

На правах рукописи



Булатова Гульнара Фаридовна

Трансформация системы здравоохранения Российской Федерации в
систему здоровьесбережения

Специальность: 5.2.3. Региональная и отраслевая экономика
(экономика сферы услуг)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Москва – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова», г. Москва.

Научный руководитель доктор экономических наук, профессор
Разумовская Елена Михайловна

Официальные оппоненты: **Симченко Наталия Александровна**
доктор экономических наук, профессор,
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского», заведующий кафедрой
экономической теории

Молчанов Игорь Николаевич
доктор экономических наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова»,
профессор кафедры политической экономики

Ведущая организация Федеральное государственное бюджетное
учреждение науки Институт экономики
Уральского отделения Российской академии наук

Защита состоится «18» января 2023 г. в 13:00 на заседании диссертационного совета 24.2.372.06 на базе ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова» по адресу: 117997, г. Москва, Стремянный пер., д. 36, корп. 3, ауд. 353.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в Научно-информационном библиотечном центре им. академика Л.И. Абалкина ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова» по адресу: 117997, г. Москва, ул. Зацепа, д. 43 и на сайте организации: <http://ords.rea.ru/>

Автореферат разослан «___» 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета 24.2.372.06,
доктор экономических наук, доцент



Анастасия Владимировна Лукина

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования обусловлена потребностью перехода к принципам гуманизации общества, при которой одним из приоритетных направлений развития должно стать укрепление общественного здоровья как результирующего показателя развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг. Необходимость этого вызвана не отвечающими современным требованиям подходами к определению общественного здоровья, выводами экспертов Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) о том, что увеличение продолжительности жизни населения, активного долголетия и улучшение ее качества способствуют ускорению экономического развития страны.

Эпидемия коронавирусной инфекции показала неготовность систем здравоохранения многих стран эффективно управлять общественным здоровьем в условиях чрезвычайной ситуации, в том числе неготовность своевременно предоставлять качественные медицинские услуги в достаточном объеме.

Поддержание индивидуального здоровья человека трансформируется в более масштабную задачу – формирование нового типа российской культуры, предусматривающей ответственность индивида за собственное здоровье, государства – за здоровье населения страны, работодателя – за условия труда.

Тем самым ключевым результирующим элементом предоставления медицинских услуг и управления общественным здоровьем в целом должно стать осознание того, что здоровье – это благо, позволяющее удовлетворять определенные потребности как индивида, так и общества, государства.

Функционирующая в настоящее время в Российской Федерации организационно-экономическая модель управления системой здравоохранения не является эффективной, она функционирует в условиях отсутствия принципов целеполагания и системы охраны труда. Это обуславливает потребность в формировании и реализации концепции здоровьесбережения, где ключевыми компонентами являются профилактические медицинские услуги.

Все это позволяет констатировать, что необходима разработка путей реформирования механизма управления системой здравоохранения и говорит об актуальности и перспективности выбранного направления исследования как с теоретической, так и с практической точки зрения.

Степень разработанности и изученности темы. При написании работы вопросы общественного здоровья как результирующего показателя развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг рассматривались в различных аспектах.

Существенный вклад в тематику исследований, посвященных формированию здорового образа жизни и методологическому подходу к проблемам здоровья и предоставлению медицинских услуг, внесли К. Маркс, Д. Рикардо, А. Смит, Г.Н. Арустамян, Н.А. Восколович, Е.В. Егоров, Л.А. Тутов и др. Вопросы соотношения государственной и частной моделей организации и финансирования здравоохранения рассматриваются в исследованиях У.Г. Бевериджа, О.Ф.Бисмарка, А. Пигу, Н.А. Семашко, Л.М. Фридмана, Т.В. Чубаровой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина и других ученых. Анализ факторов общественного здоровья населения и расчет экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидизации и смертности рассмотрены в работах А.И. Вялкова, Р.С. Гаджиева, Н.К. Гусевой, Ю.Н. Кириченко, Ю.П. Лисицына, А.В. Медика, Б.Б. Прохорова, А.А. Шабунной, Д.И. Шмакова и многих других. Всесторонние подходы к здоровью, в том числе как социально значимым услугам, исследуются в трудах И.И. Брехмана, И.В. Журавлевой, П.И. Калью, Е.В. Молчановой, Н.М. Римашевской, Р. Williams и других авторов. Компоненты здоровья рассмотрены в трудах В.А. Лищука, В.Н. Максимовой и В.А. Полесского. Реформирование и модернизация существующей отечественной системы здравоохранения, в том числе ее государственного регулирования, а также организационно-экономический механизм функционирования сферы медицинских услуг, повышения их качества и доступности анализируются в трудах А.Г. Аганбегяна, Е.Б. Галкина, А.А. Гильманова, В.В. Гришина, В.Г. Ерохина, З.Р. Зиганшиной, С.В. Киселева, М.Н. Максимовой, Т.С. Мишакина, В.А. Морозова, Е.М. Разумовской, Н.Х. Сабитова, В.А. Садовниченко, Г.Э. Улумбековой, Ф.В. Хузаханова, Ю.И. Шемакина, О.П. Щепина и др. Проблемы здоровьесбережения рассматриваются учеными различных отраслей наук: медицины (К. Даффи, Л.А. Жолковская, Е.А. Климов), социальной работы (З.И. Губонина, В.Т. Лисовский), педагогики (О.Л. Еремина, А.В. Мудрик).

Таким образом, в современном научном сообществе существует множество разносторонних подходов к здоровью населения, но при этом взаимодействие основных субъектов (государства, работодателя и индивида) и механизмы их мотивации в вопросах укрепления здоровья исследованы в недостаточной степени. Это обусловило выбор темы, цели, задачи и основные направления исследования.

Цель и задачи исследования. Целью исследования является разработка концепции здоровьесбережения на основе трансформации системы здравоохранения и смещения приоритета предоставления медицинских услуг на качественные характеристики общественного здоровья. Достижение цели исследования предполагает решение следующих основных задач:

1) расширить и адаптировать к новым реалиям научный подход к категориям «медицинская услуга», «здоровье», «здравоохранение» и их взаимосвязи;

2) определить особенности и противоречия развития здравоохранения в Российской Федерации, в том числе дифференциации в оказании медицинских услуг в региональном аспекте;

3) проанализировать методики оценки эффективности системы здравоохранения на международном и региональном уровнях;

4) сформулировать базисные элементы концепции здоровьесбережения в Республике Татарстан;

5) определить задачи и роль стейкхолдеров – потребителей здоровья в контексте реализации концепции здоровьесбережения;

6) предложить мотивационные механизмы для каждого из стейкхолдеров – потребителей здоровья в процессе формирования системы здоровьесбережения.

