

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова»

На правах рукописи

Валеева Гульнара Фаридовна

**Трансформация системы здравоохранения Российской Федерации
в систему здоровьесбережения**

5.2.3. Региональная и отраслевая экономика

Диссертация на соискание ученой степени кандидата
экономических наук

Научный руководитель –
доктор экономических наук, профессор
Разумовская Е.М.

Москва – 2022

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Институциональные аспекты управления системой здравоохранения в Российской Федерации.....	14
1.1 Эволюция теоретических научных подходов к категориям «медицинская услуга», «здоровье», «здравоохранение» в их взаимосвязи.....	14
1.2 Государственное регулирование рынка медицинских услуг.....	29
1.3 Эффективные зарубежные модели систем здравоохранения.....	38
Глава 2 Обоснование целесообразности трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения.....	51
2.1 Исследование особенностей российской системы здравоохранения.....	51
2.2 Анализ факторов эффективности системы здравоохранения.....	71
2.3 Оценка функционирования системы здравоохранения российских регионов (на примере Республики Татарстан).....	78
Глава 3 Концептуальные подходы к формированию системы здоровьесбережения.....	101
3.1 Тенденции и проблемы синхронизации целей стейкхолдеров-потребителей здоровья.....	101
3.2 Взаимосвязь целей и функций потребителей здоровья в реализации концепции здоровьесбережения	112
3.3 Концепция развития системы здоровьесбережения (на примере Республики Татарстан).....	119
Заключение.....	132
Список литературы.....	139
Приложение А (справочное) Смертность населения по причинам смерти по России за январь - декабрь 2019 года	173
Приложение Б (обязательное) Анкета для оценки общественного здоровья и удовлетворенности получаемыми медицинскими услугами, апробированная в Республике Татарстан	175
Приложение В (обязательное) Нормативно-правовые акты, на основе которых разработана Концепция развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан	188

Введение

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 способствует ускорению экономического развития страны, росту его валового национального продукта [29, с. 138].

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.

В современных условиях необходима смена вектора развития медицинских услуг с методов, направленных на лечение, реализуемых с начала рыночных реформ в России, на предотвращение болезней, профилактику заболеваемости, охрану здоровья.

При этом 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 высококонкурентный товар как для индивида, так и для общества, и государства.

Функционирующая в настоящее время в Российской Федерации организационно – экономическая модель управления системой здравоохранения не является системной, она функционирует в условиях отсутствия цивилизованного рынка, принципов целеполагания и эффективных профилактических мер укрепления здоровья. Это обуславливает потребность в 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 проблемы.

При написании работы вопросы общественного здоровья как результирующего показателя развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг рассматривались с различных аспектов.

Во-первых – это вопросы, касающиеся организационно – экономического механизма функционирования сферы медицинских услуг, повышения их качества и доступности, а также в целом проблем экономики здравоохранения, анализируемых Б.И.Бояринцевым, А.А.Гильмановым, З.Р.Зиганшиной, В.Н.Казаковым, С.В.Киселевым, Т.С.Мишакиным, В.А.Морозовым, Н.Х.Сабитовым, Ф.В.Хузихановым и другими.

Во-вторых – это всесторонние подходы к здоровью, в том числе как социально – значимым услугам. Они исследуются в трудах И.И.Брехмана, И.А.Гундарова, И.В.Журавлевой, П.И.Калью, Е.В.Молчановой, Н.М.Римашевской и других авторов. Компоненты здоровья рассмотрены в трудах В.А.Лищука, В.Н.Максимовой и В.А.Полесского.

В-третьих – это анализ факторов общественного здоровья населения и расчет экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидизации и смертности. Они рассмотрены в работах А.И.Вялкова, Р.С.Гаджиева, Н.К.Гусевой, Ю.Н.Кириченко, Ю.П.Лисицына, А.В.Медика, Е.Е.Мосейко, Б.Б.Прохорова,

А.А.Шабуновой, Д.И.Шмакова и многих других.

В-четвертых – это формирование здорового образа жизни и философского подхода к проблемам здоровья – существенный вклад в тематику данных исследований вносят Г.Н.Арустамян, Б.И.Бояринцев, Н.А.Восколович, Е.В.Егоров, Л.А.Тутов и др.

В-пятых – это вопросы соотношения государственной и частной моделей организации и финансирования здравоохранения: данные аспекты рассматриваются в исследованиях У.Г.Бевериджа, О.ф.Бисмарка, Н.А.Семашко, Л.М.Фридмана, Т.В.Чубаровой, И.М.Шеймана, С.В.Шишкина и других ученых.

В-шестых – это реформирование и модернизация существующей отечественной системы здравоохранения, в том числе ее государственного регулирования и экономических аспектов – анализируются в трудах А.Г.Аганбегяна, Е.Б.Галкина, В.В.Гришина, В.Г.Ерохина, С.В.Киселева, М.Н.Максимовой, Е.М.Разумовской, В.А.Садовниченко, В.И.Скворцовой, Г.Н.Улумбековой, Ю.И.Шемакина, О.П.Щепина и др.

В-седьмых – это проблемы здоровьесбережения, которые являются объектом анализа ученых различных отраслей наук: медицины (К.Даффи, Л.А.Жолковская, Е.А.Климов, А.С.Степановских), социальной работы (З.И.Губонина, В.Т.Лисовский), педагогики (О.Л.Еремина, Г.К.Зайцев, А.В.Мудрик, Н.К.Смирнов).

Таким образом, в современном научном сообществе существует множество разносторонних подходов к здоровью населения как результирующему показателю развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг, но при этом практически отсутствуют комплексные исследования формирования системы управления ими, в том числе анализирующие взаимодействие основных субъектов: государства, работодателя и индивида. Это предопределило выбор темы, цели, задач и основных направлений 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 стейкхолдеров-потребителей 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 взаимодействии трех стейкхолдеров-потребителей здоровья: государство, работодатель и индивид.

Теоретической и методологической базой исследования послужили положения экономической теории, теории сферы 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 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.

Соответствие диссертационной работы паспорту научной специальности. Результаты работы соответствуют пунктам паспорта Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации по специальности 5.2.3. Региональная и отраслевая экономика.

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.

Элементы научной новизны исследования состоят в следующем:

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

1. Представлена авторская трактовка категорий «медицинская услуга», «здоровье», «здоровьесбережение» и их взаимосвязи.

Медицинская услуга – делимое общественное благо, целью предоставления которой является улучшение здоровья людей в целях интереса государства,

работодателей, индивида.

Индивидуальное здоровье – это системный показатель состояния организма человека, отражающий его качественные характеристики: повседневная активная деятельность, самообслуживание, мобильность, отсутствие боли, беспокойства и депрессии, а также позволяющий 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.

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

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

В связи с этим предложены пути разрешения противоречия, 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 следствие стресса, желание и возможность творческого роста и интеллектуального развития и на основе этого обоснована целесообразность трансформации системы здравоохранения Российской Федерации в систему здоровьесбережения.

4. Выявлена необходимость включения в методику оценки эффективности региональной системы здравоохранения субъективных показателей оценки здоровья. Лишь данный способ позволит оценить не только количественную, но и качественную характеристику. Автором разработано и апробировано в Республике Татарстан анкетирование, позволяющее оценить субъективную оценку населения 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 разработанного автором определения здоровьесбережения, авторских подходов к целеполаганию и с учетом мнения местного населения. Индикаторами концепции были определены: 1. Охват иммунизации населения, в процентах. 2. Регулярная субъективная оценка состояния здоровья граждан, с акцентом на психологическое здоровье, единица измерения - 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, агитирующих 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.

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

Основными целями и функциями стейкхолдеров-потребителей здоровья являются: 1) государство: формирование гуманистических ценностей российского общества, доверия к системе здоровьесбережения, кадровое обеспечение системы; 2) работодатель: формирование эффективно действующей системы охраны труда, снижение доли травматизма и вредного производства, реализация корпоративных программ укрепления здоровья; 3) индивид: персонификация ответственности за собственное здоровье, здоровый образ жизни, осознание его ценности, отказ от вредных привычек, профилактические меры укрепления здоровья.

Мотивацией для индивида является рациональное использование средств, уплачиваемых им и работодателем в фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС), что может быть достигнуто путем открытости и персонификации поступающих и расходующих средств. Профилактические медицинские услуги гораздо бюджетнее и эффективнее, нежели средства, необходимые для лечения. 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, которые можно достигнуть, реализуя корпоративные программы сохранения и укрепления здоровья сотрудников. Мотивация государства – здоровое население, экономия дополнительных финансовых средств, требующихся на лечение населения (яркий пример – огромные финансовые инвестиции в сферу здравоохранения по причине борьбы с пандемией). Вклад в профилактические мероприятия требуют гораздо меньших бюджетных средств, но является наиболее приоритетным и эффективным вариантом улучшения общественного здоровья.

Теоретическая значимость исследования 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 [21], 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 том числе при разработке стратегий социально-экономического развития, региональных целевых программ развития отрасли здравоохранения, а также в содействии ускорению достижения реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» и структурировании взаимодействия различных субъектов управления общественным здоровьем как результирующим показателем развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг. Основные сформулированные положения, выводы применимы в ходе преподавания учебных курсов «Управление социально-экономическим развитием», «Экономика здравоохранения».

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы 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 молодёжном симпозиуме по управлению, экономике и финансам (Казань, 2019, 2020 г.), VII и VIII Всероссийских научно-практических конференциях «Проблемы и перспективы развития социально-экономического потенциала российских регионов» (Чебоксары, 2018, 2019 г.), Международных молодежных научных медицинских форумах «Белые цветы» (КГМУ, Казань, 2019, 2020, 2021 г.), 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.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано более 22 научных работ, в том числе 5 статей в изданиях, входящих в перечень рекомендуемых Высшей аттестационной комиссии 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.

Логика и структура работы. Объем и структура исследования обусловлены целью и задачами, поставленными в исследовании, которое состоит из введения, трех глав, содержащих 9 параграфов, заключения, списка литературы и приложений.

Во введении рассматриваются 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 категории «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 его 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.

Глава 1 Институциональные аспекты управления системой здравоохранения в Российской Федерации

1.1 Эволюция теоретических научных подходов к категориям «медицинская услуга», «здоровье», «здравоохранение» в их взаимосвязи

За последние десятилетия сфера услуг определённо стала доминирующим направлением в развитии экономик как развивающихся, так и развитых стран [39]: фиксируется положительная динамика ее развития по сравнению с другими секторами национальной [39] экономики. Именно бурное развитие сферы услуг явилось главным драйвером социально-экономического роста как на мега, макро, мезо-уровнях экономики.

Существуют большое разнообразие классификаций услуг. Мы будем придерживаться классификации, согласно которой они бывают 1) материального производства (транспорт, связь, бытовое обслуживание)[39]; 2) духовной жизни (образование, физическая культура, наука, искусство); 3) в социальной сфере (торговля, жилищно-коммунальное обслуживание, здравоохранение)[39].

К социальному сектору экономики традиционно относят здравоохранение[39], социальное обеспечение, науку и образование, физическую культуру, просвещение, культуру, страховое обслуживание, управление, деятельность общественных организаций.

Здравоохранение – это медико-социальная система, общественно-значимой целью которой является разработка комплекса государственных действий, направленных на защиту жизни, здоровья человека и всего населения государства, это фактор качества жизни, социально-экономической безопасности. Иными словами, здравоохранение – деятельность по обеспечению, сохранению и укреплению здоровья всех категорий граждан, осуществляемая органами власти государственного, регионального и местного уровня, хозяйствующими субъектами

различных форм собственности в условиях заинтересованности в собственном здоровье и благосостоянии самого индивида.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, система здравоохранения – это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главная цель которых – улучшение здоровья [1]. Она включает рынок медицинских услуг, задачи которого – это обеспечение мер по профилактике, распознаванию и лечению всех болезней, а также продление продолжительности здоровой жизни населения.

Основа системы здравоохранения – это оказание качественной и доступной медицинской помощи населению, т.е. медицинских услуг [39].

Согласно данным общероссийского классификатора продукции по видам экономической деятельности (ОКПД 2) ОК 034-2014 (КПЕС 2008) укрупненно к услугам в области здравоохранения относят услуги больничных организаций - краткосрочные и долгосрочные услуги больниц широкого профиля, т.е. медицинские, диагностические и лечебные услуги; услуги в области медицинской и стоматологической практики и услуги в области медицины прочие [16].

В Федеральном законе от 21.11.2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под медицинской услугой понимается комплекс медицинских вмешательств, целью которых является профилактика, диагностика и лечение заболеваний, а также медицинская реабилитация [6, ст. 2].

Исходя из нашего видения, медицинская услуга – делимое общественное благо, целью предоставления которого является улучшение здоровья людей в целях интереса государства, работодателей, индивидов.

Усиление социальной роли – главный тренд развития сферы медицинских услуг в последние десятилетия, при этом задача укрепления индивидуального здоровья трансформируется в глобальную цель улучшения общественного здоровья [76].

Исторически первой моделью организации оказания медицинской помощи была частная модель. В России на сегодняшний день она является частью общественного здравоохранения, имея при этом подчиненный характер. Главными

характеристиками частнопредпринимательской модели здравоохранения являются:

1. Преимущественно личные средства населения или часть чистой прибыли предприятий и учреждений (за счет механизма, определяющимся определёнными каналами и фондами) являются источниками финансирования медицинской помощи.

2. Эффективное функционирование возможно только при наличии платежеспособного спроса на рынке со стороны пациентов и отсутствии альтернативы бесплатно получить данную медицинскую услугу [76].

3. Противоречивость в целеполагании: с одной стороны – милосердие и альтруизм медицинских работников, с другой – заинтересованность в извлечении прибыли при оказании медицинских услуг.

4. Предприниматели инвестируют свои финансовые ресурсы в те сферы медицинского обслуживания, которые имеют высокий уровень рентабельности, что может повлечь за собой отсутствие каких-либо необходимых для узкого сегмента пациентов медицинских услуг на рынке [75, с. 12-14].

Как уже было отмечено, в настоящее время в Российской Федерации частный сектор здравоохранения функционирует уже в рамках общественной модели.

Государственное финансирование формируется из следующих источников: федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации, а также взносов в систему обязательного медицинского страхования (далее - ОМС). На сегодняшний день финансирование обязательного медицинского страхования в России производится через Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС), действующий на основе Федерального закона от 29 ноября 2010 года. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». ФФОМС формируется за счет обязательного отчисления работодателями – 5,1 % от заработной платы на счет полиса каждого работника. За неработающих платят региональные бюджеты, исходя из установленных правительством тарифов[39]. В бюджете ФФОМС взносы за неработающих

составляют около 40 % [39].

Невозможность применения исключительно рыночных механизмов регулирования отрасли объясняются «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 (или его руководства) предложения [67; 149]. 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 платёжеспособности пациента – что противоречит рыночным механизмам.

Как было проанализировано ранее, 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, к мотивации медицинских работников, а также стимулированию населения к профилактическим мерам укрепления здоровья.

Исходя из этого, следует вывод, что для эффективного управления системой здравоохранения первично необходимо рациональное разграничение сферы рыночных элементов и государственного регламентирования. Сделать это представляется возможным за счет разграничения медицины здоровья (жизнеобеспечения, предоставления медицинской помощи на основе потребностей) и медицины сервиса.

Медицина здоровья – это тот базовый набор медицинских услуг, необходимый для жизнеобеспечения человека (медицинские осмотры, диагностика, лечение, лабораторные исследования), сюда же относится

диспансеризация, профилактика заболеваний. Именно государство является гарантом «медицины здоровья», оказывая населению бесплатную или льготную медицинскую помощь, базируясь на таких принципах, как бесплатность, доступность и всеобщность. Источники финансирования здесь – государство, средства ОМС.

Рынок же является субъектом управления в «медицинском сервисе», к которому отнесены платные медицинские услуги, потребность в которых либо формируется путем завышенных требований к их оказанию, либо не является для человека базовой потребностью – например, пластическая хирургия, косметология, стоматология и т.п., предоставление медицинской помощи в частных клиниках повышенного уровня комфортности.

Согласно структуре платных услуг населению, медицинские в 2019 году составили 6,9 % затрат населения на платные услуги, например, в 2015 году это значение было равным 4,8 %.

Предоставление платных медицинских услуг в Российской Федерации регулируется государством посредством установления и утверждения Правил предоставления платных медицинских услуг населению [10]. С 2006 по 2019 годы в Российской Федерации объем платных медицинских услуг населению возрос на 40 %: с 603,9 до 846,5 млрд р. [217] (рисунок 1).



Рисунок 1 – Объем платных медицинских услуг в России, млрд р.

Источник: составлено автором [на основе материалов 23]

В целом за 2016-2019 годы, согласно официальным источникам, в России прирост объема медицинского рынка вырос с 2,09 до 2,17 млрд приемов (3,8 %), при этом рост зафиксирован как в секторе ОМС (за счет расширения программы государственных гарантий), так и в коммерческом секторе [169]. По сравнению с 2019 годом в 2020 году данный показатель составил 1,93 млрд приемов (наблюдается сокращение на 10,8 %). Причинами является пандемия коронавируса и, как следствие, сокращение доходов населения и снижение объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи [169].

На наш взгляд, наиболее приоритетными задачами предоставления медицинских услуг в Российской Федерации из возможных (представленных на рисунок 2) на сегодняшний день является профилактический блок. Лечение, несомненно, важно, однако целесообразно направлять усилия и финансовые вложения на раннюю диагностику и в целом на предотвращение болезней. Бесспорно, системы здравоохранения всех стран мира с декабря 2019 года и по настоящее время активизированы на оказании медицинских услуг, представляющих собой диагностику заболеваний и лечение, однако уже сейчас все пришли к выводу, что доступнее и эффективнее предупредить болезнь, чем ее лечить: введение масочного режима, социального дистанцирования и вакцинация.

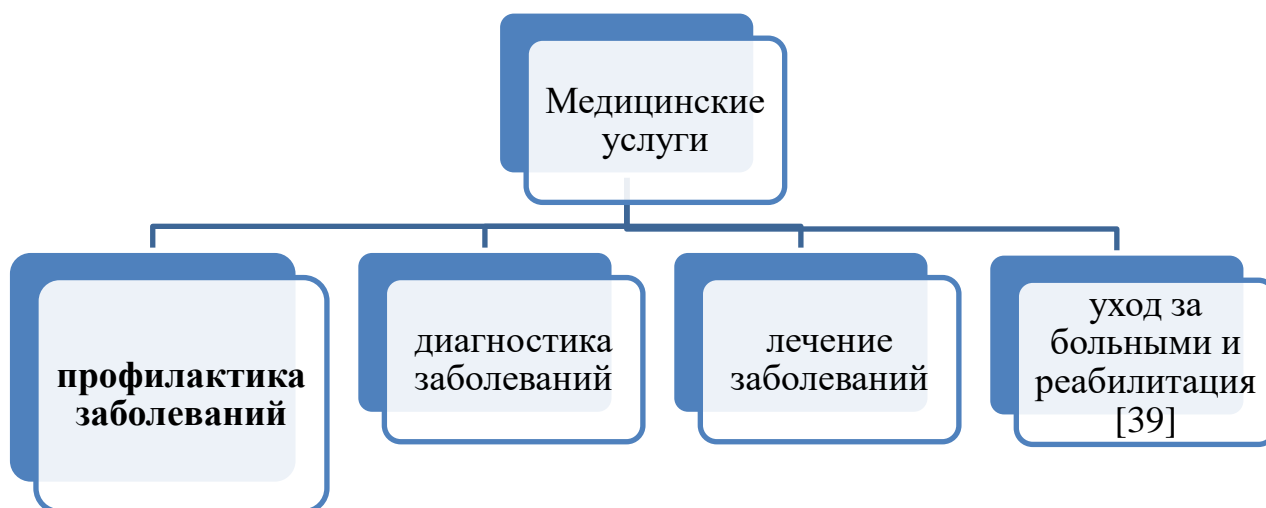


Рисунок 2 – Виды медицинских услуг

Источник: составлено автором

Таким образом, в рамках данного диссертационного исследования при анализе медицинских услуг будет сделан акцент на услуги, которые оказываются в рамках медицинской деятельности, включающей в себя профилактику заболеваний.

Конечная цель оказания медицинских услуг (как лечебных, так и профилактических) и функционирования системы здравоохранения – это улучшение здоровья людей. Рассмотрим более подробно данные дефиниции, чтобы иметь представление о предоставлении общественных и частных медицинских услуг и осознания взаимосвязи данных показателей.

Всемирная организация здравоохранения, главная цель которой – достижение всеми жителями максимально возможного уровня здоровья, в своем Уставе дает наиболее комплексное определение понятия «здоровья»: здоровье это не просто отсутствие болезней, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия [1].

Неоспоримо, здоровье – главная жизненная ценность любого индивида, которая на протяжении всей жизни является главной составляющей качества жизни, благосостояния, фактором гармоничного и динамичного развития личности.

Сегодня высокий уровень здоровья одновременно является как одной из ключевых целей общественного развития, так и важнейшим условием и средством его достижения. Низкий уровень здоровья населения, напротив, становится причиной спада социально-экономического роста любой страны, представляет собой прямую угрозу ее национальной безопасности [54; 124, с. 149].

Для комплексного изучения вопросов формирования, состояния и изменения здоровья, разграничивают два уровня здоровья: индивидуальное и общественное (популяционное). В целом, под индивидуальным принято понимать здоровье конкретного человека, под общественным – обобщенные тренды в изменении здоровья населения страны, региона или населенного пункта. Для наиболее качественного анализа общественного здоровья рассмотрим теоретические подходы к понятию индивидуального здоровья.

Первые попытки определения здоровья встречаются в работах Платона, Аристотеля: под здоровьем они понимали отсутствие заболевания.

С начала XIX в. ученые определяют здоровье как наиболее сложную и многогранную категорию. Немецкий философ Гегель интерпретировал здоровье как пропорциональность между самостью организма и его наличным бытием [36].

То есть, здоровье определяется как объективными, так и субъективными факторами; помимо этого, по мнению Гегеля, здоровье – это состояние социального организма, которое связано возвышением к духовному бытию. Именно благополучная духовная атмосфера, сложившаяся в обществе, является источником здоровья населения, взволнованного проблемами.

В конце XIX века – начале XX века здоровье определялось как ресурс (фактор производства), который обеспечивает деятельность государства и субъектов хозяйственной деятельности.

Изучение взаимосвязи здоровья и производственной сферы было объектом исследований представителей классической политической экономии. Ее основоположник Адам Смит при расчете взаимосвязи учитывал также показатели условий труда, а Д. Рикардо – размер заработной платы индивида и распределение ее расходов.

К. Маркс в труде медицинских работников видел необходимые для создания рабочей силы затраты, а не создание новой стоимости восстановленного здоровья и трудоспособности населения. Он резюмировал, что труд врачей и учителей не создает непосредственно фонда, из которого они оплачиваются, хотя их труд входит в издержки того фонда, который вообще создаёт все стоимости, а именно в издержки производства рабочей силы [62, с. 149-150].

Подход неоклассиков (А. Маршалл) также состоял в том, что общественное здоровье – основа производительности труда и материального богатства и прогресса общества в целом.

Авторы исследований, осознавая, что здоровье прямо или косвенно оказывает влияние на количественные показатели производительности труда и, в целом, на социально-экономическое развитие, сходятся во мнении, что «здоровье

для общества является не просто благом, а одним из его экономических ресурсов» [86, с. 8; 124, с. 153]. Это подтверждается и в теории «человеческого капитала», представителями которой являются лауреат Нобелевской премии 1979 года Теодор Шульс и Гэри Беккер [18].

Под капиталом здоровья понимаются инвестиции в индивида, которые необходимы для повышения работоспособности за счет формирования, поддержания и укрепления его здоровья [84; 47, с. 30].

Здоровье человека состоит из трех укрупненных компонентов: физического, духовно-психического и социального.

Структуру здоровья составляют множество компонентов. Исследователями Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук Максимовой В. Н. и Шабуновой А. А. составлено свое видение взаимосвязи 12 разноотраслевых компонентов здоровья: это биологический, демографический, экологический, физический (соматический), репродуктивный, психический (личностный), эмоциональный, духовно-нравственный, социальный, когнитивный (интеллектуальный) [85, с. 96-101].

Систематизируем факторы здоровья населения в таблице 1:

Таблица 1 – Факторы здоровья населения

Психологические	Биологические	Экологические	Организационные	Социально-экономические
формирование ценностных установок в системе здравоохранения	наследственность, генетика	загрязнение экологии: воздуха, воды, почвы	доступность и качество медицинской помощи	уровень доходов на душу населения
культура отношения индивида к собственному здоровью, сформированная в процессе воспитания и обучения	возрастные и гендерные характеристики	законодательство, регулирующее сферу экологической безопасности	система реабилитации, санаторно-курортного лечения, лекарственное обеспечение	факторы социального стресса (бедность, преступность и т.п.)

Психологические	Биологические	Экологические	Организационные	Социально-экономические
отношение к человеку как ценности	полноценное/ограниченное функционирование организма	экологическая культура	кадровый потенциал, система их мотивации	уровень образования и профессиональная реализация
состояние душевного благополучия и комфорта	реализация репродуктивной составляющей	природно-климатические условия проживания	проведение профилактических мероприятий	бытовые и жилищные условия
осознание ответственности за собственное здоровье и необходимости ЗОЖ	–	–	регулирование лицензионной деятельности	условия труда и отдыха
способность к адаптации, социальной активности	–	–	–	финансирование сферы здравоохранения
наличие/отсутствие вредных привычек	–	–	–	

Источник: составлено автором

В настоящее время определения здоровья множественны и многогранны, исследователи оперируют различными подходами при их формулировке. Многие дефиниции здоровья представляют собой видение «идеала здоровья», а не раскрытие самого понятия.

Советский ученый Калью П.И. в 1988 году представил 79 определений здоровья, предложенных в различных странах мира представителями разных научных школ [51, с. 69].

Обобщая данные понятия, Калью П. И. систематизировал, что здоровье – это:

«1 – стабильно нормально функционирующий организм человека с нормальным течением всех физических и биохимических процессов, которые способствуют выживанию и реализации репродуктивной функции;

2 – уравновешенность организма человека и влияющих на него факторов окружающей среды;

3 – возможность выполнения всех основных функций, активная роль в

общественной жизни, в том числе в общественно полезном труде;

4 – умение организма подстраиваться под меняющиеся условия и тенденции существования в социуме;

5 – отсутствие каких-либо заболеваний и болезненных состояний;

6 – комплексное благополучие индивида: физическое, духовное, умственное, социальное; гармоничное развитие его физических и духовных сил, единство его организма, выраженное в отлаженно функционирующей взаимосвязи всех его органов» [51].

На основе контент-анализа статей отечественных и зарубежных авторов, сформулируем авторское понятие индивидуального здоровья как результирующего фактора оказания медицинских услуг.

Индивидуальное здоровье – это системный показатель состояния организма человека, отражающий его качественные характеристики: повседневная активная деятельность, самообслуживание, мобильность, отсутствие боли, беспокойства и депрессии, а также позволяющий ему в полной мере осуществлять свои биологические и социальные функции, при этом данный показатель может быть рассмотрен с двух точек зрения: 1) как идеальное и практически недостижимое состояние полного социального, биологического и психического благополучия, отсутствия заболеваний; 2) как субъективная оценка здоровья для ответа на вопрос о здоровье/нездоровье.

Для характеристики здоровья населения, которое сформировано по признакам большой группы (например, непосредственно проживающего на определённой территории), используется понятие «общественное здоровье» [78, с. 531; 87, с. 109-116].

Лисицын Ю. П. полагает, что общественное здоровье – это здоровье определённых групп населения, проживающих на определенной территории, в различных странах и регионах или же вследствие их поведенческих характеристик, проявляющихся через образ жизни человека или группы людей [59, с. 57].

На международном уровне экспертами ВОЗ общественное здоровье

трактуются с подхода медико-санитарной статистики: это сокращение трех ключевых показателей: уровня смертности, заболеваемости и инвалидности. По их мнению, это интегральное понятие личного здоровья отдельно взятого индивида, но при этом это не просто сумма полученных единичных данных, а сумма систематически связанных количественно-качественных параметров здоровья [83].

Ключевыми комплексными показателями, характеризующими общественное здоровье, являются смертность, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни и уровень детской смертности до 1 года [73, с. 37]. При этом зачастую показатель ожидаемой продолжительности жизни конкретизируется показателем «ожидаемая продолжительность здоровой жизни», который наиболее глубоко отражает показатель общественного здоровья.

