой модели здравоохранения. В переходной бюджетно-страховой модели сохраняется монополия государственных медицинских учреждений, которые, как показывает практика, не заинтересованы в качестве медицинских услуг; при этом институт частных семейных врачей и ГЧП в здравоохранении практически не развиты.

В отличие от некоторых ведущих экспертов в области здравоохранения [42], которые ориентируются на бюджетную модель финансирования, в данном исследовании предлагается курс на реализацию страховой модели, которая заявлена в стратегических документах развития российского здравоохранения.

Данная позиция обусловлена следующими преимуществами страховой модели:

- меньшая зависимость от ресурсного обеспечения по сравнению с бюджетной моделью;
- разделение системы финансирования медицинских услуг и системы их оказания;
- развитие рыночных отношений в сфере здравоохранения, что ведет к повышению качества как частной медицины, так и государственной;
- повышение эффективности использования ресурсов;
- реализация принципа «деньги следуют за пациентом», который сам формирует организационную траекторию медицинской помощи, то есть пациент самостоятельно выбирает медучреждение и страховую компанию.

Особое место в системе медицинского страхования занимает система лекарственного медицинского страхования (ЛМС), которую уже 10 лет безуспешно пытаются внедрить в нашей стране. Сегодня в России бесплатные

лекарства получают только пациенты в стационарах и льготные категории граждан (федеральные и региональные), что составляет всего 19% населения; в то время как в европейских странах компенсацию на медикаменты получает около 90% граждан [152].

При этом регионы постоянно урезают списки бесплатных лекарств в связи с дефицитом бюджета. Наряду с системой медицинского неравенства существует система «лекарственного неравенства», обусловленная степенью дотационности региона. Кроме того, пятая часть населения не в состоянии купить выписанные лекарства в связи с недостаточностью средств, так как льготное лекарственное обеспечение, в отличие от европейских стран, не распространяется на людей с низким доходом [1152]. Система ЛМС, являясь частью системы ОМС, оказывается выгодна государству (при амбулаторном лечении оно снижает расходы на лечение в стационаре), фармацевтам – увеличивается рынок сбыта, аптечной системе за счет постоянного потока покупателей и, главное, – населению.

Существуют различные модели реализации ОЛС, но все они должны включать такие элементы, как государственное регулирование цен, выделение категорий льготников, формирование ограничительных перечней лекарственных средств, механизмы компенсации затрат и управление назначением лекарственных средств, в том числе контроль обоснованности и рациональности назначений [109]. При этом в перспективных моделях ОЛС роль пациента сводится к оплате в аптеке установленной доли стоимости препаратов (франшизы).

Преимуществами ОЛС являются:

- снижение бюджетной нагрузки при лечении в стационаре;
- своевременное обращение больных за медицинской помощью, что приводит к улучшению показателей здоровья;
- уменьшение хронизации и инвалидизации;
- снижение уровня самолечения;

– повышение доступности лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении [109, с. 10].

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, а именно: осуществляет контроль за обращением лекарств и медицинских изделий, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, за выполнением программ модернизации здравоохранения в регионах России, а также осуществляет лицензирование в сфере здравоохранения [86].

В настоящее время в России реализуется госпрограмма «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (ГП-1).

Структура Госпрограммы «Развитие здравоохранения» представлена на рисунке 3.3.

Цели и целевые показатели, указанные в паспорте программы, представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Цели и целевые показатели Госпрограммы «Развитие здравоохранения»

Год	Цель 1 – «Снижение к 2024 году смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения»	Цель 2 – «Снижение к 2024 году смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения»	Цель 3 – «Снижение к 2024 году смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения»	Цель 4 – «Снижение к 2024 году младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми»
2018	455	565	199,9	5,5
2019	437	545	199,5	5,4
2020	419	525	197	5,2
2021	401	505	193,5	5
2022	383	485	189,5	4,8
2023	365	465	187	4,6
2024	350	450	185	4,5

Источник: составлено автором на основе данных [87]

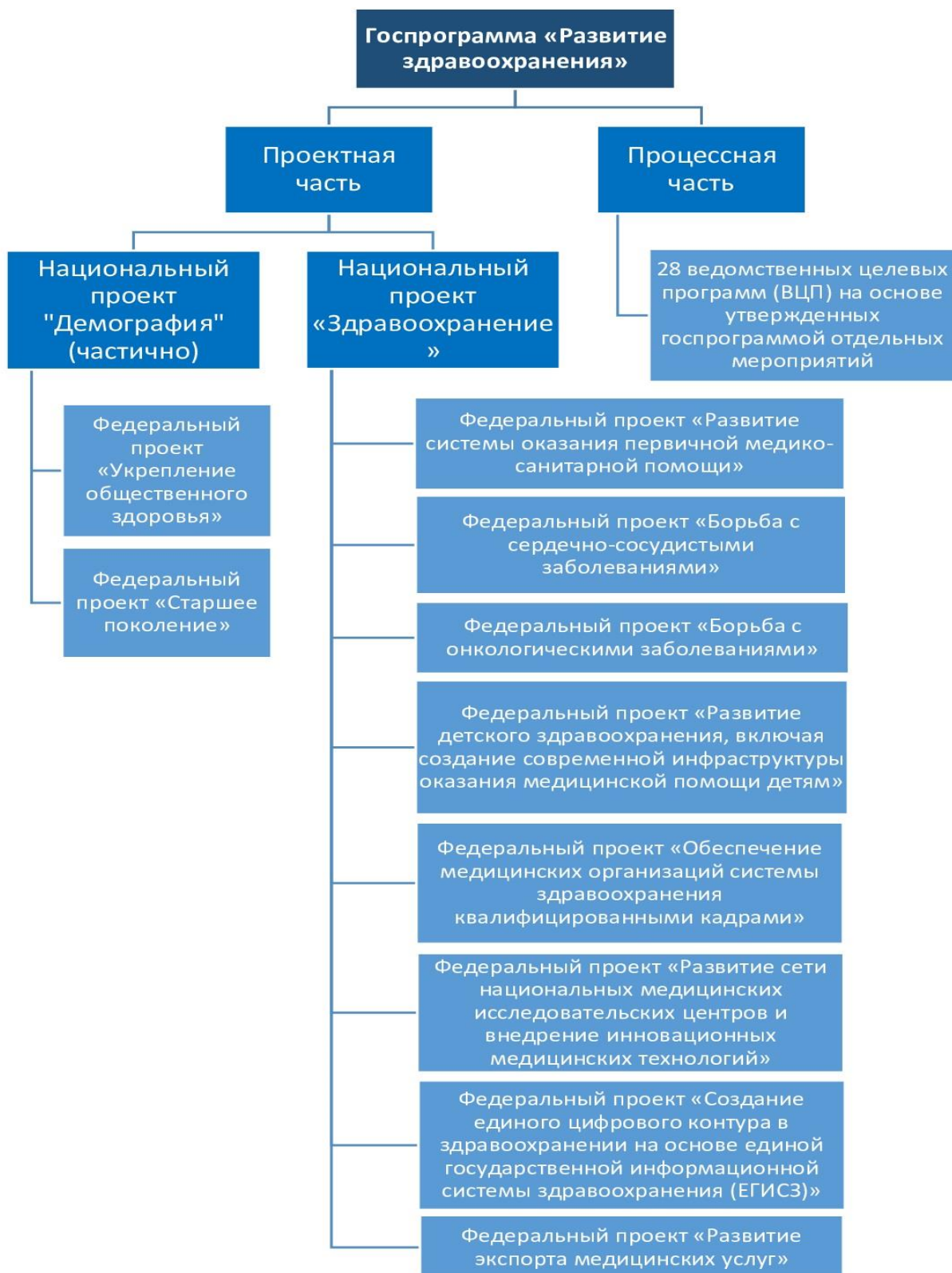


Рисунок 3.3 – Структура Госпрограммы «Развитие здравоохранения»

Источник: составлено автором

Анализ Государственной Программы-1 показал, что основные цели и индикаторы паспорта программы находятся в полном соответствии с целями и индикаторами стратегического планирования сферы здравоохранения. Но необходимо учесть, что Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» поставил задачу повышения средней продолжительности жизни населения страны до 2024 года до 78 лет, а к 2030 – до 80 лет. Однако в паспортах Государственной программы-1, национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение» эти целевые индикаторы не указаны, что не коррелируется с базовым документом стратегического планирования [100].

Комплекс действий по управлению системой здравоохранения, целью которого является формирование, сохранение и укрепление здоровья людей. включает и превентивные меры по профилактике наиболее распространенных заболеваний среди населения и формирование здорового образа жизни.

Такие меры охватывают:

- мероприятия по проведению профилактических прививок в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
- мероприятия по формированию здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни;
- профилактические медицинские осмотры определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме и др.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию.

Отметим, что от успешности проведения диспансеризации в значительной степени зависит дальнейшее развитие общественного здоровья в свете с изменениями в образе жизни населения, глобальной мобильностью, миграциями, растущим разнообразием популяций, культурным разнообразием, распространением болезней, глобализацией предложений медицинских услуг, что требует не только совершенствования системы управления здравоохранения, но и реализации имеющихся механизмов профилактики заболеваний.

Диспансеризация, как комплекс применения необходимых методов медицинского обследования, предназначена для определения состояния здоровья, проведение профилактического консультирования и, при необходимости, лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья граждан. Всеобщая диспансеризация проводится дифференцирована по возрасту и полу обследуемых, пройти ее могут не только работающие, но и пожилые люди.

Диспансеризация взрослого населения проводится в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смерти человека. К таким заболеваниям относятся: болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания); злокачественные новообразования; сахарный диабет; хронические болезни легких.

Диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся: повышенный уровень артериального давления; повышенный уровень холестерина в крови; повышенный уровень глюкозы в крови; курение табака; пагубное потребление алкоголя; нерациональное питание; низкая физическая активность; избыточная масса тела или ожирение.

Регулярное прохождение диспансеризации позволяет в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения нашей



страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

Диспансеризацию проводят в двух направлениях (рисунок 3.4):

- диспансерное наблюдение за здоровыми людьми с учетом возрастных особенностей и характеристик трудовой деятельности;
- наблюдение за людьми с признаками определенных заболеваний.

В Пермском крае в проведении диспансеризации взрослого населения и профилактических медицинских осмотров принимают участие медицинские организации, как государственных бюджетных учреждений здравоохранения, так и частных. Так, в 2021 году в этих мероприятиях участвовали 59 медицинских организаций, из них 44 государственных бюджетных учреждения здравоохранения.



Рисунок 3.4 – Цели диспансеризации по основным направлениям

Источник: составлено автором

За исследуемый период планы по диспансеризации взрослого населения и профилактическим медицинским осмотрам в Пермском крае имеют определенные темпы роста, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Выполнение планов по диспансеризации взрослого населения и проведению профилактических медицинских осмотров по фактической численности охваченного населения не является полным и

отличается по годам. Сведения о выполнении планов по диспансеризации взрослого населения и профилактических медицинских осмотров в Пермском крае за 2017-2019 гг. представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Выполнение плана по диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в Пермском крае за 2017-2021 гг.

Показатель	Диспансеризация					Профилактические медицинские осмотры				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
План, тыс.чел	413,2	413,5	447,9	468,7	489,1	85,3	87,4	84,1	122,6	134,9
Факт, тыс.чел	313,6	383,7	424,5	212,9	215,3	42,5	45,5	57,6	32,4	31,3
Выполнение плана, %	75,9	88,0	94,9	45,4	44,0	49,8	52,1	68,5	26,4	23,2

Источник: составлено автором по данным итоговых справок по результатам приема годовых отчетов по медицинской профилактике Пермского края за 2017-2021 годы

Спад показателей по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам в 2020 и 2021 годах связан с неблагоприятной эпидемической ситуацией по новой коронавирусной инфекции COVID-19 и временном приостановлении их проведения согласно приказа Министерства здравоохранения Пермского края от 23.03.2020 № СЭД-34-01-05-195 «О временном порядке организации Пермского края в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». Мероприятия возобновлены были с 5 августа 2020 года, т.е. через 4,5 месяца.

В 2021 году в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 30.07.2021 № 34-01-05-825 «О приостановлении диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения» в Пермском крае временно приостановлено проведение соответствующих мероприятий с 24 июля 2021 года, возобновлено было с 6 сентября 2021 года. В лидерах по выполнению плана по диспансеризации за 2021 годы выделены 5 медицинских организаций: ГБУЗ ПК "Бардымская ЦРБ им. А.П. Курочкиной" (80,6%), ГБУЗ ПК "Кишертская ЦРБ" (78,5%), ГБУЗ ПК "Чернушинская РБ" (73,2 %), ГБУЗ ПК "Куединская ЦРБ" (71,9%), ГБУЗ ПК «ГКБ им. С.Н. Гринберга» (70,6 %). Лидерами по выполнению годового плана среди медицинских

организаций иных форм собственности за 2021 год стали: ФГБОУ ВО "ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера" (108,1%), ФГБУЗ "ПКЦ ФМБА России" (89,5%), ООО "Доктор Айболит" г. Кунгур (80,2 %), ООО "Елизаветинская больница" (69,1%), ООО «Усть-Качкинская СВА» (64,9 %).

Среди граждан, закончивших I этап диспансеризации, результаты следующие:

I группа здоровья (не выявлены хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения, установлен низкий и умеренный сердечно-сосудистый риск) – 10,8% (2020 г. – 13,7%) (РФ 26,0%);

II группа здоровья (не выявлены хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения, установлен высокий и очень высокий сердечно - сосудистый риск) – 13,4% (2020 г. - 15,1%) (РФ 16,0%);

IIIа группа здоровья (выявлены хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения) – 64,5% (2020 г. – 60,3%) (РФ 47,0%);

IIIб группа здоровья (выявлены иные заболевания, требующие диспансерного наблюдения) – 11,2% (2020 г.- 10,9%) (РФ 11,0%).

Таким образом, в сравнении с 2020 и 2019 гг., сохраняется тенденция снижения числа граждан с I группой состояния здоровья («здоровых» граждан) и увеличение числа граждан с III группой состояния здоровья (граждан с хроническими заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения). По результатам диспансеризации в Пермском крае в 2,5 раза меньше граждан с I группой здоровья и почти в 1,5 раза больше граждан с хроническими заболеваниями в сравнении со среднероссийскими значениями.

По выполнению годового плана проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения показатели крайне низкие. Так в 2021 году уровень составил 23,2 % (2020 г. 26,4%). И только 2 медицинские организации выполнили план более, чем на 50%: ГБУЗ ПК "Кишертская ЦРБ" (64,8%) и ГБУЗ ПК "ГКБ им. С.Н. Гринберга" (52,6 %). Около 50% охвата в ГБУЗ ПК "Карагайская ЦРБ" (45,4%), остальные намного меньше.

Система организации оказания профилактической медицинской помощи с применением информационно-коммуникационных технологий позволит обеспечить создание и функционирование сервиса единой нормативно-справочной информации, а также планировать и своевременно проводить комплекс основных профилактических мероприятий (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры), в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний или состояний.

Для осуществления эффективной диспансеризации населения на современном этапе необходимо:

- рациональное использование материальных и трудовых ресурсов учреждений здравоохранения;
- проведение научных исследований по данному вопросу;
- разработка единой унифицированной информационной системы учета диспансеризации населения;
- утверждение нормативных актов, системно регламентирующих диспансерную работу среди населения;
- интенсификация работы по популяризации концепта здорового образа жизни.