Предметом исследования являются экономические отношения субъектов системы здравоохранения в контексте трансформации в систему здоровьесбережения.

Объектом исследования являются стейкхолдеры – потребители процесса трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения.

Гипотеза исследования заключается в том, что для укрепления общественного здоровья необходима трансформация системы здравоохранения в систему здоровьесбережения через разработку и реализацию концепции, основывающейся на эффективном взаимодействии трех стейкхолдеров – потребителей здоровья: государства, работодателя и индивида.

Теоретической и методологической базой исследования послужили положения экономической теории, методологические аспекты развития социально значимых услуг; научные труды российских и зарубежных авторов по проблематике формирования эффективного управления системой здравоохранения, оказанием медицинских услуг; исследования и разработки, касающиеся механизмов здоровьесбережения.

Для решения практических задач были использованы общетеоретические, общеметодологические, социологические, эконометрические, междисциплинарные методы исследования; применен институциональный, исторический, системный подходы и контент-анализ. При решении управленческих задач, направленных на повышение уровня общественного здоровья, автор оперировал структурно-функциональными, ситуационными и вероятностными подходами.

Информационно-эмпирическую базу исследования составили нормативно-правовые акты Российской Федерации и Республики Татарстан, информационно-аналитические материалы ВОЗ, количественные данные Федеральной службы

государственной статистики, Минздрава Российской Федерации и Республики Татарстан, международные рейтинги в сфере здравоохранения, экспертные оценки, результаты мониторинга оказания медицинской помощи и эффективности деятельности субъектов здравоохранения, анкетирования населения Республики Татарстан, проведенного автором, и др.

Содержание диссертационного исследования соответствует Паспорту специальностей Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации по специальности 5.2.3. Региональная и отраслевая экономика по пунктам: 4.10. – Особенности формирования и развития общественного (государственного) сектора сферы услуг; 4.12. – Экономика здравоохранения; 4.16. – Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг.

Научная новизна заключается в уточнении, обосновании и развитии теоретических и методических подходов к управлению медицинскими услугами в системе здравоохранения Российской Федерации и в разработке концепции здоровьесбережения как необходимости трансформации функционирующей в настоящее время системы здравоохранения.

К числу основных результатов, определяющих научную новизну, относятся следующие положения:

1. Представлена авторская трактовка следующих категорий: «медицинская услуга» как делимого общественного блага, целью предоставления которого является улучшение здоровья людей в интересах государства, работодателя, индивида; «здоровье» как системного показателя состояния организма человека, отражающего его качественные характеристики; «здоровьесбережение» как взаимодействия трех основных стейкхолдеров – потребителей здоровья: государства, работодателя и индивида, направленного на сохранение и улучшение здоровья; и их взаимосвязи.

2. Выявлены противоречия целеполагания в развитии системы здравоохранения: между потребностью государства и работодателя в эффективных человеческих ресурсах, с одной стороны, и устойчивым институтом остаточного финансирования 3,5 % ВВП и расширением частнопредпринимательского сектора в сегменте оказания медицинской помощи, с другой стороны.

3. Доказано, что показатели, заложенные в программах развития здравоохранения в Российской Федерации, не отражают качественные характеристики собственно категории «здоровье» как результирующего показателя предоставления медицинских услуг, не стимулируют создание системы охраны труда и развитие здорового образа жизни. Доказана целесообразность введения показателей, оценивающих именно «качество здоровья», таких как трудовая и

общественная активность, мобильность, отсутствие депрессивных состояний как следствия стресса, желание и возможность творческого роста и интеллектуального развития. Исходя из этого, обоснована целесообразность трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в систему здоровьесбережения.

4. Выявлена необходимость включения в методику оценки эффективности системы здравоохранения субъективных показателей оценки здоровья. Автором разработано и апробировано в Республике Татарстан анкетирование, позволяющее проанализировать результаты субъективной оценки населением доступности и качества медицинских услуг, благосостояния в контексте здоровья – именно эти показатели в совокупности с «ожидаемой продолжительностью здоровой жизни» и «количеством предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья» составляют методику оценки эффективности.

5. Разработана региональная концепция системы здоровьесбережения (Республики Татарстан), сформулированная на основе авторского определения здоровьесбережения, подходов к целеполаганию и с учетом мнения населения региона.

6. Определены цели и функции стейкхолдеров-потребителей здоровья и необходимость применения мотивационных механизмов здоровьесбережения.

Теоретическая значимость работы состоит в формировании комплекса знаний, теории, методики и методов управления общественным здоровьем как результирующим показателем развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг, в том числе в уточнении его понятийно-категориального аппарата, а также в разработке концепции и инструментариев, которые способствуют трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения.

Практическая значимость работы заключается в возможности и перспективности использования разработанной концепции здоровьесбережения в деятельности федеральных и региональных органов исполнительной власти. В частности, применение ее положений содействует ускоренному достижению целей реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» в Республике Татарстан (в части региональных проектов «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Укрепление общественного здоровья» соответственно). Основные сформулированные положения, выводы применяются в ходе преподавания учебных курсов «Управление социально-экономическим развитием», «Экономика здравоохранения» в Казанском (Приволжском) федеральном университете.

Апробация результатов исследования. Основные положения исследования были представлены на Второй международной научно-практической конференции

«Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания» (Москва, МГУ им. М. В. Ломоносова, 2018 г.), VII Московской международной научно-практической конференции «Болезнь и здоровый образ жизни», (Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018 г.), Международном молодежном симпозиуме по управлению, экономике и финансам (Казань, 2019, 2020 гг.), VII и VIII Всероссийских научно-практических конференциях «Проблемы и перспективы развития социально-экономического потенциала российских регионов» (Чебоксары, 2018, 2019 гг.), Международных молодежных научных медицинских форумах «Белые цветы» (КГМУ, Казань, 2019, 2020, 2021 гг.), Международной научно-практической конференции молодых исследователей общественного здравоохранения (Москва, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, 2020 г.), Третьей научно-практической конференции «Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды (Казань – Москва, КФУ, Институт управления, экономики и финансов, МГУ им. М. В. Ломоносова, экономический факультет, 2019 г.), Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Профилактическая медицина-2020» и «Профилактическая медицина-2021» (Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И.И. Мечникова) и др.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 22 научные работы, в том числе 5 статей в изданиях, входящих в перечень рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации изданий для публикации материалов по кандидатским и докторским диссертациям, 2 статьи в журналах, индексируемых в международных базах Scopus и Web of Science.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, содержащих 9 параграфов, заключения, списка использованной литературы, включающего 222 источника. Работа изложена на 189 печатных страницах, включает 12 рисунков, 39 таблиц и 3 приложения.