Организация Объединенных Наций для оценки общественного здоровья утвердила систему социальных показателей здоровья, включающую в себя пять групп показателей:

- ожидаемая продолжительность жизни (далее – ОПЖ) в разных возрасте: 1 год, 20, 40, 60 лет;
- ОПЖ в состоянии нездоровья в 1 год, 20, 40, 60 лет;
- доля лиц, находящихся в состоянии нездоровья, в процентах от общего населения;
- доступность получения медицинских услуг:
- физическая – среднее время оказания скорой медицинской помощи;
- экономическая (средний размер доходов семьи, их расходы на медицинскую страховку и на услуги здравоохранения в целом) [149].

Иными словами, методика оценки ООН носит системный характер: помимо оценки здоровья населения, она позволяет оценить уровень и качество медицины.

Не будет преувеличением интерпретировать здоровье как общественное богатство, фактор социально-экономической безопасности, без которого немислимо создание всей совокупности материальных и духовных ценностей, в чем должны быть заинтересованы государство, работодатель и индивид.

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.

Ряд отечественных ученых сходятся во мнении, что общественное здоровье определяет процесс адаптации к изменениям внешней среды, социальным условиям, к болезням, лечению, старению: это не результат инстинкта, а реакция на социально созданную реальность [24].

Качество здоровья населения, его продолжительность вносят огромный вклад в формирование качества жизни населения [49, с. 134-171].

Одновременно, уровень социально-экономического развития, доходы населения, оказывают непосредственное влияние на общественное здоровье. Положительное влияние оказывают такие факторы, как улучшение условий жизни населения, наличие инфраструктуры, кадров, развитие медицины и биологии, инновационные технологии и т.д. Негативное влияние на общественное здоровье способны оказать войны, голод, экономические кризисы. Соответственно, чем ниже уровень социально-экономического развития, тем хуже качество общественного здоровья [70, с. 17].

Представим таблицу 2 по результатам контент-анализа имеющихся теоретических подходов к здоровью как к фактору общественного производства:

Таблица 2 – Здоровье как фактор общественного производства

Представитель	Идеи
У. Петти	предложил «метод подсчета ценности каждого человека» (1665) и с помощью конкретных расчетов вывел объективную зависимость эффективности общественного производства от уровня здоровья работников организации.
А. Смит	анализировал эффективность производства во взаимозависимости с уровнем общественного здоровья населения и отдельного индивида (работника).
Д. Рикардо	описал как здоровье рабочего зависит от размера его заработной платы и от того, в какой пропорции она расходуется на предметы первой необходимости и прочие.

Представитель	Идеи
А. Маршалл	под общественным здоровьем понимал источник общественного прогресса, всестороннюю «силу населения», а также основу производительности труда и материального богатства
А. Н. Добрынин и С.А. Дятлов	человеческий капитал – сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья, знаний, навыков, способностей, мотиваций, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, содействуют росту производительности труда и эффективности производства.
И.В. Ильинский	капитал здоровья – инвестиции в индивида, которые необходимы для повышения работоспособности за счет формирования, поддержания и укрепления его здоровья. Полагал, что капитал здоровья является национальным достоянием, ключевым компонентом человеческого капитала, который в целом подразделяется на 4 элемента: капитал образования K_0 ; капитал здоровья K_3 ; капитал культуры K_k ; Ильинский И. В. вывел формулу человеческого капитала: $ЧК = K_3 + K_0 : K_k$
М. Критский	инвестиции в здоровье индивида стимулируют замедление процесса износа человеческого капитала.

Источник: составлено автором [на основании материалов 18; 40, с. 3; 41, с. 101-113; 55, с. 89-92].

Следует отметить точку зрения профессора экономики Брауновского университета Р. Howitt и американского экономиста в области здравоохранения и автора модели спроса здравоохранения М. Grossman.

Первый исследователь полагал, что высокий уровень здоровья оказывает влияние на экономическое развитие государства по посредством следующих показателей: 1) продуктивная эффективность работника; 2) ожидаемая продолжительность жизни; 3) обучаемость, самообразование; 4) способность к творчеству; 5) адаптивность к неблагоприятным факторам; 6) неодинаковость – факторы, повышающие уровень здоровья, уменьшают разницу в доходах населения [23; 161].

По мнению автора монографии «Спрос на здоровье: теоретические и эмпирические исследования» (1972 год) М. Grossman, здравоохранение – это отрасль, где создаётся капитал здоровья, так как потребители медицинских услуг имеют потребность в улучшении своего здоровья, а не буквально получить конкретную услугу – то есть, спрос на медицинские услуги трансформируется в опосредованный спрос на здоровье [22].

Складывается двойственная ситуация, заключающаяся в том, что спустя какое-то время инвестиции оказывают влияние на здоровье, но и здоровье, являющееся ключевым компонентом человеческого капитала, оказывает влияние на благосостояние населения, в частности за счет увеличения производительности труда [22; 124, с. 143-149; 161].

Индивид имеет двойственную природу по отношению к собственному здоровью: является его «потребителем» и его «производителем» одновременно. Очевидно, что здоровье, представляя собой ценность, влияет на поведение, положение и достаток индивида, но при этом оно непосредственно влияет на иные компоненты человеческого капитала» [57].

Таким образом, можно утверждать, что сохранение и укрепление капитала общественного здоровья – это ключевой инструмент инновационной экономики. Увеличение продолжительности жизни, в особенности его качественных составляющих, будет повышать показатели производительности рабочих ресурсов, поскольку опыт – это первоочередная детерминанта человеческого капитала. Иными словами, улучшение показателей здоровья становится эффективным механизмом улучшения показателей результативности трудовых процессов и качественных характеристик труда [161]. Всему этому может способствовать лишь эффективное функционирование системы здравоохранения и оказания медицинских услуг.

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

Несмотря на частое использование данного термина в современном научном сообществе и развитии систем здравоохранения, законодательство не дает его четкого определения.

Многими авторами здоровьесбережение рассматривается узко: лишь в аспекте воспитания школьников, как элемент образовательного процесса. Здоровьесбережение необходимо рассматривать как государственную, общественную, производительную и личностную ценность, ведь, прежде всего,

здоровье ценно для государства в вопросах регуляции народонаселения, в активности долголетия, и национальной безопасности страны в целом.

Под здоровьесбережением предлагается понимать взаимодействие субъектов управления общественным здоровьем, направленное на сохранение и улучшение здоровья. Иными словами, здоровьесбережение – это обобщающее понятие «образа жизни», основ профилактики заболеваний, охраны труда и создания условий для достойной жизни людей. Целью здоровьесбережения является достижение всеми людьми максимального уровня и качества здоровья, гармоничного функционирования, а также адаптации, как здоровых людей, так и лиц с ограниченными возможностями здоровья [146].

Эффективное взаимодействие предполагает непосредственную кооперацию действий трех основных субъектов: индивида (здоровый образ жизни, профилактические мероприятия, осознанность ценности здоровья), государства (через систему здравоохранения, используя все имеющиеся ресурсы), работодателей (охрана труда, социальная ответственность работодателя, корпоративные программы, обеспечивающие укрепление здоровья). Лишь системная работа всех субъектов характеризует комплексную систему здоровьесбережения, соответствующую критериям социального государства.

Тем самым можно сделать вывод, что именно здоровье населения является системообразующим звеном, конечным результатом деятельности системы здравоохранения и предоставления медицинских услуг.

1.2 Государственное регулирование рынка медицинских услуг

Специалистами в области экономики здравоохранения отмечаются разносторонние взгляды касаясь объема и необходимости в целом вмешательства государства в сферу здравоохранения. Но имеющиеся в настоящее время проблемы отрасли (недофинансирование, проблемы в сфере оказания доступной и

качественной медицинской помощи, дефицит медицинских кадров, несовершенство рынка платных медицинских услуг и другие) решить без регулирования государства не представляется возможным. Лишь регулятор в лице государства способен гарантировать признание, соблюдение и защиту прав и свобод человека [2, ст. 2], и лишь для него, согласно российскому законодательству, деятельность по охране здоровья населения – это главенствующая функция и конституционная обязанность [134, с. 101-102].

Систематизируем цели государства:

- создание инфраструктурных, кадровых и иных условий для оказания доступных и качественных медицинских услуг всем группам населения;
- устойчивое, инновационное, научное развитие отрасли;
- мониторинг уровня заболеваемости, рождаемости и смертности в стране и отдельно взятых регионах с целью оперативной корректировки проводимой политики в области здравоохранения, ее финансирования [109, с. 4-8; 149].

Потребление медицинских услуг, как было проанализировано ранее, не может зависеть только от уровня платежеспособности индивида (пациента): обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь для всех слоев населения, в том числе и для жителей страны, живущих за чертой бедности, способно только государство.

При модели сопоставления государственного и частнопредпринимательского сектора здравоохранения (как эффективного инструмента создания конкуренции между продавцами медицинских услуг) важнейшим элементом является четко определенная степень влияния каждого из субъектов и разграничение их ответственности при оказании медицинских услуг [149].

Действующая Конституция России провозгласила приоритет личности: человек, его права и свободы являются высшей ценностью; признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства. В статье 41 прописано, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных учреждениях здравоохранения

оказывается гражданам бесплатно [2, ст. 41].

Тем самым, именно Конституция заложила предпосылки государственного регулирования здравоохранения как отрасли и медицинской деятельности.

Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – это основополагающий в области охраны здоровья нормативно-правовой акт Российской Федерации, определяющий основы охраны здоровья граждан, права и обязанности гражданина, медицинских организаций, медицинских и фармацевтических работников и обеспечивающий гарантии реализации данных прав [6, с. 1; 110 с. 316-322]. Важнейшими нормативно-правовыми актами являются ежегодные принимаемые программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [11].

Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года определены приоритетные направления в области охраны здоровья и развития системы здравоохранения, которые положены в основу государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294.

Глобальную цель в управлении российским здравоохранением можно сформулировать как сокращение потерь населения от различных заболеваний и смертности, наиболее важными подцелями для ее реализации являются профилактические, реабилитационные, лечебно-оздоровительные, диагностические, демографические, репродуктивные, правовые мероприятия [150].

При оценке эффективности эксперты экономики здравоохранения оперируют количественными показателями: в соответствии с Уставом ВОЗ выделяют следующие четыре основных показателя, которые определяют текущее состояние системы здравоохранения любого отдельно взятого государства:

- индикаторы, относящиеся к политике в области здравоохранения;
- индикаторы социально-экономического развития государства;
- индикаторы обеспеченности населения медико-социальной помощью;
- индикаторы состояния здоровья населения [1; 155, с. 45-49].

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», здравоохранение является одной из стратегически важных национальных приоритетов. В ней прописано, что целями долгосрочной политики России в этой сфере обозначены увеличение продолжительности жизни населения, повышение качества и доступности медицинской помощи; соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и обеспечение государственных гарантий, связанных с этими правами и др. [8, с. 31].

Государственное управление системой здравоохранения - целенаправленная и непрерывная деятельность органов власти, главной задачей которой является обеспечение права граждан на бесплатную, качественную и высокотехнологическую медицинскую помощь [43]. В государственное регулирование входят две основные функции: стабилизационная и распределительная.

На общегосударственном уровне охрана здоровья регулируется Министерством здравоохранения Российской Федерации – это центральный отраслевой орган управления системой здравоохранения в составе Правительства.

Министерству здравоохранения России подчинены Министерства здравоохранения субъектов, входящих в состав Российской Федерации. Соответственно, здесь возникает проблема двойного подчинения: Министерство здравоохранения субъекта по территориальному признаку подчинено правительству субъекту, а по вопросам здравоохранения – Министерству здравоохранения Российской Федерации.

В государственную систему здравоохранения также включены расположенные на территории России медицинские и фармацевтические организации, а также отраслевые организации по осуществлению надзора в сфере защиты прав граждан, судебно-экспертные учреждения, и другие, компетенции которых отнесены к сфере охраны здоровья [155, с. 45-46].

Рассмотрим функции системы здравоохранения на рисунке 3:



Рисунок 3 – Функции системы здравоохранения

Источник: составлено автором

Сегодня в России сформирована единая система здравоохранения, структура которых определяется федеральными органами власти, органами власти субъектов, органами местного самоуправления, а также частными медицинскими организациями.

Крайне важно, чтобы система здравоохранения была скоординированной и реагировала на все изменения внешней среды. Еще одна из причин необходимости государственного регулирования – это заинтересованность в эффективной реализации всех ее множественных ресурсов [138].

Ключевой проблемой здесь является сохранившийся подход остаточного финансирования социальной сферы в Российской Федерации.

Таким образом, зарегламентированная ценность развития здравоохранения и здоровья населения не коррелирует с финансовым обеспечением отрасли, что отражено в таблице 3:

Таблица 3 – Расходы бюджетной системы Российской Федерации на сферу здравоохранения, 2015-2020 г.

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	миллиардов рублей					
консолидированный бюджет России и бюджетов государственных	2861,0	3124,4	2820,9	3315,9	3789,00	4939,30
в том числе:						
федеральный бюджет	516,0	506,3	439,8	537,3	712,90	1334,30
бюджеты государственных внебюджетных фондов	1638,2	1589,6	1654,3	1987,9	2185,90	2359,08
консолидированные бюджеты субъектов России	1355,8	1281,2	847,3	950,8	1167,20	2002,06
бюджеты территориальных государственных внебюджетных	1580,1	1610,3	1723,0	2051,5	2265,90	2482,80
	в процентах к ВВП					
консолидированный бюджет России и бюджетов государственных внебюджетных фондов	3,4	3,6	3,1	3,2	3,46	4,63
в том числе:						
федеральный бюджет	0,6	0,6	0,5	0,5	0,60	1,20
бюджеты государственных внебюджетных фондов	2,0	1,8	1,8	1,9	2,00	2,21
консолидированные бюджеты субъектов России	1,6	1,5	0,9	0,9	1,00	1,80
бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов	1,9	1,9	1,9	2,0	2,10	2,32

Источник: составлено автором [на основании материалов 181; 178]

Как видно из таблицы 3, в 2019 году в России от общего объема расходов консолидированных бюджетов и бюджетов государственных внебюджетных фондов расходы на здравоохранение составили лишь 3,46 %. Рост данного показателя в 2020 году обусловлен пандемией COVID-2019, борьба с которым потребовала значительных финансовых ресурсов. Также высокие показатели в процентном соотношении к ВВП в 2020 году связаны с падением ВВП на 3,1 % по сравнению с 2019 годом (с 110046,1 до 106,607 трлн р.), что так же связано с ограничениями вследствие пандемии. Несмотря на это, на сегодняшний день не уделяется необходимого финансирования на профилактический блок.

Сравнивая данное значение с государственными расходами на здравоохранение по странам мира, в 2019 году зафиксированы крайне низкие расходы России на здравоохранение по сравнению, например, с Норвегией (в 2,7 раза), с Германией (в 2,9 раза), с Италией (в 2 раза). Превышают расходы России лишь такие страны, как Египет, Азербайджан, Киргизия и немногие другие. Представим данные по некоторым странам в динамике:

Таблица 4 – Уровень государственных расходов на здравоохранение, 2011 - 2019 г. в межстрановом сравнении

Страна	В процентах от ВВП								
	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: [167]

По представленным данным можно сделать вывод, что государственное финансирование здравоохранения в России редко поднималось выше 3,2 % ВВП, при этом Россия сравнительно данных стран относится к группе стране с низкими доходами населения, неудовлетворительными показателями здоровья и демографии.

За время губительных реформ только с 2012 по 2019 год, согласно подсчётам экспертов, сокращено 10 % мощностей здравоохранения – кадров, коек, финансирования. В результате к пандемии страна пришла фактически без резервов [216].

Представим графические данные сравнения показателей России на межстрановом уровне (рисунок 4):



Рисунок 4 — Уровень государственных расходов на здравоохранение, по странам мира, 2019 г., процент от ВВП

Источник: составлено автором [на основании материалов 167]

Проанализируем динамику поступления и расходования средств федерального фонда ОМС России по последним опубликованным данным. Расходование средств ОМС превышает поступление в 2015 и 2019 г. – на 65272 и 62750 млн соответственно. 97 % средств ОМС в 2019 году были потрачены на субвенции бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организации текущих расходов медицинских организаций из средств ОМС на территориях субъектов России.

Количественные данные представлены в таблице 5:

Таблица 5 – Поступление и расходование средств ФОМС, 2015-2019 г.

В млн р.

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019
поступление	1573543	1657620	1737164	1895924	2123988
из него:					
налоги, страховые взносы	1537777	1624426	1705753	1862264	2043442

В млн р.

Показатель	2015	2016	2017	2018	2019
межбюджетный трансферт бюджету ФОМС на компенсацию выпадающих доходов бюджета ФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС	23860	25441	27385	32194	8982
расходование	1638815	1590151	1654990	1988542	2186738
из него на:					
субвенции бюджетам ТФОМС на финансовое обеспечение организации ОМС на территориях субъектов России	1412101	1458573	1537215	1870360	2068282
межбюджетные трансферты в бюджет ФСС России на оплату мед. помощи женщинам в период беременности	18368	17819	16086	15159	13979
на финансирование расходов на содержание исполнительного органа Фонда	492	643	668	804	492

Источник: [181]

Функционирующая в настоящее время организационно-управленческая структура системы здравоохранения Российской Федерации, а также реализация программ развития отрасли, анализ которых будет представлен далее в работе (Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография») 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.

Один из эффективных инструментов, способствующих усовершенствованию функционирования системы здравоохранения – это институт 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). Особенно актуален данный механизм для сельской медицины.

Таким образом, 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 вышеприведённому анализу, не имеет положительной динамики – с 2012 по 2019 год он составил не более 0,26 %, в 2017 году вовсе имел отрицательный показатель (0,5 %).

Государство, в том числе распределяя бюджетные средства, детерминирует качество и количество предоставляемой медицинской помощи. Государственное регулирование отрасли должно быть целенаправленным, оно должно учитывать дифференциацию регионов и потребности всех категорий граждан, проводить регулярный мониторинг уровня их удовлетворенности качеством и доступностью медицинских услуг, создавать условия для охраны здоровья, его укрепления и формировать элементы здоровьесбережения, всегда осознавая, что человек и его здоровье – высшая ценность в современном обществе.

1.3 Эффективные зарубежные модели систем здравоохранения

Модели здравоохранения принято различать по ряду факторов, основными из которых являются экономические: механизм финансирования, отношение собственности, организационно-управленческое воздействие на процесс получения потребителями медицинских услуг, а также вопросы материальной мотивации производителей и потребителей медицинских услуг.

M.G.Field, например, оперируя критерием социально-политической структуры общества при анализе организации системы здравоохранения выделяет пять моделей:

- 1) классическая (неупорядоченная);
- 2) плюралистическая;
- 3) страховая;

4) национальная; 5) социалистическая [132, с. 60-64].

Отечественные ученые О. П. Щепин, Я. Д. Погорелов, В. Б. Филатов и др. выделяют модели здравоохранения, исходя из сущности отношений в здравоохранении: утилитарную, коммунитарную, и либеральную. Современные авторы, в том числе Фотаки М., выделяют девять моделей здравоохранения: 1) модель Бевериджа, 2) модель Бисмарка, 3) модель южных стран, 4) «скандинавская модель» (институциональная модель), 5) либеральная (модель остаточного социального обеспечения), 6) консервативная корпоративная модель, 7) латиноамериканская модель; 8) модели индустриальных государств Восточной Азии; 9) модели стран с переходной экономикой [80; 108, с. 17-23].

Не смотря на разнообразие моделей, многие из них пересекаются по тому или иному критерию, что позволяет называть их смешанными.

Эксперты ВОЗ (S. Nakansson, V. Majnoni, D. Intignano, J. L. Roberts и др.) обобщили данные модели в «классическую» экономическую классификацию, которая включает в себя три первичные модели здравоохранения:

1) государственная, или модель Бевериджа; 2) модель, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья – система Бисмарка; 3) рыночная (частная) модель здравоохранения [108, с. 17-20; 132, с. 60-64].

Далее будет проведен анализ функционирования данных моделей.

Первой в истории системой общественного здравоохранения является немецкая модель, институциональное зарождение которой произошло в 1881 году, названа она в честь канцлера Отто фон Бисмарка. Модель эта является социально-страховой, то есть включает в себя признаки и общественного, и рыночного сектора [108, с. 17-23].

Модель Бисмарка представляет собой систему регулируемого страхования здоровья. Она базируется на принципы смешанной экономики: интегрирует в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий. Источниками финансирования в данной модели являются средства страховых организаций (как обязательного медицинского страхования, так и добровольного), государственный бюджет и отчисления из заработной платы

работников: именно благодаря этому она является стабильной и приспособляемой к современным потребностям общества [108, с. 17-23]. Отчисления работодателей идут в больничные кассы, из которых оплачиваются все расходы на лечение, медикаменты и профилактику здоровья. Все это характеризует систему здравоохранения современной Германии, а также Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии [52].

Для модели Бевериджа характерна исключительная роль государства: финансируется отрасль в основном из государственного бюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Медицинскую помощь население получает бесплатно, исключения составляют лишь небольшой набор медицинских услуг, предоставляемых на платной основе (примерно 5 %). Иными словами, государство – это главный покупатель и поставщик медицинской помощи, обеспечивающий удовлетворение населения в оказании медицинской помощи [116, с. 21-24].

Сегодня фондодержание считается настоящим прорывом в управлении здравоохранением. Именно такая структура позволяет Англии при сопоставимом качестве медицинского обслуживания по сравнению с другими развитыми странами тратить в 1,5 – 2 раза меньше бюджетных средств и сохранять уровень общественного здоровья на высоком уровне. Подушевое финансирование врачей первичного звена также используется в ряде других стран, имеющих государственные модели финансирования, например, в Польше, Словакии, Болгарии, однако без столь широких полномочий по фондодержанию [108, с. 17- 23].

Ключевым механизмом удовлетворения потребностей в медицинской помощи является рынок медицинских услуг. Объективно, существует категория граждан, которая не в состоянии купить медицинские услуги, например, пенсионеры, малообеспеченные слои населения, безработные. Ответственность за указанный контингент берет на себя государство, финансируя общественные программы оказания медицинской помощи.

Рыночная модель свойственна системе здравоохранения Соединённых Штатов Америки, здесь она дополнена двумя национальными программами:

«Medicaid» – программа медицинского обслуживания для бедных, и «Medicare» – для пенсионеров.

Модель здравоохранения в современной России представляет собой смешанные структурные признаки трех рассмотренных моделей (немецкой модели Бисмарка, модифицированной английской модели Бевериджа, и отдельные компоненты платной системы здравоохранения) и признанной на мировом уровне советской модели здравоохранения Н. А. Семашко [116, с. 21-24].

Н. А. Семашко – основоположник многих важных теоретических и практических принципов здравоохранения – смог создать в СССР социально эффективную систему здравоохранения страны, с незначительными корректировками применяемую весь советский период.

Согласно данной системе, государство являлось единым заказчиком медицинской помощи, а финансирование системы здравоохранения осуществлялось только из государственного бюджета.

Ее целью было обеспечение всех социальных групп населения страны бесплатными медицинскими услугами, создание единой системы управления здравоохранением с центральным органом и участковый (территориальный) принцип прикрепления к медицинскому учреждению, который был особо актуален для оказания медицинской помощи сельскому населению. Также акцент ставился на профилактический вектор развития здравоохранения, вопросы медицинского обеспечения материнства, системности лечения (поликлиника – стационар – санаторий) и др. [116, с. 21-24].

Рассматривая модели управления системой здравоохранения, автор считает необходимым рассмотреть модели стран-лидеров межстрановых рейтингов по показателям здравоохранения.

Одними из самых авторитетных являются рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения The Most Efficient Health Care (американское агентство Bloomberg), рейтинг стран по уровню медицины Health Care Index for Country (Numbeo) и Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse).

Рейтинг The Most Efficient Health Care основан на данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка и рассчитывается на основе трех показателей:

- 1) средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- 2) государственные затраты на здравоохранение (процент от ВВП на душу населения);
- 3) стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения, \$. [199].

В рейтинге представлены страны, численность населения которых выше 5 миллионов человек, ВВП на душу населения составляет свыше 5000 долларов, а продолжительность жизни превышает 70 лет: это уже говорит о хорошей системе здравоохранения в этих странах. В 2018 году таких стран оказалось всего 56 – это 23 % от всех стран мира (всего их 251).

По итогам рейтинга максимальный балл получает страна, в которой ожидаемая продолжительность жизни самая высокая, а финансирование здравоохранения самое низкое [198].

При расчете рейтинга не учитываются многие факторы – коррупция, заработная плата врачей и многие другие, но, тем не менее, он является объективным, признанным в мире и наглядно показывает соотношение цена/качество медицинских услуг.

Проанализируем результаты рейтинга по итогам «допандемийного» 2018 года (таблица 6).

Таблица 6 – Рейтинг The Most Efficient Health Care, 2018 г.

Место в рейтинге	Страна	Эффективность	Продолжительность жизни, лет	Относительная стоимость, %	Абсолютная стоимость, \$
1	Гонконг	87,3	84,3	5,7	2222
2	Сингапур	85,6	82,1	4,3	2280
3	Испания	69,3	82,8	9,2	2354
4	Италия	67,6	82,5	9,0	2700
5	Республика Корея	67,4	82,0	7,4	2013

Источник: [199]

Необходимо отметить, что большая часть стран, занимающих лидирующие места в данном рейтинге, эффективно реализовали меры по сдерживанию первой волны пандемии - 2019, не понеся при этом тяжелых экономических потерь (Сингапур, Республика Корея, Тайвань). Это все позволило Гонконгу и Сингапуру возглавить рейтинг и в 2020 году.

Лидер рейтинга – Гонконг – страна, где система здравоохранения включает жесткое государственное регулирование, в частности расходы на данную сферу. Здесь продолжительность жизни – 84 года, доля расходов на здравоохранение – 5,4 % ВВП. Чиновники несут ответственность за здоровье граждан. Например, после распространения вируса атипичной пневмонии глава администрации Гонконга был вынужден уйти в отставку.

За государственные клиники платит правительство страны. Главная особенность государственных клиник в отношении затраты/качество: они стоят правительству всего 3 % ВВП, хотя предоставляют высококачественные услуги. Важный нюанс заключается в том, что государственная медицина в Гонконге не бесплатна, но поскольку материально-техническая база системы общественного здравоохранения Гонконга субсидируется правительством, качественные медицинские услуги предоставляются на приемлемом для жителей уровне по очень низкой цене.

Но каждый гражданин, всё же, должен платить за услуги: государство обычно берёт на себя примерно 90 % стоимости. Цена, которую платит гражданин, называется «medical fee» – медицинский сбор. Ещё одна очень весомая вещь: в отличие, к примеру, от США, Гонконг не заставляет жителей иметь обязательную медицинскую страховку. Это одна из самых важных причин, почему Гонконг тратит меньше на здравоохранение.

В Гонконге существует «welfare-система» – это программа социального обеспечения, которая предусматривает дополнительные выплаты гражданам, доход которых не удовлетворяет базовые потребности.

В результате расчета рейтинга The Most Efficient Health Care 2018 года его замкнули Россия, Азербайджан, США и Болгария, которая ухудшила свои

показатели в рейтинге по сравнению с прошлыми годами. Представим данные в таблице 7:

Таблица – 7 Рейтинг The Most Efficient Health Care, 2018 г.

Место в рейтинге	Страна	Эффективность	Продолжительность жизни, лет	Относительная стоимость (%)	Абсолютная стоимость (\$)
53	Россия	31,3	71,2	5,6	524
54	Азербайджан	29,6	71,9	6,7	368
55	США	29,6	78,7	16,8	9536
56	Болгария	29,4	74,6	8,2	572

Источник: [187]

Рассмотрим рейтинг стран по уровню медицинского обслуживания Health Care Index for Country, который составляется самой большой в мире базой данных о городах и странах Numbeo. Эксперты оценили качество систем здравоохранения, оснащенность оборудованием, профессионализм персонала, стоимость медицинских услуг. Ключевым моментом здесь является тот факт, что информация собирается на основе опроса населения крупных городов соответствующих стран. Данные опроса рассчитываются по шкале 100, то есть самый высокий рейтинг имеет страна со значением коэффициента 100, а самый низкий - со значением коэффициента 0. Представим результаты расчета 2019 года в таблице 8.

Таблица 8 – Рейтинг Health Care Index for Country, 2019 г.