В настоящих условиях важным является создание механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер (рисунок 3.5). В основу механизма положен иерархический принцип соподчиненности уровней управления с доминированием функционального предназначения.

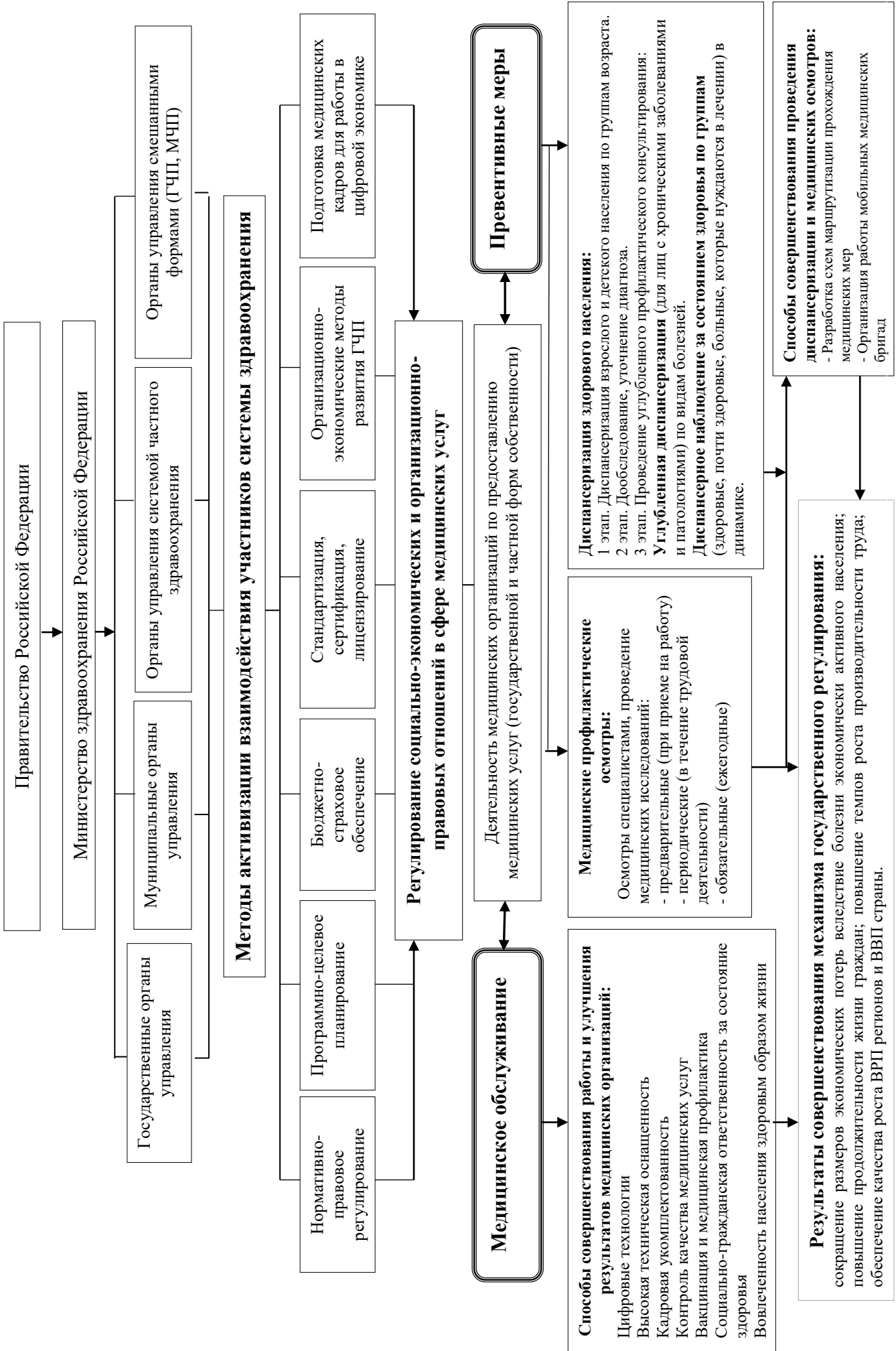


Рисунок 3.5 – Механизм государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер Источник: составлено автором

На основе проведенных исследований считаем необходимым выделить такие важнейшие методы активизации взаимодействия участников системы здравоохранения: метод нормативно-правового регулирования; метод программно-целевого планирования; метод бюджетно-страхового обеспечения; стандартизация, сертификация, лицензирование; организационно-экономические методы развития ГЧП; подготовка медицинских кадров для работы в цифровой экономике.

Указанные группы методов оказывают воздействие на деятельность медицинских организаций по предоставлению медицинских услуг (государственной и частной форм собственности).

Основными инструментами администрирования методов в области охраны здоровья являются:

- разработка и контроль выполнения государственных программ по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи;
- контроль деятельности муниципальной и частной систем здравоохранения;
- аккредитация больничных учреждений;
- выдача лицензий на оказание медицинских услуг;
- регулирование цен на медицинские услуги;
- применение санкций;
- подготовка и планирование необходимого количества кадров;
- аттестация медицинских работников;
- установление стандартов;
- формирование и использование эффективной системы медицинской статистической отчетности;
- сертификация медицинских услуг;
- выдача разрешений на применение новых технологий и лекарств;
- организация и обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора за медицинскими учреждениями;

– установление квот на дорогостоящие операции (обязательство государства оплатить медицинскому учреждению высокотехнологичную медицинскую помощь, которую оно оказало больному).

Использование административных методов способствует сохранению социальной справедливости и доступности благ, а также регулирует асимметрию информации на рынке медицинских услуг.

Важным аспектом функционирования эффективного механизма регулирования сферы здравоохранения, особенно в условиях реформирования, является создание совершенной нормативно-правовой базы.

Для уменьшения нагрузки на бюджет важно использование социально-мотивационных методов, способствующих заинтересованности граждан в поддержке, укреплении, сохранении своего здоровья и увеличении ответственности за свое здоровье. Поэтому важно выделить следующие инструменты социально-мотивационных методов государственного регулирования медицины:

- социальная адаптация и реабилитация;
- разъяснение политики здравоохранения;
- государственные социальные программы и гарантии, социальное страхование;
- размещение в Интернете информации о деятельности учреждений медицины, о состоянии здоровья населения, развитие отрасли;
- информирование о результатах оценки эффективности государственного регулирования медицинской отрасли;
- предоставление информации в виде проведения семинаров и консультаций;
- привлечение граждан к участию в управлении отраслью, взаимные обязательства между производителями и потребителями медицинских услуг;
- развитие телемедицины;
- внедрение методов морального убеждения (мотивации).

Методы морального стимулирования и убеждения опираются на морально-этические нормы общества, взаимопонимание, взаимоуважение, сотрудничество. Необходимо, чтобы сами граждане были заинтересованы в поддержке, укреплении и сохранении своего здоровья. Каждый гражданин уделяет внимание своему здоровью и создает вокруг себя здоровое окружение.

Существенное место в механизме государственного регулирования медициной занимают экономические методы, поскольку до сих пор основным инструментом государственного регулирования сферы здравоохранения государства является бюджет. Обеспечение медицинской отрасли финансовыми ресурсами – это главный фактор, способствующий эффективному развитию отрасли в условиях современности. Главным направлением государства в регулировании сферы здравоохранения должно быть совершенствование существующей системы обеспечения финансовыми ресурсами отрасли и поиск новых источников финансирования, в частности в виде добровольного медицинского страхования и больничных касс. Привлечение дополнительных источников финансирования медицинской отрасли будет способствовать развития системы медицинского страхования.

Экономические методы государственного регулирования дают возможность создавать условия, которые заставляют субъектов рынка действовать в необходимом для общества направлении, решая те или иные задачи. Сюда следует отнести:

- обеспечение финансирования отрасли за счет бюджетных средств;
- централизованные торги на поставку медицинского оборудования и материалов;
- финансирование целевых программ здравоохранения (Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [87] (далее – Госпрограмма) утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и региональные



государственные программы субъектов федерации по развитию здравоохранения в регионе);

- реализация налоговой политики, включая налоговые льготы;
- покупка нового оборудования;
- проведение инновационной политики;
- осуществление амортизационной политики;
- регулирование финансовых потоков деятельности организаций

государственного сектора.

Основная деятельность органов государственной власти РФ и ее субъектов направлена на социально-экономическое развитие регионов (СЭР), следовательно, и государства в целом. Сегодня одной из актуальных проблем СЭР является реконструкция, модернизация и строительство объектов транспортной, энергетической, социальной и других сфер. Причинами ее возникновения послужили дефицит регионального и местного бюджетов, сокращение объема выделяемых средств из федерального бюджета. На сегодняшний день согласно мировой практике одним из эффективных механизмов решения данных вопросов считается форма взаимодействия представителей публичной власти (Российской Федерации, субъектов Российской Федерации или муниципальных образований) и частного (бизнес) секторов – государственно-частное партнерство, муниципально-частное партнерство, которое способствует привлечению частных инвесторов в инфраструктурные проекты и проекты социального значения тоже.

Комплексное применение указанных групп методов должно быть направлено на регулирование социально-экономических и организационно-правовых отношений в сфере медицинских услуг. Здесь подчеркнем, что в диссертации в основу совершенствования механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг положена необходимость реализации потенциала превентивных мер на основе диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Превентивные и профилактические меры включают:

1. Диспансеризация:

– диспансеризация здорового населения: 1 этап – диспансеризация взрослого и детского населения по группам возраста; 2 этап – дообследование, уточнение диагноза; 3 этап – проведение углубленного профилактического консультирования;

– углубленная диспансеризация (для лиц с хроническими заболеваниями и патологиями) по видам болезней;

– диспансерное наблюдение за состоянием здоровья по группам (здоровые, почти здоровые, больные, которые нуждаются в лечении) в динамике.

2. Медицинские профилактические осмотры (осмотры специалистами, проведение медицинских исследований):

– предварительные (при приеме на работу)

– периодические (в течение трудовой деятельности)

– обязательные (ежегодные).

В целях совершенствования проведения диспансеризации и медицинских осмотров необходимо осуществить разработку схем маршрутизации прохождения медицинских мер; организацию работы мобильных медицинских бригад.

Разработанный в диссертации механизм государственного регулирования сферы медицинских услуг направлен на сокращение размеров экономических потерь вследствие болезни экономически активного населения; повышение продолжительности жизни граждан; повышение темпов роста производительности труда; обеспечение качества роста ВРП регионов и ВВП страны.

### 3.3 Прогнозирование развития сферы медицинских услуг на основе совершенствования государственного регулирования

Прогноз развития сферы медицинских услуг формировался с применением эконометрического моделирования динамики развития сферы медицинских услуг. На начальном этапе проведения качественного анализа изучаемых экономических процессов государственного регулирования подобраны показатели, которые отражают результаты влияния мер регулирования сферы медицинских услуг:

- Заболеваемость населения (тыс. чел.);
- Объемы финансирования (млрд. руб.);
- Смертность населения;
- Экономические потери (млрд. руб.);
- ВРП (млрд. руб.).

Для установления взаимосвязей между факторами формирования основных показателей построена корреляционная матрица (таблица 3.3).

Полученные результаты – парные коэффициенты корреляции Пирсона – показывают тесноту и направление связи между двумя показателями. Наиболее сильная обратная связь наблюдается между показателями объема финансирования и заболеваемостью населения; экономическими потерями и заболеваемостью населения; ВРП и заболеваемостью населения; смертностью трудоспособного населения и ВРП.

Сильная прямая связь наблюдается между показателями экономических потерь и объемов финансирования, между ВРП и объемом финансирования; между ВРП и экономическими потерями. Коэффициенты корреляции в то же время указывают только на то, что между этими показателями есть линейная связь, но они не указывают на причинную связь, то есть, какой из показателей является эндогенной (зависимой) переменной, а какой экзогенной (влияющей) переменной. Также возможно, что между некоторыми показателями взаимосвязи может совсем не быть (ложная корреляция), либо она может оказаться не такой

сильной (уменьшение значения коэффициента корреляции может быть связано с тем, что на связь между рассматриваемыми показателями, возможно, оказывают влияние другие факторы, которые также коррелируют одновременно с обоими факторами, либо наблюдается автокорреляция между текущими и предыдущими значениями показателей).

Таблица 3.3 – Парные коэффициенты корреляции связи между показателями состояния сферы медицинских услуг Пермского края

	Заболеваемость населения (тыс. чел.)	Объемы финансирования (млрд руб.)	Смертность населения (чел.)	Смертность трудоспособного населения (чел.)	Экономические потери (млрд руб.)	ВРП (млрд руб.)
Заболеваемость населения (тыс. чел.)	1,0000					
Объемы финансирования (млрд руб.)	-0,8755	1,0000				
Смертность населения (чел.)	-0,4611	0,2788	1,0000			
Смертность трудоспособного населения (чел.)	0,3443	-0,4532	0,6651	1,0000		
Экономические потери (млрд руб.)	-0,9489	0,9827	0,3384	-0,4428	1,0000	
ВРП (млрд руб.)	-0,7139	0,9240	-0,0919	-0,7163	0,8763	1,0000

Источник: составлено автором

Для исследования ложной корреляции и установления причинных связей будем рассматривать выборочные данные по каждому показателю как одну из реализаций соответствующего временного ряда и формировать эконометрические модели, показывающие взаимосвязи временных рядов и причинную следственную связь между ними.

Для представления графиков временных рядов по всем исследуемым показателям введем следующие обозначения (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Обозначения параметров моделирования

Pop_morb	Заболеваемость населения, тыс. чел.
Vol_fund	Объемы финансирования, млрд руб.
Pop_mor	Смертность населения, чел.
Pop_abl_bod	Смертность трудоспособного населения, чел.
Econ_los	Экономические потери, млрд руб.
GRP	ВВП, млрд руб.

Источник: составлено автором

Рассмотрим зависимость между заболеваемостью населения (*Pop\_morb*) и объемами финансирования (*Vol\_fund*).

Выдвинем *гипотезу H1*: чем выше объемы финансирования, тем ниже заболеваемость населения. Для проверки гипотезы исследуем графики рядов, их автокорреляционные функции (ACF) частные автокорреляционные функции (PACF), представленные на рисунках 3.6, 3.7 На графиках отчетливо прослеживается разнонаправленность рядов: один возрастающий, другой убывающий и в обоих случаях наблюдается трендовая составляющая, следовательно, ряды не стационарны. То, что ряды не стационарны, подтверждается и графиками функций ACF и PACF (рисунок 3.7).