Во введении рассматривается актуальность темы исследования, раскрывается степень разработанности проблемы в отечественной и зарубежной экономической литературе, определяются цель и задачи, объект и предмет, теоретико-методологическая основа, новизна и научно-практическая значимость, представлена апробация результатов исследования и его структура.

В первой главе «Институциональные аспекты управления системой здравоохранения в Российской Федерации» анализируется эволюция научных подходов к характеристике и содержанию категорий «медицинская услуга», «здоровье»,

«общественное здоровье», «здравоохранение», даны авторские трактовки данных понятий, рассмотрены эффективные модели управления системой здравоохранения и характеристика рынка медицинских услуг Российской Федерации, в том числе ее государственное регулирование.

Во второй главе «Обоснование целесообразности трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения» проанализированы особенности организационно-управленческой системы здравоохранения в России и Республике Татарстан, в частности, рассмотрено государственное регулирование системы здравоохранения в условиях дифференциации регионов, рассмотрена эффективность региональной системы здравоохранения, предложены механизмы ее реализации.

В третьей главе «Концептуальные подходы к формированию системы здоровьесбережения» разработана концепция формирования системы здоровьесбережения, проанализирована роль государства в ее реализации.

В заключении сформулированы основные выводы и результаты, полученные в рамках диссертационного исследования.

II. ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Представлена авторская трактовка следующих категорий: «медицинская услуга» как делимого общественного блага, целью предоставления которого является улучшение здоровья людей в интересах государства, работодателя, индивида; «здоровье» как системного показателя состояния организма человека, отражающего его качественные характеристики; «здоровьесбережение» как взаимодействия трех основных стейкхолдеров – потребителей здоровья: государства, работодателя и индивида, направленного на сохранение и улучшение здоровья; и их взаимосвязи.

Медицинская услуга – делимое общественное благо, целью предоставления которого является улучшение здоровья людей в интересах государства, работодателя, индивида.

Результирующим показателем развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг является здоровье населения. В основу разработанных автором терминов индивидуального и общественного здоровья оказались заложены наличие ряда отдельных показателей, рассчитываемых на межстрановом уровне, метод самооценки собственного здоровья, рекомендованный ВОЗ для проведения мониторинга здоровья, а также подходы:

1) английского социолога А. Williams'a, который одним из первых в 1990-х гг. предпринял попытку оценить «качество здоровья». Показателями нового для того

времени понятия он выделил самообслуживание, мобильность индивида, его повседневную деятельность, боль (дискомфорт), беспокойство (депрессию).

2) советского ученого П.И.Калью (1988), который систематизировал пять концептуальных моделей здоровья: медицинскую (отсутствие болезней), биомедицинскую (отсутствие субъективных ощущений нездоровья), биосоциальную, ценностно-социальную (условие для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей) и интегрированную (включающую в себя компоненты вышеперечисленных четырех моделей).

Индивидуальное здоровье – это системный показатель состояния организма человека, отражающий его качественные характеристики: повседневную активную деятельность, самообслуживание, мобильность, отсутствие боли, беспокойства и депрессии, то есть состояние, позволяющее ему в полной мере осуществлять свои биологические и социальные функции.

Общественное здоровье – качественная характеристика проживающего на определенной территории населения, формируемая под воздействием комплексных биологических, экологических и социально-экономических факторов, обеспечивающая максимально возможную активную продолжительность жизни, стабильное демографическое развитие, трудовую и социальную активность, развитие творческого и интеллектуального потенциала.

С понятием общественного здоровья и оказанием профилактических медицинских услуг неразрывно связано понятие «здоровьесбережение». Оно отражает качественную характеристику системы здравоохранения.

Здоровьесбережение – взаимодействие субъектов управления общественным здоровьем, направленное на сохранение и улучшение здоровья; это обобщающее понятие «образа жизни», охраны здоровья, основ профилактики заболеваний и создания условий для этого. Эффективное взаимодействие предполагает непосредственную кооперацию действий трех основных стейкхолдеров–потребителей: государства, работодателя и индивида.

2. Выявлены противоречия целеполагания в развитии системы здравоохранения: между потребностью государства и работодателя в эффективных человеческих ресурсах, с одной стороны, и устойчивым институтом остаточного финансирования 3,5 % ВВП и расширением частнопредпринимательского сектора в сегменте оказания медицинской помощи, с другой стороны.

Институт финансирования сферы здравоохранения по остаточному принципу в Российской Федерации подтверждается межстрановыми данными уровня расходов на здравоохранение, выражающихся в % от ВВП, представленными в таблице 1.

Таблица 1 – Уровень государственных расходов на здравоохранение, 2011–2019 гг. в межстрановом сравнении, в % ВВП.

Страна	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Канада	7,818	7,633	7,728	7,679	7,548	7,910	8,018	7,899	7,930
США	7,950	7,934	7,907	7,938	8,237	8,472	8,591	8,545	8,512
Франция	7,921	7,868	7,955	8,059	8,171	8,301	8,353	8,350	8,260
Германия	8,400	8,126	8,182	8,400	8,484	8,602	8,677	8,799	8,879
Италия	6,995	6,757	6,665	6,648	6,689	6,593	6,492	6,399	6,404
Россия	3,048	3,001	3,148	3,169	3,201	3,110	2,999	3,051	3,161
Испания	6,788	6,738	6,603	6,439	6,387	6,509	6,406	6,318	6,320
Великобритания	8,219	8,176	8,171	7,963	7,969	7,938	7,931	7,809	7,858
Япония	7,502	8,891	9,057	9,093	9,112	9,153	9,105	9,092	9,211

Источник: Официальный сайт ВОЗ. – URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения 10.11.2020)

Для наглядности представим данные за 2019 год в виде диаграммы (рисунок 1).



Рисунок 1 – Уровень государственных расходов на здравоохранение, по странам мира, 2019 г., процент от ВВП

Источник: составлено автором.