Место в рейтинге	Страна	Индекс
1	Тайвань	86,20
2	Республика Корея	84,51
3	Япония	80,40

Источник: [168; 202]

Россия, занявшая шестидесятое место из восьмидесяти четырех в рейтинге Numbeo, бесспорно, не относится к группе стран с доступной и качественной

медициной.

Что касается рейтинга The Most Efficient Health Care, Россия была включена в него впервые в 2014 году.

В предыдущих исследованиях средняя продолжительность жизни в России составляла менее 69 лет. В 2014 и в 2016 г. она заняла последнее место: 51 место с оценкой 22,5 балла в 2014, и последнее 55 место с оценкой 24,3 балла в 2016-ом. В рейтинге 2018 года Россия с 31,3 баллами заняла лишь 53 место.

Агентство Bloomberg также на основе данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка формирует рейтинг самых здоровых стран (Global Health Index). Оно охватывает 169 стран и оценивает факторы, влияющие на общее состояние здоровья населения в данных странах. При этом учитываются такие показатели, как ожидаемая продолжительность жизни населения, предпринимаемые меры по борьбе с курением и ожирением, экологические показатели, доступ к чистой воде и медицине.

Лидерами рейтинга 2019 года являются Испания (здесь самая высокая продолжительность жизни при рождении среди стран Европейского союза, и она уступает только Японии и Швейцарии), Италия, Исландия, Япония, Швейцария, Швеция, Австралия и Сингапур. Из замыкающих рейтинг 30 стран 27 расположены в Африке, оставшиеся три – Гаити, Афганистан и Йемен.

В рейтинге России заняла 95 место (для сравнения данная позиция находится между Кабо-Верде и Вануату) [165].

Безусловно, в настоящее время показатели России в международных рейтингах характеризуют ее как страну с неэффективно функционирующей системой здравоохранения, что говорит о необходимости изменения политики в данной отрасли: увеличения 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.

В целом проведенный анализ зарубежных моделей, проводимый с целью

оценить функционирование и развитие эффективно функционирующих систем здравоохранения и спроектировать его на модель Российской Федерации, показал, что чем выше уровень централизации управления ресурсами, тем выше показатели развития здравоохранения и общественного здоровья. Но Россия имеет свою специфику в аспекте размера территорий.

Необходимо прийти к осознанию того, что ставят перед собой власти в сфере здравоохранения: зарабатывать на социально значимых услугах или повысить качество жизни. В современных реалиях одновременно это невозможно: в России нет ни цивилизованного рынка, ни институционального достойного его оформления.

Регулятором всех процессов, связанных с финансированием гарантированной медицинской помощи, как было написано выше, является государство: оно, через сформировавшиеся институциональные подходы, определяет источники и объем финансирования из бюджета и других источников, порядок их администрирования и, главное, гарантированную медицинскую помощь населению. Проблемы, имеющиеся в здравоохранении России, выражаются не только в низких количественных показателях, но и в субъективных оценках населением состояния своего здоровья и его отношении к системе здравоохранения – что вызывает серьезную обеспокоенность в обществе.

Пандемия COVID-19 наглядно показала, что системы здравоохранения многих стран не были готовы к распространению вируса вне зависимости от выбранной модели ее функционирования. Большинство стран столкнулось с идентичными трудностями, это: нехватка медицинского персонала, перегруженность медицинских учреждений, дефицит необходимого оборудования и средств индивидуальной защиты, средств для диагностики и лечения, вынужденной приостановкой предоставления плановых услуг и др. Пути решения проблем, связанных с коронавирусной инфекцией, можно считать также показателем эффективности функционирования системы здравоохранения стран.

Подход стран к борьбе с инфекцией можно разделить на три метода – пассивный, запаздывающий и опережающий.

Пассивный (Швеция, Индия, страны Африки и Латинской Америки) – это игнорирование пандемии, непринятие в первое время мер по нераспространению COVID-2019. Запоздывающий метод был реализован в США, Великобритании, Италии, Испании, Турции, Египте. Опережающий же подход выбрала Россия, Сингапур, Тайвань, Республика Корея. Реализация опережающего подхода позволила регулирующим органам сократить распространение и снизить смертность.

Сравним количественные данные на межстрановом уровне, позволяющие оценить эффективность в борьбе с коронавирусной инфекцией, сопоставив их при этом с позицией в рейтинге The Most Efficient Health Care, 2018 (таблица 9):

Таблица 9 – 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

Источник: составлено автором [на основании материалов 172; 199]

Можно констатировать, что азиатские страны справились с

распространением инфекции гораздо эффективнее. Одними из самых эффективных методов стали: оперативные карантинные меры, ответственность за их нарушение (в Китае даже предусмотрена смертная казнь), стратегическое планирование и трансформация медицинской сети (готовность перепрофилировать больницы, выделение отдельных центров для приема больных COVID-19), масштабное тестирование, запас достаточного количества средств индивидуальной защиты и аппаратов ИВЛ, а также создание централизованных каналов информирования граждан. Меры, реализуемые странами-лидерами по предотвращению распространения коронавирусной инфекции, должны стать основой при формировании механизмов развития здравоохранения всех стран мира. Данные меры, дополняя аспекты здоровьесбережения, должны составить философский концепт идеальности модели управления системой здравоохранения.

Это еще раз подчеркивает необходимость регулятора и централизованного управления в сфере здравоохранения. Лишь государство смогло оптимизировать и сконцентрировать все имеющиеся ресурсы (инфраструктурные, кадровые, технологические), найти столь необходимое дополнительное финансирование, скоординировать действия всех субъектов системы здравоохранения.

Важным аспектом также была проведенная информационно-пропагандистская кампания, которая во многом способствовала изоляционно-ограничительным мероприятиям и профилактике здоровья.

Централизованное управление и профилактика здоровья – основа системы здравоохранения, которая была заложена Н. А. Семашко. На данном этапе необходимо говорить о дальнейшей профилактике здоровья, особенно о реабилитационных мероприятиях для людей, перенесших данное вирусное заболевание. Последствия вируса полноценно не изучены, но уже сейчас многие специалисты со всего мира говорят о всевозможных осложнениях, которые могут сказаться на показателях общественного здоровья (психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, репродуктивные отклонения).

В целом, обзор зарубежного опыта позволяет констатировать, что те страны, в которых степень участия государства в системе здравоохранения высока,

добиваются как весьма существенного улучшения медицинской помощи, так и увеличения продолжительности жизни. Одновременно с этим сегодня во все сферы жизнедеятельности общества входят рыночные механизмы, система здравоохранения не является исключением. В связи с этим, а также осознавая новые цели, все модели здравоохранения сегодня смешанные, с приоритетным государственным регулированием.

Каждому жителю должен быть гарантирован минимальный перечень медицинских услуг, которыми имеет возможность воспользоваться любое лицо вне зависимости от его финансового или правового статуса – это относится к понятию «медицина здоровья» (тот базовый набор медицинских услуг, необходимый для жизнеобеспечения человека, включающий в себя медицинские осмотры, диагностику, лабораторные исследования, диспансеризацию, профилактику заболеваний), принципы которого будут описаны в следующей главе работы.

Также видится перспективным реальное развитие страхового сектора оказания медицинских услуг. Однако до того момента, пока этот механизм не начнёт работать в полном объёме, государство должно выступать гарантом медицинского обеспечения населения.

Идеальной модели управления системой здравоохранения и нет, однако необходимость целенаправленной государственной политики для эффективности любой из моделей не ставится под сомнение. Для эффективного целеполагания необходим комплексный подход к оценке системы здравоохранения и ее трансформация в систему здоровьесбережения, что требует осознания следующих подходов:

1) английского социолога А. Williams'a, согласно которому показателями здоровья являются мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность, отсутствие боли/дискомфорта, беспокойства и депрессии;

2) советского ученого П.И.Калью, который здоровье характеризовал как полное благополучие (физическое и духовное, умственное и социальное), гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов.

Лишь полноценное осознание данных установок и ценностей государством, индивидом и работодателем позволит им целенаправленно, согласованно и, что самое главное, используя принцип приоритетности здоровья населения, перейти к принципу здоровьесбережения и улучшить показатели общественного здоровья не только в количественном, но и в качественном аспекте.

Конечным результирующим показателем функционирования системы здравоохранения и предоставления медицинских услуг является общественное здоровье. Не будет преувеличением утверждение, что общественное здоровье – это общественное богатство, фактор социально-экономической безопасности, фактор, без которого немислимо создание всей совокупности материальных и духовных ценностей. Все это требует осознанного управления процессом оказания медицинских услуг, что позволит решить имеющиеся проблемы в аспекте их качества и доступности.¹

¹Глава 1 написана по материалам автора:

1. 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.
2. 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.
3. 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.

Глава 2 Обоснование целесообразности трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения

2.1 Исследование особенностей российской системы здравоохранения

Российская Федерация является страной, где ярко выражены региональные особенности и межрегиональная дифференциация по социально-экономическим показателям. Рассмотрим показатели функционирования системы здравоохранения в России в разрезе межстранового анализа (таблица 10) и проведем сравнительный анализ количественных показателей, характеризующих сферы здравоохранения, медицинских услуг и здоровьесбережения в региональном аспекте.

Таблица 10 – Количественные данные по здравоохранению в России и в странах Большой семёрки, 2019 г.

Страна	Общий коэффициент смертности, 2018 г.	ОПЖ при рождении, лет	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении, лет	Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, \$	Текущие расходы на здравоохранение, процент от ВВП	Вероятность смерти от четырех основных НИЗ
США	8,2	78,5	68,5	9870	17,1	14,6
Канада	8,8	82,4	73,2	4458	10,5	9,8
Франция	9,4	82,9	73,4	4263	11,5	10,6
Великобритания	9,4	81,4	71,9	3958	9,8	10,9
Япония	9,9	84,3	74,8	4233	10,9	8,4
Италия	10,5	83,0	73,2	2739	8,9	9,5
Германия	11,8	81,8	71,6	4714	11,1	12,1
Россия	13,4	73,2	63,5	469	5,3	25,4

Источник: составлено автором [на основании материалов 164; 209]

Представленные в таблице 10 межстрановые сравнительные данные по

уровню смертности, ожидаемой продолжительности жизни при рождении, ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении, расходов на здравоохранение на душу населения и вероятности смертности от четырех основных неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) в Российской Федерации и в странах Большой семёрки, характеризуют результативность предоставления медицинских услуг. Россия в сравнении с данными странами имеет самый высокий коэффициент смертности, вероятности смерти от четырех основных НИЗ, наиболее низкую ОПЖ и ожидаемую продолжительность здоровой жизни при рождении и текущие расходы на здравоохранение как на душу населения, так и в процентном соотношении к ВВП.

Причины смертности населения России в 2019 году представлены в приложении А, рассчитаем процентное отношение каждой их причин от общего количества умерших (таблица 11).

Таблица 11 – Процентное соотношение причин смертности в России, 2019 г.

%	Причина смертности
1,7	некоторые инфекционные и паразитарные болезни
2,4	болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
3,2	болезни органов дыхания
5,6	болезней нервной системы
7,1	внешних причин смерти
11,5	другие классы болезней
16,4	Новообразования
46,7	болезни системы кровообращения

Источник: составлено автором [на основании материалов 181]

Основные причины смертности в России - болезни системы кровообращения (46,7 %), онкология, внешние причины, болезни нервной системы. Эти данные подтверждают тенденцию на глобальном уровне: согласно данным, представленным ВОЗ, неинфекционные заболевания составляют причину 71 %

всех смертей в мире (сердечно-сосудистые заболевания – 45 % всех смертей от НИЗ; рак – 22 %; хронические респираторные заболевания – 10 %; диабет – 4 % [184].

Анализируя предварительные данные Росстата, отметим, что в России в период январь – декабрь 2020 года в целом было зафиксировано 2,124 млн человек умерших — это на 17,9 %, больше, чем за аналогичный период 2019 года. В связи с пандемией в 2020-ом году зафиксирована новая причина смерти, связанная с COVID-19 – таковая была выявлена у 162, 4 тыс. человек, из них у 86498 человек смерть вызвана непосредственно коронавирусной инфекцией.

Одним из эффективных профилактических мер по снижению смертности и выявлению заболеваний на ранней стадии является диспансеризация. Рассмотрим факторы риска в рамках диспансеризации по Российской Федерации:

Таблица 12 – Факторы риска в рамках диспансеризации в России, 2014-2019 г.

В процентах

Фактор	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Повышенное артериальное давление	17,80	13,51	13,67	14,11	14,50	14,75
Повышенная глюкоза	3,84	3,12	3,08	3,23	3,41	4,05
Избыточная масса	18,37	15,91	17,24	18,51	18,35	19,32
Курение	1,71	16,29	13,31	12,88	12,08	10,57
Употребление алкоголя	0,15	1,30	1,06	0,94	0,90	0,90
Употребление наркотиков	0,15	0,14	0,12	0,10	0,06	0,05
Сниженная физическая активность	19,99	18,73	18,87	19,82	18,98	18,95
Нерациональное питание	27,89	26,33	27,04	28,79	26,69	27,56
Наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям (далее - ХНИЗ)	7,52	8,35	8,47	8,56	7,87	7,53
Высокий сердечно-сосудистый риск (далее - ССР)	7,88	7,88	8,62	8,68	8,04	8,24
Очень высокий ССР	4,26	4,05	4,05	4,31	4,03	4,20

Источник: составлено автором [на основании материалов 187]

Как видно из таблицы 12, ни по одному из факторов риска нет прироста более

1 % за один год, что говорит о положительной тенденции результатов проведения диспансеризации в Российской Федерации. В целом при прохождении диспансеризации врачами и организаторами здравоохранения отмечаются такие проблемы, как отсутствие актуальной формы статистической отчетности, отсутствие текущего учета проведения предварительных и периодических осмотров, нарушение маршрутизации: нет отделений медицинской профилактики, неготовность медицинских организаций к проведению исследований в полном объеме, отсутствие специалистов и оборудования. Более подробно процедура прохождения диспансеризации и необходимость внесения корректировок в нее будет описана в третьей главе работы.

На сегодняшний день реализуются национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография», Государственная программа «Развитие здравоохранения» и другие программы на федеральном и региональном уровнях. Рассмотрим процентное соотношение финансирования федеральных проектов национального проекта «Демография» (общее финансирование 3105176,2 млн р.) с целью сопоставить с основными причинами смертности (таблица 13).

Таблица 13 – Процентное соотношение финансирования федеральных проектов национального проекта «Демография»

Федеральный проект	Финансирование, млн р.	процент от финансирования национального проекта «Демография», %
Содействие занятости женщин – доступность дошкольного образования для детей в возрасте до 3 лет	164293,6	5,29
Финансовая поддержка семей при рождении детей	2688431,0	86,57
Укрепление общественного здоровья	3678,0	0,11
Спорт-норма жизни	150021,4	4,83

Источник: составлено автором [на основании материалов 14]

Проанализировав проект «Демография», автор считает целесообразным добавить в задачи улучшение показателей охраны труда работников, минимизацию

показателей работы в условиях вредного производства, а также снижение показателей, связанных со стрессом людей (первой причиной сердечно-сосудистых заболеваний), напряженностью и в целом разработать блок с психологическими факторами, которые анализируют показатели, характеризующие и способные анализировать неуверенность людей в будущем и в государстве.

Рассмотрим Национальный проект «Здравоохранение», который имеет схожие с национальным проектом «Демография» задачи (таблица 14).

Таблица 14 – Процентное соотношение финансирования федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение»

Федеральный проект	Финансирование, млн р.	процент от финансирования национального проекта «Здравоохранение», %
Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи	62,5	3,62
Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями	75,2	4,35
Борьба с онкологическими заболеваниями	969,0	56,14
Развитие детского здравоохранения	211,2	12,23
Обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами	166,1	9,62
Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров	63,9	3,70
Развитие экспорта медицинских услуг	0,2	3,62
Создание единого цифрового контура на основе единой информационной системы	177,7	10,29

Источник: составлено автором [на основании материалов 15]

Как видно из таблицы, больше половины средств направлено на одну статью расходов – на борьбу с онкологическими заболеваниями. Данные расходы в 13 раз превышают финансирование, направленное на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями; в 4,5 раза – на развитие детского здравоохранения; в 15,5 раз – на развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и почти в 6 раз – на обеспечение медицинских организаций квалифицированными кадрами.

Почти половина причин смертности в России – сердечно-сосудистые заболевания (далее - ССЗ). В связи с этим крайне непонятно столь низкое

финансирование, направленное на лечение данного вида заболеваний. Возможно, преодоление столь высокой смертности от данных видов заболеваний планируется за счет профилактических мер (которые отражены в задачах и финансировании иных подпрограмм), однако, на наш взгляд, это не оправдано, тогда нужна цивилизованная система охраны труда, позволяющая избегать стрессов и травматизма.

Рассмотрим и проанализируем показатели инвалидизации в России, регионах ПФО с целью выявления основных причин и соотнесения их с данными по смертности. Представим данные по численности лиц, впервые признанных инвалидами в России в динамике (рисунок 5):



Рисунок 5 – Численность лиц, впервые признанных инвалидами в Российской Федерации, тыс. чел., 1970-2018 г.

Источник: составлено автором [на основании материалов 181; 189; 211]

Таким образом, в 2019 году лиц, впервые признанных инвалидами зафиксировано 636 тысяч: это больше, чем в 1970 году в 1,85 раз, чем в 1980 – в полтора раза. Пик новых случаев инвалидизации в анализируемый период был зафиксирован в 2005 году – затем до 2019 года идет планомерное снижение. Всего же в России на 01 января 2022 года зафиксировано 11, 55 млн инвалидов, 728988 из них - детей-инвалидов. Как видно из таблицы 15, здесь также наблюдается положительная тенденция к снижению численности

инвалидов [176; 220].

Таблица 15 – Общая численность инвалидов по группам инвалидности в России, 2013-2020 г.

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Всего инвалидов, тыс. человек	13082	12946	12924	12751	12261	12111	11947	11875
в том числе:								
I группы	1496	1451	1355	1283	1309	1466	1433	1422
II группы	6833	6595	6472	6250	5921	5552	5356	5209
III группы	4185	4320	4492	4601	4395	4442	4488	4556
дети-инвалиды	568	580	605	617	636	651	670	688
Общая численность инвалидов, на 1000 человек населения	91	90	88	87	83	82	81	81

Источник: составлено автором [на основании материалов 194]

Далее в таблице 16 рассмотрим причины инвалидизации (с 2010 по 2019 г.).

Таблица 16 – Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности в России, всего, 2010-2019 г.

В тысячах человек										
Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего признано инвалидами	893	842	805	754	729	695	666	662	641	636
из них в связи с:										
туберкулезом	26	24	22	20	19	17	17	16	14	12
злокачественными новообразованиями	182	185	184	186	193	213	212	215	215	222
болезнями эндокринной системы, обмена веществ	26	23	20	17	15	13	12	13	13	13
психическими расстройствами	37	35	33	32	32	32	32	33	31	31
болезнями нервной системы	31	30	29	28	27	26	26	26	26	26

В тысячах человек

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
болезнями глаза и его придаточного аппарата	26	25	23	22	21	22	21	20	19	19
болезнями уха и сосцевидного отростка	11	10	10	10	11	12	13	15	17	17
болезнями системы кровообращения	350	315	292	265	244	221	207	201	192	184
болезнями органов пищеварения	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13
болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани	84	82	80	75	72	51	42	41	38	35
последствиями травм, отравлений и других внешних причин	52	49	46	41	37	28	26	24	20	19

Источник: составлено автором [на основании материалов 194]

Для наглядности представим данные в графическом виде (рисунок б).

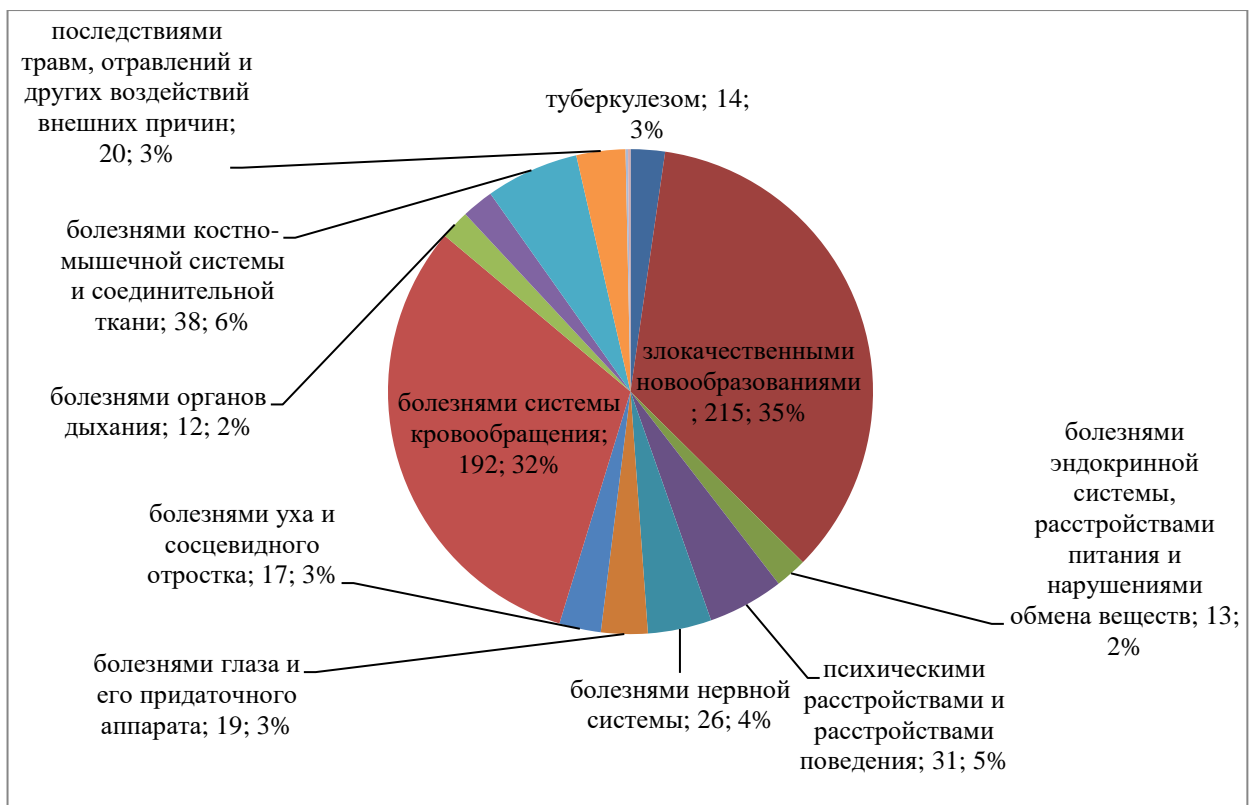


Рисунок б – Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности в России, %

Источник: составлено автором [на основании материалов 194 и таблицы 16]

Из рисунка 6 видно, что двумя наиболее распространенными причинами вновь выявленной инвалидизации населения в России являются болезни ССЗ и онкология, проанализируем данный факт после сопоставления с данными по Республике Татарстан.

Рассмотрим количественные статистические данные по профессиональным заболеваниям, травматизму, факторам вредного производства.

Исходя из представленных в таблице 17 данных по профессиональным заболеваниям (отравлениям) и производственному травматизму в России, можно сделать вывод, что все показатели имеют положительную динамику, но, тем не менее, показатели являются высокими – по данным Базы данных Международной организации труда, на межстрановом уровне Россия занимает высокие позиции по числу умерших в связи с трудовой деятельностью в процентах от общего числа в мире и смертельных профессиональных травм на 100000 работников [183, с. 650].

Таблица 17 – Данные по профессиональным заболеваниям и производственному травматизму в России, 2005, 2010-2019 г.

	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Численность лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием: всего, чел.	8156,00	7671,00	6334,00	5520,00	4756,00	4147,00	4532,00
из них:							
на 10000 работающих	1,69	1,64	1,40	1,24	1,07	0,94	1,03
Пострадавших при несчастных случаях на производстве, тыс. человек: всего	77,70	47,70	28,20	26,70	25,40	23,60	23,30
из них:							
со смертельным исходом:	3,09	2,00	1,29	1,29	1,14	1,07	1,06
Пострадавших при несчастных случаях на производстве на 1000 работающих:	3,10	2,20	1,30	1,30	1,30	1,20	1,20
из них со смертельным исходом:	0,12	0,09	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05

Источник: составлено автором [на основании материалов 181; 192]

Вредное производство также является одним из значимых факторов охраны труда и здоровья работающих. Рассмотрим его количественные показатели по отраслям и факторам вредности в Российской Федерации в 2019 году таблице 18:

Таблица 18 – Удельный вес численности занятых в организациях на работах во вредных и (или) опасных условиях труда в России, 2019 г.

Процент от общей численности работников организаций соответствующего вида экономической деятельности

Отрасль	Работали под воздействием факторов производственной среды			
	шума, ультразвука, воздушного инфразвука	вибрации (общей и локальной)	аэрозолей преимущественно фиброгенного действия	химического фактора
Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство	10,6	6,5	1,9	5,5
Промышленное производство	24,5	4,6	6,6	10,7
Добыча полезных ископаемых	32,6	12,2	12,2	9,2
Обрабатывающие производства	25,7	3,7	6,6	12,0
Обеспечение электрической энергией, газом и паром	17,1	2,7	4,0	6,7
Водоснабжение; водоотведение	15,2	4,4	1,7	10,4
Строительство	16,6	7,7	4,1	7,1
Транспортировка и хранение	13,6	6,5	1,1	2,9
Деятельность в области связи и информации	0,6	0,1	0,1	0,4

Источник: составлено автором [на основании материалов 214; 215]

Максимальные значения зафиксированы у отраслей добычи полезных ископаемых, обрабатывающего и промышленного производств и обеспечения электрической энергией, газом и паром - это области, где на предотвращение вредных воздействий и минимизацию их влияния на здоровье сотрудников нужно оказывать первостепенное воздействие.

Несомненно, каждый субъект, административное образование Российской Федерации является уникальной территориальной единицей со своими

особенностями.

Асимметричность регионов необходимо рассматривать как данность и учитывать ее при разработке программ развития, в том числе здравоохранения [106, с. 11-18; 144, с. 28].

Преодоление высокой региональной дифференциации, наблюдающейся в социальной сфере, – в настоящее время актуальная и одна из ключевых задач государства. Это объясняется осознанием того, что элементы социальной сферы, во-первых, оказывают главенствующее влияние на качество жизни россиян и, во-вторых, принимают участие в создании конкурентного экономического положения региона в общенациональном пространстве [158].

Ввиду неоднородности обеспечения субъектов инфраструктурными объектами здравоохранения обостряется территориальное неравенство предоставления медицинских услуг. Это, являясь нарушением конституционных прав граждан, принципов социальной справедливости и общественной солидарности, доказывает необходимость государственного регулирования отрасли.

Объективные причины (недофинансирование отрасли, дефицит и низкий уровень квалификации медицинских работников) говорят о необходимости неформального регулятора в лице государства, важнейшей функцией и конституционной обязанностью которого является деятельность по сохранению здоровья населения.

Климатические и социально-экономические контрасты Российской Федерации обуславливают высокую дифференциацию и региональную специфичность показателей развития здравоохранения и предоставления медицинских услуг. Рассмотрим ключевые показатели и их дифференциацию в разрезе регионов.

В таблице 19 представлены минимальные и максимальные значения расходов консолидированных бюджетов регионов Российской Федерации на здравоохранение:

Максимальные значения		Минимальные значения	
Регион	Расходы, млн р.	Регион	Расходы, млн р.
Ямало-Ненецкий АО	16118,7	Республика Ингушетия	636,0
Красноярский край	18963,3	Республика Калмыкия	882,1
Республика Башкортостан	19001,6	Еврейская АО	920,3
Свердловская область	23518,2	Республика Марий Эл	1433,4
Республика Татарстан	24082,0	Республика Адыгея	1666,6
Краснодарский край	25909,1	Ненецкий АО	1698,5
Ханты-Мансийский АО	39195,4	Республика Тыва	1918,6
г. Санкт-Петербург	75769,0	Карачаево-Черкесская Республика	1952,0
Московская область	79713,6	Костромская область	2067,3
г. Москва	183690,8	Республика Алтай	2074,3

Источник: составлено автором [на основании материалов 120]

В 2019 году максимальная разница в расходах консолидированных бюджетов регионов России на здравоохранение составила 183054,8 миллиона - показатели Москвы (183690,8 млн р.) в 228 раза превышают показатели Республики Ингушетия (636 млн р.). По сравнению с Республикой Татарстан расходы консолидированного бюджета Москвы на здравоохранение больше в 7,62 раза.