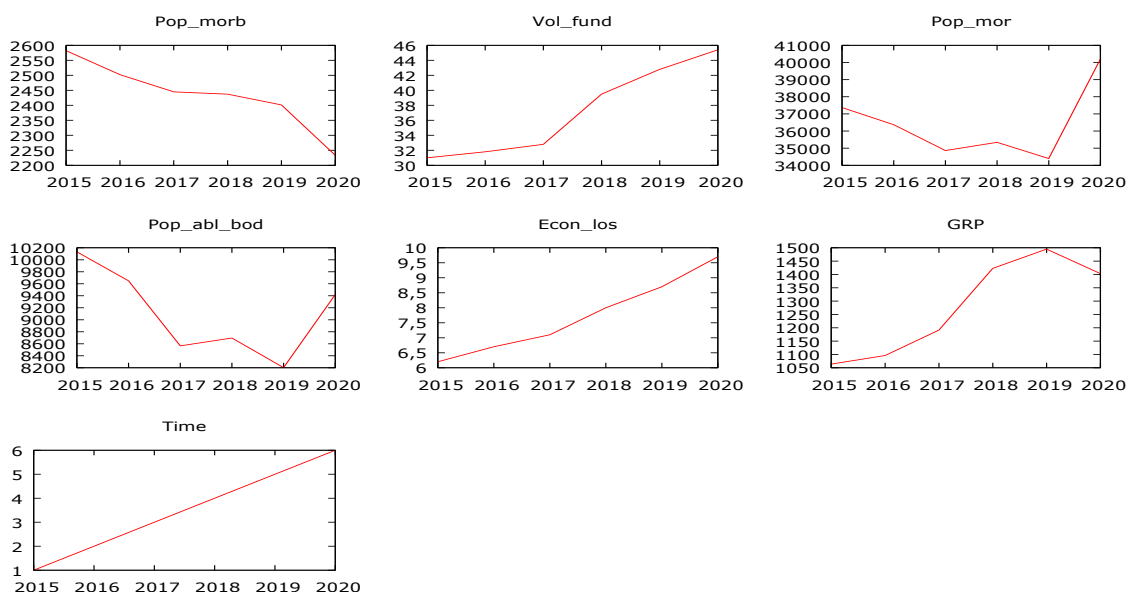


Рисунок 3.6 – Графики исследуемых временных рядов

Источник: рассчитано автором

Автокорреляционные функции для временных рядов заболеваемости населения и финансирования медицинских услуг представлены на рисунках 3.7, 3.8.

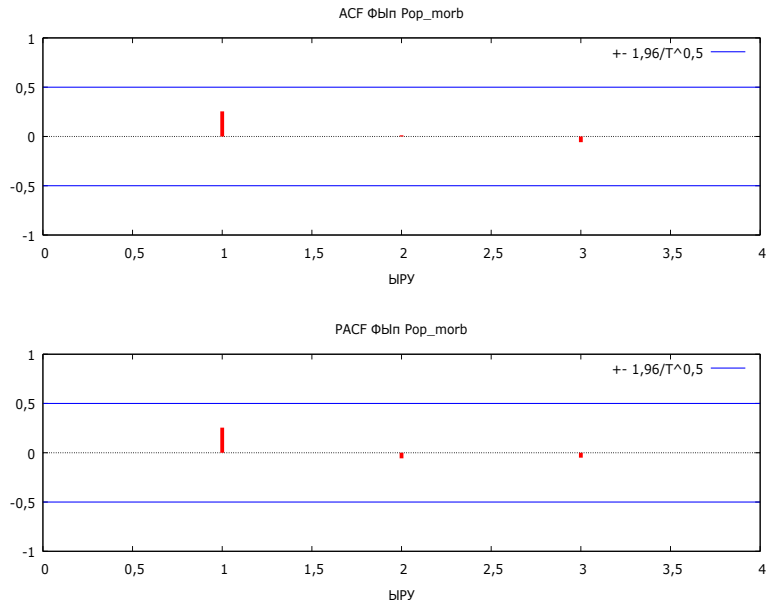


Рисунок 3.7 – Автокорреляционная функция (ACF) и частная автокорреляционная функция (PACF) для показателя заболеваемости (Pop\_morb)

Источник: рассчитано автором

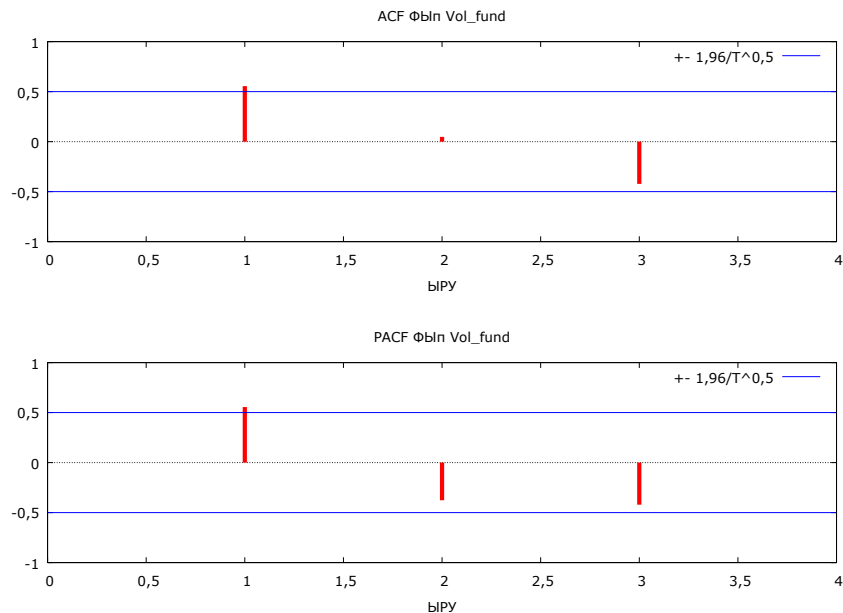


Рисунок 3.8 – Автокорреляционная функция (ACF) и частная автокорреляционная функция (PACF) для показателя объемов финансирования (Vol\_Fund)

Источник: рассчитано автором

В таблице 3.5 приведены результаты теста Энгла-Грейнджера, представленного в Приложении В.

Таблица 3.5 – Результаты теста Энгла-Грейнджера, показывающие проверку на коинтеграцию временных рядов объемов финансирования и заболеваемости населения

Шаг 1: тестирование единичного корня для Pop_morb	Шаг 2: тестирование единичного корня для Vol_fund	Шаг 3: коинтеграционная регрессия		Шаг 4: тестирование единичного корня для uhat
асимпт. р- значение 0,9942	асимпт. р- значение 0,9437	Коэффициент const	Р-значение 5,92e-05	асимпт. р-значение 1,324e-046
		Vol_fund	0,0223	
		R-квадрат	Испр. R-квадрат	
		0,766530	0,708163	

Источник: рассчитано автором

Коинтеграционная регрессия:  $\widehat{Pop\_morb}_t = \hat{a} + \hat{b} Vol\_fund_t$

Значение р-статистики при проверке гипотезы о зависимости уровня заболевания населения Пермского края от объемов финансовых вложений в медицинские услуги и гипотезы об обратной зависимости значительно меньше 0,001, поэтому можно утверждать наличие взаимосвязи между этими рядами. Результаты теста показывают, что ряды коинтегрированы, и дифференцировать ряды не стоит, так как потеряется вся информация о долговременной связи между уровнями этих рядов. Следовательно, гипотеза H1 подтвердилась. То есть, причина изменения уровня заболеваемости населения определяется обратной связью с уровнем финансирования медицинских услуг и оценочное уравнение регрессии будет таким:

$$\widehat{Pop\_morb}_t = 3048,96 - 16,54 Vol\_fund_t \quad R^2 = 0,77 \quad (3.1).$$

Уравнение является значимым,  $R^2 = 0,77$ .

Дадим экономическую интерпретацию коэффициенту при регрессоре: при увеличении объемов финансирования на 1 млрд руб. заболеваемость населения в среднем уменьшится на 16,5 тыс. чел. Таким образом, можно говорить о том, что

объем финансирования в целом влияет на показатель заболеваемости населения. Выделенные дополнительные деньги идут на профилактические мероприятия, на раннее выявление заболевания, что, безусловно снижает уровень заболеваемости. Данное уравнение можно интерпретировать как долгосрочное равновесное соотношение между переменными.

Проведем прогноз заболеваемости населения, в зависимости от объемов финансирования медицинских услуг. Для этого предварительно рассмотрим динамику объемов финансирования во времени. Получили уравнение регрессии (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Оценочное уравнение регрессии: зависимость объемов финансирования от времени

Метод	Зависимая переменная	Коэффициенты	Р-значение	Р-квадрат
МНК	Vol_fund	Const 26,0467 Time 3,19143	<0,0001 0,0017	0,933942

Источник: рассчитано автором

Подставив в уравнение (3.1) прогнозную оценку для объемов финансирования, получим прогноз на 2022-2030 годы (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Прогноз заболеваемости населения Пермского края на 2022-2030 гг., тыс. чел.

Годы	Прогноз заболеваемости населения	Темпы снижения заболеваемости населения, %
2022	2195,9	2,41
2023	2143,2	2,46
2024	2090,5	2,52
2025	2037,7	2,59
2026	1984,9	2,66
2027	1932,2	2,73
2028	1879,4	2,81
2029	1826,7	2,88
2030	1773,9	2,98

Источник: рассчитано автором



Необходимо отметить, что прогноз является точечным и предполагает, что и в будущем тенденция, определенная данным оценочным уравнением, сохранится. Рассчитаем ошибку прогноза, используя средний абсолютный процент ошибки или иначе среднюю абсолютную ошибку прогноза в процентах (Mean Absolute Percentage Error, MAPE) по формуле (3.2):

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{e_t}{y_t} \right| \times 100\%, \quad (3.2)$$

где  $e_t = y_t - \hat{y}_t$  – ошибка прогноза,  $y_t$  – фактические значения из выборки,  $\hat{y}_t$  – прогнозные значения,  $n$ -число наблюдений в выборке, в нашем случае  $n=6$ .

Результаты расчета приведены в следующей таблице 3.8.

Таблица 3.8 – Расчет прогнозных значений заболеваемости, в зависимости от объемов финансирования

Прогнозные значения заболеваемости в зависимости от объемов финансирования	Фактические значения заболеваемости в 2015-2020 г.г.	Ошибка прогноза (e)	$\left  \frac{e_t}{y_t} \right $
2565,3304	2582,2	-16,8696	0,006533034
2512,5678	2502,2	10,3678	0,004143474
2459,8052	2444,8	15,0052	0,006137598
2407,0426	2437,2	-30,1574	0,01237379
2354,28	2401,3	-47,02	0,01958106
2301,5174	2233,3	68,2174	0,03054556
	$\sum_{i=1}^n \left  \frac{e_t}{y_t} \right $	=	0,079314516
	$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left  \frac{e_t}{y_t} \right $	=	0,013219086

Источник: рассчитано автором

Считается, если  $MAPE < 10\%$ , то модель можно признать хорошей. В нашем случае  $MAPE=1,32\%$ .

Следующая проверяемая гипотеза  $H2$ : при снижении заболеваемости населения снижаются экономические потери.

Для ее подтверждения рассмотрим причинную взаимозависимость между экономическими потерями (затратами) и заболеваемостью населения. Аналогично

предыдущему исследованию проведем тест на коинтеграцию. Ряды коинтегрированы (Приложение В), следовательно, экономические потери существенно связаны с заболеваемостью населения.

Коинтеграционная регрессия  $\widehat{Pop\_morb}_t = \hat{a} + \hat{b} Econ\_los_t$

Оценочное уравнение регрессии имеет вид (3.3):

$$\widehat{Pop\_morb}_t = 3082,90 - 83,97 Econ\_los_t \quad (3.3)$$

Оценочное уравнение регрессии показывает, что снижение экономических потерь на 1 млрд. руб. в среднем обеспечивается при снижении заболеваемости населения на 83,97 тыс. чел. Таким образом, гипотеза H2 подтвердилась.

Для дальнейшего прогнозирования рассмотрим поведение временного ряда «экономические потери» в динамике в зависимости от влияния фактора времени. Было рассмотрено несколько вариантов влияния временного фактора. Выбрано значимое уравнение с наибольшим значением  $R^2$ .

1 вариант. В качестве влияющего фактора рассмотрена переменная  $t$ , получено значимое уравнение регрессии:  $\widehat{Econ\_los}_t = 5,29 + 0,69 t$ ,  $R^2 = 0,98$ .

2 вариант. Рассмотрим изменение временного ряда «экономические потери» в зависимости от прошлых значений времени с лагом, равным единице, использован метод Кохрана-Оркатта (Cochrane-Orcutt) (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Изменение временного ряда «экономические потери» в зависимости от влияния фактора времени

Метод	Зависимая переменная	Коэффициенты	Р-значение	R-квадрат	
МНК	Econ_los	Const	5,51089	0,0004	0,996451
		Time_1	0,821924	0,0013	

Источник: рассчитано автором

Отметим, что коэффициент детерминации увеличился, уравнение значимо, следовательно, для прогнозирования лучше использовать 2 вариант:

$$\widehat{Econ\_los}_t = 5,76 + 0,76 (t - 1), R^2 = 0,9837 \quad (3.4)$$

Рассчитаем прогнозные оценки для показателя «заболеваемость», в зависимости от показателя «экономические потери». Для этого подставим в уравнение (3.3) оценочные значения показателя «экономические потери» уравнения (3.4). Полученные точечные прогнозные оценки представлены в 3.10.

Таблица 3.10 – Прогноз заболеваемости населения Пермского края, в зависимости от экономических потерь на 2022-2030 гг., тыс. чел.

Годы	Прогноз заболеваемости населения в зависимости от экономических потерь	Темпы снижения заболеваемости населения, %
2022	2088,7	3,06
2023	2024,9	3,15
2024	1961,1	3,25
2025	1897,2	3,37
2026	1833,4	3,48
2027	1769,6	3,61
2028	1705,8	3,76
2029	1642,0	3,89
2030	1578,2	4,04

Источник: составлено автором

Рассчитанные значения ошибки прогноза, используя показатель *MAPE*, отражены в таблице 3.11.

Таблица 3.11 – Результаты расчета ошибки прогноза заболеваемости в зависимости от экономических потерь, %

Прогнозные значения заболеваемости в зависимости от Экономических потерь	Фактические значения заболеваемости в 2015-2020 г.г.	Ошибка прогноза ( $e_t$ )	$\left  \frac{e_t}{y_t} \right $
2535,4156	2582,2	46,7844	0,018118039
2471,5984	2502,2	30,6016	0,012229878
2407,7812	2444,8	37,0188	0,015141852
2343,964	2437,2	93,236	0,038255375
2280,1468	2401,3	121,1532	0,050453171
2216,3296	2233,3	16,9704	0,0075988
		$\sum_{i=1}^n \left  \frac{e_t}{y_t} \right $	= 0,141797115
		$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left  \frac{e_t}{y_t} \right $	=0,023632852

Источник: рассчитано автором

Следующая проверяемая гипотеза  $H3$ : чем выше темпы объемов финансирования, тем ниже экономические потери.

Для подтверждения этой гипотезы рассмотрим модель зависимости показателя «заболеваемость населения» от совместного влияния показателей «объемы финансирования» и «экономические потери». Поскольку оба последних показателя коинтегрированы с показателем «заболеваемость населения», то считается возможным оценить модель множественной линейной регрессии вида:

$$Pop\_morb_t = b_0 + b_1 Vol\_fund_t + b_2 Econ\_los_t + \varepsilon_t \quad (3.5)$$

Оценка влияния показателей «объемы финансирования» и «экономические потери» на «заболеваемость населения» показана в таблице 3.12.

Таблица 3.12 – Оценка совместного влияния показателей «объемы финансирования» и «экономические потери» на «заболеваемость населения»

Метод	Зависимая переменная	Коэффициенты	P-значение	R-квадрат		
МНК	Pop_morb	Const	3032,51	<0,0001	0,994632	
		Vol_fund	31,3006			0,0054
		Econ_los				0,0015
			-228,092			

Источник: рассчитано автором

Согласно полученным результатам (таблица 3.12) оценочное уравнение регрессии значимо ( $R^2 = 0,99$ ), коэффициенты значимы (большие значения t-статистики), но знак коэффициента при показателе «экономические потери» стал отрицательным (коэффициент корреляции положителен), а знак коэффициента при показателе «объем финансирования», наоборот, стал положительным (соответствующий коэффициент корреляции отрицательный). В то же время коэффициент корреляции между обоими показателями высокий и равен 98,27%, все эти наблюдения указывают на наличие мультиколлинеарности в модели. Несмотря на высокую значимость, для анализа эта модель не пригодна.