Определение социальной сферы как приоритетного направления развития должно подкрепляться достаточным (а не остаточным) принципом финансирования, также уровень финансирования, измеряемый в процентах к ВВП, должен иметь тенденцию к увеличению. В настоящее время прирост данного показателя в

Российской Федерации, согласно таблице 1, не имеет стабильно увеличивающейся положительной динамики.

Модель управления здравоохранением в Российской Федерации в настоящее время является смешанной, с приоритетным государственным регулированием.

Лишь отдельные элементы частнопредпринимательского сектора могут быть использованы в эффективной модели регулирования системы здравоохранения, при этом их задача сводится к созданию конкуренции между продавцами медицинских услуг, повышению эффективности всех видов вложенных ресурсов, а также мотивации медицинских работников.

Невозможность применения исключительно рыночных механизмов регулирования отрасли объясняется «провалами рынка», наличие которых доказано концепцией А. Пигу в начале XX в. В сфере здравоохранения пациент, который является потребителем здоровья, не способен определять спрос на необходимую ему конкретную медицинскую услугу. Одновременно определяет спрос и предложение медицинский работник (врач), при этом становясь субъектом, который формирует наиболее выгодные для него предложения. Это объясняется асимметрией информации, которая формируется за счет полученных врачом знаний.

Согласно концепции социального рыночного хозяйства, медицинские услуги, являясь общественно значимыми, должны предоставляться вне зависимости от уровня платежеспособности пациента, что противоречит рыночным механизмам.

Необходимость преимущественно государственного регулирования была подтверждена и во время пандемии COVID-19: подход стран к борьбе с коронавирусной инфекцией можно разделить на три метода – пассивный, запаздывающий и опережающий. Реализация опережающего подхода (Россия, Сингапур, Тайвань, Южная Корея) позволила снизить скорость распространения вируса и сократить смертность населения в данных странах.

Главная особенность развития здравоохранения Российской Федерации – дифференциация регионов по показателям сферы здравоохранения, общественного здоровья и финансирования отрасли. Представим количественные данные 2019 года в таблице 2.

Таблица 2 – Анализ показателей развития здравоохранения регионов, 2019 г.

Показатель	Максимальное значение	Минимальное значение	Дифференциация
Инвестиции в основной капитал в области здравоохранения и социальных услуг, млн р.	г. Москва – 36444,9	Ненецкий автономный округ– 223,3	Больше в 163 раза

Показатель	Максимальное значение	Минимальное значение	Дифференциация
Численность среднего медицинского персонала на 10000 человек населения, человек	Магаданская область – 155,0	Ленинградская область – 73,5	Больше в 2,1 раза
Численность населения на одного врача, человек	Курганская область – 341,5	г. Санкт-Петербург – 117,8	Больше в 2,8 раз
Численность врачей всех специальностей на 10000 человек населения, человек	г. Санкт-Петербург – 84,9	Курганская область – 29,3	Больше в 2,8 раз
Число больничных коек на 10000 человек населения	Чукотский автономный округ – 126,9	Республика Ингушетия – 44,1	Больше в 2,8 раза
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	Республика Ингушетия – 83,4	Республика Тыва – 67,6	Больше на 15,8
Смертность населения в трудоспособном возрасте (умерших на 100000 человек соответствующего возраста)	Чукотский автономный округ – 801,3	Республика Ингушетия – 142,0	Больше в 5,6 раз

Источник: составлено автором.

Развитие платной медицины в России графически представлено на рисунке 2.



Рисунок 2 – Объем платных медицинских услуг в России, млрд р.

Источник: Медицинская информационная система для медицинских центров и стоматологий MEDODS. – URL: <https://medods.ru/post/rynok-chastnoi-meditsiny-v-rossii> (дата обращения: 21.09.2020).

Необходимо прийти к осознанию того, что ставят перед собой власти в сфере здравоохранения: зарабатывать на социально значимых услугах или повысить качество жизни населения.

Одним из эффективных инструментов, способствующих усовершенствованию функционирования системы здравоохранения, является

применение опыта Великобритании – внедрение института частнопрактикующего врача – врача в частном кабинете, являющегося одновременно и сотрудником (как врач), и управляющим (как владелец этого кабинета), и предпринимателем (получающим прибыль с продажи медицинских услуг).

Таким образом, предложены пути разрешения противоречия целеполагания в развитии системы здравоохранения, основанные на возвращении ментальности отношения к здоровью как к ценности, целесообразности адекватного финансирования системы здравоохранения, развитию института частнопрактикующего врача, особенно в сельской местности.

3. Доказано, что показатели, заложенные в программах развития здравоохранения в Российской Федерации, не отражают качественные характеристики собственно категории «здоровье» как результирующего показателя предоставления медицинских услуг, не стимулируют создание системы охраны труда и развитие здорового образа жизни. Доказана целесообразность введения показателей, оценивающих именно «качество здоровья», таких как трудовая и общественная активность, мобильность, отсутствие депрессивных состояний как следствия стресса, желание и возможность творческого роста и интеллектуального развития. Исходя из этого, обоснована целесообразность трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в систему здоровьесбережения.

Для эффективного целеполагания необходимо формирование комплексного подхода к оценке общественного здоровья, к пониманию его сущности, что требует осознания разработанного автором подхода, опирающегося на исследования ВОЗ, английской школы и советских ученых, согласно которому:

- 1) здоровье – это не только количественные показатели, но и качественные;
- 2) общественное здоровье выступает результирующим показателем функционирования системы здравоохранения и предоставления медицинских услуг.

В связи с этим были рассмотрены формы организации систем здравоохранения в мире. Основными критериями, формирующими их принципиальное отличие, являются экономические показатели: отношения собственности, механизмы финансирования системы, методы контроля объема и качества медицинской помощи, а также механизмы стимулирования производителей и потребителей. Анализ зарубежных моделей показал, что чем выше уровень централизации управления ресурсами, тем выше показатели развития здравоохранения и общественного здоровья.

В таблице 3 сравним количественные данные на межстрановом уровне, позволяющие оценить эффективность борьбы с коронавирусной инфекцией,

сопоставив их при этом с позицией в рейтинге The Most Efficient Health Care – одним из авторитетных межстрановых рейтингов по эффективности систем здравоохранения, основанном на данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка и рассчитываемом агентством Bloomberg.