Далее рассмотрим дифференциацию показателей развития здравоохранения регионов (таблица 20):

Таблица 20 – Показатели развития здравоохранения регионов, 2019 г.

Показатель	Максимальное значение	Минимальное значение	Дифференциация
Инвестиции в основной капитал в области здравоохранения и социальных услуг, млн р.	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	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

Источник: составлено автором [на основании материалов 120]

Все из представленных показателей, помимо численности населения на одного врача и численности населения на одну больничную койку, должны иметь высокие значения.

Среди рассмотренных показателей максимальная дифференциация среди регионов зафиксирована по показателю «инвестиции в основной капитал в области здравоохранения» - показатель Московской области в 163 раза превышает показатель Ненецкого автономного округа. Но даже минимальное значение – в 2,1 раза по показателю «численность среднего медицинского персонала на 10000 человек населения» говорит о большой дифференциации обеспечения медицинскими услугами населения – отметим, что данный показатель является относительным, что говорит об уместности сравнения двух разных по обеспеченности медицинскими организациями, площадью и численностью населения регионов.

Аналогично рассмотрим индикаторы общественного здоровья как результирующего аспекта развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг, ответственность за достижение которых лежит на государстве (в том числе на органах власти на региональном уровне), на индивиде и его работодателе (в таблице 21).

Таблица 21– Анализ показателей развития здравоохранения регионов, 2019 г.

Показатель	Максимальное значение	Минимальное значение	Дифференциация
Заболеваемость на 1000 человек населения (заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые)	Ненецкий автономный округ – 1386,2	Чеченская Республика – 395,7	в 3,5 раза
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	Республика Ингушетия – 83,4	Республика Тыва – 67,6	на 15,8
Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 чел.	Чеченская Республика – 16,0	Псковская область – 8,4	на 24,4
Смертность населения (без внешних причин) (число умерших на 100000 чел.)	Псковская область – 1567,7	Республика Ингушетия – 286,3	в 5,5 раз
Смертность населения в трудоспособном возрасте (умерших на 100000 человек соответствующего возраста)	Чукотский автономный округ – 801,3	Республика Ингушетия – 142,0	в 5,6 раз

Источник: составлено автором [на основании материалов 120]

Минимальные значения показателей смертности в Республики Ингушетия коррелируют с высокой продолжительностью жизни в регионе, что заранее предопределяет региону лидирующие позиции в рейтинге развития здравоохранения, ведь показатель ожидаемой продолжительности жизни – один из ключевых результирующих показателей развития региональной системы здравоохранения.

Различие в 15,83 года показателя ожидаемой продолжительности жизни (между показателями Республики Ингушетия (83,4 года) и Республики Тыва (67,57 лет)) является значительным и требует острого внимания со стороны властей региона-аутсайдера, а также активизации работодателей и местного сообщества в вопросах улучшения здоровья.

Рассмотрим регионы-аутсайдеры (таблица 22) и регионы-лидеры (таблица 23) по фактическим объемам медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ государственных гарантий (далее - ТПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, сопоставив при этом значения с установленным на федеральном уровне нормативом с целью

сопоставления (как результат: при федеральном нормативе расходов в 14301,3 р. на одного застрахованного, в Республике Ингушетии это показатель оказался равен 11069,6 р., а в Ненецком автономном округе - 61374,32 р.):

Таблица 22 – Регионы с наименьшими показателями фактических объемов медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках ТПГГ в 2018 году

Субъект Российской Федерации	Расходы на ТПГГ, р. на 1-го жителя/застрахованного			Фактический объем медицинской помощи на 1-го жителя				
	всего	из средств бюджетов субъектов России	из средств ОМС	вызовов скорой мед. помощи	посещений с профилактическими целями	посещений по неотложной мед. помощи	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар
Установленный норматив	14301	3488,6	10812,0	0,300	3,050	0,560	2,180	0,188
Республика Ингушетия	11069	1001,9	10067,7	0,298	2,659	0,551	2,042	0,155
Карачаево-Черкесская Республика	11080	1323,6	9757,3	0,367	2,778	0,555	2,054	0,162
Республика Дагестан	11418	1083,3	10335,5	0,245	3,425	0,296	2,214	0,224
Республика Марий Эл	11424	1297,9	10127,0	0,268	2,630	0,570	2,029	0,181
Чеченская Республика	11586	1495,9	10090,7	0,291	2,874	0,523	2,359	0,164

Источник: составлено автором [на основании материалов 181]

Таблица 23 – Регионы с наивысшими показателями фактических объемов медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках ТПГГ в 2018 году

Субъект Российской Федерации	Расходы на ТПГГ, р. на 1-го жителя/застрахованного			Фактический объем медицинской помощи на 1-го жителя				
	всего	из средств бюджетов субъектов России	из средств ОМС	вызовов скорой мед. помощи	посещений с профилактическими целями	посещений по неотложной мед. помощи	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар
Установленный норматив	14301	3488,6	10812,7	0,300	3,050	0,560	2,180	0,188

Субъект Российской Федерации	Расходы на ТПГГ, р. на 1-го жителя/застрахованного			Фактический объем медицинской помощи на 1-го жителя				
	всего	из средств бюджетов субъектов России	из средств ОМС	вызовов скорой мед. помощи	посещений с профилактическими целями	посещений по неотложной мед. Помощи	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар
Забайкальский край	40356	9752,8	30603,4	0,287	3,239	0,551	2,107	0,227
ХМАО	42319	17970,4	24348,8	0,292	3,097	0,605	2,428	0,211
Сахалинская область	43899	10389,8	33509,8	0,268	3,780	0,539	1,279	0,242
Магаданская область	50883	17866,0	33017,7	0,298	5,962	0,337	1,116	0,243
ЯНАО	52952	18924,8	34027,7	0,261	5,090	0,553	1,239	0,182
Чукотский АО	56586	10098,3	46488,3	0,169	4,774	0,369	1,267	0,247
Ненецкий АО	61374	30165,2	31209,1	0,289	4,393	0,504	2,173	0,215

Источник: составлено автором [на основании материалов 181]

Следующий анализируемый показатель – индекс физического объема платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха (таблицы 24 и 25).

Таблица 24 – Регионы-аутсайдеры по индексу физического объема платных услуг в области здравоохранения и отдыха (в процентах к предыдущему году), 2018 г.
В процентах к 2017 году

Регион	Платные услуги населению – всего	из них		
		медицинские	санаторно-курортных организаций	физической культуры и спорта
Российская Федерация	101,4	103,2	106,7	108,4
Ненецкий АО	106,4	90,7	156,8	95,3
г. Севастополь	102,1	91,5	55,9	90,7
Архангельская область	100,4	93,7	103,9	103,2
Владимирская область	97,4	94,0	89,5	108,3
Новгородская область	97,0	95,3	130,5	100,1

Источник: составлено автором [на основании материалов 193]

Таблица 25 – Регионы-лидеры по индексу физического объема платных услуг в области здравоохранения и отдыха (в процентах к предыдущему году), 2018 г.

В процентах к 2017 году

Регион	Платные услуги населению – всего	из них		
		медицинские	санаторно-курортных организаций	
Республика Мордовия	100,8	114,6	110,8	105,8
Рязанская область	101,5	116,6	96,5	105,9
Челябинская область	104,5	118,1	101,9	116,8
Республика Алтай	109,2	125,0	109,5	127,2
Республика Тыва	102,6	142,4	157,7	95,2

Источник: составлено автором [на основании материалов 193]

По приросту платных медицинских услуг тенденция такова, что сильного снижения не фиксируется, что говорит о потребности в них со стороны общества. Максимальный прирост – 42 % зафиксирован в Республике Тыва, максимальное снижение - в Ненецком автономном округе – минус 9,3 %.

Иммунизация населения является также одним из ключевых показателей развития профилактических медицинских услуг, за которую должны нести ответственность как государство, так и работодатель, так и сам индивид.

В целом иммунизация – это процесс, нацеленный на приобретение человеком иммунитета против распространенных инфекций и появление у организма способности сопротивляться воздействию инфекционных агентов. Желаемый результат достигается за счет применения вакцин разного действия.

Министерством здравоохранения Российской Федерации утвержден национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, где прописаны все необходимые: туберкулез, полиомиелит, коклюш дифтерия, столбняк, корь, эпидемический паротит, гепатит В, краснуха, грипп, гемофильная инфекция,

пневмококковая инфекция.

Актуальность иммунизации в последние два года вызвана вакцинацией против коронарирусной инфекции.

При анализе статистики по вакцинации на межстрановом уровне, оказалось, что по показателю процента вакцинированных от всего населения, Россия находится на 95 месте.

Странами - лидерами являются: (таблица 26)

Таблица 26 – Показатели темпов вакцинации против коронавирусной инфекции на межстрановом уровне

Страна	Всего прививок, млн	Прививок в день, тыс.	Привито, млн чел.	процентов от населения, %	Средний темп, тыс. чел./день	Полностью привито, млн чел.
ОАЭ	21,50	28,6	9,8	100,0	7,10	8,8
Мальдивы	0,76	1,1	0,3	100,0	0,04	0,3
Сингапур	10,10	1,5	5,1	93,0	44,80	5,0
Камбоджа	28,40	26,2	14,1	90,6	5,50	13,2
Куба	27,90	84,0	10,1	90,6	6,30	9,1
Бруней	0,72	6,3	0,4	88,2	2,40	0,3
Португалия	16,30	4,3	9,1	87,5	1,90	8,9
Китай	2442,80	6,7	1225,0	86,8	2000,00	1076,3

Источник: составлено автором [на основании материалов 210]

Если посмотреть на текущую статистику по вакцинации (на 22 ноября 2021 года) в Российской Федерации, то всего лишь 44 % прошли полный курс вакцинации, что позволяет говорить об отсутствии коллективного иммунитета в стране от новой коронавирусной инфекции, это количественно отражено в таблице 27:

Таблица 27 – Показатели темпов вакцинации против коронавирусной инфекции в Российской Федерации на 22.11.2021 г.

Показатель	Количественное значение, чел.	Процент привитых от всего населения (от 146022 тыс. чел)
Количество вакцинированных (хотя бы 1 компонент)	64095828	43,89
Полностью вакцинировано	53952851	36,95

Источник: составлено автором [на основании материалов 210]

Показатели вакцинации по регионам России еще раз свидетельствуют о наличии дифференциации среди прошедшего вакцинацию населения. Здесь стоит отметить, что по поручению Президента, властям регионов было делегировано принимать меры по нераспространению вируса в пределах своей территории самостоятельно.

Многими регионами были предприняты попытки введения частично обязательной вакцинации, режима нерабочих дней, системы QR-кодов на посещение массовых мероприятий и даже общественного транспорта (Республика Татарстан), многие регионы сконцентрировали внимание на жителях пожилого возраста и контроля за ношением медицинских масок и перчаток в общественных местах.

Количественные результаты политики вакцинации по состоянию на конец ноября 2021 года представлены в таблицах 28 и 29 соответственно: сначала регионы-лидеры, далее регионы-аутсайдеры. Для рейтинга за основу был взят показатель процента вакцинированных от взрослого населения.

Таблица 28 – Показатели темпов вакцинации против коронавирусной инфекции (регионы-лидеры)

Регион	Привито, чел.	процентов от населения, %	процентов от взрослого населения, %	Дней до вакцинации. 60 % населения	Полностью привито, чел.
Тюменская область	853678	55,3	72,6	11	714179

Регион	Привито, чел.	процентов от населения, %	процентов от взрослого населения, %	Дней до вакцинации. 60 % населения	Полностью привито, чел.
Московская область	4200000	54,5	67,9	28	3800000
Липецкая область	614509	54,5	67,5	6	543559
Чукотский АО	27000	54,5	73,2	19	24800

Источник: составлено автором [на основании материалов 210]

Таблица 29 – Показатели темпов вакцинации против коронавирусной инфекции (регионы-аутсайдеры)

Регион	Привито, чел.	процентов от населения, %	процентов от взрослого населения, %	Дней до вакцинации. 60 % населения	Полностью привито, чел.
Еврейская АО	50158	32,0	41,9	57	40354
Карачаево-Черкесия	145000	31,2	40,3	147	136000
Кабардино-Балкария	240731	27,7	36,3	206	157529
Северная Осетия	190000	27,4	35,9	99	145243
Дагестан	645118	20,6	28,7	348	429075

Источник: составлено автором [на основании материалов 210]

Столь дифференцированные показатели вакцинации обусловлены разнообразными механизмами, предпринятыми на региональном уровне для сдерживания распространения вируса, что обуславливает тиражирование лучших практик для эффективной борьбы с пандемией, попытка которого предпринята в третьей главе работы в рамках концепции здоровьесбережения.

В целом высокий уровень региональной дифференциации является еще одной из причин потребности в государстве как в регуляторе системы здравоохранения. Имея свою специфику развития здравоохранения региона, отражающую все имеющиеся ресурсы, сильные и слабые стороны, учитывающую возможности и угрозы, в целом государственное регулирование должно быть

направлено на решение общих проблем. Проанализированные в рамках данного параграфа показатели позволили еще раз удостовериться в необходимости уделения большего внимания профилактическим аспектам оказания медицинских услуг и оказанию внимания к этому не только со стороны государства, но и работодателя, и индивида.

2.2 Анализ факторов эффективности системы здравоохранения

Первая рамочная основа оценки эффективности работы систем здравоохранения была сформулирована для ВОЗ в работе Murray et Frenk в 1999 году. [27; 166]. В ней рассматривались три основополагающие сферы результативности: справедливость, эффективность и качество. Стоит отметить, что недостатком тут является отсутствие аспектов доступности медицинской помощи.

В 2000 г. она была дополнена четырьмя системными функциями, которые выполняет система здравоохранения: руководство, создание ресурсов (инвестиции и профессиональная подготовка), предоставление услуг и финансирование (сбор, накопление и осуществление закупок) [27].

Можно констатировать, что развитие сферы здравоохранения обуславливалось системой взаимодействия различных ресурсов, производительности, результатов деятельности и общей пользы в соответствии с теориями Donabedian [1; 93; 116, с. 21-22.].

Отталкиваясь от такой концептуальной базы, рамочная основа особенностей оценки эффективности систем здравоохранения постепенно трансформировалась в модель, представленную в докладе ВОЗ 2007 году «Everybody's business», где структурными элементами системы являются: предоставление медицинских услуг, кадровые ресурсы, информация, медицинские товары, вакцины и инновационные технологии, финансирование и долгосрочное управление. Структурные элементы и цели связаны такими критериями как доступ, охват, качество,

безопасность [116, с. 21-22; 173].

В рамках данного исследования будем исходить из того, что в здравоохранении существует три вида эффективности: медицинская, социальная и экономическая.

Медицинская эффективность – это результирующие показатели состояния здоровья населения, диагностики лечения различных патологий и профилактических мероприятий.

Социальная эффективность отражает то, как население удовлетворено качеством и доступностью оказываемой им медицинской помощи.

Экономическая эффективность представляет собой влияние, которое оказывают показатели здоровья населения на макроэкономические показатели (ВРП, экономический рост, национальный доход, социальное развитие) [25].

В России рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения регионов Российской Федерации рассчитывается высшей школой организации и управления здравоохранением (далее – ВШОУЗ), которую возглавляет доктор медицинских наук, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования Улумбекова Г. Э.

Рейтинг основан на международной практике проведения подобных расчетов и рассчитывается на основании четырех показателей, каждый из которых имеет удельный вес при подсчете баллов: ожидаемая продолжительность жизни, число лет – 50 %; ВРП, р. на душу населения – 10 % и государственное финансирование здравоохранения, р. на душу населения – 30 % (все источники финансирования (бюджеты всех уровней и средства ОМС)); продажа крепких алкогольных напитков, литров на душу населения – 10 % [156].

Данные показатели обусловлены тем, что расчеты, проведенные ВШОУЗ за 2011-2016 г. на примере регионов России, позволили сделать вывод, что ключевыми факторами, которые определяют состояние здоровья граждан, являются:

- социально-экономические (37 %, главный показатель в данном блоке – уровень ВРП на душу населения);

- образ жизни населения (33 %, результирующие показатели – это потребление алкоголя и распространенность табакокурения);
- функционирование системы здравоохранения (30 %, ключевой индикатор – подушевые государственные расходы на эту сферу).

Расчет происходит согласно схеме, изображенной на рисунке 7:



Рисунок 7 — Методика расчета эффективности систем здравоохранения регионов Российской Федерации высшей школы организации и управления здравоохранением

Источник: [156]

Тому субъекту, у которого самое большое значение ОПЖ, присваивается 50 баллов, самое низкое – 0 баллов. Далее эксперты анализируют оставшиеся три показателя методики, рассчитывая по каждому баллы и суммируют их с учетом его веса.

Таким образом, формируется итоговый рейтинг, где на лидирующих местах по эффективности здравоохранения оказываются те регионы, которые относительно других субъектов смогли достичь наилучших показателей ОПЖ при относительно низком уровне бюджетного финансирования и показателя ВРП на душу населения [203].

Представим в таблице 30 рейтинг ВШОУЗ по оценке эффективности систем здравоохранения регионов Российской Федерации в 2019 году (регионы-лидеры и

регионы- аутсайдеры):

Таблица 30 –Рейтинг ВШОУЗ по оценке эффективности систем здравоохранения регионов России, 2019 г.

Регион	Место в рейтинге ВШОУЗ	Регион	Место в рейтинге ВШОУЗ
Республика Ингушетия	1	Пермский край	76
Республика Дагестан	2	Хабаровский край	77
Кабардино-Балкарская Республика	3	Псковская область	78
Чеченская Республика	4	Новгородская область	79
Ставропольский край	5	Ненецкий автономный округ	80
Карачаево-Черкесская Республика	6	Иркутская область	81
Кировская область	7	Камчатский край	82
Волгоградская область	8	Сахалинская область	83
Республика Калмыкия	9	Магаданская область	84
Саратовская область	10	Чукотский автономный округ	85

Источник: составлено автором [на основании материалов 203]

Лидер рейтинга – Республика Ингушетия имеет следующие рассматриваемые в рейтинге показатели: ОПЖ – 83,41 года, ВРП на душу населения – 112553 р., подушевые расходы на здравоохранение – 12991 р., потребление крепких алкогольных напитков – 0,4 литра. При этом индекс эффективности равен – 89,76. У Чукотского автономного округа показатель эффективности равен 11,76, при этом ОПЖ 68,09 лет, ВРП на душу населения – 1578596 р., подушевые расходы на здравоохранение – 31048 р., потребление крепких алкогольных напитков – 16,4 литров. Все это еще раз подчеркивает дифференциацию регионов в сфере здравоохранения.

На наш взгляд, учет лишь представленных четырех показателей системно не отражает эффективность системы здравоохранения и процесса оказания

медицинских услуг, так как есть потребность оценить не только ожидаемую продолжительность жизни (при этом, как правило, употребление алкоголя является и так одним из его ключевых факторов), но и сопоставить ее с финансированием отрасли, но и рассмотреть качественные характеристики его составляющей – что говорит о необходимости корректировки данного показателя как «ожидаемая продолжительность здоровой жизни». Многими экспертами доказана взаимосвязь показателя валового внутреннего продукта на душу населения с ОПЖ, однако здесь взаимосвязь может быть двойственной: как здоровье оказывает влияние на доходы/расходы ВВП, так и его расходы могут влиять на ОПЖ.

Анализируя качественные характеристики ОПЖ и методики оценки эффективности в целом, считаем необходимым добавить в методику оценки субъективные оценки населения касаясь, во-первых, качества получаемых или медицинских услуг, а во-вторых, субъективной оценки собственного здоровья, с аспектом на качественные его характеристики.

Обратную связь от потребителя медицинской услуги можно рассчитывать, как социальный эффект (результативность), в частности по показателю удовлетворенности получателя медицинских услуг, рассчитываемому по формуле:

$$P = \frac{R_{\text{удовл}}}{R}, \quad (1)$$

где P – удовлетворенность получателя медицинских услуг;

$R_{\text{удовл}}$ – общее количество потребителей, полностью удовлетворенных медицинской услугой;

R – общее количество потребителей, получивших медицинскую услугу.

Репрезентативные количественные показатели обратной связи потребителей медицинских услуг имеют важнейшее значение для показателя эффективности региональной системы здравоохранения.

Важным и необходимым показателем оценки эффективности реализуемых по отношению здоровью управленческих воздействий, также является сфера отношений работодателя и индивида. Поэтому необходимо добавить в оценку

эффективности показатель «количество предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья», которые являются эффективным инструментом как улучшения здоровья сотрудников, так и экономической составляющей деятельности предприятий:

– из компаний, внедривших оздоровительные программы, 67 % зафиксировали рост производительности труда, а 75 % отметили, что их сотрудники были более удовлетворены своим рабочим местом [218];

– плохое здоровье работников стоит компаниям до 1,7 тыс. долларов в год на 1 человека, что включает снижение производительности [206];

– эффективное управление здоровьем сотрудников позволяет: 1) снизить их заболеваемость на 40 % – 50 %, 2) уменьшить количество дней нетрудоспособности – на 20 % (каждый вложенный в здоровье персонала 1 доллар позволяет компании сэкономить на оплате больничных листов 3,45 доллара), 3) снизить средний срок временной нетрудоспособности на 30 %, 4) повысить выявляемость хронических заболеваний – на 10 % – 15 %;

– средний годовой показатель текучести кадров в компаниях, где сотрудники вовлечены в совместные занятия спортом, составляет 3,5 %, в общем же по корпорациям эта цифра достигает 10,3 %.

По исследованиям Министерства здравоохранения России и Российской академии медицинских наук 2019 года из-за заболеваемости сотрудников российская экономика ежегодно теряет около 1,4 % ВВП (это 23-24 миллиарда долларов). Как показывает статистика, лишь 61 % сотрудников российских компаний охвачены корпоративными программами укрепления здоровья, чаще всего они внедряются крупными российскими компаниями. Наиболее популярным его форматом является добровольное медицинское страхование (более 30 % российских компаний оплачивают медицинское обслуживание сотрудников), проведение массовых спортивных соревнований, вакцинация против гриппа, коронавирусной инфекции и организация горячих обедов. В целом это соответствует советской модели корпоративного управления.

Наиболее успешно реализуемыми кейсами корпоративных программ

укрепления здоровья сотрудников в России являются: «Сахалин Энерджи Инвестмент Компани Лтд» (Программа «Здоровье на рабочем месте»), АК «ТРАНСАЭРО» (Программа «Комплексная программа охраны труда, сохранения здоровья и поддержания здорового образа жизни сотрудников»), АО «Каменскволокно» (Программа формирования здорового образа жизни работников и членов их семей), ФГУП «Производственное объединение «Завод имени Серго» (Программа «Охрана труда и укрепление здоровья работников»).

Таким образом, оценка эффективности складывается за счет четырех показателей, представленных на рисунке 8:



Рисунок 8 — Методика оценки эффективности региональной системы здравоохранения

Источник: составлено автором

Оценка эффективности, на наш взгляд, должна проводиться федеральными органами власти ежегодно на основе расчетов и данных, присланных профильными ведомствами, при этом субъективные оценки мнения жителей должны собираться в течение всего года: это небольшое анкетирование, при этом могут быть задействованы онлайн-сервисы, например, Государственные услуги, телефонные переговоры и Центры здоровья. При этом важно, чтобы субъективная оценка населением качества и доступности медицинских услуг не собиралась только для

статистической информации и была обнародована только через год, она должна быть оперативно рассмотрена региональными органами власти, отвечающими за развитие здравоохранения и медицинских услуг.

Исходя из данных федеральной службы государственной статистики, количество нарушений при оказании медицинской помощи гражданам только возрастает. Согласно результатам опросов, проведенных ими ранее, причинами этого являются два фактора:

1. Врачебные ошибки и некомпетентность врачей (73,7 % респондентов).
2. Недостаток специалистов и медикаментов, сбои в работе медицинского оборудования (23,6 % респондентов) [196].

Несмотря на то, что эффективность – это всегда отношение результата к затратам, считаем, что социальная сфера и в особенности здравоохранение не относится к отраслям, где достичь высоких результатов необходимо при относительно низком уровне бюджетного финансирования. Показатели финансирования отрасли и так крайне малы и требуются их увеличение на всех уровнях, а желание региона «оказаться в рейтинге эффективности на лидирующих позициях» может привести к непониманию, неосознанию проблем отрасли. Сфера здравоохранения не является той отраслью, где необходимо сокращать бюджетное финансирование, ведь нет ничего важнее, чем жизнь и здоровье индивида и населения в целом.

2.3 Оценка функционирования системы здравоохранения российских регионов (на примере Республики Татарстан)

Далее будет проведен сравнительный анализ количественных показателей, касающихся сферы здравоохранения, медицинских услуг и здоровьесбережения Республики Татарстан и будет произведена апробация субъективной оценки жителями системы здравоохранения региона и анализа ее социальной

эффективности (разработана анкета для оценки удовлетворенности населения получаемыми медицинскими услугами и оценки качественных характеристик собственного здоровья и проведено социологическое исследование). Данный сравнительный анализ - первоочередной практический этап анализа потребности в трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения на региональном уровне.

По статистическим данным 2020 года, в Республике Татарстан самая низкая смертность в Приволжском федеральном округе и лучшие показатели по естественному приросту, рождаемости и ОПЖ (таблица 31):

Таблица 31 – Количественные демографические показатели в ПФО, 2019 г.

Регион	Общие коэффициенты смертности, число умерших на 1000 чел. населения	Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 чел. населения	Общие коэффициенты рождаемости, число родившихся на 1000 чел. населения	ОПЖ, число лет	Всего инвалидов, человек
Республика Башкортостан	12,1	-1,8	10,3	72,64	238 490
Республика Марий Эл	12,0	-2,2	9,8	72,90	59694
Республика Мордовия	13,2	-5,7	7,5	73,95	65484
Республика Татарстан	11,0	-0,1	10,9	75,03	274296
Удмуртская Республика	11,9	-2,2	9,7	72,80	100054
Чувашская Республика	12,4	-2,9	9,5	73,44	74684
Пермский край	13,2	-3,0	10,2	71,32	115724
Кировская область	14,3	-5,5	8,8	72,96	271723
Нижегородская область	14,6	-5,6	9,0	72,32	179162
Оренбургская область	13,0	-3,0	10,0	72,04	92896
Пензенская область	14,0	-6,1	7,9	73,61	191539
Самарская область	13,2	-3,9	9,3	72,77	202533

Регион	Общие коэффициенты смертности, число умерших на 1000 чел. населения	Коэффициенты естественного прироста населения на 1000 чел. населения	Общие коэффициенты рождаемости, число родившихся на 1000 чел. населения	ОПЖ, число лет	Всего инвалидов, человек
Саратовская область	13,7	-5,4	8,3	73,07	131992
Ульяновская область	13,8	-5,0	8,8	72,96	106666

Источник: составлено автором [на основании материалов 125; 176; 181; 182]

Наиболее частыми причинами смертности в Татарстане (как и в России в целом) зафиксированы болезни системы кровообращения – 47,2 %, затем – новообразования – 13,4 % и симптомы, признаки и отклонения, выявленные при исследованиях, не классифицированных в других рубриках - 7,5 %.

В 2020 году показатель продолжительности жизни в регионе составил 72,28 года – согласно статистике, это на 1,22 года выше, чем на федеральном уровне (71,5 год). В 2020 году в рамках диспансеризации в Татарстане было осмотрено 340413 человек, из них на второй этап отправлено 21 % жителей республики [208].

Среди выявленных заболеваний у взрослых лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы – 29,1 %. На втором месте - болезни эндокринной системы (25,5 %), на третьем – болезни органов пищеварения (9,4 %) [125].

Запланированные количественные показатели по числу граждан, прошедших профилактический осмотр и по доле впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре в 2019 и 2020 г, выполнены, что отражено в таблице 32:

Таблица 32 – Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи в РТ, 2019-2020 г.

Наименование показателя	2019 (план)	2019 (факт)	2020 год (план)	2020 год (факт)	% исполнения
Число граждан, прошедших профилактический осмотр, млн чел.	1,802	1,923	1,483	1,483	100,0
Доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом мед. осмотре у взрослого населения, %	12,500	28,820	8,400	9,390	111,8
Доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии), %	60,300	60,300	61,100	61,100	100,0

Источник: составлено автором [на основании материалов 186]

Рассмотрим некоторые показатели функционирования отрасли здравоохранения региона в динамике.