Исследуем отдельно показатели «объем финансирования» и «экономические потери». Коэффициент корреляции между ними показывает их сильную зависимость, также и качественный анализ этих показателей, проведенный в

предыдущих главах подтверждает их коррелированность. Определим природу этой взаимозависимости, для этого перейдем к темпам роста (снижения) этих показателей и построим соответствующий график за период анализа 2016-2020 гг. (рисунок 3.9).

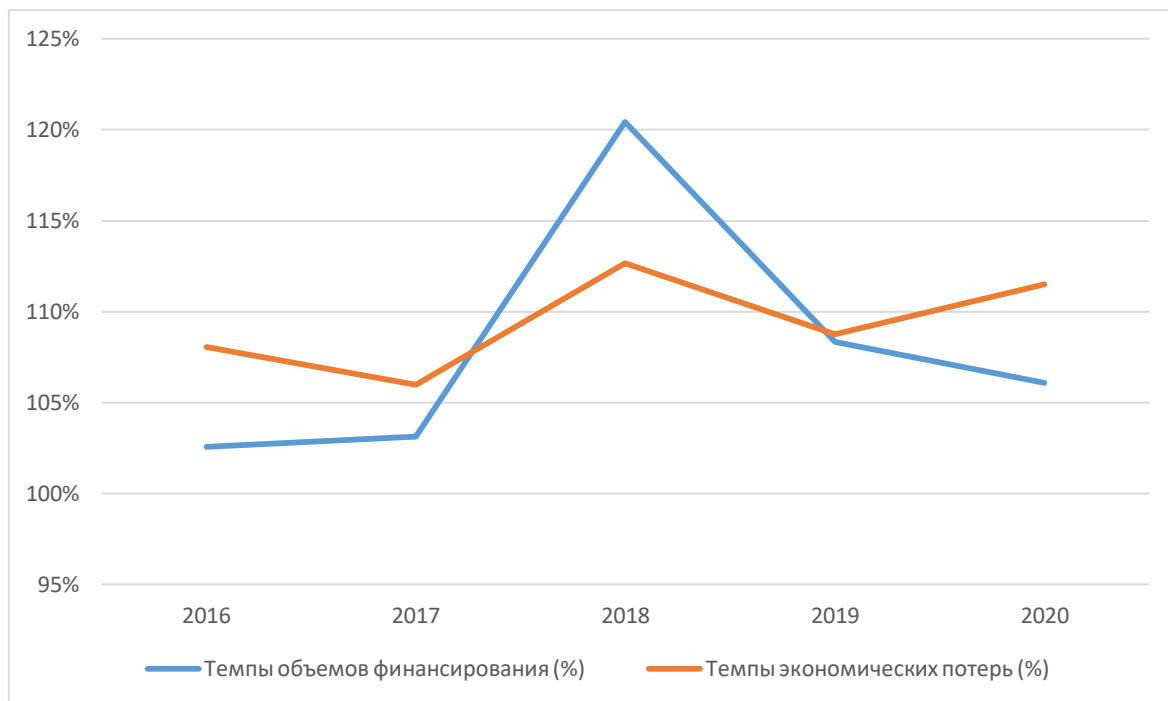
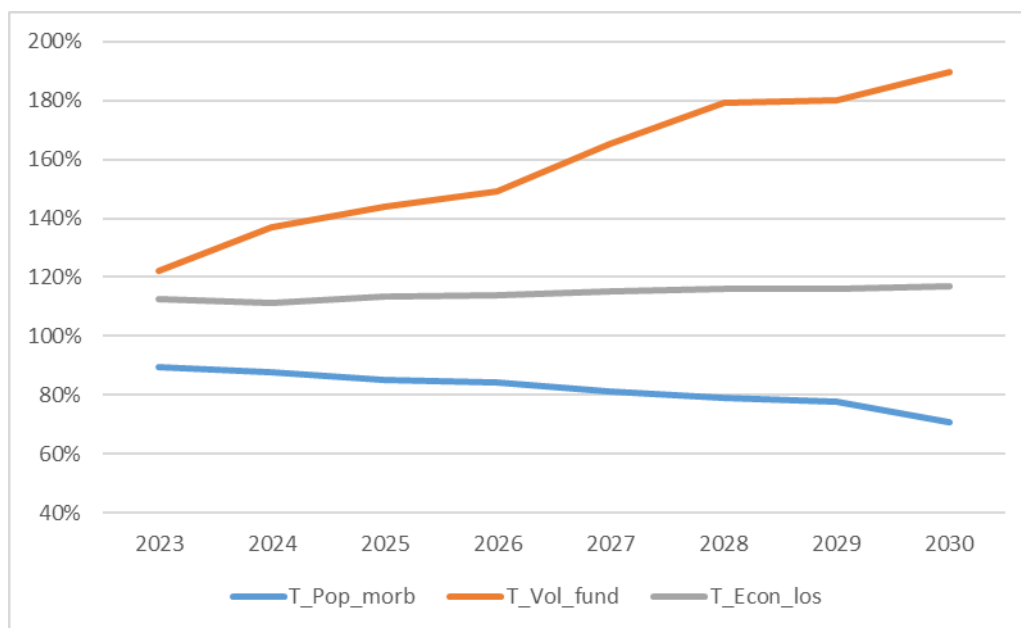


Рисунок 3.9 – Взаимосвязь темпов роста объемов финансирования и экономических потерь

Как видно из рисунка 3.9, имеет место подтверждение гипотезы о том, что, чем выше объем финансирования сферы медицинских услуг, тем меньше экономические потери. График хорошо объясняет взаимосвязь показателей, а именно: темпы роста экономических потерь выше в тех временных интервалах, где темпы объемов финансирования сферы медицинских услуг ниже. Как только темпы объемов финансирования повышаются, так темпы экономических затрат становятся ниже. Отсюда следует вывод, что темпы объемов вложений в сферу медицинских услуг не только не должны снижаться, а должен поддерживаться их постоянный рост. Таким образом, рост объемов финансирования сферы медицинских услуг влияет на сокращение экономических потерь населения.

На рисунке 3.10 представлены прогнозные темпы изменений объемов финансирования, экономических потерь и уровня заболеваемости населения Пермского края на период 2023-2030 гг.



- Заболеваемость населения, тыс. чел.
- Объемы финансирования, млрд руб.
- Экономические потери, млрд руб.

Рисунок 3.10 – Прогнозные темпы изменений объемов финансирования, экономических потерь и уровня заболеваемости населения Пермского края, %

Источник: рассчитано автором

Проведя эконометрическое исследование значимых факторов, связанных со сферой оказания медицинских услуг во временном интервале 2015-2020 гг., в диссертации подтверждены выдвинутые нами гипотезы:

1. Подтверждена гипотеза Н1 об обратной связи между объемами финансирования сферы услуг и заболеваемостью населения: чем выше объемы финансирования, тем ниже заболеваемость населения. На основании полученной модели сделан прогноз при условии, что все тенденции данного интервала будут сохраняться и в будущем.

2. Подтверждена гипотеза Н2 о наличии связи между экономическими потерями и заболеваемостью населения: при снижении заболеваемости населения

снижаются экономические потери, при условии, что все тенденции данного интервала будут сохраняться и в будущем.

3. Подтверждена гипотеза НЗ о том, что чем выше темпы объемов финансирования сферы медицинских услуг, тем ниже темпы роста экономических потерь, которые, как показано, тесно связаны с показателем заболеваемости населения.

В Пермском крае уделяется пристальное внимание к объемам финансирования медицинских услуг, в то же время проведенный анализ показал, что в современных условиях необходимо увеличивать темпы финансирования медицинских услуг, так как это оказывает существенное влияние на все основные показатели, характеризующие не только динамику развития сферы медицинских услуг, но и социально-экономического развития всего Пермского края в целом.

## Заключение

В диссертационной работе на основе проведенных теоретических и прикладных исследований в области совершенствования механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг сформулированы следующие выводы и рекомендации:

1. Исследуя теоретические основы государственного регулирования сферы медицинских услуг, выявлено, что развитие сферы медицинских услуг должно осуществляться в контексте национальных приоритетов социально-экономического развития государства. На основе изучения характера трансформации организационно-экономических отношений в системе государственного регулирования сферы медицинских услуг предложен теоретический подход к организационному обеспечению государственного регулирования сферы медицинских услуг на основе выделения уровней взаимосвязей и направлений государственного регулирования, что позволяет определить стратегические направления развития сферы медицинских услуг определенного региона. Обосновано, что одним из стратегических направлений совершенствования механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг является реализация превентивных мер по проведению диспансеризации, профосмотров граждан на системной основе, что позволит сократить размеры экономических потерь вследствие болезни экономически активного населения; повысить продолжительность жизни граждан, темпы роста производительности труда; обеспечить качество роста ВРП регионов и ВВП страны в целом.

2. Анализ состояния развития сферы медицинских услуг на мировом и отечественном уровнях показал особую значимость реализации превентивных мер по предупреждению роста заболеваемости в системе государственного регулирования. Рост заболеваемости населения в России, наряду с сокращением продолжительности жизни, приводит к уменьшению периода трудоспособности лиц из числа экономически активного населения. На фоне увеличения объемов



финансирования сферы медицинских услуг наблюдается неэффективное использование бюджетных средств, что сопровождается ростом экономических потерь, обусловленных, в том числе увеличением объемов выплат по больничным листам. Обоснован научно-методический подход к оценке состояния сферы медицинских услуг на основе сопоставления экономических, социальных и медицинских групп показателей, что позволяет выявить резервы сокращения размеров экономических потерь вследствие болезней лиц из числа экономически активного населения. Это способствует формированию способов повышения эффективности применяемых мер регулирования сферы медицинских услуг.

3. Важнейшим условием эффективного функционирования сферы медицинских услуг является наличие действенного инструментария регулирования происходящих процессов, заинтересованность населения, медицинских организаций, страховых компаний и государства в совершенствовании отношений взаимодействия. Выделены и обоснованы преимущества реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения: оптимизация государственного бюджета за счет привлечения дополнительных финансовых средств из иных источников, распределение рисков между партнерами, обеспечение повышения качества и доступности медицинских услуг, получение доступа к наукоемким интеллектуальным ресурсам и развитие медицины. Предложенная специализированная модель активизации взаимодействия участников процессов развития здравоохранения на основе государственно-частного партнерства в сфере медицинских услуг сформирована по направлениям актуализации законодательства, организации системы управления партнерством и стимулирования инвесторов к разработке и реализации проектов на уровне территории, включает комплекс мероприятий повышения эффективности сотрудничества выделением приоритетных направлений и отражает результаты развития на федеральном уровне и на уровне инвестора.

4. Исследование значимости превентивных мер в сохранении и улучшении здоровья населения, повышении эффективности развития сферы медицинских услуг обусловило разработку механизма государственного регулирования в сфере

медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер по профилактике заболеваний. Механизм, построенный на иерархическом принципе соподчиненности уровней управления с доминированием функционального предназначения, включает способы улучшения результатов работы медицинских организаций, совершенствование проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров при определении экономической эффективности мер государственного регулирования. Прогноз развития сферы медицинских услуг до 2030 года, сформированный с применением эконометрического моделирования на материалах Пермского края, показывает снижение заболеваемости на 3-4% и уменьшение экономических потерь при обеспечении финансирования развития сферы медицинских услуг (в расчете на 1 млрд. руб.). Расчеты обосновывают применение предложенного механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг на основе использования потенциала превентивных мер по профилактике заболеваний населения.

### Условные сокращения

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ВОП – Врач общей практики

ООН – Организация Объединенных Наций

МРТ – магнитно-резонансная томография

ФАП – фельдшерско-акушерских пункт

ГЧП – Государственно-частное партнёрство

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

УНС (universal health coverage) – универсальное медицинское обеспечение

ОМС – обязательное медицинское страхование

ДМС – добровольное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПГГ – Программа государственных гарантий

УМО – условное математическое ожидание

ДММ – динамическая многофакторная модель

МНК – метод наименьших квадратов

## Список литературы

1. Алмакаева, Р. Н. Анализ спроса на платные медицинские услуги посредством кластерного анализа / Р. Н. Алмакаева // Развитие экономики России в условиях геополитических вызовов : сб. материалов всероссийской научно-практической конференции магистрантов и аспирантов. – Москва, 2019. – С. 5–12.
2. Андреев, Ю. Н. Платные медицинские услуги : правовое регулирование и судебная практика / Ю. Н. Андреев. – Москва : Ось-89, 2007. – 400 с.
3. Артамонова, Г. В. Экономика отрасли (здравоохранение) / Г. В. Артамонова, В. Б. Батиевская, Г. Н. Царик. – Кемерово : КемГМА, 2006. – 92 с.
4. Артеменко, Д. А. Финансовые инструменты стратегии обеспечения качества и доступности медицины в России / Д. А. Артеменко, А. А. Соколов // Перспективы и ограничения устойчивого социоэкономического развития России / Д. А. Артеменко, Л. Ф. Васильева, С. К. Васильев [и др.]. – Москва ; Краснодар, 2016. – Гл. 8. – С. 203–223.
5. Ахмедуев, А. Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. –2019. – Т. 15, № 8 (377). – С. 1529-1546.
6. Ахмедуев, А. Ш. Ключевые проблемы модернизации и развития здравоохранения в регионах России / А. Ш. Ахмедуев, З.З. Абдулаева // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Институт научной информации по общественным наукам Российской академии наук; Ответственный редактор В.И. Герасимов, 2018. – С. 640-643.
7. Байнова, М. С. Бюджетно-страховое финансирование здравоохранения: проблемы и пути совершенствования / М. С. Байнова // Сотрудничество России и Китая в сфере образования, культуры и туризма в XXI в.: возможности и перспективы : сб. статей / сост. А. В. Петров ; СПбГУ. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 84–93.

8. Баландин, Д. А. Теоретико-методологические основы формирования однородных групп регионов в цифровых условиях / Д. А. Баландин, А. А. Урасова, Е. Д., Баландин // Экономика, предпринимательство и право. – 2020. – Т. 10, № 5. – С. 1481–1490.

9. Башкатова, А. Масштаб врачебных ошибок в России неизвестен / А. Башкатова. – Текст : электронный // Независимая газета. – 2018. – 15 мая. – URL: [https://nvo.ng.ru/economics/2018-05-15/4\\_7224\\_medic.html](https://nvo.ng.ru/economics/2018-05-15/4_7224_medic.html) (дата обращения: 24.12.2020).

10. Белова, Л. А. Роль системы здравоохранения в обеспечении экономической безопасности региона / Л. А. Белова, М. В. Вертий, В. Н. Малышева // Вестник Академии знаний. – 2019. – № 4 (33). – С. 52–57.

11. Большая Советская Энциклопедия. – 3-е изд. – URL: <http://bse.uaio.ru/BSE/bse30.htm>. – Текст : электронный (дата обращения: 14.11.2020)

12. Брагинский, М. И. Договорное право /, М. И. Брагинский. – 4-е изд, стер. – Москва : Статут, 2002. – Кн. 3. Договоры о выполнении работ и оказания услуг, 2002. – 1038 с.