Таблица 3 – Данные по COVID и системам здравоохранения некоторых стран

Страна	Население, млн чел.	Госпитальных коек, на 10 тыс. чел.	Место в рейтинге The Most Efficient Health Care, Bloomberg, 2018	За период пандемии, на 06.11.2020	
				Заражений на 1 млн чел.	Смертей, на 1 млн чел.
Тайвань	23,0	70	9	25	1
Республика Корея	51,0	124	5	533	9
Сингапур	6,0	25	2	9674	5
Япония	126,0	130	7	833	14
Новая Зеландия	5,0	26	15	392	5
Австралия	25,0	38	8	1105	36
Норвегия	5,5	35	11	4223	52
Германия	83,0	80	45	7604	139
Россия	147,0	71	53	11562	199
Канада	38,0	25	16	6670	274
Швейцария	9,0	46	12	22500	292
Италия	61,0	34	4	13523	659
США	329,0	29	55	29201	714
Великобритания	66,0	25	35	17067	730

Источники: Официальный сайт Bloomberg – URL: <https://www.bloombergquint.com/global-economics/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top> (дата обращения: 28.11.2020); Данные Университета Джона Хопкинса. – URL: <https://www.vtimes.io/2020/11/11/pochemu-aziya-spravilas-s-kovidom-a-evropa-ssha-i-rossiya-net-a1408> (дата обращения: 21.12.2020).

Можно констатировать, что азиатские страны справились с распространением инфекции гораздо эффективнее. Одними из самых результативных методов стали оперативные карантинные меры, ответственность за их нарушение, стратегическое планирование и трансформация медицинской сети, масштабное тестирование, запас достаточного количества средств индивидуальной защиты, а также создание централизованных каналов информирования граждан.

В последнем опубликованном рейтинге стран по уровню медицинского обслуживания Health Care Index for Country Россия заняла 60 место из 84. Агентство Bloomberg также формирует рейтинг самых здоровых стран (Global Health Index): Россия в рейтинге заняла 95 место.

Безусловно, в настоящее время показатели России в международных рейтингах характеризуют ее как страну с неэффективно функционирующей системой здравоохранения.

На сегодняшний день в Российской Федерации реализуются национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография», государственная программа «Развитие здравоохранения» и другие программы на федеральном и региональном уровнях.

В национальном проекте «Здравоохранение» больше половины финансовых средств заложено на одну статью расходов – на борьбу с онкологическими заболеваниями. Данные расходы в 13 раз превышают финансирование, направленное на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ); в 15,5 раз – на развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и почти в 6 раз – на обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами. При этом стоит отметить, что почти половина причин смертности в России – ССЗ.

При анализе национального проекта «Демография» было выявлено, что на федеральную программу «Укрепление общественного здоровья» предполагается лишь 0,11% финансирования проекта. В задачи национального проекта автор считает целесообразным добавить следующие: улучшение показателей охраны труда работников, минимизация показателей работы в условиях вредного производства, снижение показателей, связанных со стрессом людей (первой причиной ССЗ); и в целом разработать блок с психологическими факторами, способными анализировать неуверенность людей в будущем.

Проведя мониторинг программ развития здравоохранения, можно сделать вывод о том, что они не отражают задачи, направленные на улучшение качественных характеристик здоровья населения, также они не сопровождаются никаким методологическим обоснованием, что серьезно ставит под угрозу эффективность реализации политики в области здравоохранения, а значит и социально-экономического развития страны в целом.

Необходимо изменение политики в отрасли здравоохранения: увеличение государственного финансирования как минимум до 5% ВВП, повышение доступности и качества образования в этой сфере, увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни. Главным результатом данной политики должно стать повышение здоровой продолжительности жизни за счет создания системы охраны труда и развития здорового образа жизни, введения таких индикаторов, как трудовая и

общественная активность, мобильность, отсутствие депрессивных состояний как следствия стресса, желание и возможность творческого роста и интеллектуального развития. Именно данные качественные показатели способны на практике оценить результативность проводимой политики. Все они заложены в основу предлагаемой автором концепции здоровьесбережения.

4. Выявлена необходимость включения в методику оценки эффективности системы здравоохранения субъективных показателей оценки здоровья. Автором разработано и апробировано в Республике Татарстан анкетирование, позволяющее проанализировать результаты субъективной оценки населением доступности и качества медицинских услуг, благосостояния в контексте здоровья – именно эти показатели в совокупности с «ожидаемой продолжительностью здоровой жизни» и «количеством предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья» составляют методику оценки эффективности.

Первая рамочная основа оценки эффективности работы систем здравоохранения была сформулирована для ВОЗ в работе Murray et Frenk в 1999 году. В ней рассматривались три основополагающие сферы результативности: справедливость, эффективность и качество. В 2000 году она была дополнена четырьмя системными функциями, которые выполняет система здравоохранения: руководство, ресурсное обеспечение, предоставление услуг и финансирование.

Отталкиваясь от такой концептуальной базы, рамочная основа особенностей оценки эффективности систем здравоохранения постепенно трансформировалась в модель, представленную в докладе ВОЗ 2007 года, где структурными элементами системы являются: предоставление услуг, кадровые ресурсы здравоохранения, информация, медицинские товары, вакцины и технологии, финансирование и стратегическое руководство. Общие цели в рамках данной модели состоят в улучшении показателей здоровья, отзывчивости, социальной защиты, защиты от финансовых рисков и повышенной эффективности [Официальный сайт ВОЗ. – URL: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (дата обращения: 11.07.2020)].

В России рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения регионов рассчитывается высшей школой организации и управления здравоохранением. Рейтинг рассчитывается на основании 4-х показателей, каждый из которых имеет удельный вес: ожидаемая продолжительность жизни (далее – ОПЖ), число лет – 50%; ВРП, руб. на душу населения – 10% и государственное финансирование здравоохранения, руб. на душу населения – 30%; продажа крепких алкогольных напитков, литров на душу населения – 10%.

На наш взгляд, учет лишь данных четырех показателей не отражает эффективность системы здравоохранения и оказания медицинских услуг.

Важно не только оценить ожидаемую продолжительность жизни и сопоставить ее с финансированием отрасли, но и рассмотреть качественные характеристики ее составляющих, что говорит о необходимости корректировки данного показателя как «ожидаемая продолжительность здоровой жизни». Анализируя качественные характеристики ОПЖ и методики оценки эффективности в целом, считаем необходимым добавить в методику оценки субъективные оценки населения касаемо, во-первых, качества получаемых им медицинских услуг, а во-вторых, собственного здоровья, с акцентом на качественные его характеристики. Необходимым показателем оценки эффективности реализуемых по отношению к здоровью управленческих воздействий также является сфера отношений работодателя и индивида. Поэтому необходимо добавить в оценку эффективности показатель «количество предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья».