В период с 2012 по 2019 гг. положительную динамику имеют следующие показатели: снижение уровня заболеваемости населения, увеличение ОПЖ, снижение смертности в трудоспособном возрасте. Данные представлены в таблице 33:

Таблица 33 – Показатели развития здравоохранения РТ, 2012-2019 г.

Показатель	2012	2017	2018	2019	Прирост, %
Расходы консолидированного бюджета (млн р.)	27560,0	20111,0	24806,0	25149,0	-9,0
Инвестиции в основной капитал (млн р.)	8046,3	4329,3	4711,6	4270,3	-53,0
Заболеваемость населения (заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые, на 1000 чел.)	845,2	794,0	775,1	799,0	-6,5
Число больничных коек на 10000 чел. населения	74,8	63,4	63,3	63,1	-16,0
Численность населения на одну больничную койку, чел.	133,7	157,6	158,1	58,4	18,0

Показатель	2012	2017	2018	2019	Прирост, %
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	71,8	74,2	74,3	75,0	на 3,2 года
Коэффициент естественного прироста населения на 1000 чел. населения	2,3	1,1	0,5	-0,1	-2,4
Смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 100000 чел. соответствующего возраста), тыс. чел.	505,8	417,2	409,2	392,7	-22,0
Численность врачей всех специальностей, на 10000 чел. населения, чел.	41,9	41,5	42,2	42,8	0,2
Численность населения на одного врача	238,4	241,1	236,8	233,5	-2,0
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10000 чел., посещений в смену	248,3	242,6	241,7	240,5	-3,1

Источник: составлено автором [на основании материалов 182]

Стоит отметить значительное снижение финансовых показателей здравоохранения: расходов консолидированного бюджета на здравоохранение на 9 % и инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения, на 53 %. Данные показатели объясняют многие отрицательные динамики показателей развития отрасли [64].

В республике в 2021 году средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, в стационарных условиях составил 5780,2 рублей, в амбулаторных условиях - 4759,0 рублей [212].

Прогнозные расходы регионального бюджета на здравоохранение на 2022 год составляют 31514758,6 тыс. р. Основные структурные элементы: стационарная помощь – 10270075,7 тыс. р., амбулаторная помощь 2788632,4 тыс. р. и «другие вопросы в области здравоохранения» – это 17304548,2 тыс. р.

Для сопоставления результатов анализа статистической информации по инвалидизации и травматизму на производстве, проанализированных ранее на уровне России, рассмотрим количественные показатели по общему количеству людей с инвалидностью в Республике Татарстан и регионах ПФО. Данные, представленные в таблице 34 актуальны по состоянию на март 2021 года [125].

Таблица 34 – Показатели инвалидизации в регионах ПФО, на март 2021 года

Регион	Всего, чел.	% инвалидизации	Дети-инвалиды, чел.	Мужчины	Женщины
				доля, %	доля, %
Приволжский федеральный округ	2 104 937	8,95	117 019	44,23	55,77
Республика Башкортостан	238 490	7,57	17 871	45,43	54,57
Республика Марий Эл	59 694	11,16	2 758	44,20	55,80
Республика Мордовия	65 484	9,79	2 447	45,12	54,88
Республика Татарстан	274 296	8,94	16 211	45,05	54,95
Удмуртская Республика	100 054	8,55	6 346	45,65	54,35
Чувашская Республика	74 684	7,68	4 749	49,54	50,46
Кировская область	115 724	11,25	4 693	43,02	56,98
Нижегородская область	271 723	10,32	12 681	40,55	59,45
Оренбургская область	179 162	11,63	9 646	41,78	58,22
Пензенская область	92 896	8,47	4 670	47,42	52,58
Пермский край	191 539	9,40	9 829	42,82	57,18
Самарская область	202 533	7,83	12 032	43,91	56,09
Саратовская область	131 992	6,58	7 471	47,10	52,90
Ульяновская область	106 666	10,45	5 615	45,57	54,43

Источник: [220]

По проценту инвалидизации и по общему числу инвалидов Татарстан среди регионов ПФО занимает седьмое место; первое место по относительному показателю инвалидизации – у Саратовской области. Рассмотрим в таблице 35 основные значения инвалидизации в Республике Татарстан в динамике 2014-2020 г.:

Таблица 35 – Общее количество людей с инвалидностью в РТ, 2014-2020 г.

Показатель	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
количество людей с инвалидностью, человек	325527,0	323536,0	320731,0	304952,0	301971,0	298853,0	275827,0
количество людей с инвалидностью, процентов от населения	8,5	8,4	8,3	7,8	7,7	7,7	8,9
количество детей с инвалидностью, человек	14668,0	15125,0	15023,0	14742,0	14769,0	15244,0	16020,0
первичная инвалидность у взрослых, человек	18611,0	17288,0	15447,0	16215,0	16657,0	16719,0	16941,0
первичная инвалидность у детей, человек	1982,0	1754,0	1567,0	1642,0	1850,0	1815,0	1857,0

Источник: составлено автором [на основании материалов 114; 181; 220]

За семь анализируемых лет общее количество людей с инвалидностью (взрослые и дети) в Татарстане снизилось на 8 %, а вот количество детской инвалидности повысилось на 9 %: это 1352 детей-инвалидов [204]. Первичная инвалидность у взрослых имеет аналогичную России тенденцию спада.

Рассмотрим причины первичной инвалидности в республике в динамике с 2014-2019 г., отдельно по категориям взрослого населения и детей (таблица 36).

Таблица 36 – Основные причины первичной инвалидности в РТ, 2014-2019 г.

В процентах

Причины первичной инвалидности у взрослых, доля от всех взрослых с первичной инвалидностью	2014	2016	2018	2019	Причины первичной инвалидности у детей, доля от всех детей с первичной инвалидностью	2014	2016	2018	2019
	Онкология	27,5	34,0	37,0		36,8	психические расстройства	22,2	30,1
кровообращение	32,6	29,4	28,2	26,8	нервной системы	18,0	19,9	17,1	15,9

В процентах

Причины первичной инвалидности у взрослых, доля от всех взрослых с первичной инвалидностью	2014	2016	2018	2019	Причины первичной инвалидности у детей, доля от всех детей с первичной инвалидностью	2014	2016	2018	2019
костно-мышечные	11,1	6,0	5,5	5,3	врожденные аномалии	24,0	12,6	14,4	16,3
психические расстройства	5,3	6,9	5,3	5,6	эндокринные системы	8,2	10,7	10,9	10,7
травмы	3,9	3,0	2,6	2,7	костно-мышечные	5,4	3,4	4,6	5,2

Источник: составлено автором [на основании материалов 204]

Основными причинами новых выявленных причин инвалидности в Татарстане, так же, как и в России, являются злокачественные новообразования и сердечно-сосудистые заболевания. Это соответствует и основным причинам смертности в России и мире, а, соответственно, еще раз подчеркивает необходимость перехода к принципам концепции здоровьесбережения.

Рассмотрим показатели производственного травматизма Республики Татарстан в сравнении с регионами ПФО с целью оценить масштаб и зону ответственности работодателя в отношении здоровья сотрудников (таблица 37):

Таблица 37 – Производственный травматизм в регионах ПФО, 2019 г.

Регион	число предприятий, единиц	из них не имели несчастных случаев	кол-во пострадавших с утратой трудоспособности	из них со смертельным исходом	число человеко-дней нетрудоспособности у пострадавших	кол-во лиц с профессиональными заболеваниями, чел.	израсходовано на мероприятия по охране труда за год, тыс. р.
ПФО	33870	31451	4658	211	227395	581	58668899,2
Республика Башкортостан	4162	3890	524	32	31051	35	6982657,7
Республика Марий Эл	781	690	206	6	8950	-	644366,9

Регион	число предприятий, единиц	из них не имели несчастных случаев	кол-во пострадавших с утратой трудоспособности на 1 раб. день и более,	из них со смертельным исходом	число человеко- дней нетрудоспособности у пострадавших	кол-во лиц с профессиональным заболеванием, чел.	израсходовано на мероприятия по охране труда за год, тыс. р.
Республика Мордовия	866	797	121	8	7163	-	868682,2
Республика Татарстан	4858	4626	403	31	26291	109	10647575,9
Удмуртская Республика	1876	1704	360	7	15784	-	3057609,6
Чувашская Республика	1483	1401	132	10	5974	14	1544044,5
Пермский край	2711	2424	631	22	24786	39	7965407,5
Кировская область	2137	1939	355	5	13058	13	1679531,7
Нижегородска я область	4077	3814	492	21	24762	60	7620737,9
Оренбургская область	2048	1884	311	18	13354	79	4023452,2
Пензенская область	986	928	87	4	7208	5	1128252,1
Самарская область	3627	3382	525	20	24611	95	7057259,5
Саратовская область	2675	2509	316	14	14354	15	4078963,3
Ульяновская область	1583	1463	195	13	10049	117	1370358,2

Источник: составлено автором [на основании материалов 114; 125; 218]

Отчеты ведомств Республики Татарстан содержат информацию, что в регионе на протяжении практически 10 лет снижаются показатели травматизма и смертности на производстве, и регион вот уже несколько лет занимает одно из лидирующих мест по критерию безопасности работников организаций среди регионов Приволжского федерального округа.

Проведя математические расчеты приведенных в таблице данных, оказывается, что Татарстан - лидер по организациям, не имеющим несчастных случаев (они зарегистрированы лишь в 4,77 % организациях, при этом, например,

в Марий Эл этот показатель равен 11,65 %), но при этом Татарстан (вместе с Ульяновской областью) лидирует по численности лиц с установленным в отчетном году профессиональным заболеванием – их зафиксировано 109. Представим некоторые данные в динамике в таблице 38.

Таблица 38 – Численность в РТ при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более, 2014-2019 гг.

Численность	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Прирост 2019 к 2014, %
1.Всего, чел	656,000	555,000	474,000	406,000	403,000	489,000	-25,4
в том числе со смертельным исходом	60,000	60,000	35,000	30,000	31,000	42,000	-30,0
2.На 1000 работающих	1,000	0,800	0,700	0,600	0,700	0,800	-20,0
в том числе со смертельным исходом	0,089	0,091	0,051	0,048	0,051	0,070	-21,3

Источник: составлено автором [на основе материалов 213]

Все рассмотренные по инвалидности показатели в Республике Татарстан имеют положительную динамику с 2014-2019 г., однако стоит отметить, что в 2019 году по сравнению с 2018 годом произошел рост всех анализируемых показателей, что требует акцентирования внимания на имеющихся на производстве проблем и усовершенствования механизма охраны труда.

Далее, было проанализировано достижение и актуальность запланированных программой «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года» значений: можно констатировать, что не все показатели достигли целевых значений (смертность от всех причин на 1000 населения, смертность от новообразований на 100 тыс. населения, потребление алкогольной продукции, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет) [182].

Это говорит о том, что несмотря на то, что многие базовые количественные показатели здравоохранения Татарстана улучшаются, в аспекте эффективности необходимо проводить корректировку реализуемой политики, сопоставляя

поставленные задачи с их финансированием.

В Республике Татарстан сложилась идентичная с национальными проектами на федеральном уровне ситуация: цели есть, а методические подходы и механизмы реализации отсутствуют. Главнейшей же проблемой (как в национальных проектах, так и в нормативно-правовых актах Республики Татарстан) является отсутствие механизмов мотивации каждого из субъектов системы здоровьесбережения [117]. Именно концепция здоровьесбережения, которая формирует мотивационные аспекты, способна улучшить показатели общественного здоровья Республики Татарстан. Но важно улучшать не только количественные, но и качественные показатели общественного здоровья, которые могут быть выявлены в ходе опроса населения.

Для субъективной оценки системы здравоохранения региона и анализа ее социальной эффективности, основанной на оценке удовлетворенности населения оказываемыми медицинскими услугами, автором концепции была разработана анкета для оценки общественного здоровья и удовлетворенности 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 ЗОЖ и оценка медицинского обслуживания и региональной системы здравоохранения в целом. Анкета состоит из 60 вопросов, предполагаемая выборка – минимум 1000 человек разных возрастных групп. Представим анкету, представляющую собой новизну исследования, в приложении Б.

Опрос прошли 1256 респондентов, из них 75 % – женщины, 25 % – мужчины; более половины – 51 % в возрасте 22-35 лет, из предложенных вариантов ответ на вопрос о возрасте не выбран лишь вариант ответа «до 15».

Местом жительства большинства респондентов является Казань (32 %) либо иной город республики (32 %), иные варианты ответа распределились примерно одинаково, что делает результаты опроса более достоверными, отражающими полную картину удовлетворенности жителей услугами здравоохранения и в

городе, и на селе.

Более половины опрошенных – 53 % являются специалистами, но все иные виды деятельности также встречаются в ответах респондентов. Почти половина опрошенных (46 %) свое материальное положение описывают как «денег хватает на продукты и одежду, но покупка крупной бытовой техники является для нас затруднительной». Ошибка выборки составила 2,77 %.

Более половины респондентов (56,5 %) считают свое здоровье удовлетворительным, 35,9 % – хорошим, 7,6 % – плохим.

На вопрос «Какой из факторов, по Вашему мнению, наиболее сильно влияет на здоровье?» были получены следующие ответы: образ жизни человека – 42 %, внешние факторы (условия быта, обучения, экология и т.д.) – 23,7 %, качество и своевременность медицинской помощи – 22 %, наследственность – 8,1 %.

Большая часть респондентов (63 %) считает, что в большей степени ответственность за свое здоровье несет сам человек, четверть респондентов считает, что такая ответственность равно распределяется между человеком, государством, системой здравоохранения, родителями и работодателями.

60,4 % респондентов полагают, что их уровень информированности по вопросам охраны своего здоровья недостаточен.

Переходя к блоку здорового образа жизни, стоит отметить, что таким его считают лишь 43,5 % – иными словами большинство респондентов честно признаются об отказе от соблюдения принципов здорового образа жизни, хотя при этом именно здоровый образ жизни ими был выбран как главный фактор, влияющий на здоровье. 88,5 % респондентов считают необходимым изменить свой образ жизни в лучшую сторону.

На вопрос о причинах, мешающих вести здоровый образ жизни, респондентам предлагалось выбрать несколько вариантов ответа, самыми актуальными оказались: усталость после рабочего дня/учебы – 54,1 %; материальные затруднения – 52,8 %; дефицит времени – 41,5 %; лень – 34,6 %; отсутствие условий – 23,6 % ответов.

По полученным данным можно констатировать, что низкий уровень качества

жизни оказывает ключевое негативное воздействие на общественное здоровье.

71,4 % опрошенных сообщило, что они не курят, 10,5 % – что курили, но, осознав пагубность привычки, бросили; 18,1 % – что курят в настоящее время – при этом 81,2 % из них осведомлены о вреде курения и планируют ли избавиться от этой привычки; 11,8 % – не осведомлены и не планируют бросать; 7,1 % – не осведомлены, но планируют бросить.

Что касается употребления алкоголя, то большинство респондентов – 52,6 % употребляют его не чаще 1-2 раз в месяц; 35,7 % – не употребляют совсем, 11 % – два раза в неделю и чаще. Почти половина из числа употребляющих алкоголь в каком-либо количестве (47,4 %) осведомлены и пытаются ограничить его потребление; 30,4 % – осведомлены и не планируют избавляться от этой привычки и ограничивать потребление алкоголя; 17 % – осведомлены и планируют избавиться от этой привычки.

Подавляющее большинство респондентов – 92,7 % никогда не употребляли наркотические или токсические вещества.

40,8 % респондентов не занимаются спортом, систематически занимаются – 13,7 %; 45,5 % – занимаются, но не регулярно. О том, что в шаговой доступности имеется инфраструктура для занятий спортом заявили 57,9 % респондентов.

В убывающем порядке построим рейтинг ответов на вопрос «Что может оказать влияние на решение изменить Ваш образ жизни в лучшую сторону?»

- в целом улучшение условий и качества жизни – 52,6 %;
- ухудшение здоровья – 48,9 %;
- осознание недовольства сложившимся образом жизни – 47,9 %;
- материальные стимулы со стороны работодателя и государства – 45,2 %;
- грамотная пропаганда ЗОЖ – 16,6 %;
- получение важной информации о ЗОЖ самостоятельно – 10,8 %;
- осуждение окружающих – 6,8 %.

71,1 % респондентов полагают, что их питание не является рациональным, достаточно витаминизированным и сбалансированным. Анализируя причины, они отмечают регулярное нарушение режима дня – 64,6 %, избыток сладких и мучных

углеводов – 39,7 %, однообразное питание – 38,7 %, употребление нездоровой и жирной пищи (как правило, фаст-фуда) – 29 %, редкое употребление в пищу мяса и рыбы – 26,3 %, прием поливитаминов – 22,6 % и частое переизбыток – 21,9 %.

46,9 % респондентов знают, что такое генетически модифицированные организмы, но не следят за составом продуктов; почти столько же – 46,5 % знают, стараются не употреблять; о том, что это не знают 6,6 % респондентов.

Большинство респондентов (56 %) ответили, что в среднем в день спят 5-7 часов; 35,7 % – что 7-9 часов; менее 5 часов спят 5,4 %; более 9 часов – 2,9 % опрошенных. Менее 2 часов в день на свежем воздухе бывает 41,2 % опрошенных; 35,2 % опрошенных – 2-4 часа; 21,3 % - более 4 часов.

Преимущественно благополучным свое психологическое состояние считают 80,2 % опрошенных, соответственно, преимущественно неблагоприятным – 19,8 %.

Ответы на вопрос «Насколько Вы удовлетворены окружающей средой (загрязненность, зашумленность, привлекательность)?» распределились следующим образом: скорее удовлетворен – 43,5 %; скорее не удовлетворен – 35,2 %; совсем не удовлетворен – 13 %; полностью удовлетворен – 8,3 %.

В наибольшей степени негативные тенденции в состоянии окружающей среды, по мнению респондентов, проявляются в загрязнении атмосферы (57,2 %), загрязнении водоемов (50,4 %), производственных выбросах заводов (49,4 %), несанкционированных свалках (46,5 %) и плотность транспортного потока (43,5 %).

Что касается качества питьевой воды, то скорее не удовлетворены ею, чем удовлетворены 35,2 % респондентов, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены – 29,1 %, совсем не удовлетворены – 27,4 %; полностью удовлетворены – 8,3 %.

Допустимыми свои условия труда/обучения считают 55,9 % опрошенных, оптимальными – 25,2 %, вредными – 15,5 %.

На вопрос «производственные факторы, оказывающие, по Вашему мнению, наибольший ущерб здоровью» респондентам было предложено выбрать три фактора, ключевыми оказались:

- повышенное нервно-психическое напряжение (82,4 %) – это означает, что для 1034 респондентов данный фактор является одним из трех ключевых;
- напряженный график работы, учебы (58,9 %) – для 739 респондентов данный фактор является одним из трех ключевых;
- профессиональные вредности (36,4 % или 457 человек);
- неудовлетворительные бытовые условия (29,6 % или 371 респондент);
- большая физическая нагрузка (25,9 % или 325 респондентов).

На один из ключевых вопросов опроса «удовлетворены ли Вы уровнем качества медицинского обслуживания в медицинских учреждениях» ответы распределились следующим образом: скорее не удовлетворен, чем удовлетворен – 37,9 %, совсем не удовлетворен – 33,7 %, скорее удовлетворен, чем не удовлетворен – 25,2 %, полностью удовлетворен – 3,2 %.

На вопрос о частоте посещения участкового терапевта или педиатра большая часть респондентов – 38,6 % ответили, что делают это раз в год, 23,5 % – что вообще его не посещают; 19,8 % посещают раз в полгода, 11 % – раз в квартал, 4,9 % – делают это раз в месяц, 2,2 % – чаще, чем раз в месяц.

77,4 % респондентов отмечают наличие дефицита узких специалистов в медицинских учреждениях, 39,9 % – дефицит участковых терапевтов; 24,1 % – дефицит среднего медицинского персонала, 14,1 % респондентов полагают, что дефицита не наблюдается.

Почти половина респондентов (48,4 %) на вопрос «Причина, по которой Вы чаще всего обращаетесь в медицинскую организацию» ответили «заболевание», следующий по популярности ответ – «профосмотр (по направлению работодателя/университета)» (24,2 %), респондентов, чаще всего обращающихся в поликлинику за получением справки (для бассейна, водительского удостоверения и т.п.) оказалось 10 %, для прохождения диспансеризации – 8,3 %.

Острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) в год болеют 1-2 раза половина опрошенных; реже 1 раза в год – 27,4 %; 3-4 раза в год – 16,6 %.

У половины опрошенных имеются хронические заболевания, у 32 % их нет, а 17,4 % ответили, что они затрудняются ответить – что сразу говорит о том, что

они не проходили никакие профилактические обследования.

95,1 % опрошенных заявили, что не всегда обращаются к врачу при недомогании. Наиболее распространенный ответ, касающийся причины данного явления, является низкий уровень обслуживания – 50,9 %, лечусь самостоятельно – 47,9 %, недоверие к квалификации врача – 34 %, нежелание брать больничный лист – 16,1 %. Среди ответов, предложенных самими респондентами, наиболее актуальным является наличие больших очередей.

Респонденты чаще всего записываются на прием к врачу через интернет – 47,4 %, при личном обращении в регистратуру – 31,3 %, по телефону – 16,9 %. Время ожидания приема врача/диагностического обследования, к которому записались респонденты, с момента записи на прием в среднем составляет 2-6 календарных дней у 35,5 % респондентов, 14 календарных дней и более у 27,6 %, 7-13 календарных дней у 20,3 %; на следующий день у 1,6 %.

Респонденты равномерно распределились в ответе на вопрос «Как чаще всего медицинские услуги Вы получаете?»: платно (48,9 %) и за счет обязательного медицинского страхования (бесплатно) (48,9 %). 2,2 % респондентов получают медицинские услуги за счет добровольного медицинского страхования.

24,4 % респондентов почти всегда «благодарят» врачей во время рядового приема, считая, что так отношение врача будет лучше. 31,3 % делают это только когда чувствуют, что врач проявляет к их болезни искренний интерес. 44,3 % никогда не делают этого, не считая это необходимым.

59,2 % респондентам сотрудниками медицинских учреждений, где они обслуживаются по системе обязательного медицинского страхования, в силу отсутствия записи или иных причин, предлагалось пройти назначенное обследование на платной основе вне очереди; 40,8 % респондентам таких предложений не поступало.

71,9 % опрошенных отмечают, что при выборе платной медицины качество предоставляемых услуг гораздо выше, 24,2 % – что выбор на качестве не отражается, 3,9 % – что при платной медицине качество предоставляемых услуг гораздо ниже.

Почти половина респондентов (45,5 %) готовы тратить на лечение (медицинские услуги, лекарственные средства) и оздоровление (бассейн, туризм, тренировки и т.д.) не более 5 % доходов в месяц; 29,6 % опрошенных – 6 %-25 % доходов; 21,3 % опрошенных не готовы тратить на медицинские услуги несколько; 2,4 % опрошенных готовы тратить 26 %-50 % ежемесячных доходов; 1,2 % респондентов – более половины доходов.

Относительно удовлетворенности оснащенностью медицинских учреждений были получены следующие результаты: большая часть опрошенных 38,4 % скорее удовлетворены ею, чем не удовлетворены, 33 % – скорее не удовлетворены, чем удовлетворены, 20,5 % – совсем не удовлетворены, 8,1 % – полностью удовлетворены.

Расположение поликлиники в целом удовлетворяет большинство опрошенных – 38,4 % ответили, что она находится в шаговой доступности, 38,9 % – скорее удовлетворены, чем нет – время на дорогу занимает до 30 минут. «Скорее не удовлетворяет, чем удовлетворяет – иногда время на дорогу занимает до одного часа» ответили 16,4 % респондентов; 6,4 % оказались не удовлетворены – им добраться до поликлиники проблематично.

22 % опрошенным не приходилось пользоваться услугами скорой медицинской помощи. Из тех, кому приходилось это делать, 30,6 % скорее удовлетворены ее работой, 20,3 % – скорее не удовлетворены, 15,4 % – полностью удовлетворены, 11,7 % – совсем не удовлетворены.

21 % респондентов никогда не приходилось получать медицинскую помощь в стационарных условиях. Из когда-либо получавших данную помощь респондентов треть (32,8 %) отметила, что они скорее удовлетворены ее получением, чем не удовлетворены.

Что касается высокотехнологической помощи, ей имели возможность воспользоваться лишь 8,6 % проходивших опрос жителей республики – остальные 91,4 % - не сталкивались с ней.

Почти половина опрошенных (48 %) (или их близкие) относятся к льготной категории граждан, которой положено бесплатное лекарственное обеспечение по

ОМС. Большая часть ответили, что они совсем не удовлетворены получением данного вида медицинского обслуживания (17 % от общего количества опрошенных), 15,2 % отметили, что они скорее не удовлетворены, чем удовлетворены, 11,5 % – что скорее удовлетворены, чем не удовлетворены, и лишь 3,4 % полностью удовлетворены.

Что касается Центров здоровья, то об их существовании знает всего лишь 22,2 % опрошенных. 15,4 % опрошенных знают о таких Центрах от знакомых, однако никогда их не посещали. В итоге получается, что всего лишь 6,8 % знают о них и посещали с целью прохождения профилактических осмотров.

Самая главная причина непосещения Центров здоровья, согласно результатам опроса, это «жалко потраченного времени, длинные очереди к специалистам» (44,3 %), «очень маленький перечень специалистов и клинических исследований» (25,5 %), «лень» (11,5 %).

Среди комментариев к данному вопросу, респонденты заявили о формальности прохождения профилактических осмотров и о необходимости информированности и приглашения в медицинские учреждения.

Ранее, в 2018 году, автором исследования был проведен социологический опрос в городе Казани, где функционируют восемь Центров здоровья, респондентами которого стали различные категории граждан. Опрос был проведен путем личного анкетирования, каждому из респондентов были заданы четыре вопроса:

- 1) Знаете ли Вы о том, что такое Центр здоровья?
- 2) Известно ли Вам о том, сколько Центров здоровья в г. Казани?
- 3) Посещали ли Вы существующие в Казани Центры здоровья?
- 4) Если посещали, то охарактеризуйте его функционирование.

Выборка опроса составила 421 респондент [110]. Результаты показали, что:

- 1) 72 % опрошенных никогда не слышали о Центрах здоровья;
- 2) 19 % слышали о Центрах от близких, однако не посещали их;
- 3) 9 % (38 человек) посещали Центры здоровья при муниципальных поликлиниках г. Казани. Их отзывы были только положительные: отсутствие

очереди, высокотехнологическая диагностика, разработка комплексной индивидуальной программы профилактики здоровья, доброжелательный персонал, повторное диагностическое обращение в Центр [110].

То есть складывается ситуация, в которой граждане не проинформированы о существовании в городе Центров здоровья, где возможно пройти комплексное профилактическое обследование, сформировать персональную программу здорового образа жизни, тем самым снизить вероятность появления серьезных заболеваний.

Акцент на профилактику и сохранение здоровья позволит уменьшить нагрузку на медицинские учреждения города и сформировать у населения устойчивую культуру здоровьесбережения, что в конечном итоге приведет к изменению их потребительских привычек и должно увеличить период активной работоспособности [110].

Проведенный уже в 2019 году опрос жителей Республики Татарстан также подтвердил результаты данного исследования. Это тенденция, которую необходимо искоренить.

Лидирующими по количеству ответов на вопрос «На Ваш взгляд, какие проблемы здравоохранения Вашего региона наиболее значимые?» стали:

- отношение медицинских работников к пациентам (низкая культура обслуживания, формальное обслуживание) (60,1 %);
- низкое качество медицинской помощи (53,3 %);
- низкая обеспеченность врачебными кадрами (52,6 %);
- слабая материально-техническая база (40,8 %);
- платность медицинской помощи (32,8 %);
- несвоевременность и недоступность адекватной медицинской помощи (26,4 %).

Что касается оценки уровня внимания к сфере здравоохранения, оказываемого органами местной и региональной власти, недостаточным, слабым его считают 44 %; 15,4 % респондентов полагают, что внимание не уделяется вовсе; 16,6 % считают, что внимания достаточно (24 % воздержались от ответа).

36,4 % опрошенных полагают, что в последнее время положение дел в сфере здравоохранения в Татарстане остается без изменений; 24,7 % – что оно улучшается, почти столько же - 22,7 % – что оно ухудшается. 16 % респондентов воздержались от ответа.