13. Бутова, Т. Г. Качество медицинского обслуживания: методологические проблемы практической оценки / Т.Г. Бутова, Е.П. Динилина, Ю.С. Белобородова, А.А. Белобородов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22401> (дата обращения: 05.04.2019).

14. Валеахметов, Н. И. Формирование инновационной стратегии развития предпринимательской структуры кластерного типа в регионе : монография / под ред. проф. А.Н. Цацулина А.Н. – СПб.: Изд-во «Астерион», 2009. – 230 с.

15. Валеева, Г. Ф. Анализ моделей организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона / Г. Ф. Валеева // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2019. – № 2 (172). – С. 17–23.

16. Велиева, А. Д. Влияние факторов внешней среды на деятельность частной медицинской организации / А. Д. Велиева // Молодой ученый. – 2015. – № 13. – С. 366–368.

17. Верх, Ю. А. Общественное здоровье и здравоохранение. Состояние и деятельность системы здравоохранения РФ / Ю. А. Верх. – Текст : электронный // Исследовано в России. – 2015. – URL: <http://wume.ru/raznoe/8-1/306-sostoyanie-i-deyatelnost-sistemy-zdravooxraneniya-rf> (дата обращения: 22.01.2018).

18. Власова, О. В. Ресурсное обеспечение медицинской организации как фактор повышения качества медицинских услуг // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2019. – Т. 8, № 4 (29). – С. 99-102.

19. Власова, О. В. Исследование удовлетворенности потребителей платными медицинскими услугами // Региональный вестник. – 2020. – № 17 (56). – С. 56-57.

20. Власова, О. В. К вопросу обеспеченности медицинской организации кадрами // Региональный вестник. – 2020. – № 4 (43). – С. 91-93.

21. Всеобщий охват услугами здравоохранения. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (дата обращения: 24.12.2020).

22. В России оказалась самая низкая продолжительность здоровой жизни в Европе, 18.10.2020. - Режим доступа: <https://ria.ru/20201018/zhizn-1580324081.html> (дата обращения: 13.02.2022).

23. Гайдар, М. Е. Разбор полётов / М. Е. Гайдар. – URL: <https://echo.msk.ru/sounds/stream.html> (дата обращения: 14.12.2020).

24. Герасимов, П. А. Специфика международного рынка медицинских услуг в условиях глобализации / П. А. Герасимов // Российское предпринимательство. – 2013. – Т. 14, № 20. – С. 144–151.

25. Гражданский Кодекс Российской Федерации : Федеральный закон от 18.12.2006 № 230-ФЗ. Ч. 4. – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <https://base.garant.ru/10164072/7d7b9c31284350c257ca3649122f627b/> (дата обращения: 26.05.2019).

26. Гражданское право : учеб. / под ред. А. П. Сергеева, Ю. К. Толстого. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Проспект, 2001. – 736 с.

27. Данилина, Е. П. Методические проблемы исследования оценки качества медицинских услуг / Е. П. Данилина, А. А. Белобородов, Ю. С. Белобородова // Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. – Т. 1, № 18. – С. 432-438.

28. Данилов, А. И. Реформирование системы здравоохранения в современной России / А. И. Данилов, А. С. Бизенков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 202–205.

29. Дата, И. С. Медицинские услуги как товар медицинского рынка // В мире науки. Серия Познание. – 2017. – №1–2. – Режим доступа: <http://www.nauteh-journal.ru/files/c2a99fce-ec0b-46fd-b378-b0e1e013c0f1>

30. Денисова, А. В. Разграничение полномочий между ФНС России и государственными внебюджетными фондами при осуществлении полномочий по администрированию страховых взносов / А. В. Денисова, М. В. Сапарова // Сфера знаний: структурные преобразования и перспективные направления развития научной мысли. – Казань, 2018. – С. 61–66.

31. Деньги в медицину: насколько активно бизнес участвует в ГЧП-проектах в сфере здравоохранения. – Текст : электронный // Национальный центр государственно-частного партнерства. – URL: <https://pppcenter.ru/press-tsentr/novosti/dengi-v-meditsinu-naskolko-aktivno-biznes-uchastvuet-v-gchp-proektakh-v-sfere-zdravookhraneniya-i-sa/> (дата обращения: 26.05.2020).

32. Евдокимова, Е. Г. Процессно-ориентированное управление качеством услуг в здравоохранении: дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05 / Е. Г. Евдокимова. – М., 2016. – 73 с.

33. Егорова, М. А. Соотношение категорий «регулирование» и «управление» в гражданско-правовых отношениях / М. А. Егорова. – Текст : электронный // Предпринимательство и право : информационно-аналитический портал. – URL: <http://lexandbusiness.ru/view-article.php?id=4190> (дата обращения: 26.05.2020).

34. Ермакова, С. Э. Основные аспекты роботизации бизнес-процессов в сфере услуг здравоохранения / С.Э. Ермакова, И.Е. Ковязин // Вопросы инновационной экономики. – 2020. – Т. 10, № 1. – С. 433-448.

35. Ермакова, С. Э. Возможности использования международного опыта управления системой здравоохранения, включая государственно-частное партнерство и аутсорсинг / С. Э. Ермакова, А. А. Сальников // Российское предпринимательство. – 2016. – Т. 17, № 6. – С. 811-822.

36. Ермакова, С. Э. К вопросу о перспективах развития экономики здравоохранения / С. Э. Ермакова, И.Е. Ковязин // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция. – 2019. – № 4. – С. 85-91.

37. [ИСО = ISO. Международная организация по стандартизации] : сайт. – URL: <https://www.iso.org/ru/home.html> (дата обращения: 08.12.2020). – Текст : электронный.

38. Журавлева, Е. ISO выпустила первые международные стандарты для акупунктуры / Е. Журавлева. – Текст : электронный // VADEMECUM. – 2014. – 19 февраля. – URL: [https://vademec.ru/news/2014/02/19/iso\\_vypustila\\_pervye\\_mezhdunarodnye\\_standarty\\_dlya\\_akupunktury/](https://vademec.ru/news/2014/02/19/iso_vypustila_pervye_mezhdunarodnye_standarty_dlya_akupunktury/) (дата обращения 20.08.19).

39. Заморская, Н. Залечили до смерти: за что сажают врачей / Заморская. – Текст : электронный // Газета.Ру. – 2018. – 31 января. – URL: <https://www.gazeta.ru/social/2018/01/30/11630887.shtml> (дата обращения: 22.04.2019).

40. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. – Текст : электронный // Московский областной центр общественного здоровья и медпрофилактики. – URL: <https://mpmo.ru/content/2011/04/Здоровье-2020.pdf> (дата обращения: 29.08.2020).

41. 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.

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

43. ЗнайБизнес.Ру : портал для предпринимателей. – URL: <http://znaybiz.ru/fondy/fss-ffoms/vnosy/administrirovanie-v-fns.html> (дата обращения: 15.01.2020). – Текст : электронный.



44. Иванов, И. В. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике / И. В. Иванов, Д. Т. Шарикадзе, С. В. Боброва // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 4. – С. 35–43.

45. Интернет-портал актуальных документов законодательства РФ Документы РФ.- Режим доступа : <https://dokumenty24.ru/konstitutsiya-rf.html#st2> Однако. – Текст : электронный (дата обращения: 15.01.2021)

46. Квинт, В. Л. Поиск и исследование философских корней теории стратегии. Взаимосвязь философского и стратегического мышления / В. Л. Квинт // Управленческое консультирование. – 2016. – № 1. – С. 15–21.

47. Кластерный механизм межведомственного взаимодействия в области охраны здоровья населения / И. Э. Есауленко, Т. Н. Петрова, О.В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2019. – Т. 18, № 4. – С. 144–150.

48. Ключева, Т. Н. Управление качеством медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. ВКР бакалавра: 34.02.01 / Ключева Т.Н. – В., 2013. – С.20— 25.

49. Ковач, А. М. Сценарное планирование в современном стратегическом менеджменте / А. М. Ковач. – Текст : электронный // Молодой учёный. – 2016. – № 29 (133). – С. 419–422. – URL: <https://moluch.ru/archive/133/37454/> (дата обращения: 08.12.2020).

50. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 01.07.2020 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. – 2020. – № 31. – 1 июля. – Ст. 4398. Текст : электронный // Информационно-правовой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения: 10.09.2021).

51. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: учеб. пособ. / сост.: Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Алексеева, Н. Г. Сафонова, А. В. Гашенко, Б. С. Соктуев, Е. В. Душина ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России., – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 68 с.

52. Коронавирус: официальная информация. - Карта распространения коронавируса в Пермском крае // [www.permkrai.ru/antivirus](http://www.permkrai.ru/antivirus). (дата обращения: 20.12.2020).

53. Коршунова, А. А. Проблемы медицинского страхования в России / А. А. Коршунова // Современные тенденции рынка страховых услуг : сб. научных трудов. – Иркутск, 2016. – С. 57–62.

54. Косолапова, Н. Е. Медицинская услуга: правовые аспекты / Н. Е. Косолапова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2(36).

55. Краткая информация об исполнении консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации. - Режим доступа: [https://www.minfin.ru/common/upload/library/2020/02/main/subbud\\_month.xlsx](https://www.minfin.ru/common/upload/library/2020/02/main/subbud_month.xlsx)

56. Крекотень, Е. Н. Обоснование индикаторов качества медицинской помощи этапа «профилактика» / Е. Н. Крекотень // Общественное здоровье и здравоохранение. 2013. – 130 с.

57. Крестьянинова, О. Г. Исследование сущности медицинских услуг как экономической категории / О. Г. Крестьянинова // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2019. – № 3 (117). – С. 155–160.

58. Латыпова, Л. В. Современные методы оценки системы менеджмента качества / Л. В. Латыпова // Экономика и предпринимательство. – 2015. – №6 (ч.3). – С. 845.

59. Лень, Л. С. Управление медицинским учреждением в современных условиях: проблемы и пути решения / Л. С. Лень, Т. Н. Никулина // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2016. – № 2. – С. 73–80.

60. Линдгрэн, М. Сценарное планирование. Связь между будущим и стратегией / М. Линдгрэн, Х. Бандхольд. – Москва : Олимп-Бизнес, 2009. – 256 с.

61. Лопатина, И. Ю. Управление воспроизводством человеческих ресурсов на региональном уровне / И. Ю. Лопатина, Д. О. Ларионова // Сфера услуг: инновации и качество. – 2019. – № 43. – С. 70–81.

62. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения в Европе. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное

бюро

–

URL:

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/113304/E55363R.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/113304/E55363R.pdf) (дата обращения: 08.12.2020).

63. Людмирский, Д. Уровень сахара измерят без капли крови. Созданный в Сколково глюкометр не требует повреждения кожи / Д. Людмирский. – Текст : электронный // Известия. – 2018. – 16 июля. – URL: <https://iz.ru/747959/dmitrii-liudmirskii/uroven-sakhara-izmeriat-bez-kapli-krovi> (дата обращения: 08.12.2020).

64. Мамон, Н. В. Роль системы контроля качества медицинских услуг в снижении потребительских рисков [Текст] / Н. В. Мамон // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2012. - № 12. - С. 69-70.

65. Маркс, К. Сочинения : в 30 т. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – 2-е изд. – Москва : Госполитиздат, 1954. – Т. 26, ч. 1. – С. 413.

66. Мартин, У. 19 стран с лучшими в мире системами здравоохранения / У. Мартин ; Лондонский научно-исследовательский институт, REUTERS / Han Jae-No. Институт Legatum, 2018. – 14 февраля.

67. Министерство здравоохранения РФ. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» URL: Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie>

68. Минздрав объяснил разницу тарифов ОМС на медицинскую помощь в регионах. – Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/4225892> (дата обращения: 2.05.2017).

69. Мустафаева, Р. А. Современное состояние и приоритетные направления развития рынка добровольного медицинского страхования / Р. А. Мустафаева // Современные исследования в гуманитарных и естественнонаучных отраслях : сб. научных статей / науч. ред. С. В. Галачиева. – Москва, 2019. – С. 78–83.

70. Невинная, И. В России создана система сопровождения пациента / И. В. Невинная. – Текст : электронный // Российская газета. – 2019. – 13 февраля. – URL: <https://rg.ru/2019/02/13/v-rossii-sozdana-sistema-soprovozhdeniia-pacienta.html> (дата обращения: 08.11.2020).

71. Невинная, И. Какие виды сложной медицинской помощи можно получить бесплатно / И. Невинная. – Текст : электронный // Российская газета. – 2019. – 12 февраля. – URL: <https://rg.ru/2019/02/12/kakie-vidy-slozhnoj-medicinskoj-pomoshchi-mozhno-poluchit-besplatno.html> (дата обращения: 08.11.2020).

72. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2005 год : Федеральный закон от 20.12.2004 № 165-ФЗ (последняя редакция).– Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/12138108/> (дата обращения: 10.09.2020).

73. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов : Федеральный закон : от 28.11.2009 № 294-ФЗ (посл. ред.).- Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/12171211/> (дата обращения: 16.11.2021).

74. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов : Федеральный закон : от 03.12.2012 № 217-ФЗ (посл. ред.).- Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/70271790/> (дата обращения: 18.11.2021).

75. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов : Федеральный закон от 01.12.2014 № 387-ФЗ. - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/70979570/> (дата обращения: 17.11.2021).

76. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год : Федеральный закон от 14.12.2015 № 365-ФЗ; - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/56644756/> (дата обращения: 11.10.2021).

77. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов : Федеральный закон от 19.12.2016 № 418-ФЗ. - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/71526004/> (дата обращения: 10.10.2021).

78. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов : Федеральный закон от 05.12.2017

№ 368-ФЗ. - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://base.garant.ru/71825206/1cafb24d049dcd1e7707a22d98e9858f/> (дата обращения: 10.10.2021).

79. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : Федеральный закон от 28.11.2018 № 433-ФЗ. - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1284983/> (дата обращения: 10.10.2021).

80. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов : Федеральный закон от 02.12.2019 № 382-ФЗ. - Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_339066/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_339066/) (дата обращения: 11.12.2021).

81. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 803н. – Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения: 10.01.2020).

82. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов : Постановления Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610. – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <https://base.garant.ru/73187132/> (дата обращения: 12.12.2020).

83. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ. – Текст : электронный // Консультант плюс.- [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/) (дата обращения: 12.10.2020).

84. Об организации страхового дела в Российской Федерации : Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (с изм.). – Текст : электронный // Законы, кодексы и нормативно-правовые акты в Российской Федерации. – URL: <https://legalacts.ru/doc/zakon-rf-ot-27111992-n-4015-1-o/> (дата обращения: 10.01.2020).

85. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : комментарий к Федеральному закону от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/420368848> (дата обращения: 10.01.2020).

86. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 (с изм. и доп.). – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 24.12.2020).

87. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от : 1 марта, 20 ноября, 24 декабря 2018 г., 24 января 2019 г.) : Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640. – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <http://www.garant.ru/news/1167207/#ixzz5iVbbtgL9> (дата обращения: 22.01.2018).

88. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н. – Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения: 10.01.2020).

89. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от № 422ан от 7 июля 2015 г. – Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру.- <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/> (дата обращения: 10.01.2020).

90. Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения : Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323.- Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: (с изменениями и дополнениями). <http://base.garant.ru/12135989/#ixzz6kq0wVwqz> (дата обращения: 22.01.2018).