Таким образом, подход автора заключается в том, что: 1) несмотря на то, что эффективность – это всегда отношение результата к затратам, считаем, что социальная сфера, в особенности здравоохранение, не относится к отраслям, где достичь высоких результатов необходимо при относительно низком уровне бюджетного финансирования; 2) оценка эффективности региональной системы здравоохранения складывается из четырех показателей, представленных на рисунке 3.



Рисунок 3 – Методика оценки эффективности региональной системы здравоохранения

Источник: составлено автором.

Учитывая, что оценкой, наиболее ясно отражающей уровень общественного здоровья, является субъективная оценка населения, автором была разработана анкета,

субъективно оценивающая медико-социальные аспекты общественного здоровья и удовлетворенность населения получаемыми медицинскими услугами.

Анкета включает в себя комплексные вопросы, условно разделенные на пять блоков: общая информация, оценка собственного здоровья и влияющих на него факторов, приверженность здоровому образу жизни и оценка медицинского обслуживания и региональной системы здравоохранения в целом.

Анкета состоит из 60 вопросов. Данная анкета была апробирована во время проведения опроса жителей Республики Татарстан, участниками которого стали 1256 респондентов.

По итогам опроса были выявлены следующие ключевые факторы здоровья: здоровый образ жизни, благоприятные внешние факторы (условия быта, экология), качественная и своевременная медицинская помощь, отсутствие вредных привычек, хорошая наследственность, удовлетворительное психологическое состояние, восьмичасовой сон, сбалансированное питание, охрана здоровья на рабочем месте.

В целом жители Республики Татарстан хотят укрепить свое здоровье, вести здоровый образ жизни, также они осознают, что в большей степени ответственность за свое здоровье несет сам индивид, но при этом большинство опрошенных пренебрегают здоровым сном, питанием и не занимаются спортом (хотя и отмечают, что имеется инфраструктура), а 95% опрошенных заявили, что не всегда обращаются к врачу при недомогании.

5. Разработана региональная концепция системы здоровьесбережения (Республики Татарстан), сформулированная на основе авторского определения здоровьесбережения, подходов к целеполаганию и с учетом мнения населения региона.

Ввиду обоснования потребности трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в систему здоровьесбережения была разработана концепция здоровьесбережения на региональном уровне. В качестве пилотного региона была выбрана Республика Татарстан.

В настоящее время в Республике Татарстан самая низкая смертность в Приволжском федеральном округе и лучшие показатели по естественному приросту, рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни (в 2021 году этот показатель составлял 72,28 года). Наиболее частые причины смертности в Татарстане (как и в России в целом) – болезни системы кровообращения – 47,2%. За последние несколько лет зафиксировано снижение финансовых показателей здравоохранения республики: в динамике с 2012 по 2019 год расходы бюджета на здравоохранение снизились на 9%, инвестиции, направленные на развитие здравоохранения, – на 53%.

Эффективное взаимодействие при реализации концепции здоровьесбережения предполагает непосредственную кооперацию действий трех основных стейкхолдеров – потребителей здоровья: государства (через систему здравоохранения), работодателя (охрана труда, корпоративные программы укрепления здоровья) и индивида (здоровый образ жизни, профилактические меры, осознанность ценности здоровья).

Основные субъекты – потребители здоровья представлены на рисунке 4.

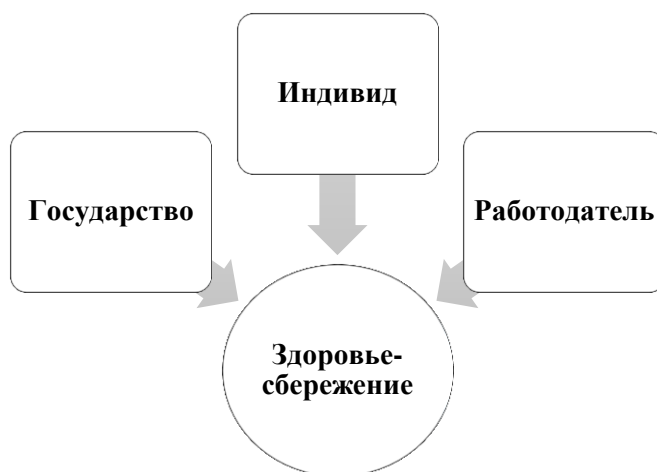


Рисунок 4 – Основные субъекты – потребители здоровья

Источник: составлено автором.

Эффективное взаимодействие данных субъектов говорит о комплексной системе здоровьесбережения, конечная цель которой – улучшение здоровья населения и повышение продолжительности здоровой жизни.

Цель концепции – формирование на территории Республики Татарстан института здоровьесбережения, соответствующего критериям социального государства и предусматривающего эффективное взаимодействие индивида, государства и работодателя в вопросах улучшения общественного здоровья.

Задачами концепции определены: 1) массовое развитие здорового образа жизни, отсутствие стресса; 2) воспитание ценностного отношения к собственному здоровью; 3) обеспечение системы здравоохранения ресурсами; 4) охрана здоровья работников, создание департамента охраны труда; 5) переход от существующей модели лечения к модели профилактики; 6) реализация корпоративных программ укрепления здоровья; 7) развитие социальной ответственности бизнеса; 8) повышение роли реабилитации и санаторно-курортного комплекса.

Принципы функционирования системы здоровьесбережения:

- личная заинтересованность населения;
- согласованность деятельности заинтересованных участников;
- информированность субъектов системы;

– комплексность подходов к укреплению здоровья.

Индикаторами концепции были определены: 1) охват иммунизацией населения, в процентах; 2) регулярная субъективная оценка состояния здоровья граждан, с акцентом на психологическое здоровье, в процентах улучшения; 3) эффективность прохождения диспансеризации: количество прошедших, выявленных онкозаболеваний и ССЗ в процентном соотношении, отсутствие вредных привычек, вопросы питания и физической активности, количественная динамика отнесения жителей республики к I, II, III группам здоровья; 4) количество мероприятий, популяризирующих здоровый образ жизни, профилактику здоровья; 5) количество предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья; 6) количество активных пользователей приложения, разработанного для мониторинга собственного здоровья и обратной связи с медицинским учреждением.

6. Определены цели и функции стейкхолдеров – потребителей здоровья и необходимость применения мотивационных механизмов здоровьесбережения.