Далее выделим основные ответы на единственный открытый вопрос «Какие меры, по Вашему мнению, необходимо предпринять в Вашем регионе для повышения качества предоставления медицинских услуг и улучшения здоровья населения?».

Во-первых, все отметили необходимость инфраструктурных преобразований в здравоохранении (увеличение медицинских организаций, улучшение их оснащенности, модернизация).

Во-вторых, большое количество ответов было посвящено увеличению штата сотрудников медицинских организаций, повышению их компетентности, заработной платы, мотивации и культуры обращения с пациентами, прохождения аттестации на профессиональную пригодность главных врачей. Под мотивацией здесь респонденты понимали, во-первых, мотивацию работников здравоохранения: чтобы они были заинтересованы в качественном обслуживании граждан и, во-вторых, мотивацию российских врачей оставаться в России и проводить сложные операции у себя на родине.

В этот же блок ответов можно отнести требование жителей к предоставлению студентам медицинских ВУЗов качественного образования. Данные две проблемы очень актуальны для жителей сельской местности – некоторые из них отмечают отсутствие медицинских пунктов и специалистов в их населенных пунктах. Сотрудникам медицинских организаций, особенно в сельской местности, нужна инфраструктура, которая позволит своевременно и качественно оказывать медицинскую помощь населению.

Следующим блоком действий, направленных на улучшение здоровья населения, отмечено строительство спортивных площадок, контроль качества воды и воздуха, мотивация занятий спортом и формирование ответственности за собственное здоровье.

В качестве яркого примера мотивации занятий спортом один из респондентов отметил бесплатные занятия спортом в рамках проекта «Зеленый фитнес», реализуемый в республике. Вопросы неэффективной профилактики и диспансеризации жители республики предлагают усовершенствовать при помощи расширения перечня узких специалистов при их прохождении, снижения сроков ожидания таких диагностических процедур как ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография.

Говоря о проблемах государственного управления, жители отмечают необходимость контроля исполнения целевых бюджетных средств, уменьшения бюрократических процедур и искоренение коррупции в отрасли. Также жители республики призывают организовать производство лекарств в России, выделять рабочее время на лечебную физическую культуру и контролировать недопустимость большой переработки часов в месяц.

Многие считают, что система ОМС не работает и что необходимо убрать посредников между медицинской организацией и государством, т.е. страховые организации.

Подводя итог проведенному опросу, сформируем выявленные ключевые факторы здоровья индивида: здоровый образ жизни, хорошая наследственность, благоприятные внешние факторы, качественно и своевременно оказанные медицинские услуги, отсутствие вредных привычек, экология, удовлетворительное психологическое состояние, восьми часовой 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.

Недостаточным уровнем внимания к сфере здравоохранения, оказываемого органами местной и региональной власти, считают почти половина опрошенных.

Качеством и доступностью оказываемыми медицинскими услугами большая часть респондентов не удовлетворена, более 75 % опрошенных отмечают наличие дефицита узких специалистов в медицинских учреждениях: все это, вероятнее всего, отражается на получении ими своевременной медицинской помощи на платной основе (48,9 %). При этом фиксируется нежелание посещения Центров здоровья.

Тем самым, в ходе количественного и качественного анализа развития здравоохранения Республики Татарстан выявлены основные проблемы, решить которые возможно при внедрении и эффективной реализации концепции здоровьесбережения.

В целом по второй главе диссертационной работы можно сформулировать следующие выводы.

Осознанность того, что конечная цель всех реформ в системе здравоохранения – это улучшение качественных показателей здоровья (таких как мобильность, детская смертность, трудовая и общественная активность, отсутствие депрессивных состояний как следствие стресса, желание и возможность творческого роста и интеллектуального развития), а также сочетание этого с централизованным управлением и оптимальным расходованием достаточного объема финансовых средств может говорить об эффективности мер, способствующих трансформации системы здравоохранения в систему здоровьесбережения.

Факторы эффективности системы здравоохранения являются: ожидаемая продолжительность здоровой жизни, субъективная оценка населением качества и доступности медицинских услуг, оценка населением качества собственного здоровья, количество предприятий, реализуемых корпоративные программы сохранения и укрепления здоровья, включающиеся в себя иммунизацию сотрудников.

На примере региональной дифференциации по основным статистическим показателям системы здравоохранения и оценке качественных показателей в России, Приволжском федеральном округе и Республике Татарстан на основе

авторского исследования доказана эффективность и необходимость приоритетности профилактических мер при решении вопроса укрепления общественного здоровья.

Все это предопределяет потребность в разработке концепции здоровьесбережения, точнее трансформации существующей системы здравоохранения Российской Федерации в систему здоровьесбережения.¹

¹ Глава 2 написана по материалам автора:

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
2. 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.
3. 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.

Глава 3 Концептуальные подходы к формированию системы здоровьесбережения

3.1 Тенденции и проблемы синхронизации целей стейкхолдеров- потребителей здоровья

В работе неоднократно упоминалась необходимость перехода от модели предоставления медицинских услуг в аспекте лечения к модели профилактики. Именно она является приоритетной в системе здоровьесбережения.

Определяющим развитием субъектом системы является государство, интерес которого заключается в формировании здоровой, эффективной оптимально-репродуктивной российской нации [115]. Обладая исключительными правами принуждения, 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 необходимости здоровых, образованных, эффективных людей, перед государством в аспекте здоровьесбережения ставятся множество разноплановых задач:

- 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 квалификационными кадрами;
- 4) формирование мотивационных механизмов, стимулирующих здоровьесбережение для всех субъектов;
- 5) масштабное распространение практики эффективно функционирующей системы охраны труда на предприятиях;

б) восстановление инфраструктуры, особенно в сельских районах.

2. К задачам работодателей относится формирование эффективно действующей системы охраны труда и здоровья работников, снижение до нулевых значений доли травматизма и вредного производства, формирование ответственности за здоровье своих работников, создание и реализация корпоративных программ укрепления здоровья.

3. Задача индивида – осознание ценности собственного здоровья, ответственности за него, реализация профилактических мер и приверженность ЗОЖ, прохождение диспансеризации, контроль стресса: что впоследствии должно привести к снижению инвалидизации, заболеваемости и смертности населения.

Каждое из выбранных направлений развития системы здоровьесбережения важно, но лишь эффективное взаимодействие всех ее субъектов (государства, работодателя и индивида) может привести к успешной реализации данного концептуального подхода, целью которой является улучшение общественного здоровья.

Без системы мотивации каждого из субъектов системы здоровьесбережения ее эффективное функционирование невозможно [121, с. 66-69]. На каждом, рассматриваемом 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 проведение 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).

Лишь государство способно эффективными методами мотивировать, стимулировать работодателей и индивида.

Ему для этого необходимо: разграничивать медицину сервиса и медицинскую помощь и, что самое главное, сделать систему ОМС наиболее эффективной и открытой.

Это возможно при условии, если внедрить полностью прозрачную систему персонифицированного учета средств населения в системе ОМС, понятную и доступную всем застрахованным лицам, к примеру, в формате персональных личных кабинетов или привязанных данных на портале Государственных услуг Российской Федерации. Полнота данных означает возможность просмотра всех уплачиваемых и расходуемых финансовых средств, а также просмотра полного спектра имеющихся возможностей их использования по всем видам оказания медицинских услуг.

Данный вид контроля системы ОМС со стороны потребителей медицинских услуг позволит заинтересовать их в бережном отношении ко своему здоровью через призму желания воспользоваться всеми возможностями - «потратить все то, что за меня заплатило государство или работодатель (то, что мне принадлежит)» [44].

При этом реализация маркетингового продвижения данной персонификации и активизация потребителей приоритетно пользоваться профилактической медицинской помощью для предотвращения и/или выявления заболеваний на ранней стадии является выгодной и для государства как поставщика медицинских услуг.

Для обоснования этого рассмотрим количественные данные базовых тарифов в Республике Татарстан посещения медицинских учреждений с профилактическими и иными целями (П), получения медицинских услуг в неотложной форме (Н) и обращений по поводу заболевания (З) с целью, сопоставив при этом их стоимость и осознав их экономическую эффективность

Как видно из таблицы 39, базовые тарифы получения медицинских услуг с профилактическими целями в Республике Татарстан в среднем в три раза дешевле по сравнению с получением их при заболевании:

Таблица 39 – Базовые тарифы посещений с профилактическими и иными целями, в неотложной форме и обращений по поводу заболевания

В рублях

Услуга	Тип	Тарифы	
		взрослые	дети
Кардиология и ревматология	П	381,28	383,39
	Н	567,58	606,06
	З	1196,51	1277,26
Педиатрия	П	381,28	383,39
	Н	504,46	504,46
	З	960,48	960,48
Терапия	П	381,28	383,39
	Н	501,88	504,46
	З	921,13	926,18
Эндокринология	П	381,28	383,39
	Н	960,59	1317,47
	З	1633,05	2239,58
Аллергология	П	381,28	383,39
	Н	897,24	1019,95
	З	1586,13	1803,31
Инфекционные болезни	П	381,28	383,39
	Н	751,30	763,26
	З	1225,92	1245,62
Хирургия	П	381,28	383,39
	Н	534,26	536,37
	З	1089,63	1093,86
Урология	П	381,28	383,39
	Н	428,21	538,95
	З	757,07	952,90

Источник: составлено автором [на основании материалов 212]

Таким образом, персонификация системы ОМС поможет выделить следующие преимущества получения медицинских услуг индивидом в

профилактических целях в рамках государственного сектора, представленные на рисунке 9:



Рисунок 9 — Преимущества для индивида получения профилактических медицинских услуг

Источник: составлено автором

Проанализируем данные аспекты.

1. Прозрачность системы способна придать потребителям чувство осознанного потребления и эффективного расходования средств из системы ОМС, тем самым привлечь внимание к получению медицинских услуг с профилактическими целями.

2. Финансовая выгода, которую можно увидеть на таблице, представленной выше: получение медицинских услуг с целью профилактики гораздо дешевле, чем услуги, оказываемые при неотложной медицинской помощи или обращении в медицинскую организацию с заболеванием.

3. Доступность. В отличие от частной системы здравоохранения, в секторе ОМС все медицинские услуги оказываются потребителю бесплатно, что позволяет получать ее всем слоям населения, а наличие личного кабинета создаст реальную возможность визуализировать эти возможности в более систематизированном виде, способствуя получению необходимых профилактических медицинских услуг в максимальном возможном объеме и при максимально комфортных для потребителя условиях: становится возможность упорядочить, планировать и т.д.

4. Компетентность сотрудников – несмотря на имеющиеся некоторые проблемы в кадровой укомплектованности государственной системы здравоохранения, проанализированной во второй главе работы, все они имеют медицинское образование, а значит компетентны в вопросах общественного

здоровья. Поиск информации в интернете, касающейся здоровья, или обращение к набирающим популярность «псевдоспециалистам» по психотерапии, нутрициологии, диетологии, голоданию и т.д. – это, напротив, путь, препятствующий формированию здоровьесберегающих технологий в обществе. Медицинские услуги должны оказываться лишь компетентными лицами, имеющими профильное образование и работающими в сфере медицины.

Механизмами достижения целей концепции здоровьесбережения для индивида является (на основе формирования ментального отношения к человеку как к ценности):

1) Обращение в Центры здоровья. Центры здоровья были созданы согласно Приказу Минздравсоцразвития России №597 н от 19 августа 2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан России, включая сокращение потребления алкоголя и табака». Центр здоровья создается на функциональной основе в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Его главная цель – проведение комплексной профилактической работы.

В данные Центры здоровья могут обратиться граждане, чувствующие себя хорошо, но которые хотят знать, как можно предотвратить болезни. Функциями Центра являются информирование о вредных для здоровья факторах, оценка функциональных резервов организма, формирование у граждан ответственного отношения к здоровью, обучение граждан гигиеническим навыкам, эффективным методам комплексной профилактики заболеваний, разработка индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья [195]. По результатам обследования составляется персональная программа формирования здорового образа жизни с оценкой функциональных резервов организма человека, с учетом факторов риска и его возрастных особенностей [110, с. 316-319].

2) Активизация борьбы с вредными привычками – один из важнейших компонентов системы здоровьесбережения. Органами управления в настоящее время проводится большая программа в данной области, необходимо ее усовершенствовать. Идеальным является модель, где человек сам осознает

ценность собственного здоровья и проводит регулярный мониторинг своего здоровья. Высокое качество медицинского обслуживания, призывы прийти на диспансеризацию могут не дать необходимый эффект при отсутствии желания человека заняться вопросами собственного здоровья.

3) Формирование ответственности за собственное здоровье, приверженность здоровому образу жизни. Экспертами ВОЗ и представителями отечественной науки определено значительное влияние здорового образа жизни на здоровье людей (50 %- 55 %), отдельно выделяется фактор стресса [112, с. 89-91].

Основа стратегии формирования здорового образа жизни – это три технологии воздействия на воспитание культуры и социальной ответственности: модель убеждения в рациональности здорового образа жизни, социальная когнитивная теория, транстеоретическая модель изменения поведения.

Основные положения этих моделей [147, с. 151-160]:

– поведение человека определяется его биологическими и психологическими характеристиками, комплексом когнитивных и аффективных свойств: знаниями, чувствами, ценностями, убеждениями, самооценкой, уверенностью в своих силах и способностями;

– поведение формируется в процессе жизненного опыта, под воздействием окружающей среды и меняется с течением времени, в различные периоды времени различные факторы окружающей среды по-разному влияют на поведение человека;

– существуют определенные этапы в изменении поведения, в целом человек как система развивается циклически [42, с. 120].

4) Регулярное прохождение плановой диспансеризации.

Диспансеризация является одним из важнейших инструментов здоровьесбережения, проанализируем механизм ее прохождения.

Количество медицинских процедур зависит от возраста и пола человека. Обследования общего характера назначаются лицам от 21 года до 36 лет. В число обязательных мероприятий входят: 1) посещение терапевта; 2) анализ на общий уровень холестерина, определение уровня глюкозы; 3) флюорография легких; 4) посещение стоматолога; 5) электрокардиограмма, определение абсолютного

риска у пациентов до 63 лет; б) исследование на скрытую кровь в кале; 7 а) у женщин: осмотр у гинеколога и маммография в возрасте от 39 лет; 7 б) у мужчин: посещение уролога и анализ на уровень простатспецифического антигена [13].

Согласно вышеперечисленному перечню специалистов, болезни системы кровообращения, которые занимают наибольшую долю в причинах смертности, могут быть выявлены на электрокардиограмме и определении абсолютного риска сердечно-сосудистых заболеваний; новообразования – лишь у узких специалистов – гинеколога, уролога и маммолога, причем последний специалист не включается в перечень девушкам до 39 лет, хотя рак молочной железы в структуре заболеваемости и смертности женского населения остается ведущей онкопатологией как в России, так и в мире. В мире ежегодно регистрируется более 1,3 млн случаев заболевания раком молочной железы, погибает от него около 500 тысяч женщин.

Полагаем, что необходимо увеличить перечень специалистов и лабораторных исследований, которые должны быть включены в список обязательных исследований в рамках диспансеризации, в том числе добавить обязательное посещение психотерапевта и психолога. Ограничение времени (15 минут), затрачиваемого на одного пациента, является рациональным для разграничения графика работы специалиста, однако ограничивает его в проведении эффективных процедур лечения, что говорит о том, что данное ограничение необходимо ликвидировать. Также необходимо создать условия труда врачам.

Стимулировать прохождение диспансеризации способно предоставление скидок на ряд платных медицинских услуг, ускорение очереди на какие-либо процедуры при своевременном прохождении диспансеризации или, напротив, некие штрафные санкции при не прохождении. Данные штрафные санкции, конечно же, не должны ограничивать доступ к медицинской помощи, гарантированной государством, однако в некой мере должны на практике показать, что своевременное прохождение диспансеризации необходимо не только для профилактических осмотров, но и для экономии финансовых средств.

С 1 июля 2021 года в России начала проводиться углубленная программа

диспансеризации для переболевших COVID-19, пока программа утверждена до 2023 года.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 года № 927, к перечисленным выше процедурам прохождения диспансеризации для переболевших коронавирусной инфекцией добавлены: измерение сатурации, тест с шестиминутной ходьбой, спирометрия, анализ крови на концентрацию Д-димера и общий и биохимический анализ крови для оценки общего состояния пациента. Это еще раз подчеркивает потребность не только в мерах лечения коронавирусной инфекции, но и профилактики заболевания путем не только ее предотвращения, но и восстановления.

В целом, бережное отношение к своему здоровью стало актуальным и повсеместным во время пандемии коронавируса в мире в 2020 году.

Забота о собственном здоровье стала ключевым и движущим принципом жизни каждого, она позиционировалась властями всех уровней и СМИ. Позитивным моментом в этой ситуации врачи отмечали оказание должного внимания вопросам здоровья, его профилактики и лечения. Также необходимо отметить, что данная ситуация заострила внимание общественности на миссии врачей, каждый день встречающихся и борющихся с болезнями, повсеместно люди стали ценить труд данной профессии.

Рассмотрим уровень работодателя, его систему охраны труда, корпоративные программы укрепления здоровья и социальную ответственность.

Вопросы сохранения здоровья на производстве включены в список приоритетных направлений развития системы здоровьесбережения, так как этот уровень является наиболее приближенным к работающему индивиду – здоровье человека проще контролировать по месту работы, которую он посещает ежедневно, чем в муниципальной поликлинике, которую он, возможно, вообще не посещает. Это еще один яркий пример воссоздания лучших практик, созданных еще в советское время – цеховой медицины. Укрупнение производственных мощностей и переход работы в дистанционный формат (во время пандемии) не должны искоренять заботу работодателя о здоровье своих сотрудников, а, напротив, эта

забота должна стать их первостепенной задачей, особенно в аспекте поддержания психологического комфорта.

Более подробно проанализируем перечисленные механизмы достижения целей концепции здоровьесбережения для работодателя:

1) Реализация корпоративных программ укрепления здоровья.

Работодатели должны быть мотивированными нести ответственность за здоровье своих сотрудников, что в целом должно улучшить показатели общественного здоровья. Одновременно это способствует значительной экономии средств работодателя (например, британская страховая компания Вира определила, что производительность труда здоровых людей выше на 20 %, что предопределяет дополнительный доход, а исследовательская корпорация Rand подсчитала, что корпоративные программы укрепления здоровья позволяют компаниям экономить до 30 долларов в месяц на каждого сотрудника и сократить на 30 % время пребывания их в стационаре). Работодателям нужно осознать выгоду здоровых работников. Основными компонентами менеджмента здоровья на предприятии являются создание безопасных, стрессосберегающих и комфортных условий на рабочем месте, страхование сотрудников, профилактика заболеваемости, борьба с вредными привычками.

В России осознание потребности в здоровом работнике существует далеко не у всех работодателей, а институт охраны труда отсутствует в принципе.

В настоящее время рынок предлагает разнообразные способы организации корпоративных программ укрепления здоровья – создание собственных медицинских центров, прикрепление к определенной медицинской организации, различные программы добровольного медицинского страхования, уделение времени физической активности, повсеместное применение интернета вещей, контролирующего здоровье, и работа по модели селф-фандинга. Для реализации программ здоровьесбережения необходим достаточный объем чистой прибыли.

Однако в силу масштаба компании и бюджетных возможностей, даже осознавая необходимость и эффективность поддержания здоровья работников, некоторые из них не имеют возможности внедрить механизмы

здоровьесбережения.

Популяционная профилактика, когда мероприятия по сохранению здоровья направлены главным образом на изменение образа жизни, через несколько лет приводит к снижению смертности от основных причин на 50 %, а вторичная профилактика (когда с пациентом работает врач), дает результат лишь 30 %. При этом расходы в первом случае в 5-6 раз меньше, чем во втором [171].

Социальная ответственность бизнеса – это элемент эффективного корпоративного управления. Он, помимо своих основных преимуществ (увеличение прибыли, улучшение бренда и репутации, увеличение производительности и качества реализуемого продукта, повышение конкурентоспособности и др.), содействуют формированию социальной справедливости, в том числе способствует реализации на практике элементов здоровьесбережения. Она формирует ментальность отношения к человеку как к ценности и способствует тем самым развитию нового типа предпринимательской культуры. Для реализации данного принципа необходимо снизить для выплаты в ОМС хотя бы на 0,1 %-0,2 %.

2) Соблюдение принципов охраны труда, снижение воздействия вредного производства.

Согласно ст. 209 Трудового кодекса охрана труда – это система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, которая включает в себя мероприятия правового, социально-экономического, организационно-технического, санитарно-гигиенического, лечебно-профилактического, реабилитационного характера [4]. За нарушения требований охраны труда к ответственности привлекаются как работодатели, так и сами работники.

Необходимо отметить, что система охраны труда помимо формальных правил обеспечения безопасности, инструктажей, инфраструктурных составляющих, в обязательном порядке должна включать в себя механизмы здоровьесбережения, контроля рабочего времени, стресса сотрудника, его психологического состояния, плановой диспансеризации и т.д.

Обеспечение всех необходимых мер по охране труда, создание

благоприятного климата в коллективе, способствование формированию культуры безопасности на поведенческом уровне – необходимый, но при этом капиталоемкий, длительный, и требующий личного участия руководителя, процесс в любой организации [5].

Стимулируют работодателей здесь только нормы закона, финансовая заинтересованность (возможность снижения обязательных страховых взносов, которые работодатель платит за своих работников в фонд ОМС и социального страхования – что, несомненно, еще раз подчеркивает ключевую роль государства в аспекте мотивации работодателей), деятельность контрольно-надзорных органов (Государственной инспекции труда, Роспотребнадзора), желание соответствовать критериям социально ответственного бизнеса, что впоследствии повышает репутацию организации.

Работодателям, как субъектам системы здоровьесбережения, необходимо и далее улучшать рассмотренные в предыдущей главе количественные и качественные показатели охраны труда, иммунизации сотрудников, внедрять и усовершенствовать корпоративные программы укрепления здоровья работников. Мотивация их к этому, а также способствование скорейшим результатам – исключительная задача государства.

В связи с этим можно сделать вывод, что и индивид, и работодатель оказывают влияние на формирование системы здоровьесбережения, но при этом главный, по мнению автора, субъект системы – государство, которое способно мотивировать данные субъекты к эффективной реализации концепции.

3.2 Взаимосвязь целей и функций потребителей здоровья в реализации концепции здоровьесбережения

Государство обладает исключительным правом принуждения, должно давать инвестиционный толчок к вложению в человеческий капитал, способно

создавать условия для формирования у населения приверженности здоровому образу жизни, способствует доверию населения системе здравоохранения, а также ресурсному обеспечению системы здоровьесбережения.

Рассмотрим роль государства в формировании модели здоровьесбережения, механизмами достижения целей здоровьесбережения на данном уровне являются:

1) формирование у населения доверия к системе здравоохранения для того, чтобы люди приходили на профилактические осмотры, в Центры здоровья, а также всегда обращались к врачу при недомогании. Для этого государство обладает кадровыми, технологическими, финансовыми, политико-правовыми и информационными ресурсами. Все обозначенные ресурсы должны быть направлены на обеспечение системы здоровьесбережения, повышение качества медицинской помощи, ее доступности и своевременности;

2) восстановление сельской медицины на основе института частнопрактикующего врача – индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, устранение дискриминации финансирования из средств ОМС, отнесение частнопрактикующих врачей в реестр социальных предпринимателей;

3) развитие технологических факторов, включающих в себя как инфраструктуру здравоохранения в целом, так и новейшие технологии, современное оборудование, технологическое состояние медицинской помощи и медицинских услуг в учреждении здравоохранения [126]. Каждый из данных элементов должен способствовать эффективному здоровьесбережению: поликлиники, Центры здоровья, санатории;

4) усовершенствование политико-правовых аспектов, которые включают в себя государственное регулирование отрасли, налоговое законодательство, лицензирование, льготное кредитование, нормативно-правовые акты, отражающие стратегическое видение развития отрасли, ее отдельных направлений;

5) систематизация информационных ресурсов. Контролировать состояние здоровья граждан возможно с помощью интегрированной информационной

системы.

Информационная система, которая бы включала в себя данные о прикрепленном к врачу населении, смогла бы помочь ему:

- заблаговременно подготовиться к визиту пациента, что позволило бы сократить время приема пациента;
- отслеживать динамику здоровья пациента;
- контролировать процесс профилактических мер;
- своевременно вызывать на приём при необходимости (на осмотр, повторную сдачу анализов и т.д.);
- интегрировать и хранить в электронном виде данные всех обследований (в том числе пройденных в платных медицинских учреждениях, в региональных центрах и организациях по определенному профилю заболеваний);
- сопоставлять результаты диспансеризации, профилактических и медицинских осмотров, количества вызовов скорой помощи, а также причин и длительности временной нетрудоспособности;
- учесть возможные факторы риска: наследственность, экологические факторы, географическую распространённость заболеваний в определенный период;
- уделить особое внимание людям с ограниченными возможностями здоровья, пациентам, которые стоят на учете по какому-либо заболеванию.

Для реализации данного подхода необходимо создать информационную систему, позволяющую интегрировать следующие данные:

- общие сведения о человеке, а также прикрепленное медицинское учреждение и терапевт (педиатр);
- каждый его визит к врачу, вне зависимости от способа его оплаты – по полису ОМС, ДМС либо платно;
- результаты всех осмотров и клинических результатов;
- результаты прохождения диспансеризации, профилактических и медицинских осмотров, что самое главное соотношение результатов каждого из них на предмет изменения динамики;

- временную нетрудоспособность пациента;
- причины и количество вызовов скорой медицинской помощи.

Информационный фактор в современном мире является одним из эффективных инструментов укрепления общественного здоровья и функционирования системы здоровьесбережения.

Существующая в настоящее время единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ) направлена на сбор и обработку информации о медицинских работниках, медицинских организациях, закупках лекарственных препаратов, на функционирование электронной регистратуры, федеральной интегрированной электронной медицинской карты, федерального реестра электронных медицинских документов, специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан [9].

Предлагаемая автором в рамках концепции здоровьесбережения информационная система должна обеспечить сбор, обработку и мониторинг информации о конкретном жителе региона, в том числе его субъективной оценки и мониторинга собственного здоровья. Лишь обладая полной историей заболеваемости, окружающих факторов человека, первичное звено здравоохранения будет в силах обеспечить эффективное управление здоровьем конкретного жителя, а в совокупности и общественным здоровьем. Представляется, что данная информационная площадка должна быть региональной, однако для синтеза и обработки полноценной информации (временное проживание или лечение в другом регионе и др.) в дальнейшем необходимо ее внедрение на федеральном уровне.

Республика Татарстан может стать пилотным регионом, разработавшим данную систему – сделать это представляется возможным совместными усилиями Министерств 1) здравоохранения, 2) информатизации и связи, 3) экологии и природопользования.

Еще раз отметим, что на каждого жителя региона сильное влияние оказывают экологические факторы конкретного места его проживания: качество воздуха, почвы, уровня шума, загрязненности, удаленности от леса, водоема и т.д. По это

причине в рамках данной информационной системы считается рациональным ввести оценку влияния данных факторов на здоровье человека.

б) Улучшение качества и доступности медицинской помощи. Это в первую очередь необходимо укреплять в первичном звене, так как снижение ее качества здесь усугубляет ухудшение здоровья в наибольшей степени. В целом развитие первичного звена здравоохранения должно являться ориентиром развития отрасли, ведь именно здесь, как показывает статистика, выявляется большинство заболеваний, и именно здесь должна проводиться масштабная профилактическая пропаганда, направленная на предотвращение болезней.

На наш взгляд, четыремя основными аспектами, на которые должно будет быть направлено управление качеством медицинской помощи – это:

- своевременность оказания помощи больному;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- верность выбранного метода диагностики и лечения;
- оценка полученных результатов в сравнении с ожидаемыми.

На международном уровне основным инструментом создания системы обеспечения, оценки и контроля качества медицинской помощи выступает ее стандартизация, обеспечивающая надлежащий уровень медицинских услуг и состоящая из следующих этапов:

- разработка и внедрение стандартов оказания медицинской услуг;
- лицензирование медицинской деятельности;
- сертификация медицинских услуг;
- лицензирование и аккредитация медицинских лечебных организаций;
- аттестация и сертификация медицинских работников;
- создание условий в виде материально-технической базы.