91. Об утверждении положения об отделении санитарной авиации : Приказ Министерства здравоохранения Пермского края от 6 июля 2017 года № СЭД-34-01-06-572. - Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/450265824> (дата обращения: 27.11.2020).

92. Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности : Приказ Минздрава РФ № 787Н от 31.07.2020 г. – Текст : электронный // Информационно-правой портал Гарант.ру. –<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=371960> (дата обращения: 10.01.2020).

93. Об утверждении Программы «Развитие детского здравоохранения Пермского края, включая создание современной инфраструктуры оказания помощи детям : Постановление правительства Пермского края от 17.06.2019 № 411-п. – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <https://base.garant.ru/72319604/> (дата обращения: 12.12.2019).

94. Онлайн-карта распространения [коронавируса в Пермском крае]. – Текст : электронный // Сайт губернатора и Правительства Пермского края. – URL: [www.permkrai.ru/antivirus](http://www.permkrai.ru/antivirus) (дата обращения: 10.12.2020).

95. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году. - Утвержден решением Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования от «29» июня 2021 г. протокол № 2 вопрос II. - 148 с.

96. Очурдяпова, А. А. Современное состояние системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / А. А. Очурдяпова, О. А. Гооге // Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации : сб. статей. – Барнаул, 2019. – С. 189–192.

97. Официальный сайт Федеральной налоговой службы. - Режим доступа: <http://znaybiz.ru/fondy/fss-ffoms/vnosy/administrirovanie-v-fns.html> (дата обращения: 20.12.2020).

98. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. Государственно-частное партнерство. - Режим доступа: URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/12/materialy-po-deyatelnosti-departamenta/gosudarstvenno-chastnoe-partnerstvo> (дата обращения: 20.12.2020).

99. Пахомов, А. Количество уголовных дел против врачей за год выросло на 24% // Медиондустрия. – 2019, 2 апреля, 18:41 – Текст : электронный // <https://vademec.ru/news/2019/04/02/kolichestvo-ugolovnykh-del-protiv-vrachey-vyroslo-rochti-na-25/> (дата обращения: 12.02.2022).

100. Пилотная государственная программа.- Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/7ad/7ad85906c0b0ed5c5818d2df4a46f312.pdf>

101. Пермский край стал первым регионом, разработавшим стратегию развития малого и среднего бизнеса на 10 лет. – Текст : электронный // Сайт губернатора и правительства Пермского края. – URL: <https://permkrai.ru/news/permskiy-kray-stal-pervym-regionom-razrabotavshim-strategiyu-razvitiya-malogo-i-srednego-biznesa-na-/> (дата обращения: 20.12.2020).

102. Показатели оценки качества услуг медицинских организаций. – Текст : электронный // Руководитель автономного учреждения. – <https://www.klerk.ru/buh/articles/417038/> (дата обращения: 10.01.2020).

103. Повышение качества медицинской помощи в рамках системы здравоохранения. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/ru/> (дата обращения: 24.12.2020).

104. Полякова, Д. Как производители и правительства договариваются о ценах на лекарства / Д. Полякова, Л. Бугайченко // Еженедельник аптека. – 2006. – № 49 (570). – С. 97.

105. Полянин, А. В. Государственное финансовое обеспечение устранения кадрового дефицита в здравоохранении / А. В. Полянин, С. А Долгова, И. Н. Горбова // Финансовый менеджмент. – 2020. – № 4. С. – 100–109.

106. Полянин, А. В. Формирование инструментария для сбалансированного распределения организационных задач в государственных учреждениях / А. В. Полянин, И. А. Докукина // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. –Т. 10, № 3. – С. 75–89.



107. Полянин, А. В. Цифровая трансформация сферы здравоохранения: компетентностный подход / А. В. Полянин, А. Е. Белолипецкая, Т. А. Головина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 694–700.
108. Попов, С. А. Актуальный стратегический менеджмент. Видение – цели – изменения / А. С. Попов // Москва : Юрайт, 2019. – 452 с.
109. Попович, Л. Д. Лекарственное страхование - выбор пути / Л. Д. Попович // Ремедиум Приволжье.- 2019.- № 4.- С. 6–16.
110. Порицкая, С. В России средняя продолжительность жизни превысила 73 года / С. Порицкая. – Текст : электронный // Сетевое издание БК55. – 2019. – 24 марта. – URL: <https://bk55.ru/news/article/147357/> (дата обращения: 01.10.2020).
111. Преобразования в системе здравоохранения Пермского края. – Текст : электронный // Сайт губернатора и правительства Пермского края. – URL: <https://www.permkrai.ru/news/dmitriy-makhonin-zayavil-o-preobrazovaniyakh-v-sisteme-zdravookhraneniya-permskogo-kraya/> (дата обращения: 11.12.2020).
112. Проектно-ориентированное управление в здравоохранении как средство решения управленческих задач отрасли / И. Э. Есауленко, Т. Н. Петрова, О. В. Судаков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2019. – Т. 18, № 4. – С. 177–185.
113. Рассел, С. Искусственный интеллект: современный подход / С. Рассел, П. Норвиг. – 2-е изд. – Москва : Вильямс, 2006. – 1408 с.
114. Расходы на здравоохранение в 2020 году составят в России 3,8% ВВП - Голикова.- Режим доступа: <https://www.finanz.ru/novosti/aktsii/raskhody-na-zdravookhranenie-v-2020-godu-sostavyat-v-rossii-3-8percent-vvp-golikova-1029329822> (дата обращения: 22.06.2020).
115. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2020 : стат. сб. – Москва : Росстат, 2020. – 1242 с.
116. Роднянский, Д. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ / Д. В. Роднянский, Г. Ф. Валеева // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». 2019. –

[Электронный ресурс]. URL: <http://e-integral.ru/rubriki/ekonomicheskie-nauki/integral-1-2019-12.html> (дата обращения: 11.12.2020).

117. Рожков, Д. В. Государственное регулирование рынка медицинских услуг региона / Д.В. Рожков // *Фундаментальные исследования*. - 2020. - № 9.- С. 46-50.

118. Рожков, Д. В. Государственное регулирование медицинских услуг населению / Д. В. Рожков // *Молодая наука : сб. трудов науч.-практ. конф. для студентов и молодых ученых / науч. ред. Н. Г. Гончарова*. – Симферополь, 2019. – С. 171–173.

119. Рожков, Д. В. Медицинское страхование как инструмент регулирования рынка медицинских услуг / Д.В. Рожков // *Вестник алтайской академии экономики и права*. - 2020. - № 9. - С. 113-119.

120. Рожков, Д. В. Научно-методический подход к оценке состояния сферы медицинских услуг // *Креативная экономика*. – 2022. – Том 16, № 1. – С. 183-204. doi: 10.18334/ce.16.1.114120

121. Рожков, Д. В. Обеспечение государственной стандартизации сферы медицинских услуг / Д. В. Рожков // *Экономика. Управление. Инновации – 2016 : сб. научных трудов Международной науч.-практ. конф. «Экономика. Управление. Инновации – 2016» / под ред. В. П. Пилявского*. – СПб., 2016. – С. 75–78.

122. Рожков, Д. В. Обеспечение качества медицинских услуг населению на основе стандартов / Д.В. Рожков // *Сервис в России и за рубежом*. 2019. Т. 13. Вып. 5. С. 191- 200.

123. Рожков, Д. В. Проблемы внедрения стандартов и медицинские технологии в системе здравоохранения / Д. В. Рожков // *Экономика. Управление. Инновации – 2017 : сб. науч. тр. межд. науч.-практ. конф. «Экономика. Управление. Инновации – 2017» / под ред. В. П. Пилявского*. – СПб., 2017. – С. 52–55.

124. Рожков, Д. В. Совершенствование системы регулирования медицинских услуг на основе государственно-частного партнерства / Д. В. Рожков // *Медицина и здравоохранение в современном обществе : сб. ст. III Междунар. науч.-практ. конф. (5 декабря 2020 г., г. Пенза)*. – Пенза, 2020. – С. 7–10.

125. Рожков, Д. В. Формирование мирового рынка медицинских услуг / Д. В. Рожков // Менеджмент предпринимательской деятельности : XVII Междунар. науч.-практ. конф. преподавателей, докторантов, аспирантов и студентов (18-19 апр. 2019 г., г. Симферополь). – Симферополь, 2019. – С. 308–310.
126. Росинфра : платформа поддержки инфраструктурных проектов. – URL: <https://rosinfra.ru/> (дата обращения: 24.12.2020). – Текст : электронный.
127. Россия возглавила рейтинг ВОЗ по эффективности системы здравоохранения в борьбе с COVID-19.- Источник: <https://everychild.ru/rejting/rejting-sistem-zdravoohraneniya-po-versii-voz-2020> (дата обращения: 23.02.2022)
128. Руденко, М. Н. Правовые основы оказания медицинской услуги в системе национального здравоохранения / М. Н. Руденко, Д. В. Рожков // Вестник ОрелГИЭТ. – 2018. – № 4 (46). – С. 164–166.
129. Руденко, М. Н. Проблемы организации стационарной медицинской помощи населению / М. Н. Руденко, Д. В. Рожков // Медицина и здравоохранение в современном обществе : сб. ст. III междунар. науч.-практ. конф. (5 октября 2020 г., г. Пенза). – Пенза, 2020. – С. 12–15.
130. Руденко, М. Н. Региональные аспекты реализации реформы здравоохранения / М. Н. Руденко, Д. В. Рожков // Молодые учёные России : сб. статей III междунар. науч.-практ. конф. (7 октября 2020 г., г. Пенза). – Пенза, 2020. – С. 186–189.
131. Руководство по качеству клинико-диагностических лабораторий. РК СМК 4-01/02-20. – Текст : электронный. – URL: <http://15189.ru/data/documents/Indikatory-kachestva-dekabr-2014.pdf> (дата обращения: 24.12.2020).
132. Сагидов, А. К. Оценка современного состояния и перспективы развития системы здравоохранения региона / А.К. Сагидов, Х.М. Хаджалова // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2017. – № 11 (85). – С. 33-42.

133. Сайт губернатора и Правительства Пермского края Основные параметры бюджета Пермского края на 2021- 2023. - Режим доступа: [https://www.permkrai.ru/documents\\_21\\_10\\_2020.pdf](https://www.permkrai.ru/documents_21_10_2020.pdf).
134. Сайт Лиги защитников пациентов - общероссийская общественная организация. – Режим доступа: <https://ligap.ru/> (дата обращения: 10.01.2021).
135. Сайт Министерства здравоохранения Пермского края. - Режим доступа: <http://minzdrav.permkrai.ru/programs/zemskiy-doktor/> (дата обращения: 2.05.2017).
136. Сайт Сибирского государственного медицинского университета. - Режим доступа: <https://ssmu.ru/ru/> (дата обращения: 10.01.2021).
137. Сайт Федерального фонда ОМС. Система ОМС в РФ. - Режим доступа: <http://www.ffoms.gov.ru/system> (дата обращения: 10.01.2020).
138. Сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. - Режим доступа : <https://roszdravnadzor.gov.ru/about/structure/territorial> <http://www.ffoms.gov.ru/system> (дата обращения: 10.01.2020).
139. Семенова, Е. Кошелёк или жизнь. Что делать, если в больнице отказываются лечить бесплатно? / Е. Семенова, А. Рыкова. – Текст : электронный // LIFE.ru : информ. портал. – 2018. – 19 марта. – URL: <https://life.ru/p/1098953> (дата обращения: 24.12.2020).
140. Системы менеджмента качества в сфере здравоохранения: мифы и реальность / А. В. Эмануэль, Г. А. Иванов, Д. Ф. Таут [и др.] // Вестник Росздравнадзора 2017. – № 1. – С. 61–65.
141. Системы менеджмента качества. Требования = Quality management systems. Requirements : национальный стандарт Российской Федерации : издания официальное : дата введения 2015-11-01. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200124394>. – Текст : электронный.
142. Скоробогатова, Т. Н. О цифровизации сферы услуг населению на современном этапе экономического развития / Т. Н. Скоробогатова // РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция. – 2020. – № 1. – С. 129–132.
143. Слепцова, Е. В. Проблемы кадровой обеспеченности организаций здравоохранения / Е. В. Слепцова, В. О. Гапеева // Экономика и бизнес: теория и

практика. 2019. №3-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-kadrovoy-obespechennosti-organizatsiy-zdravoohraneniya> (дата обращения: 28.01.2021).

144. Статистика смертности в России. – Текст : электронный // RITUAL.RU : сайт. – URL: <https://ritual.ru/poleznaya-informacia/articles/statistika-smertnosti-v-rossii/> (дата обращения: 24.12.2020).

145. Сташевская, М. П. Медицинская услуга: понятие и отдельные особенности / М. П. Сташевская // Санкт-Петербургский научный вестник. – 2019. – № 3 (4). – С. 5.

146. Степанов, Д. И. Услуги как объект гражданских прав / Д. И. Степанов // Российская юстиция. – 2000. – № 2. – С. 19–22.

147. Степанов, Д. М. Обязательство по оказанию услуг и его объект / Д. М. Степанов // Хозяйство и право. – 2004. – № 5. – С. 10.

148. Степанова, М. Н. Социально-экономические проблемы добровольного медицинского страхования / М. Н. Степанова, Я. С. Алексеева // Современные тенденции рынка страховых услуг : сб. науч. тр. – Иркутск, 2016. – С. 113–118.

149. Счетная палата Российской Федерации: официальный сайт [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ach.gov.ru> (дата обращения: 23.02.2022).

150. Теплякова, Е. Д. Профосмотры и диспансеризация: автоматизация учета и отчетности / Е. Д. Теплякова, С.М. Щербаков // Вестник новых медицинских технологий. - 2014. - 19 с.

151. Тейл, Г. Экономические прогнозы и принятие решений : пер. с англ. / Г. Тейл. – Москва : Статистика, 1971. – 402 с.

152. Токманцева, И. А. Лекарственное страхование вместо лекарственного обеспечения / И. А. Токманцева // Ведомости от 25.12.2020 <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2020/11/26/848300-lekarstvennoe-strahovanie-vmesto-lekarstvennogo-obespecheniya>

153. Трапезников, А. Пермьячка отсудила у больницы 500 тысяч рублей за неверный диагноз / А. Трапезников. – Текст : электронный //

<https://rg.ru/2021/01/29/reg-pfo/permiachka-otsudila-u-bolnicy-500-tysiach-rublej-zanevernyj-diagnoz.html>

154. Третьяков, А. А. Государственное регулирование здравоохранения и качества медицинских услуг как составляющая социальной функции государства / А. А. Третьяков, О. В. Сертакова, М. Н. Дудин // Государственное управление. Электронный вестник. – 2019. – № 72. – С. 188–209.

155. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.). – Текст : электронный // Гарант : [информационно-правовая система]. – URL: <http://base.garant.ru/> (дата обращения: 10.09.2020).

156. Финансирование систем здравоохранения Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью Доклад о состоянии здравоохранения в мире (<http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>).

157. Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 23.02.2022).

158. Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии : сайт. – Москва. – URL: <https://www.rst.gov.ru/portal/gost> (дата обращения: 24.12.2020). – Текст : электронный.

159. ФНС России подвела итоги администрирования страховых взносов за 2018 год. – Текст : электронный // Федеральная налоговая служба : офиц. сайт. – URL: [https://www.nalog.ru/rn77/news/activities\\_fts/8498465/](https://www.nalog.ru/rn77/news/activities_fts/8498465/) (дата обращения: 10.09.2020).