Главным стейкхолдером – потребителем здоровья является государство, интерес которого заключается в формировании здоровой, эффективной оптимально-репродуктивной нации. Для этого необходимо формирование соответствующих условий. Обладая исключительными правами, органы государственного управления могут внедрять мотивационные механизмы для работодателя и индивида, стимулирующие ответственное отношение к здоровью. Проблема заключается в отсутствии доверия к государственному управлению. Поэтому, осознавая потребность в здоровых, образованных, эффективных гражданах, государство должно ставить перед собой множество разноплановых задач в аспекте здоровьесбережения: 1) формирование ментальности отношения к человеку как к ценности, а к благосостоянию – как к цели социально-экономического развития; 2) создание института квалифицированных профильных частнопрактикующих врачей; 3) обеспечение системы здравоохранения ресурсами; 4) формирование мотивационных механизмов, стимулирующих здоровьесбережение для всех субъектов; 5) масштабное распространение практики эффективно функционирующей системы охраны труда на предприятиях; 6) восстановление инфраструктуры, особенно в сельских районах.

Задачи работодателя – это формирование эффективно действующей системы охраны труда, снижение доли травматизма и вредного производства, реализация корпоративных программ укрепления здоровья.

К задачам индивида относятся: персонификация ответственности за собственное здоровье, осознание его ценности, отказ от вредных привычек, здоровый образ жизни, профилактические меры укрепления здоровья.

Без системы мотивации каждого из субъектов системы здоровьесбережения ее эффективное функционирование невозможно. На каждом рассмотренном нами уровне имеются свои барьеры, устранение которых необходимо для положительного результата:

– государство: отсутствие достойных условий жизни многих граждан, мотивационных механизмов, охраны труда и институциональные особенности, в частности скудное финансирование и оплата труда;

– работодатель: отсутствие социальной ответственности и мотивации к проведению мониторинга здоровья работников, экономические потери, незаинтересованность в создании корпоративных программ здоровьесбережения;

– индивид: низкий уровень культуры отношения к собственному здоровью и психологический фактор, заключающийся в чувстве «своей ненужности» (особенно относится к людям старшего поколения).

Мотивацией для индивида является рациональное использование средств, уплачиваемых им и работодателем в ФОМС, что может быть достигнуто путем открытости и персонификации поступающих и расходующих средств. Увидев открытость системы ОМС, получая дополнительные бесплатные медицинские услуги как вознаграждение за вовремя проведенные профилактические мероприятия, индивид будет мотивирован заботиться о своем здоровье еще до наступления заболевания. Для работодателя мотивация заключается в экономии финансовых средств, которую можно достигнуть, реализуя корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников. Мотивация государства – здоровые граждане страны, экономия дополнительных финансовых средств, требующихся на лечение населения. Вклад в профилактические мероприятия требует гораздо меньших бюджетных средств (например, базовый тариф посещений у взрослых по направлению «кардиология и ревматология» с профилактическими целями составляет 381,28 р., а с заболеванием – 1196,51 р.), но является наиболее приоритетным и эффективным вариантом улучшения общественного здоровья.

III. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило сформулировать авторскую трактовку категорий «медицинские услуги», «здоровье», «общественное здоровье» и «здоровьесбережение», отражающих непосредственно качественную характеристику здоровья как результирующего показателя развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг. Были выявлены противоречия целеполагания в развитии здравоохранения. Обосновано, что показатели, заложенные в программах

развития здравоохранения, не отражают качественные характеристики собственно категории «здоровье», таким образом, целесообразно введение показателей, оценивающих именно здоровье, а также включение в методику оценки эффективности региональной системы здравоохранения не только количественных показателей, но и субъективных показателей оценки здоровья.

В целях систематизации выводов были разработаны базисные элементы региональной концепции системы здоровьесбережения (Республики Татарстан), определены цели и функции стейкхолдеров – потребителей здоровья. Главенствующая роль в реализации концепции принадлежит государству как регулятору развития сферы производства социально значимых услуг, обладающему исключительными правами, способному внедрять мотивационные механизмы для двух других стейкхолдеров – потребителей здоровья: работодателя и индивида.

Республика Татарстан имеет все необходимые предпосылки к успешной реализации данной концепции, то есть к укреплению общественного здоровья как результирующего показателя развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг, и по праву может стать пилотным регионом России по данному направлению.

IV. СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Рецензируемые научные издания

1. Валеева, Г. Ф. Здоровая городская среда как фактор повышения туристической привлекательности / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2018. – № 11. – С. 316-322. – 0,81 печ. л.

2. Валеева, Г. Ф. Анализ моделей организации здравоохранения как одного из приоритетных направлений развития региона / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2019. – № 2. – С. 17-23. – 0,81 печ. л.

3. Валеева, Г. Ф. Взаимосвязь показателей сферы здравоохранения и социально-экономического развития региона / Г. Ф. Валеева, Е. М. Разумовская – Текст : непосредственный // Вопросы управления. – № 5. – 2019. – С. 142-156. – 1,74 печ. л. – 0,87 авт. печ. л.

4. Валеева, Г. Ф. Сравнительный анализ показателей сферы здравоохранения регионов Приволжского федерального округа / Г. Ф. Валеева, Ю. В Шерпутовский. – Текст: непосредственный // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2020. – № 12. – С. 32-45. – 1,63 печ. л. – 0,82 авт. печ. л.

5. Валеева, Г. Ф. Медицинские услуги и оценка их результирующего воздействия / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Казанский экономический вестник. – 2021. – № 6. – С. 57-61. – 0,58 печ. л.

Монографии

6. Валеева, Г. Ф. Формирование здорового образа жизни как элемент повышения уровня общественного здоровья / Г. Ф. Валеева и др. – Текст : непосредственный // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем: философско-методологические основания: Вторая междунар. науч.-практ. конф. Москва, МГУ им. М. В. Ломоносова, экон. фак. 23-24 апр 2018 г. : кол. монография. – Москва : ТЕИС, 2018. – 216 с. – С. 66-69. – 13,50 печ. л. – 0,25 авт. печ. л.

7. Валеева, Г. Ф. Здравоохранение Республики Татарстан: организация и эффективность модели / Г. Ф. Валеева и др. – Текст : непосредственный // Социально-экономическая эффективность управления общественным здоровьем в условиях цифровой среды: Третья междунар. науч.-практ. конф. Казань – Москва, КФУ, Ин-т упр., экон. и финансов, МГУ им. М. В. Ломоносова, экон. фак. : кол. монография. – Москва : ТЕИС, 2020. – 216 с. – С. 55-63. – 13,50 печ. л. – 0,56 авт. печ. л.