Таким образом, одной из ключевых проблем получения медицинских услуг является несоответствие квалификации медицинских работников требованиям и слабая организационно-управленческая деятельность медицинских учреждений. Соответственно, необходимо качественное улучшение в подготовке медицинских работников, регулярное повышение ими своей квалификации, стажировки в целях

получения нового опыта – все это затрагивает кадровые ресурсы системы здоровьесбережения.

7) Усовершенствование кадровых ресурсов и улучшение системы образования медицинских работников. Данный механизм включает в себя улучшение показателей укомплектованности медицинскими работниками (особое внимание здесь необходимо уделить сельским медицинским учреждениям), усовершенствование квалификации врачей, а также их мотивацию к улучшению здоровья прикрепленного к ним населения.

Основными путями улучшения общественного здоровья и предоставления медицинских услуг в данном аспекте являются: 1) улучшение качества образования медицинских работников, 2) соответствие занимаемых ими должностей их квалификации и компетенциям, 3) мотивация врачей оказывать своевременную качественную медицинскую помощь, а также профилактические меры, 4) отсутствие коррупции в системе здравоохранения.

Образование в медицинских ВУЗах и колледжах должно быть качественным, соответствовать современным тенденциям: на преподавателей в этой системе возложена огромная ответственность, ведь от качества их преподавания зависит качество оказываемой медицинской помощи. Одной из программ, мотивирующих врачей приезжать работать в сельскую местность, где наблюдается острая нехватка кадров, является программа государственной поддержки для работников здравоохранения (врачей и фельдшеров) «Земский доктор». Необходима дальнейшая реализация данной программы и введение института частнопрактикующего врача – индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность.

Рассматривая аспект мотивации медицинских работников к предоставлению качественной медицинской помощи, необходимо отметить попытку Министерства здравоохранения России стимулировать медицинских работников рублем за выявление рака у пациентов во время диспансерного и профилактического осмотра. Средства на эти цели из расчета одна тысяча рублей за каждый случай впервые выявленного онкозаболевания будут выделены за счет

обязательного медицинского страхования [176]. За вовремя проведенный профилактический осмотр или диспансеризацию выплата врачу, фельдшеру составит 500 рублей, а за своевременное диагностическое исследование – еще 500 рублей[176].

В то же время некоторые регионы уже начали самостоятельно вводить поощрение врачей разных специальностей, способствующих ранней диагностике рака[176]. Например, с июля 2019 года в порядке эксперимента такой порядок введен в Республике Башкортостан.

8) Создание системы профилактики инвалидизации населения.

Как уже было отмечено ранее, инвалидизация населения является одним из основных показателей как здоровьесбережения, так и системы охраны труда.

9) Немаловажным вектором развития системы здоровьесбережения со стороны государства должна являться борьба с заболеваниями, смертность от которых наиболее высока.

Как было проанализировано ранее, большое количество смертей от сердечно-сосудистых заболеваний столь высокое внимание органов власти к данной проблеме, но, по мнению автора, недостаточное. Причинами же ССЗ являются постоянные стрессовые ситуации, напряженность организма, неуверенность населения в стабильном будущем, в государстве в целом - именно на искоренение этой тенденции должны быть направлены усилия государства. Организациям здравоохранения необходимо контролировать вопросы наследственности данных заболеваний – ведь люди, чьи близкие родственники перенесли какие-либо сердечно-сосудистые заболевания, попадают в «группы риска». С ними необходимо проводить профилактические беседы, акцентируя внимание на возможных последствиях непринятия мер по укреплению здоровья, а также направлять на обследования.

Вышеизложенное еще раз доказывает, что лишь при активной роли государства как субъекта здоровьесбережения возможно достичь глобальных задач в улучшении здоровья граждан.

Достижение амбициозной задачи, сформулированной Президентом страны в

сфере здравоохранения – повышение доступности современной, качественной медицинской помощи [39] – позволит решить проблему высокой смертности и низкой продолжительности жизни в России.

Таким образом, тремя основными субъектами системы здоровьесбережения являются государство, работодатель и индивид.

Определяющая роль в вопросах здоровьесбережения принадлежит государству, но при этом оно не в силах эффективно решить данную задачу без усилий индивида и работодателей. Поэтому, лишь взаимодополняя друг-друга, формируя мотивационные аспекты, они смогут выстроить эффективную модель здоровьесбережения, которая бы позволила последовательно и плодотворно достигать главной цели – улучшать общественное здоровье, улучшать качество оказания профилактических медицинских услуг, увеличивать продолжительность жизни и ее качество.

3.3 Концепция развития системы здоровьесбережения (на примере Республики Татарстан)

На основе сформированных в предыдущих параграфах концептуальных подходов к системе здоровьесбережения, которые заключаются в эффективном взаимодействии государства, работодателя и индивида были разработаны базисные элементы концепции развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан.

Представим Концепцию развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан.

1. Нормативно-правовые акты, на основе которых разработана Концепция (представлены в приложении В).

2. Цель концепции – формирование на территории Республики Татарстан института здоровьесбережения, соответствующего критериям социального

государства и предусматривающего эффективное взаимодействие государства, работодателя и индивида в вопросах улучшения индивидуального и общественного здоровья.

3. Основные задачи:

- формирование ментальности отношения к человеку как к главной ценности;
- развития нового типа предпринимательской культуры, основанной на социальной ответственности бизнеса;
- воспитание осознанного ценностного отношения к собственному здоровью;
- массовое развитие здорового образа жизни, в том числе снижение доли вредных привычек граждан;
- переход от существующей модели лечения к модели профилактики на основе системы здоровьесбережения;
- улучшение экологической ситуации, влияющей на здоровье граждан;
- формирование социальной ответственности бизнеса на основе создания системы мотивации сотрудников и создания эффективно функционирующего департамента охраны труда;
- реализация корпоративных программ укрепления здоровья, в том числе применение системы ДМС;
- обеспечение кадровых, технологических, финансовых, политико-правовых и информационных ресурсов системы здравоохранения, соответствующих четвертому технологическому укладу;
- формирование нового типа социальной культуры, направленной на снижение негативного воздействия стресса как основной причины смертности от ССЗ;
- формирование мотивационных механизмов.

4. Принципы функционирования Системы:

- личная заинтересованность населения в вопросах осознания ценности здоровья;

- согласованность и интеграция деятельности органов управления в решении организационных проблем здоровьесбережения;
- информированность субъектов системы;
- комплексность и системность подходов к сохранению здоровья, его профилактики и укрепления.

5. Основным механизмом реализации концепции является эффективная взаимосвязь участников здоровьесбережения, а именно государства, индивида и работодателя (рисунок 10).

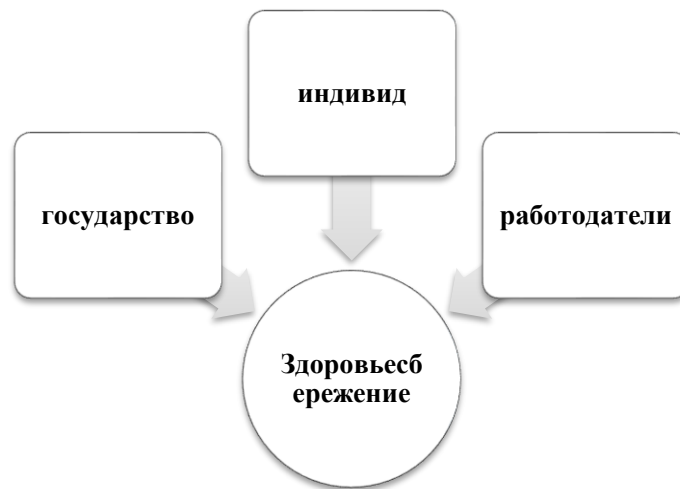


Рисунок 10 – Основные субъекты-потребители здоровья

Источник: составлено автором

Обобщим механизм каждого из уровней (более подробно он был описан в предыдущих параграфах):

а) Государство: его главная задача – возвращение в основу политики гуманистических ценностей, их приоритетность по отношению к остальным. Имеющиеся ресурсы государства должны быть направлены на формирование мотивационных аспектов и доверия населения системе здравоохранения посредством повышения качества медицинской помощи, ее доступности.

б) Работодатели: система охраны труда, формирование ответственности за здоровье своих работников, реализация корпоративных программ укрепления здоровья.

в) Индивид: ведение здорового образа жизни, персонификация

ответственности за собственное здоровье, осознание его ценности, отказ от вредных привычек, регулярные профилактические меры, прохождение диспансеризации, контроль стресса.

Государство, являясь одним из субъектов системы здоровьесбережения, имеет свою организационно структуру.

6. Организационно-управленческая структура управления системой здоровьесбережения представлена на рисунке 11.

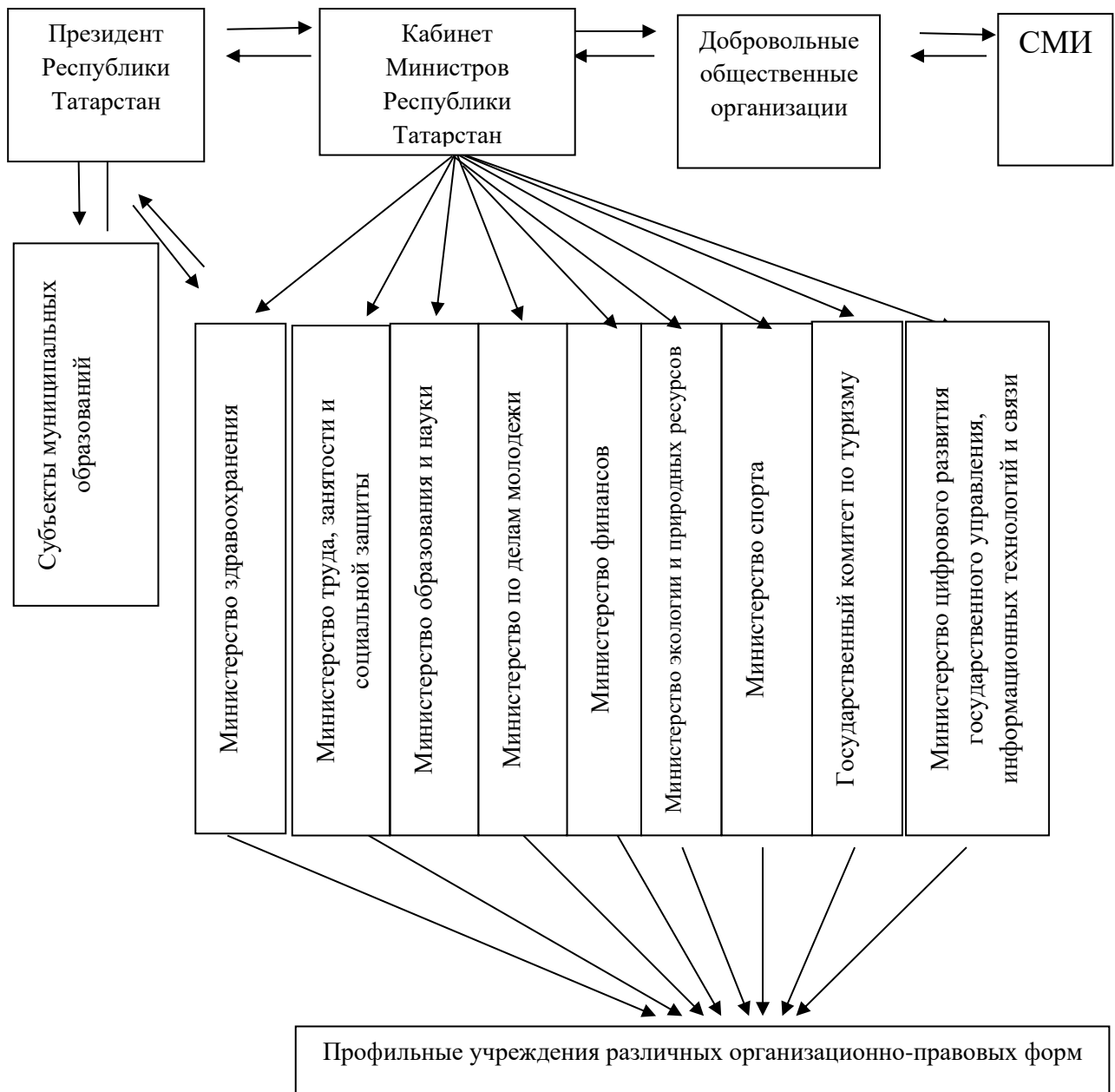


Рисунок 11 – Организационно-управленческая структура управления системой здоровьесбережения

Источник: составлено автором

В силу значимости проблемы сохранения и укрепления здоровья граждан, непосредственным руководителем данной концепции является Президент Республики, а реализация концепции осуществляется на принципе межсекторального взаимодействия. Это способствует, во-первых, эффективной координации участников концепции, усиливая их ответственность; во-вторых, ускоряет достижение республикой целевых значений национальных проектов.

Функции каждого из субъектов системы государственного управления, непосредственно способствующие достижению индикаторов концепции:

а) В сфере здравоохранения (Министерство здравоохранения). Главный координирующий орган реализации концепции, отвечающий за большую часть индикаторов программы.

Министерство несет ответственность за показатели продолжительности жизни, заболеваемости, смертности, инфраструктурное обеспечение системы здравоохранения, проведение профилактической работы, совершенствование системы социальной профилактики потребления алкоголя и табака и информирование граждан о необходимости ведения здорового образа жизни.

б) В сфере охраны труда (Министерство труда, занятости и социальной защиты). Связь с крупнейшими работодателями республики, мотивирование их реализовывать корпоративные программы охраны труда и укрепления здоровья, разработка критериев безопасности для здоровья, разъяснение экономического эффекта данных процессов. Также в компетентность органа входит взаимодействие с бизнесом, формирование у них социальной миссии.

в) В сфере образования (Министерство образования и науки). Задачей министерства является воспитание культуры сбережения собственного здоровья со школьной скамьи, посвящение этому времени на классных часах, уроках «основы безопасности жизнедеятельности», «физическая культура», родительских собраниях, где необходимо говорить о важности того, что семья должна являться образцом для подражания в бережливом отношении к собственному здоровью. Высока вероятность того, что, если дети осознают ценность здоровья и будут трепетно относиться к своему здоровью, вести здоровый образ жизни еще с раннего

возраста, в дальнейшем они будут следовать данным жизненным принципам [112, с. 89-91]. Также эффективным инструментом информирования граждан о здоровьесберегающих технологиях может стать разработка и реализация курсов повышения квалификации для педагогов по данной тематике.

г) В сфере экологии и охраны окружающей среды, оказывающей воздействие на здоровье граждан (Министерство экологии и природных ресурсов). Изучение, оценка и мониторинг влияния экологических факторов на здоровье человека. Экология выделена как один из важных компонентов по той причине, что, как уже было написано выше, межведомственной комиссией Совета безопасности России по охране здоровья населения определено, что здоровье людей на 20 %-25 % зависит от окружающей среды. Механизмы, применимые здесь это: создание навигационной карты по состоянию воздуха, почвы, загрязненности, влияния промышленных предприятий; анализ возможных угроз здоровью и информирование населения о них; направленность профилактики здоровья граждан на проблемные сферы.

д) В бюджетной сфере (Министерство финансов) – обеспечение финансовыми ресурсами реализацию поставленных в концепции задач.

е) В сфере укрепления здоровья молодежи республики (Министерство по делам молодежи) – формирование ценностей здоровьесбережения у молодого поколения, проведение массовых акций, форумов, лекториев по формированию здорового образа жизни, необходимости профилактических мер, поощрение лучших представителей молодежных объединений, способствующих реализации целей концепции.

ж) В сфере формирования здорового образа жизни (Министерство спорта) – развитие массового спорта для укрепления здоровья, проведение мероприятий, акций, марафонов по разным видам спорта для разных возрастных категорий, информационное сопровождение данных мероприятий с целью пропаганды спорта. Немалозначимой задачей, стоящей перед министерством, является создание инфраструктурной доступности занятий спортом – спортплощадки во дворах, футбольные, баскетбольные и волейбольные площадки, ледовые коробки,

строительство бассейнов и иных спортивных объектов.

з) В сфере содействия укрепления здоровья в санаторно-курортных учреждениях – Государственный комитет по туризму – развитие медицинского туризма, которое влияет на улучшение здоровья, информирование о привлекательности санаторно-курортного лечения [101, с. 2117-2119].

и) В сфере усовершенствования информационной составляющей отрасли – Министерство цифрового развития государственного управления, информационных технологий и связи – обеспечение единой информационной системы, способной эффективно проводить мониторинг состояния здоровья индивида, всех его посещений медицинских учреждений и прохождения профилактических процедур. Также разработка мобильного приложения, способного генерировать результаты клинических обследований и возможности иметь обратную связь с медицинским учреждением: участковые терапевты смогут иметь возможность напоминать пациентам о необходимости посетить врача, пройти диспансеризацию и т.д.

Добровольные общественные организации – являются эффективным механизмом формирования компонентов здоровьесбережения, способствуют реализации цели концепции посредством формирования социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных компонентов здорового образа жизни, профилактики здоровья.

В сфере эффективного взаимодействия всех субъектов системы здоровьесбережения – СМИ отводится огромная роль в вопросах информирования граждан обо всех компонентах здоровьесберегающих технологий. Информирование населения может происходить посредством множества информационных ресурсов: газеты, информационные брошюры, интернет, социальные сети, рассылка по электронной почте, флаеры и другие. Главная задача СМИ – способствовать осознанию населения ценности собственного здоровья и необходимости его сохранять и укреплять.

Роль PR в экономике потребления нельзя недооценивать, главная ее задача – манипулировать людьми лишь во благо, мотивируя и стимулируя их укреплять

свое здоровье.

7. Механизм реализации и контроля выполнения.

Приоритетные задачи Концепции реализуются через разработку и принятие целевой Программы развития здоровьесбережения в Республике Татарстан. Считается рациональным ее создание и принятие в течение трех лет, что обуславливается необходимостью активизации профилактических мер оздоровления населения вследствие пандемии.

8. Индикаторы концепции.

Таким образом, механизм реализации концепции заключается в том, что государство, преследуя цель укрепления общественного здоровья посредством здоровьесбережения, разрабатывает индикаторы, достичь которые должны стремиться все участники концепции, в том числе региональные отраслевые органы власти. Рассмотрим шесть основных индикаторов, разработанных по сформированным ранее задачам и принципам концепции.

а) Охват иммунизации населения, в процентах. Плановое значение – 95 %.

Проведение профилактических прививок - одно из важных средств сохранения здоровья. Повышение осведомлённости населения о пользе вакцинации – задача государства и работодателя, задача индивида – осознать и довериться столь эффективному механизму. Яркий пример – массовая вакцинация против новой коронавирусной инфекции, показывает пробелы в этом сегменте и достаточно эффективные способы мотивации населения к прохождению вакцинации и предотвращению заболевания. Помимо государства, работодателя и индивида, тут очень важная роль принадлежит СМИ и формируемым на его основе картины происходящего в глазах населения. Касаясь работодателя в этом аспекте необходимо внедрение эффективной маркетинговой программы, которая поспособствовала осознанию сотрудниками важности и перспективности данного мероприятия. Маркетинговая политика, по нашему мнению, должна использовать следующие эффективные практики:

- показательный личный пример руководителя организации;
- встреча с врачом, который сможет убедить сотрудников в безопасности

вакцинации и предостеречь от веяния «антипрививочников», профессионально ответить на все имеющиеся вопросы о вакцинации и о необходимых мерах реагирования на возможные последствия после введения вакцины;

- материальная мотивация: например, выраженная в денежной премии или оплачиваемом выходном дне после процедуры вакцинации. Работодатель, осознавая ценность каждого сотрудника, потребность в здоровом коллективе в целом (что предполагает вакцинацию всех сотрудников), возможных штрафных санкций со стороны государства, а также в целях оптимизации своих материальных расходов в целом, должен при необходимости выделить дополнительные расходы из фонда оплаты труда на данную статью расходов;

- подарки, привилегии и розыгрыш призов – данная мера служит бонусом при вакцинации сотрудника, являясь при этом эффективной, что показала на практике политика, проводимая государством: розыгрыш машин, квартир, подарочных сертификатов и т.д.

- оплата анализов на антитела, которые делаются непосредственно до прививки при желании сотрудника, что поможет ему совместно с врачом выбрать подходящую вакцину, исходя из титра антител. Также при желании сотрудника тест на антитела может производиться и после прохождения полного курса вакцинации для того, чтобы сотрудники могли убедиться в эффективном действии вакцины на организм и чувствовали себя в безопасности на рабочем месте;

- организация прививочной кампании на рабочем месте, что позволит в удобное время и без очередей (что особенно актуально в «пик» введения дополнительных ограничений) сделать прививку и чувствовать себя в безопасности в присутствии врачей дополнительное время после введения вакцины.

Все эти аспекты необходимы для того, чтобы в организации сформировался коллективный иммунитет, который способен поддерживать нормальную работоспособность сотрудников и всех организационных вопросов организации в целом, в том числе мотивируя сотрудников работать эффективнее.

б) Регулярная субъективная оценка состояния здоровья граждан, с акцентом

на психологическое здоровье, единица измерения - процент улучшения.

Мониторинг данного индикатора предполагает проведение регулярных опросов населения с целью оценить их состояние здоровья, его изменение и оперативного медицинского вмешательства при необходимости. В качестве анкетирования предлагается взять вопросы из разработанного автором в рамках данного исследования опросника, а именно вопросы, относящиеся к оценке здоровья (без оценки получаемых медицинских услуг). Именно качественная оценка здоровья населения позволяет оценить эффективность концепции здоровьесбережения. На практике данный метод применим в ходе получения любой медицинской услуги, в том числе при профилактических мероприятиях, медосмотрах школьников, студентов и сотрудников организаций, посещения Центров здоровья и т.д. либо же при волеизъявлении любого индивида (по телефону, онлайн, либо при обращении в Центр здоровья). При прохождении анкетирования впервые потребитель должен дать согласие на проведение данных опросов в будущем. Это необходимо для того, чтобы специалисты профилактического блока Министерства здравоохранения могли оценивать показатели оценки здоровья индивида в динамике.

в) 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.

Здесь, как уже отмечалось выше, заинтересованы все рассматриваемые нами три субъекта здоровьесбережения: государство создает условия, население и работодатель мотивируются, осознавая ценность здоровья (своего или сотрудника) и факт целесообразности использования денежных средств, оплачиваемых в ФОМС обоими субъектами.

г) Количество мероприятий, агитирующих здоровый образ жизни, профилактику здоровья.

Это индикатор, без которого сложно представить влияние на осознание индивидом ценности собственного здоровья. Ответственный субъект за

реализацию данного индикатора – государство, но здесь большая ответственность лежит на СМИ и добровольных общественных организациях, отраслевых региональных органах власти - Министерстве по делам молодежи, Министерстве образования и науки, Министерстве здравоохранения, Государственном комитете по туризму, Министерстве спорта и на работодателях, проведение таких мероприятий у которых входит в одну из задач корпоративных программ укрепления здоровья.

Плановый показатель достижения - увеличение на 30 % ежегодно мероприятий с численность более 100 человек.

д) Количество предприятий, реализующих корпоративные программы укрепления здоровья. Ответственный субъект, конечно же, работодатель. Создающий условия и преференции орган региональной исполнительной власти - Министерство труда, занятости и социальной защиты. Плановый показатель достижения - увеличение на 6 % ежегодно.

е) Количество активных пользователей приложения, разработанного для мониторинга собственного здоровья и обратной связи с медицинским учреждением.

Включение данного показателя в статистические отчеты Министерства здравоохранения и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан позволит мотивировать к здоровьесбережению как индивидов (проводить регулярный мониторинг собственного здоровья и укреплять его), так и медицинских работников (будет проводиться контроль их ответственности и своевременности реагирования на изменение состояние здоровья пациента, вызов закрепленного населения на профилактические осмотры и мероприятия).

После создания данного приложения показатель количества его пользователей должен быть рекомендован Министерству здравоохранения республики как обязательный для мониторинга. Помимо вышеперечисленных, участниками достижения индикатора являются Министерство цифрового развития государственного управления, Министерство финансов, информационных

технологий и связи. Плановый показатель - увеличение на 40000 пользователей ежегодно.

Рассмотрим преимущества и задачи каждого из субъектов здоровьесбережения в рамках внедрения и использования данного приложения (рисунок 12):



Рисунок 12 — Характеристика пользователей приложения, разработанного для мониторинга собственного здоровья и обратной связи с медицинским учреждением

Источник: составлено автором

Подводя итог, необходимо отметить направленность концепции здоровьесбережения не только на увеличение ожидаемой продолжительности жизни, а на качественный аспект данного показателя. Государство, создавая мотивационные аспекты и условия для получения доступной и качественной медицинской помощи, работодатель, реализуя корпоративные программы укрепления здоровья и соблюдая принципы охраны здоровья, индивид, укрепляя собственное здоровье и ведя здоровый образ жизни, в конечном итоге выполняют глобальную задачу – повышение качества жизни населения.

Реализация данной концепции позволит решить имеющиеся в настоящее время в республике проблемы в сфере оказания медицинских услуг и охраны здоровья [111, с. 27-29]. Были рассмотрены основные из них, для этого проанализированы основные показатели здравоохранения и демографии

республики, а также проведена субъективная оценка населением медико-социальных факторов общественного здоровья (автором проведено социологическое исследование на основе мнения потребителей медицинских услуг). В условиях переходного периода к рынку пациент формально становится потребителем услуг, а по той причине, что потребитель (клиент, пациент) всегда прав, его мнение должно быть в основе проводимой политики, в том числе в сфере здоровьесбережения.

Республика Татарстан имеет все необходимые предпосылки к успешной реализации данной концепции и по праву может стать пилотным регионом России по данному направлению. При эффективном взаимодействии всех субъектов системы здоровьесбережения возможно достижение главной цели – увеличения ожидаемой здоровой жизни населения и улучшения качества жизни в целом (мобильности индивида, его самообслуживания, активной повседневной деятельности, отсутствия дискомфорта, депрессии и неуверенности в будущем).¹

¹ Глава 3 написана по материалам автора:

1. 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).

2. 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.

3. Валеева, Г. Ф. Формирование здорового образа жизни как элемент повышения уровня общественного здоровья / Г. В. 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.

Заключение

Результирующий показатель развития системы здравоохранения и оказания медицинских услуг - укрепление общественного здоровья.

Управление общественным здоровьем – это комплекс мероприятий государственного управления по формированию институциональных основ функционирования и развития отрасли, реализации стратегий развития здравоохранения, привлечению внимания населения к собственному здоровью и иных мероприятий, которые должны привести к улучшению общественного здоровья, увеличению продолжительности жизни.

Автором проведен анализ теоретических подходов к определениям «медицинские услуги», «здоровье», «общественное здоровье», «здоровьесбережение» на основе которого сформирована собственная интерпретация данных понятий.

Медицинская услуга – делимое общественное благо, целью предоставления которого является улучшение здоровья людей в целях интереса государства, работодателей, индивида.

Индивидуальное здоровье – это системный показатель состояния организма человека, отражающий его качественные характеристики: повседневная активная деятельность, самообслуживание, мобильность, отсутствие боли, беспокойства и депрессии, а также позволяющий 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.

Здоровьесбережение – взаимодействие субъектов управления общественным

здоровьем, направленное на сохранение и улучшение здоровья; это обобщающее понятие «образа жизни», охраны здоровья, основ профилактики заболеваний и создание условий для этого. Эффективное взаимодействие предполагает непосредственную кооперацию действий трёх основных стейкхолдеров-потребителей: государства, работодателей и индивида.

Необходимо изменить комплексный подход к оценке общественного здоровья, к пониманию его сущности, что требует осознания следующих подходов:

1) английского социолога А. Williams'a, один из первых в 1990-ых предпринял попытку оценить «качество здоровья». Показателями нового для того времени понятия он выделил самообслуживание, мобильность индивида, его повседневную деятельность, боль (дискомфорт), беспокойство (депрессия). Автор полагал, что наличие качественных показателей здоровья – это обязательный фактор, без которого невозможен полноценный анализ состояния общественного здоровья.

2) советского ученого Калью Павла Иосифовича (1988), который систематизировал, что здоровье – это:

«1 – стабильно нормально функционирующий организм человека с нормальным течением всех физических и биохимических процессов, которые способствуют выживанию и реализации репродуктивной функции;

2 – уравновешенность организма человека и влияющих на него факторов окружающей среды;

3 – возможность выполнения всех основных функций, активная роль в общественной жизни, в том числе в общественно полезном труде;

4 – умение организма подстраиваться под меняющиеся условия и тенденции существования в социуме;

5 – отсутствие каких-либо заболеваний и болезненных состояний;

6 – комплексное благополучие индивида: физическое, духовное, умственное, социальное; гармоничное развитие его физических и духовных сил, единство его организма, выраженное в отлаженно функционирующей взаимосвязи всех его органов».