160. Фукуяма, Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций / Ф. Фукуяма // Человек. – 2008. – № 2. – С. 80–99.

161. ФФОМС: в 2020 году выявлено 1,3 миллиона нарушений при оказании медпомощи – 25,2% от всех проверенных случаев, 8 декабря 2020 г. – Режим доступа: <https://news.myseldon.com/ru/news/index/242002978>

162. Хабибуллина, А. Лечебное дело: всё больше врачей в России идут под суд / А. Хабибуллина // – Текст : электронный // <https://iz.ru/930834/aigul->

khabibullina/lechebnoe-delo-vse-bolshe-vrachei-v-rossii-idut-pod-sud (дата обращения: 10.01.2021).

163. Ходакова, О. В. Влияние социально-экономического уровня жизни населения региона на рынок платных медицинских услуг / О. В. Ходакова, Ю. В. Евстафьева // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 32–40.

164. Цацулин, А. Н. Применение статистических методов при моделировании и краткосрочном прогнозировании развития отрасли (на материалах кондитерской промышленности РСФСР) : диссертация на соискание учёной степени кандидата экономических наук / А. Н. Цацулин ; Ленинградский финансово-экономический институт им. Н.А. Вознесенского. – Ленинград, 1974. – 228 с.

165. Швец, Ю. Ю. Актуальные проблемы развития системы здравоохранения на региональном уровне / Ю. Ю. Швец // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Экономика. – 2017. – № 1 (11). – С. 53–63.

166. Швец, Ю. Ю. Анализ процессов модернизации системы здравоохранения в России и результаты их влияния на качество медицинских услуг / Ю. Ю. Швец // Путеводитель предпринимателя. – 2017. – № 34. – С. 322–332.

167. Швец, Ю. Ю. Медицинская услуга: понятие и содержание / Ю. Ю. Швец // Ученые записки Российской академии предпринимательства. – 2016. – № 49. – С. 488–501.

168. Швец, Ю. Ю. Показатели оценки качества медицинских услуг / Ю. Ю. Швец // Экономика. Бизнес. Банки. – 2019. – № 2(29). – С. 117-136.

169. Швец, Ю. Ю. Правовой аспект институциональных преобразований в экономике здравоохранения / Ю. Ю. Швец. – Москва : Наука и образование, 2018. – 538 с.

170. Швец, Ю. Ю. Управление качеством медицинских услуг / Ю. Ю. Швец, А. А. Треля. – Москва : Наука и образование, 2017. – 462 с.

171. Швец, Ю. Ю. Формирование механизма обеспечения экономической безопасности медицинских организаций на основе совершенствования системы управления качеством : монография / Ю. Ю. Швец. – Москва : Перо, 2019. – 541 с.

172. Экономика и управление здравоохранением : учебник / Р. А. Тлепцеришев [и др.]. – Ростов н/Д : Феникс, 2017. – 623 с.
173. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для СПО / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин; под общ. ред. А. В. Решетникова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 328 с.
174. Экономика коронакризиса: вызовы и решения : сб. науч. тр. / под ред. Р. М. Нижегородцева. – Москва : Восход – А, 2020. – 282 с.
175. Электронный бюджет. Единый портал бюджетной системы Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://budget.gov.ru/> (дата обращения: 14.02.2022 г.)
176. Я бы в медики пошёл. Как будут решать вопрос медкадров в Прикамье. - Режим доступа: [https://perm.aif.ru/health/ya\\_by\\_v\\_mediki\\_poshyol\\_kak\\_budut\\_reshat\\_vopros\\_medkadrov\\_v\\_prikame](https://perm.aif.ru/health/ya_by_v_mediki_poshyol_kak_budut_reshat_vopros_medkadrov_v_prikame) (дата обращения: 27.11.2020).
177. Aitken, A. C. *Statistical Mathematics* / A. C. Aitken // Browne Press. – 2012. – June 25. – 160 p.
178. Beaglehole, R. Priority actions for the non-communicable disease crisis / R. Beaglehole [et al.]. – *Lancet*. – 2011. – V. 377. – P. 1438–1447.
179. Bradfield, R. The origins and evolution of scenario techniques in long range business planning / R. Bradfield, G. Wright // *Futures Research Quarterly*. – 2005. – № 37. – P. 795–812.
180. Busse, R. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges / R. Busse [et al.]. – Copenhagen : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. – URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf).
181. Declaration of Astana. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018. – URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
182. Eurostat : sate. – URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.



183. Global Health Observatory data repository // World Health Organization. – URL: [http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App\\_Main/view\\_indicator.aspx? iid=64](http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx? iid=64) (дата обращения 20.05.20).
184. Hawken, P. Seven tomorrows : Toward a voluntary history / P. Hawken, J. Ogilvy, P. Schwartz. – Toronto etc.: Bantam books, 1982. – XI, 235 p.
185. Health at a Glance 2017: OECD indicators. – URL: <http://dx.doi.org/10.1787/888933604229> (дата обращения 20.08.19).
186. Henri Theil's Contributions to Economics and Econometrics : Vol. II : Consumer Demand Analysis and Information Theory // Springer Science & Business Media, 1992. – March, 31 – 460 p.
187. Rudenko, M. N. Tools of State Regulation of National Healthcare / M. N. Rudenko, D. V. Rozhkov // Advances in Economics, Business and Management Research. – 2020. – Vol. 128. – P. 1035–1040. – URL: <https://doi.org/10.2991/aebmr.k.200312.142> (дата обращения 20.12.20).
188. Schoemaker, P. Scenario Planning / P. Schoemaker // The Palgrave Encyclopedia of Strategic Management. – 2016. – January. – P.1–9.
189. Sethi, D. Reducing inequalities from injuries in Europe / D. Sethi [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 2243–2250.
190. Stuckler. D. Budget crises, health, and social welfare programs / D. Stuckler, S. Basu, M. McKee // British Medical Journal. – 2010. – Vol. 340. – P. 3311.
191. The UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation: Levels and Trends in Child Mortality Report 2018. – URL: <https://gtmarket.ru/ratings/child-mortality-rate/info> (дата обращения 20.12.20).
192. Trotter. C. Rising incidence of Haemophilus influenzae type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign / C. Trotter, M. Ramsay, M. Slack // Communicable Disease and Public Health. – 2003. – Vol. 6. – P. 55–58.
193. Universal health coverage // World Health Organization. – URL: [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1) (дата обращения 20.05.20).

## Приложение А

Направления государственного регулирования сферы медицинских услуг  
 Таблица А – Перечень рекомендаций по совершенствованию составляющих механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг

№ п/п	Вид регулирования	Описание регулирования	Недостатки регулирования	Предложения по совершенствованию регулирования	Ожидаемый результат
1	Бюджетно-страховая система	Все модели финансирования здравоохранения можно условно разделить на три типа: бюджетную (государственную), страховую (социально-страховую), частную (негосударственную, или рыночную). В нашей стране реализована смешанная бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения, которая характеризуется недофинансированием как бюджетной, так и страховой части.	Низкий уровень финансирования здравоохранения; Тарифы ОМС на оплату медицинской помощи в разных регионах страны существенно различаются; Рынки ОМС и ДМС существуют отдельно друг от друга, никак не пересекаясь, их взаимодействие организационно и законодательно не прописано, при этом практически отсутствует система возмещения затрат; Отсутствие системы лекарственного медицинского страхования (ЛМС);	Увеличить долю расходов на здравоохранение в ВВП страны до 5-6% в течение трех-пяти лет. Внедрить ОЛС, как подсистему ОМС. Завершить переход к прямому финансированию через ОМС, исключив выполнение Федеральным фондом ОМС функций посредника по трансферу бюджетных денег в территориальные фонды ОМС. Повысить роль страховых компаний в управлении ресурсами. Для повышения качества медицинских услуг внедрить принцип свободы выбора врача и медицинской организации. Законодательно разделить полномочия ОМС и ДМС. Внедрить упоминавшийся принцип «деньги следуют за пациентом».	Установление эффективной страховой модели финансирования здравоохранения
2	Стандартизация, сертификация и лицензирование	Стандартизация деятельности по правилам установлению норм и правил оказания медицинских услуг для обязательного и добровольного многократного применения в практической медицинской деятельности. Выполнение требований стандартов и в целом деятельность в сфере здравоохранения требует	Не установлен порядок применения стандартов по оказанию медицинской помощи пациентам с несколькими заболеваниями; Формальное следование врачей требованиям стандартов порождает невозможность поиска альтернативных или дополнительных путей лечения пациента, которые могли бы	Необходима модернизация нормативно-правовой базы в сфере стандартизации здравоохранения и получения лицензий для повышения качества оказания медицинских услуг.	Повысится качество оказываемых медицинских услуг.

	<p>обязательного контроля со стороны государства. Такой контроль реализуется с помощью лицензирования посредством выдачи специального документа, дающего право на ведение деятельности в сфере оказания медицинских услуг – лицензии. Помимо лицензирования, дополнительным доказательством соблюдения требований стандартов и нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения является прохождение сертификации медицинской организации. Процедура сертификации проводится на добровольной основе. Однако, сертификация сотрудников медицинской организации является обязательным требованием. Сертификация медицинских работников – документ, который подтверждает, что специалист достиг определенного уровня теоретических, практических и индивидуальных навыков и готов к дальнейшей самостоятельной профессиональной деятельности. Для того, чтобы получить сертификат специалиста, необходимо пройти аккредитацию.</p>	<p>быть более эффективными; Следование стандартам замедляет процесс внедрения инновационных технологий в медицину; Унифицированные требования к организациям, желающим получить лицензию на оказание медицинских услуг, не учитывающие их спецификацию.</p>	
--	--	---	--

3	Работа Росздравнадзора	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) является федеральным исполнительным органом власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения, а именно, осуществляет контроль за обращением лекарств и медицинских изделий; контроль качества и безопасности медицинской деятельности, за выполнением программ модернизации здравоохранения в регионах России, а также осуществляет лицензирование в сфере здравоохранения.	Исключительный контроль условий оказания медицинской помощи (МП): лицензионные требования, порядок оказания МП, стандарты МП; Неполнота нормативно-правовой базы контрольных процедур; Несовершенство экспертного инструментария контроля качества МП.	В деятельности Росздравнадзора надо переставить акцент с плановых проверок на внеплановые, обусловленные жалобами на качество МП, усилить акцент на проведении экспертизы качества МП; в качестве основного инструмента оценки качества и безопасности МП использовать клинические протоколы.	Улучшение контрольно-надзорной деятельности в сфере здравоохранения за качеством и безопасностью медицинских услуг
4	Кадровое обеспечение	Кадры в сфере здравоохранения играют чрезвычайно важную роль, так как качество оказания медицинских услуг напрямую зависит от укомплектованности больниц необходимыми специалистами, уровня образования и практической подготовки этих специалистов.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существенные различия в укомплектованности кадрами различных субъектов РФ;</li> <li>• Варьирование заработной платы специалистов в сфере здравоохранения в зависимости от субъекта РФ, в следствие чего происходит отток кадров из более бедных регионов;</li> <li>• Несправедливое распределение заработной платы в рамках одной организации;</li> <li>• Непропорциональное обеспечение кадрами организаций в сфере здравоохранения;</li> <li>• Текущая медицинский кадров;</li> <li>• Старение кадров и отсутствие</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение заработной платы сотрудников в сфере здравоохранения. Это может быть осуществлено в рамках материального стимулирования сотрудников: размер заработной платы напрямую зависит от достижения конкретных качественных и количественных показателей в рамках оказания помощи населению.</li> <li>• Замена стареющих кадров молодыми специалистами. Для выполнения этой задачи необходимо грамотно планировать потребность в медицинских работниках и на основании этого развивать медицинские образовательные учреждения, выделять большее количество бюджетных мест для обучения и оказывать иные виды поддержки студентов медицинских направлений подготовки.</li> <li>• Повышение статуса медицинских работников</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укомплектованность кадрами всех медицинских учреждений;</li> <li>• Отсутствие текущих кадров;</li> <li>• Большое количество квалифицированных специалистов, и как следствие, удовлетворенность населения качеством</li> </ul>

			<p>молодых специалистов в штате медицинских организаций;</p> <p>•Отсутствие врачей общей практики и переизбыток узкоспециализированных врачей;</p> <p>•Нехватка квалифицированных медработников в провинциальных городах России и переизбыток в крупных городах.</p>	<p>и престижа профессии врача. Это возможно с помощью создания системы социальных гарантий для медработников, организации дополнительного обучения сотрудников, в частности управлению высокотехнологичным оборудованием, применению инновационных методик лечения и диагностирования, привлечению к научной и исследовательской деятельности.</p>	оказываемых услуг.
5	<p>Программно-целевое планирование в здравоохранении как один из методов государственного регулирования является механизмом управления и долгосрочного планирования по достижению конкретных результатов. В настоящее время в России реализуется госпрограмма «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (ПП-1).</p>	<p>целевые показатели ГП-1 не соответствуют требованиям, предъявляемым к ним</p> <p>Правилами разработки пилотных госпрограмм в части адекватности не достигнуты плановые показатели госпрограммы;</p> <p>сводная информация содержит некорректные сведения и непригодна для анализа динамики изменений в сфере здравоохранения приоритетных территорий.</p>	<p>Для устранения недостатков, выявленных Счетной палатой в отношении госпрограммы, необходимо более ответственный подход назначенных исполнителей к реализации данной программы. Для этого необходимо усилить контроль за исполнением мероприятий по реализации программы. При этом следует пересмотреть паспорт программы на предмет выявления и устранения противоречий с другими программами или проектами, определения адекватных критериев и показателей для оценки эффективности реализации программы, планирования более эффективных мероприятий для достижения целевых показателей.</p>	<p>Достижение или перевыполнение плановых показателей программы.</p>	
6	<p>Система менеджмента в сфере здравоохранения в настоящее время характеризуется самостоятельностью отдельных медицинских учреждений, децентрализованностью</p>	<p>Неэффективность существующей организационной системы здравоохранения</p>	<p>Требуется создать единую вертикаль управления посредством выполнения следующих рекомендаций. Для этого необходимо:</p> <p>•Централизовать руководство региональными организациями в сфере здравоохранения под руководством Минздрава России с целью</p>	<p>сокращение административного аппарата – оптимизация финансирования, уменьшение</p>	

	государственной власти, коммерциализацией медицинских услуг.	<p>исполнения единых требований всеми субъектами системы здравоохранения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечить подчинение службы санитарно-эпидемиологического надзора Минздраву России с целью осуществления скоординированной и более эффективной деятельности;</li> <li>• Обязать национальные медицинские центры принимать меры по снижению смертности и заболеваемости по конкретному направлению.</li> <li>• Обеспечить управление сферой здравоохранения экономистами и менеджерами, имеющими медицинское образование и понимающими систему управления здравоохранением.</li> <li>• Разработать систему принятия управленческих решений, основанных на клиничко-экономических экспертизах и обсуждениях экспертных советов.</li> </ul> <p>Кроме перечисленных рекомендаций, следует реализовать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пересмотреть нормативно-правовую базу с целью устранения противоречий и дублирований, перевести документооборот в цифровой формат, создать единую систему контроля и проверок.</li> <li>• Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и кризисным ситуациям с помощью создания «законсервированных» инфекционных отделений, способное разворачиваться и принимать больных в случае необходимости в течение недели.</li> <li>• Прекратить перевод инфекционных больниц в обычные стационары;</li> <li>• Развивать телемедицину и другие дистанционные технологии: обеспечить финансирование внедрения цифровых технологий, разработки инструкций по применению высокотехнологичного</li> </ul>	<p>времени на принятие управленческих решений;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• улучшение качества обслуживания;</li> <li>• повышение доступности медицинских услуг.</li> </ul>
--	--	--	---