Библиографическая и реферативная база данных Scopus

8. Valeeva, G. F. Social determinants of human health: quantitative and qualitative studies / G. F. Valeeva, D. V. Rodnyansky, R. A. Abramov, I. N. Makarov. – Текст : непосредственный // International Journal of Health Sciences. – 2021. – V. 5, No. 3. – P. 649-660. – 0,99 печ. л. – 0,25 авт. печ. л.

Библиографическая и реферативная база данных Web of Science

9. Valeeva, G. F. Cross-country analysis of the effectiveness of health systems / G. F. Valeeva, E. M. Razymovskaya. – Текст : непосредственный // Revista Gênero & Direito : Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba. – 2019. – V. 8. – No. 06. – P. 10-19. – 0,50 печ. л. – 0,25 авт. печ. л.

Другие издания

10. Валеева, Г. Ф. Экономические аспекты общественного здоровья / Г. Ф. Валеева. – Текст : электронный // Вектор экономики. – 2018. – № 5(23). – С. 47. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35055331> (дата обращения: 20.12.2021). – Режим доступа: Науч. электрон. б-ка eLIBRARY.RU. – 0,17 печ. л.

11. Валеева, Г. Ф. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Russian Studies in Law and Politics. – 2018. – V. 2. – № 2. – С. 4-8. – 0,29 печ. л.

12. Валеева, Г. Ф. Здравоохранение как фактор формирования социально-экономического потенциала региона / Г. Ф. Валеева, Г. А. Боровкова. – Текст : непосредственный // Проблемы и перспективы развития социально-экономического потенциала российских регионов: материалы 7-ой Всерос. науч.-практ. конф. Чебоксары, 13-14 дек. 2018 г. – Чебоксары : Издательский дом «Пегас». – 2018. – С. 13-18. – 0,35 печ. л. – 0,35 авт. печ. л.

13. Валеева, Г. Ф. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ / Г. Ф. Валеева, Д. В. Роднянский. – Текст : электронный // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2019. – № 1. – С. 133-139. – URL: <https://e-integral.ru/wp-content/uploads/2019/04/Nomer-1-2019-Arhiv.pdf> (дата обращения: 20.12.2021). – 0,41 печ. л. – 0,21 авт. печ. л.

14. Валеева, Г. Ф. Здоровый образ жизни как ключевой фактор повышения уровня общественного здоровья / Г. Ф. Валеева. – Текст : электронный // Болезнь и здоровый образ жизни: Электрон. сб. материалов VII Московской междунар. науч.-практ. конф. – Москва : РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2018. – С. 89-93. – URL: https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Conferences/BIZOJ/sbornik_2018.pdf (дата обращения: 20.01.2022) – 0,33 печ. л.

15. Валеева, Г. Ф. Поиск оптимальной модели организации здравоохранения / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // LIV Междунар. науч. чтения (памяти Л. В. Канторовича) : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. Москва, 2 сент. 2019 г. – Москва : ЕФИР, 2019. – С. 21-24. – 0,50 печ. л.

16. Валеева, Г. Ф. Здравоохранение и социально-экономическое развитие региона: взаимовлияние показателей / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Международный молодежный симпозиум по управлению, экономике и финансам: сб. науч. ст. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2019. – Т. 2. – С. 398-402. – 0,29 печ. л.

17. Валеева, Г. Ф. Развитие сферы здравоохранения как одно из приоритетных направлений государственной политики в сфере обеспечения экономической безопасности региона / Г. Ф. Валеева. – Текст : непосредственный // Проблемы и перспективы развития социально-экономического потенциала российских регионов: материалы VIII Всероссийской науч.-практ. конф. Чебоксары, 13 дек. 2019 г. – Чебоксары : Издательский дом «Пегас», 2019. – С. 270-274. – 0,29 печ. л.

18. Валеева, Г. Ф. Здоровьесбережение как философский концепт жизнедеятельности человека / Г. Ф. Валеева, Е. М. Разумовская. – Текст :

непосредственный // I Международная научно-практическая конференция молодых исследователей общественного здравоохранения : сб. тез. ; Сеченовский Университет. – Москва : Изд-во Сеченовского Университета, 2020. – С. 27-29. – 0,17 печ. л. – 0,09 авт. печ. л.

19. Валеева, Г. Ф. Концепция здоровьесбережения как один из эффективных инструментов управления общественным здоровьем / Г. Ф. Валеева, Е. М. Разумовская. – Текст : электронный // VII Международный молодежный научный медицинский форум «Белые цветы», посвященный 100-летию со дня образования ТАССР, 75-летию Победы в Великой Отечественной Войне : сб. тез. – Казань, 2020. – С. 96-97. – URL: <https://sno.kazangmu.ru/ru/nashi-sborniki.html> (дата обращения: 20.12.2021). – 0,10 печ. л. – 0,05 авт. печ. л.

20. Валеева, Г. Ф. Организация и эффективность функционирования модели здравоохранения Республики Татарстан / Г. Ф. Валеева, Е. М. Разумовская. – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина-2020 : сб. науч. тр. Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. 18–19 нояб. 2020 г. Ч. 1. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2020. — С. 65-71. – 0,41 печ. л. – 0,21 авт. печ. л.

21. Валеева, Г. Ф. Региональная дифференциация показателей сферы здравоохранения в Российской Федерации / Г. Ф. Валеева. – Текст : электронный // Здоровье населения и качество жизни: электрон. сб. материалов VIII Всероссийской с междунар. участием заочной науч.-практ. конф. – СПб., 2021. – Ч. 1. – С. 106-117. – URL: <https://szgmu.ru/rus/pdo/k/162/> (дата обращения: 20.12.2021). – 0,62 печ. л.

22. Валеева, Г. Ф. Развитие здравоохранения в Приволжском федеральном округе / Г. Ф. Валеева, Е. М. Разумовская. – Текст : электронный // VIII Международный молодежный научный медицинский форум «Белые цветы», посвященный 120-летию студенческого научного общества имени И. А. Студенцовой : сб. ст. по итогам конф. Казань, 14–16 апреля 2021 г. – С. 1007-1008. – URL: <https://sno.kazangmu.ru/ru/nashi-sborniki.html> (дата обращения: 20.12.2021). – 0,09 печ. л. – 0,05 авт. печ. л.