				<p>оборудования, разработать систему индивидуальной профилактики заболеваний с использованием цифровой платформы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Создание санитарной авиации для обеспечения доступности оказания медицинской помощи населению, проживающему в отдаленных районах страны.</li> </ul>	
7	Финансовое обеспечено	<p>Реализация функций в сфере здравоохранения невозможно без соответствующей финансовой поддержки со стороны государства.</p>	<p>Недостаток финансирования сферы здравоохранения; Нецелевое или неэффективное расходование бюджетных средств</p>	<p>Привлечение дополнительных средств:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Золотовалютные резервы РФ (600 млрд. долл. или 24 трлн. руб.);</li> <li>Свободные средства государственных банков;</li> <li>Перераспределение бюджетных средств от инвестиционных проектов с долговременной окупаемостью (электроэнергетика, строительство дорог и др.) Ужесточение контроля со стороны надзорных органов власти.</li> </ul>	<p>Выполнение всех целевых показателей в сфере здравоохранения</p>

Источник: составлено автором

**Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов  
Приволжского федерального округа за 2015-2020 гг.**

Таблица Б.1 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2015 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	14,1	13,7	11,6	0,6
Нижегородская область	33,6	32,9	26,6	1,3
Оренбургская область	21,6	20,2	18,5	0,9
Пензенская область	13,2	12,9	11,0	0,6
Пермский край	31,0	30,4	24,4	1,2
Республика Башкортостан	44,8	43,3	35,4	2,2
Республика Марий-Эл	8,1	7,9	5,6	0,4
Республика Мордовия	8,9	8,0	5,9	0,4
Республика Татарстан	39,9	39,0	30,0	1,9
Республика Удмуртия	17,4	15,6	12,6	0,8
Республика Чувашия	12	11,9	9,9	0,5
Самарская область	32,4	32,0	26,3	1,6
Саратовская область	24,7	24,4	20,4	1,1
Ульяновская область	13,3	13,1	10,5	0,5

Источник: составлено автором на основе [75]



Таблица Б.2 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2016 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	14,3	14,2	11,8	0,6
Нижегородская область	33,7	33,5	27,8	1,4
Оренбургская область	23,1	22,8	19,4	0,9
Пензенская область	13,3	13,2	11,8	0,6
Пермский край	31,8	31,7	25,5	1,2
Республика Башкортостан	45,4	45,3	36,4	2,2
Республика Марий-Эл	8,3	8,2	5,9	0,4
Республика Мордовия	9,2	9,0	6,1	0,4
Республика Татарстан	40,5	40,4	32,1	1,9
Республика Удмуртия	17,9	17,6	12,9	0,8
Республика Чувашия	12,9	12,7	10,3	0,5
Самарская область	33,1	32,7	26,8	1,6
Саратовская область	25,1	24,9	20,9	1,1
Ульяновская область	13,8	13,6	10,9	0,5

Источник: составлено автором на основе [76]

Таблица Б.3 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2017 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	14,6	14,4	12,8	0,7
Нижегородская область	34,6	34,1	29,2	1,4
Оренбургская область	23,8	23,7	20,1	0,9
Пензенская область	14,1	13,9	11,9	0,6
Пермский край	32,8	32,4	26,4	1,3
Республика Башкортостан	47,7	46,2	39,5	2,4
Республика Марий-Эл	8,8	8,6	6,1	0,5
Республика Мордовия	9,3	9,0	7,0	0,4
Республика Татарстан	43,1	42,2	33,4	2,0
Республика Удмуртия	18,5	17,6	15,1	0,8
Республика Чувашия	12,9	12,8	11,2	0,5
Самарская область	34,8	34,5	28,6	1,7
Саратовская область	26,6	26,3	22,2	1,2
Ульяновская область	14,1	14,0	11,2	0,5

Источник: составлено автором на основе [77]

Таблица Б.4 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2018 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	18,1	14,4	12,8	0,7
Нижегородская область	42,8	41,6	35,5	1,4
Оренбургская область	27,7	27,2	24,4	1,1
Пензенская область	16,9	16,8	11,0	0,6
Пермский край	39,5	38,4	31,7	1,4
Республика Башкортостан	55,4	55,2	48,0	2,3
Республика Марий-Эл	10,1	9,8	7,4	0,4
Республика Мордовия	10,6	10,5	8,4	0,4
Республика Татарстан	49,4	49,0	40,9	2,1
Республика Удмуртия	21,4	21,2	18,2	0,8
Республика Чувашия	14,3	13,9	12,6	0,5
Самарская область	41,5	39,1	34,9	1,8
Саратовская область	31,6	31,1	26,8	1,2
Ульяновская область	16,8	16,7	13,6	0,5

Источник: составлено автором на основе [78]

Таблица Б.5 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2019 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	19,7	19,4	16,9	0,8
Нижегородская область	45,9	45,7	38,5	1,5
Оренбургская область	30,1	29,9	26,8	1,1
Пензенская область	18,1	18,0	15,6	0,7
Пермский край	42,8	42,7	35,0	1,4
Республика Башкортостан	60,5	59,9	53,1	2,3
Республика Марий-Эл	10,2	9,9	8,1	0,4
Республика Мордовия	11,2	10,9	9,2	0,4
Республика Татарстан	52,7	52,3	44,7	2,2
Республика Удмуртия	22,7	22,4	20,1	0,8
Республика Чувашия	16,4	15,9	14,7	0,5
Самарская область	44,9	44,3	37,9	1,9
Саратовская область	35,4	24,4	29,1	1,2
Ульяновская область	17,6	17,5	14,7	0,5

Источник: составлено автором на основе [79]

Таблица Б.6 – Динамика объемов финансирования сферы здравоохранения субъектов Приволжского федерального округа за 2020 г., млрд руб.

Субъект	Финансирование		Источники	
	план	факт	ОМС	коммерческие
Кировская область	20,8	20,1	18,0	0,8
Нижегородская область	48,7	48,1	40,9	1,4
Оренбургская область	31,7	31,6	28,5	1,1
Пензенская область	19,0	18,8	16,6	0,6
Пермский край	45,4	45,1	37,4	1,5
Республика Башкортостан	64,3	63,2	56,7	2,4
Республика Марий-Эл	10,6	10,5	8,6	0,4
Республика Мордовия	11,8	11,7	9,7	0,4
Республика Татарстан	56,3	56,1	48,1	2,3
Республика Удмуртия	24,3	24,2	21,5	0,8
Республика Чувашия	17,5	17,4	15,8	0,5
Самарская область	47,6	47,5	40,7	1,9
Саратовская область	38,1	37,9	31,0	1,2
Ульяновская область	18,4	18,4	15,6	0,5

Источник: составлено автором на основе [80]

Шаг 1: тестирование единичного корня для Pop\_morb

Расширенный тест Дики-Фуллера для Pop\_morb, включая один лаг для  $(1-L)Pop\_morb$   
объем выборки 4

нулевая гипотеза единичного корня:  $a = 1$

тест с константой  
модель:  $(1-L)y = b_0 + (a-1)y(-1) + \dots + e$   
оценка для  $(a - 1)$ : 1,45091  
тестовая статистика:  $\tau_c(1) = 0,802992$   
асимпт. р-значение 0,9942  
коэф. автокорреляции 1-го порядка для  $e$ : -0,355

Шаг 2: тестирование единичного корня для Vol\_fund

Расширенный тест Дики-Фуллера для Vol\_fund  
включая один лаг для  $(1-L)Vol\_fund$

объем выборки 4

нулевая гипотеза единичного корня:  $a = 1$

тест с константой  
модель:  $(1-L)y = b_0 + (a-1)y(-1) + \dots + e$   
оценка для  $(a - 1)$ : -0,0859633  
тестовая статистика:  $\tau_c(1) = -0,136442$   
асимпт. р-значение 0,9437  
коэф. автокорреляции 1-го порядка для  $e$ : -0,495

Шаг 3: коинтеграционная регрессия

Коинтеграционная регрессия -  
МНК, использованы наблюдения 2015-2020 (T = 6)  
Зависимая переменная: Pop\_morb

	Коэффициент	Ст. ошибка	t-статистика	P-значение	
const	3048,96	171,771	17,75	5,92e-05	***
Vol_fund	-16,5372	4,56333	-3,624	0,0223	**

Среднее зав. перемен	2433,500	Ст. откл. зав. перемен	116,6959
Сумма кв. остатков	15896,87	Ст. ошибка модели	63,04139
R-квадрат	0,766530	Испр. R-квадрат	0,708163
Лог. правдоподобие	-32,15998	Крит. Акаике	68,31997
Крит. Шварца	67,90349	Крит. Хеннана-Куинна	66,65276
Параметр rho	-0,311129	Стат. Дарбина-Вотсона	2,060317

Шаг 4: тестирование единичного корня для uhat

Расширенный тест Дики-Фуллера для uhat  
включая один лаг для  $(1-L)uhat$

объем выборки 4

нулевая гипотеза единичного корня:  $a = 1$

модель:  $(1-L)y = (a-1)y(-1) + \dots + e$   
оценка для  $(a - 1)$ : -2,48849  
тестовая статистика:  $\tau_c(2) = -19,9867$   
асимпт. р-значение 1,324e-046  
коэф. автокорреляции 1-го порядка для  $e$ : -0,109

There is evidence for a cointegrating relationship if:

- (a) The unit-root hypothesis is not rejected for the individual variables, and
- (b) the unit-root hypothesis is rejected for the residuals (uhat) from the cointegrating regression.

Таблица В.1 – Результаты теста Энгла-Грейнджера, показывающие проверку на коинтеграцию временных рядов экономических потерь и заболеваемости населения

Шаг 1: тестирование единичного корня для Pop_morb	Шаг 2: тестирование единичного корня для Vol_fund	Шаг 3: коинтеграционная регрессия		Шаг 4: тестирование единичного корня для uhat
асимпт. р- значение 0,9942	асимпт. р-значение 0,9999	Коэффициент	Р-значение	асимпт. р-значение 5,368e-016
		const	9,41e-06	
		Econ_los	0,0039	
		R-квадрат	Испр. R-квадрат	
		0,90	0,87	

**Справка об использовании результатов диссертационного исследования  
от Министерства здравоохранения Пермского края**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПЕРМСКОГО КРАЯ**

Ул. Ленина, д. 51, г. Пермь, 614006  
Тел. (342) 217 79 00; факс (342) 217 76 81  
E-mail: info@minzdrav.permkrai.ru  
ОКПО 01970367, ОГРН 1065902004629,  
ИНН/КПП 5902293308/590201001

28.02.2022 № 34-01-11

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Диссертационный совет Д 900.006.11 по  
защите докторских и кандидатских  
диссертаций ФГАОУ  
ВО «Крымский федеральный университет  
имени В.И. Вернадского» проспект  
Академика Вернадского, д. 4 4295007,  
Республика Крым, г. Симферополь

О внедрении результатов  
диссертационного исследования  
Д.В. Рожкова

Министерство здравоохранения Пермского края рассмотрев вопрос об использовании результатов диссертационной работы Рожкова Д.В. по теме «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ» сообщает.

Разработка механизма государственного регулирования в сфере медицинских услуг с использованием потенциала превентивных мер, является инструментом эффективного управления сложной, открытой, динамической системы регулирования сферы медицинских услуг. Механизмы государственного регулирования позволяют прогнозировать основные факторные показатели деятельности системы здравоохранения.

Разработанный подход дает возможность более оперативно и точно реагировать на негативные процессы в системе, связанные с организационно – экономическим обеспечением здравоохранения, влиянием других внутренних и внешних факторов.

Заместитель министра



А.В. Лесников



**Справка об использовании результатов диссертационного исследования  
от ГБУЗ Пермского края «Клинический кардиологический диспансер»**

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Пермского края  
«Клинический кардиологический диспансер»

Россия 614002 г.Пермь,

ул. Сибирская, д.84

тел. (342) 216 99 33

тел./факс: (342) 216 99 35

ИНН 5902292287 / КПП 590401001

<http://kkd.medicalperm.ru>

E-mail: [info@heart-perm.ru](mailto:info@heart-perm.ru)

02.03.22 № 2022/289

на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

В Диссертационный совет  
Д 900.006.11 по защите докторских и  
кандидатских диссертаций при  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный  
университет имени В.И. Вернадского»

АКТ

о внедрении результатов диссертационного исследования «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
МЕХАНИЗМА ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ»

Рожкова Дмитрия Викторовича

Настоящим подтверждаю, что теоретические положения и научно-методические рекомендации по стратегическим направлениям совершенствования механизма государственного регулирования сферы медицинских услуг, позволили выявить и классифицировать ключевые тенденции развития оказания кардиологической помощи населению Пермского края.

Предложенные в работе структурные элементы организационно-экономического механизма развития сферы медицинских услуг использованы для обоснования и осуществления мероприятий по организации медицинской помощи населению Пермского края.

Практические рекомендации, изложенные в диссертационной работе, нашли определенное отражение в деятельности ГБУЗ ПК «ККД» по вопросам повышения, развития системы здравоохранения исходя из приоритетов социально-экономического развития Пермского края.

И.о.главного врача



Я.В. Киселевич

Справка об использовании результатов диссертационного исследования  
от ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский  
университет»



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**федеральное государственное автономное**  
**образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Пермский государственный**  
**национальный исследовательский**  
**университет»**  
**(ПГНИУ)**

ул. Букирева, 15, г. Пермь, 614990,  
Телефон (342) 239-63-26, факс (342) 237-16-11  
E-mail: info@psu.ru, WWW-сервер: <http://www.psu.ru>

ОКПО 02069071, ОГРН 1025900762150

ИНН/КПП 5903003330/590301001

02.03.2022 № 77-3/2

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

В Диссертационный совет  
Д 900.006.11 по защите докторских  
и кандидатских диссертаций при  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный  
университет имени  
В.И. Вернадского»

**СПРАВКА**

*о внедрении результатов диссертационного исследования  
аспиранта кафедры предпринимательства и экономической безопасности  
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Пермский государственный национальный  
исследовательский университет»  
Рожкова Дмитрия Викторовича*

Настоящая справка подтверждает, что материалы диссертационного исследования Рожкова Д.В. по совершенствованию механизма системы государственного регулирования сферы медицинских услуг Пермского края, содержащие концептуальный подход, методические и практические рекомендации по разработке стратегии развития сферы медицинских услуг, анализ состояния социально-экономических условий и особенностей функционирования здравоохранения с оценкой его эффективности в меняющихся макроэкономических условиях, используются в преподавании дисциплин: «Основы анализа систем здравоохранения», «Системы здравоохранения и основы финансирования». Данные дисциплины формируют профессиональные компетенции, предусмотренные образовательной программой по направлению подготовки 38.04.02 Менеджмент, направленность «Управление организациями здравоохранения», реализуемую в ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет».

Проректор ФГАОУ ВО ПГНИУ  
по учебной работе, д.ф.-м.н., доцент

С.О. Макаров

02 марта 2022 г.

Исп. Зенченко Е.Ю.  
Тел.(342)2396-890