На основе данной обширной дефиниции Калью П. И. сформировал пять концептуальных моделей здоровья:

- медицинскую (отсутствие болезней, их симптомов);
- биомедицинскую (отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья, акцент на природно-биологическую сущность человека);
- биосоциальную (включает биологические и социальные факторы, которые рассматриваются в единстве, но при этом приоритетное значение имеют социальные);
- ценностно-социальную (ценность, условие для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей);
- интегрированную – включающую в себя компоненты описанных выше четырех моделей.

Касаемо оценки эффективности региональной системы здравоохранения, подход автора диссертационной работы, заключается в том, что:

1) несмотря на то, что эффективность – это всегда отношение результата к затратам, социальная сфера и в особенности здравоохранение не относится к отраслям, где достичь высоких результатов необходимо при относительно низком уровне бюджетного финансирования. Показатели финансирования отрасли и так крайне малы и требуются их увеличение на всех уровнях, а желание региона «оказаться в рейтинге эффективности на лидирующих позициях» может привести к непониманию, неосознанию проблем отрасли. Сфера здравоохранения не является той отраслью, где необходимо сокращать бюджетное финансирование, ведь нет ничего важнее, чем жизнь и здоровье индивида и населения в целом.

2) оценка эффективности региональной системы здравоохранения складывается за счет четырех показателей:

- ожидаемая продолжительность здоровой жизни;
- субъективная оценка населением качества и доступности медицинских услуг;

- оценка населением качества собственного здоровья;
- количество предприятий, реализующих корпоративные программы сохранения и укрепления здоровья.

Инструментом, способствующим реализации эффективного управления общественным здоровьем, в том числе учитывающая субъективную и качественную оценку здоровья, является концепция здоровьесбережения.

Концепция здоровьесбережения представляет собой эффективное взаимодействие субъектов управления общественным здоровьем: индивида, государства и работодателей, конечная цель которого – улучшение здоровья населения и повышение продолжительности жизни.

Главенствующая роль в вопросах здоровьесбережения принадлежит государству, но при этом оно не в силах эффективно решить данную задачу без усилий индивида и работодателей.

1. Перед государством в аспекте здоровьесбережения ставятся множество разноплановых задач: формирование гуманистических ценностей в обществе, доверия к системе здравоохранения, создание условий для функционирования системы здоровьесбережения: технологических, финансовых, политико-правовых и информационных, повышение качества медицинской помощи, ее доступности, кадровое обеспечение системы здравоохранения, снижение инвалидизации, отсутствие коррупции, реализация всевозможных форм поддержки укрепления здоровья, улучшение показателей узкоспециализированных отраслей и др.

2. К задачам работодателей относится формирование эффективно действующей системы охраны труда и здоровья работников, снижение до нулевых значений доли травматизма и вредного производства, формирование ответственности за здоровье своих работников, реализация корпоративных программ укрепления здоровья и внедрение элементов социальной ответственности бизнеса.

3. Индивид способствовать формированию здоровьесбережению способен за счет следующих элементов: персонификация ответственности за собственное здоровье, осознание его ценности, отказ от вредных привычек, здоровый образ

жизни, профилактические меры укрепления здоровья, посещение Центров здоровья, прохождение диспансеризации, контроль стресса, получение информации о здоровье, о вреде/полезности окружающих факторов, влияющих на него: что в последствии должно привести к снижению инвалидизации, заболеваемости и смертности.

Решать поставленные задачи без системы мотивации каждого из субъектов системы невозможно, у каждого из них имеются свои барьеры, устранение которых необходимо для положительного результата:

- государство: отсутствие финансирования, мотивационных механизмов, условий;
- работодатель: отсутствие социальной ответственности и мотивации проводить мониторинг здоровья работников, экономические потери (которые не всегда обоснованы);
- индивид: отсутствие культуры отношения к собственному здоровью и психологический фактор, заключающийся в чувстве «своей ненужности» (особенно относится к людям старшего поколения).

Лишь взаимодополняя друг друга, формируя мотивационные аспекты, они смогут выстроить эффективную модель здоровьесбережения и управления общественным здоровьем, которая бы позволила последовательно и плодотворно достигать главной цели – улучшать общественное здоровье населения и увеличивать продолжительность активной, полноценной жизни.

На основе сформулированных концептуальных подходов автором была разработана концепция развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан. Сделано это для достижения амбициозной задачи, которую обозначило руководство республики – создание в республике системы здравоохранения на уровне развитых экономик.

Перед разработкой автор проанализировал статистические данные по здравоохранению республики, а для субъективной оценки системы здравоохранения региона и анализа ее социальной эффективности, разработал анкету для оценки общественного здоровья и удовлетворенности населения

получаемыми медицинскими услугами и провел социологическое исследование.

Были сформированы цели и принципы реализации концепции, а также роль субъектов, конкретизированы функции министерств и ведомств, на основе целеполагания.

Структура концепции развития здоровьесбережения в Республике Татарстан состоит из 8 пунктов, их основные элементы:

1) Нормативно-правовые акты, на основе которых разработана концепция;
 2) 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.

3) : 1) ,
 , 2)
 , 3) , 4)
 , 5)
 ; 6)
 ; 7) .

4) Базисным элементом концепции является эффективная взаимосвязь участников здоровьесбережения, а именно государства, непосредственно индивида и его образа жизни, а также работодателя.

5) Принципы функционирования системы здоровьесбережения:

- личная заинтересованность населения;
- согласованность деятельности заинтересованных участников;
- информированность субъектов системы;
- комплексность подходов к укреплению здоровья.

6) Организационно-управленческая структура управления системой здоровьесбережения: Президент республики, профильные закрепленным задачам концепции Министерства, добровольные общественные организации, а СМИ.

7) Механизм реализации и контроля выполнения – принятие целевой

Программы развития здоровьесбережения в Республике Татарстан.

8) Индикаторы концепции – показатели, которые отражают все сферы здоровьесбережения.

Разработанные базисные элементы концепции развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан вновь актуализировали необходимость и важность данного вектора развития в целом и позволили констатировать, что Республика Татарстан имеет все необходимые предпосылки к успешной реализации данной концепции и по праву может стать пилотным регионом России по данному направлению.

Все это говорит о том, что поставленные задачи исследования выполнены и их решение имеет практическую направленность.

Список литературы

1. **Законы.** Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения : текст с изменениями и дополнениями на 15 сентября 2005 года : [принят и подписан Международной конференцией здравоохранения 22 июля 1946 года представителями 61 страны]. - Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. - URL: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 10.10.2021). - Текст : электронный.

2. **Российская Федерация. Законы.** Конституция Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 01 июля 2020 года : [принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года]. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 05.07.2021). - Текст : электронный.

3. **Российская Федерация. Законы.** Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) : текст с изменениями и дополнениями на 21 декабря 2021 года : [принят Государственной Думой 21 октября 1994 года]. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/f9498350007fc6def03006086be05e29c6f32397/ (дата обращения: 12.03.2021). - Текст : электронный.

4. **Российская Федерация. Законы.** Трудовой кодекс Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями на 30 ноября 2021 года : [принят Государственной Думой 21 декабря 2001 года : одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года]. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 31.11.2021). - Текст : электронный.

5. **Российская Федерация. Законы.** О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : Федеральный закон N 52-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 02 июля 2021 года : [принят Государственной Думой 01 ноября

2011 года : одобрен Советом Федерации 09 ноября 2011 года]. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения: 12.09.2021). - Текст : электронный.

6. **Российская Федерация. Законы.** Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон N 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 02 июля 2021 года : [принят Государственной Думой 12 марта 1999 года : одобрен Советом Федерации 17 марта 1999 года]. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 31.05.2021). - Текст : электронный.

7. **Российская Федерация. Законы.** О структуре федеральных органов исполнительной власти : Указ Президента России от 21.01.2020 N 21 : текст с изменениями и дополнениями на 25 марта 2020 года. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343385/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/#dst100010 (дата обращения: 01.04.2021). - Текст : электронный.

8. **Российская Федерация. Законы.** О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 02 июля 2021 года N 400. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389271/ (дата обращения: 09.12.2021). - Текст : электронный.

9. **Российская Федерация. Законы.** О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения : Постановление Правительства Российской Федерации от 05 мая 2018 года № 555 : текст с изменениями и дополнениями на 14 декабря 2021 года. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070034> (дата

обращения:15.04.2021). - Текст : электронный.

10. **Российская Федерация. Законы.** Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг : Постановление Правительства России от 4 октября 2012 года № 1006. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/feeb50fc9703d15d935a859ee3d7258a8b2d85d5/ (дата обращения 05.06.2018). - Текст : электронный.

11. **Российская Федерация. Законы.** О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018года № 1506 : текст с изменениями и дополнениями на 12 апреля 2019 года. - Официальный сайт Правительства Российской Федерации. - URL: <http://static.government.ru/media/files/Yyi7zVAG88B1PKbJSYZA4Z4VuzaofHwe.pdf> (дата обращения 01.12.2019). - Текст : электронный.

12. **Российская Федерация. Законы.** Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения России 10 мая 2017 года №203н. - Консультант плюс. Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/ (дата обращения 15.01.2019). - Текст : электронный.

13. **Российская Федерация. Законы.** Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Приказ Министерства здравоохранения России от 13 марта 2019 года № 124н. - Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации «Гарант. - URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/> (дата обращения 15.12.2020). - Текст : электронный.

14. **Российская Федерация. Законы.** Демография: Национальный проект : [утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по

стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 года N 16]. - Официальный сайт Министерства труда Российской Федерации. - URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography> (дата обращения 21.10.2021). - Текст : электронный.

15. **Российская Федерация. Законы.** Здравоохранение: Национальный проект : [утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 года N 16]. - Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. - URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf> (дата обращения 30.11.2021). - Текст : электронный.

16. **Общероссийский классификатор** продукции по видам экономической деятельности (ОКПД 2) ОК 034-2014 (КПЕС 2008) : национальный стандарт Российской Федерации : издание официальное : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31 января 2014 года N 14-ст. - Справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации «Гарант». - URL: <https://base.garant.ru/70650730/97c0401ae090631251b74514761b15d3/> (дата обращения 06.12.2021). - Текст : электронный.

17. **Alsan, M.** The effect of population health on foreign direct investment / M. Alsan, D. E. Bloom, D. Canning ; Cambridge: national bureau of economic research - NBER, 2004. - 25 p. - Текст : непосредственный.

18. **Becker, D. S.** Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education / D. S. Becker. - Chicago: The University of Chicago Press, 1964. - 412 p. - Текст : непосредственный.

19. **Bloom, David E.** The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change / David E. Bloom., David Canning and Gaupree Sevilla - Santa Monica, California: RAND, MR-1274, 2003. - Текст : непосредственный.

20. **Dolan, P.** A social tariff for EuroQol: results from a UK general population

survey / P. Dolan, C. Gudex, P. Kind, A. Williams - Discussion paper, York, University of York, 1995. - 138 p. - Текст : непосредственный.

21. **Gaidar, E. T.** Russian Economy in 2004. Trends and Perspectives (Issue 26) / E.T.Gaidar. – М.: ИЕТ. – 461 p. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23627591> (дата обращения 05.06.2021). - Текст : электронный.

22. **Grossman, M.** The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation / M. Grossman. - N.Y., 1972. - 115 p. - Текст : непосредственный.

23. **Howitt, P.** Health, Human Capital, and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective / P. Howitt. - Cambridge, MA: MIT Press, 2005. – 30 p. URL: https://www.brown.edu/Departments/Economics/Faculty/Peter_Howitt/publication/PAHO.pdf (дата обращения 12.01.2020). - Текст : электронный.

24. **Irrich, I.** Limits to medicine. Medical remesis: the expropriation of health / I. Irrich. – Harman's worth: Penguin Books, 1977. – 296 p. - Текст : непосредственный.

25. **Medeiros, J.** Efficiency estimates of health care systems / J. Medeiros, C. Schwierz. - European Economy. Economic Papers. No. 549. 2015. - 60 p. - URL: https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf (дата обращения 20.06.2021). - Текст : электронный.

26. **Murray, C.** WHO framework for health system performance assessment / CJL. Murray, J. A. Frenk. – Geneva: World Health Organization. – 29 p. - URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66267> (дата обращения 21.09.2020). - Текст : электронный.

27. **Papanicolas, I.** Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research / I. Papanicolas, P. C. Smith. – Maidenhead: Open University Press; 2013. – 417 p. - URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf (дата обращения 30.08.2021). - Текст : электронный.

28. **Sigerist, H. E.** On the history of medicine / H. E. Sigerist, Felix Marti- Ibanez, John F. Fulton. – New York: MD Publications, 1960. – 313 p. - Текст : непосредственный.

29. **Suhrcke, M.** Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии / M. Suhrcke, M. McKee, L. Rocco. – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 274 с. - URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332134> (дата обращения 30.06.2020). - Текст : электронный.
30. **Авксентьева, М. В.** Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармако-экономический анализ) / М. В. Авксентьева. - М.: Ньюдиа-мед, 2000. - 80 с. - Текст : непосредственный.
31. **Баснина, Т. Д.** Институциональные изменения в социальной сфере российских регионов: Коллективная монография / М. Ю. Шерешева, Т. Д. Баснина, Е. П. Вигушина, С. А. Иванова. - М.: Экономический факультет МГУ имени М. В. Ломоносова, 2017. - 260 с. - Текст : непосредственный.
32. **Брехман, И. И.** Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман– М.: ФиС, 2002. – 208 с. - Текст : непосредственный.
33. **Бурлакова, И. А.** Управление здоровьем персонала как принципиально новый подход в формировании организационной культуры предприятия / И. А. Бурлакова, Г. Г. Чмерук, О. О. Стороженко. - Trends in the development of national and world science: Collection of scientific articles. - Verlag SWG imex GmbH, Nürnberg, Deutschland, 2016. - 344 p. - URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29164758&pff=1> (дата обращения 12.07.2020). - Текст : электронный.
34. **Василенко, М. А.** Общественное здоровье и здравоохранение / М. А. Василенко, С. С. Колесникова. - Феникс, 2020. - 238 с. - Текст : непосредственный.
35. **Воронина, С. Ю.** Экономические основы функционирования автономных учреждений в сфере услуг здравоохранения : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Воронина Светлана Юрьевна ; Санкт-Петербургский государственный экономический университет. - Санкт-Петербург, 2014. - 27 с. - Место защиты: Санкт-Петербургский государственный экономический университет. - URL: <https://www.dissercat>

com/content/ekonomicheskie-osnovy-funktsionirovaniya-avtonomnykh-uchrezhdenii-v-sfere-uslug-zdravookhran (дата обращения 10.12.2020). - Текст : электронный.

36. **Гегель, Г. В. Ф.** Энциклопедия философских наук: в 3 т. - Философия природы / Г. В. Ф. Гегель. - М.: Мысль, 1975. - Т. 2. - 558 с.

37. **Головина, Н. А.** Инструментарий оценки эффективности государственной политики в сфере здравоохранения на микроуровне : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Головина Наталья Анатольевна ; Сибирская академия финансов и банковского дела. - Новосибирск, 2013. - 24 с. - Место защиты: Сибирская академия финансов и банковского дела. - URL: <https://www.dissercat.com/content/instrumentarii-otsenki-effektivnosti-gosudarstvennoi-politiki-v-sferzdravookhraneniya-na-m> (дата обращения 29.01.2021). - Текст : электронный.

38. **Грабишин, А. С.** Государственные (муниципальные) услуги в сфере здравоохранения: оценка социально – экономической эффективности : микроуровне : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Грабишин Александр Сергеевич ; Кубанский государственный аграрный университет, Краснодар, 2013. - 20 с. - Место защиты: Институт исследования товародвижения и конъюнктуры оптового рынка, г.Москва. - URL: <https://www.dissercat.com/content/gosudarstvennye-munitsipalnye-uslugi-v-sfere-zdravookhraneniya-otsenka-sotsialno-ekonomiches> (дата обращения 12.10.2020). - Текст : электронный.

39. **Дабагян, Е.К.** Роль частного сектора в реформировании системы здравоохранения: мировой опыт и российская практика : специальность 08.00.14 "Мировая экономика" : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Дабагян Екатерина Кареновна ; Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации. - Москва, 2019. – 166 с. - Место защиты: Московский государственный институт международных

отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации.
- URL: <https://mgimo.ru/upload/diss/2019/dabagyan-dissertaciya.pdf> (дата обращения 02.12.2021). - Текст : электронный.

40. **Добрынин, А. И.** Человеческий капитал в транзитивой экономике: формирование, оценка, эффективность использования / А. И. Добрынин, С. А. Дятлов, Е. Д. Царенова. - СПб.: Наука, 1999. - 309 с. - Текст : непосредственный.

41. **Дятлов, С. А.** Инвестиции в человеческий капитал России: состояние, проблемы, перспективы / Под ред. И. В. Ильинского. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет технологии и дизайна, 2003. - 216 с. - Текст : непосредственный.

42. **Егоров, Е. В.** Основы экономики здоровья населения России: Монография / Е. В. Егоров, В. А. Морозов, Г. Н. Арустамян, О. А. Багуцкая, Б. И. Бояринцев. - Креативная экономика Москва, 2015. - 464 с. - Текст : непосредственный.

43. **Ерохина, Т. В.** Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации / Т. В. Ерохина. - URL: <https://www.e-reading.club/book.php?book=139158> (дата обращения 12.11.2021). - Текст : электронный.

44. **Зиганшина, З. Р.** Организационно-экономические основы развития регионального здравоохранения на базе создания университетских клиник : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Зиганшина Зухра Рашидовна ; Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова. - Москва, 2017. – 174 с. - Место защиты: Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова. - URL: <https://istina.msu.ru/dissertations/40973420/> (дата обращения 02.12.2021). - Текст : электронный.

45. **Зубарев, Н. Ю.** Методическое обеспечение комплексной оценки экономических потерь региона от преждевременной смертности населения :

специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Зубарев Николай Юрьевич ; Пермский государственный национальный исследовательский университет и Институт экономики Уральского отделения Российской академии наук». - Пермь-Екатеринбург, 2020. – 26 с. - Место защиты: Институт экономики Уральского отделения РАН. - URL: <https://ui.ec.ru/wp-content/uploads/2020/10/%D0%90%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82-%D0%97%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B2-19.10.2020.pdf> (дата обращения 12.01.2021). - Текст : электронный.

46. **Иванова, А. Е.** Социально-демографическая цена психического здоровья населения : специальность 08.00.18 "Экономика народонаселения и демография " : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук / Иванова Алла Ефимовна ; Научно-производственное объединение медико-социальных исследований экономики и информатики. - Москва, 1998. - 37 с. - Место защиты: Научно-производственное объединение медико-социальных исследований экономики и информатики. - Текст : непосредственный.

47. **Ильинский, И. В.** Инвестиции в будущее: образование в инновационном воспроизводстве / И. В. Ильинский. - СПб.: СПбУЭФ, 1996. - 250 с. - Текст : непосредственный.

48. **Ильясова, А. Р.** Основы экономики здравоохранения: учебное пособие / А. Р. Ильясова. - Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2019. - 86 с. - Текст : непосредственный.

49. **Казначеев, В. П.** Выживание населения России. Проблемы «Сфинкса XXI века» / В.П. Казначеев, А. И. Акулов, А. А. Кисельников, И. Ф. Мингазов. - Новосибирск: Новосиб. ун-т, 2002. - 463 с. - Текст : непосредственный.

50. **Калашникова, И. В.** Система российского здравоохранения: управленческий аспект: [монография] / И. В. Калашникова, В. А. Портной; Тихоокеанский гос. ун-т. - Хабаровск, 2018. – 188 с. - Текст : непосредственный.

51. **Калью, П. И.** Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью // ВНИИМИ, 1988. - 220 с. - Текст : непосредственный.

52. **Ковалёв, С. П.** Финансово-экономическая модель системы здравоохранения при переходе к цифровому государству : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством", 08.00.10 "Финансы, денежное обращение и кредит" : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук / Ковалёв Сергей Петрович ; Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. - Москва, 2018. - 497 с. - Место защиты: Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. - Текст : непосредственный.

53. **Колосницына, М. Г.** Экономика здравоохранения / Министерство образования и науки России ; под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - Текст : непосредственный.

54. **Коптюг, В. А.** Новая парадигма развития России в XXI веке (комплексное исследование проблем устойчивого развития: идеи и результаты) / В. А. Коптюг, В. М. Матросов, В. К. Левашов. - М.: Academia, 2000. - 434 с. - Текст : непосредственный.

55. **Критский, М. М.** Человеческий капитал / М. М. Критский. – Л.: ЛГУ, 1991. - 117 с. - Текст : непосредственный.

56. **Кузнецова, А. С.** Приоритетные организационно-экономические инструменты повышения качества услуг в системе здравоохранения (на примере комплекса лечебного питания) : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Кузнецова Анна Станиславовна ; Кисловодский институт экономики и права. - Кисловодск, 2012. - 23 с. - Место защиты: Кисловодский институт экономики и права. - URL: <https://www.dissercat.com/content/prioritetnye-organizatsionno-ekonomicheskie-instrumenty-povysheniya>

kachestva-uslug-v-sistem (дата обращения 12.01.2021). - Текст : электронный.

57. **Кузьмич, О. С.** Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья / О. С. Кузьмич, С. Ю. Рошин. - М.: ГУ – ВШЭ, 2007. - 60 с. - Текст : непосредственный.

58. **Лисицын, Ю. П.** Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с. - Текст : непосредственный.

59. **Лисицын, Ю. П.** Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья» / Ю. П. Лисицын, отв.ред. И. Н. Смирнов. - М. : Наука, 1987. - 87 с. - Текст : непосредственный.

60. **Лищук, В. А.** Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации: обзор / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. - М.: РАМН, 1994. - 134 с. - Текст : непосредственный.

61. **Маркс, К.** Экономические рукописи. - М.: Статистика, 1967. - 224 с.

62. **Маркс К., Энгельс Ф.** Соч. Изд. 2-е. - т.26. - ч.1. - 704 с. - Текст : непосредственный.

63. **Михальченков, Н. А.** Государственное регулирование экономики. Учебное пособие / Н. А. Михальченков, Т. М. Сметанин. - Сыктывкар КРАГСиУ, 2004. - 154 с. - Текст : непосредственный.

64. **Мишакин, Т. С.** Совершенствование управления региональной системой здравоохранения в условиях ее модернизации: на примере Республики Татарстан : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Мишакин Тимур Сергеевич ; Казанский (Приволжский) Федеральный университет. - Казань, 2010. - 25 с. - Место защиты: Академия управления «ТИСБИ». - URL: <https://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-upravleniya-regionalnoi-sistemoi-zdravookhraneniya-v-usloviyakh-ee-modern> (дата обращения 01.12.2021). - Текст : электронный.

65. **Молчанова, Е. В.** Здоровье населения как базовое условие социально-экономического развития общества : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой

степени доктора экономических наук / Молчанова Екатерина Владимировна ; Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук. - Москва, 2014. - 53 с. - Место защиты: Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН. - URL: <http://elibrary.krc.karelia.ru/72/1/molchanova.pdf> (дата обращения 12.04.2020). - Текст : электронный.

66. **Назаров, А. Ю.** Повышение эффективности использования нематериальных факторов развития региональной экономики : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Назаров Алексей Юрьевич ; Юго-Западный государственный университет. - Курск, 2019. – 24 с. - Место защиты: Юго-Западный государственный университет. - URL: <https://www.dissercat.com/content/povyshenie-effektivnosti-ispolzovaniya-nematerialnykh-faktorov-razvitiya-regionalnoi-ekonomi> (дата обращения 21.01.2020). - Текст : электронный.

67. **Нугуманова, Г. Р.** Оценка структурной дифференциации регионального рынка медицинских услуг: на примере Республики Татарстан экономики : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Нугуманова Гузель Рифатовна ; Казанский национальный исследовательский технологический университет. - Казань, 2015. - 203 с. - Место защиты: Казанский национальный исследовательский технологический университет. - URL <https://www.dissercat.com/content/otsenka-strukturnoi-differentsiatsii-regionalnogo-rynka-meditsinskikh-uslug-na-primere-respu> (дата обращения 30.02.2021). - Текст : электронный.

68. **Петленко, В. П.** Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. - СПб.: Балтийская педагогическая академия, 1998. - 120 с. - Текст : непосредственный.

69. **Потанина, Ю. А.** Компьютерная система ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах) / Ю. А. Потанина, Л. А. Дартау, О. В. Белоконь. - М.: Московский лицей, 1999. - 205

с. - Текст : непосредственный.

70. **Прохоров, Б. Б.** Общественное здоровье и экономика / Б. Б. Прохоров, И. В. Горшкова, Д. И. Шмаков, Е.В. Тарасова. - М.: МАКС Пресс, 2007. - 292 с. - Текст : непосредственный.

71. **Решетников, А. В.** Экономика здравоохранения. Учебник / А. В. Решетников., В. М. Алексеева, С. А. Ефименко. - ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. - 102 с. - Текст : непосредственный.

72. **Римашевская, Н. М.** Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под. общ. ред. Н. М. Римашевской. - М.: ИСЭПН, 2001. - 320 с. - Текст : непосредственный.

73. **Римашевская, Н. М.** Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под. общ. ред. Н. М. Римашевской. - М.: Социальный проект, 2007. - 204 с. - Текст : непосредственный.

74. **Рисин, И. Е.** Государственное регулирование экономики: учебное пособие / И. Е. Рисин. - М.: КНОРУС, 2014. - 240 с. - Текст : непосредственный.

75. **Сабитов, Н. Х.** Организация и экономика сферы медицинских услуг: вопросы теории и практики / Н. Х. Сабитов. - Казань «Медицина», 2000. - 436 с. - Текст : непосредственный.

76. **Сабитов, Н. Х.** Организационно-экономический механизм функционирования сферы медицинских услуг в условиях рыночных отношений : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук / Сабитов Наиль Харисович ; Казанская государственная медицинская академия, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова. - Москва, 2001. - 45 с. - Место защиты: Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова. - Текст : непосредственный.

77. **Садовничий, В. А.** От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н. С. Григорьева, Т В Чубарова. - М.: Экономика, 2012. - 286 с. - Текст : непосредственный.

78. **Серенко, А. Ф.** Социальная гигиена и организация здравоохранения /

под ред. А. Ф. Серенко. - М.: Медицина, 1984. - 640 с. - Текст : непосредственный.

79. **Сидельников, С. А.** Научное обоснование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения) : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Сидельников Сергей Алексеевич ; Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского. - Саратов, 2019. - 47 с. - Место защиты: Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва. - URL: <https://www.dissercat.com/content/nauchnoe-obosnovanie-tekhnologii-optimizatsii-mezhsektoralnogo-vzaimodeistviya-po-okhrane> (дата обращения 22.01.2020). - Текст : электронный.

80. **Фотаки, М.** Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сб. «Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». - М. - 1999. - Текст : непосредственный.

81. **Цыганкова, С. М.** Механизм государственного регулирования в сфере услуг здравоохранения (на примере Краснодарского края) : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Цыганкова Светлана Михайловна ; Сочинский государственный университет. - Краснодар, 2013. - 20 с. - Место защиты: Институте исследования товародвижения и конъюнктуры оптового рынка, Москва. - URL: <https://www.dissercat.com/content/mekhanizm-gosudarstvennogo-regulirovaniya-v-sfere-uslug-zdravookhraneniya> (дата обращения 08.09.2021). - Текст : электронный.

82. **Цыренова, В. Д.** Качество здоровья населения как общественное благо и факторы его повышения в России : специальность 08.00.01 "Экономическая теория" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Цыренова Валентина Доржиевна ; Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. - Улан-Удэ, 2014. - 20 с. - Место защиты: Восточно-Сибирский государственный университет технологий и

управления. - URL: <https://www.dissercat.com/content/kachestvo-zdorovya-naseleniya-kak-obshchestvennoe-bлаго-i-factory-ego-povysheniya-v-rossii> (дата обращения 19.02.2021). - Текст : электронный.

83. **Шабунова, А. А.** Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством " : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук / Шабунова Александра Анатольевна ; Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН. - Москва, 2011. - 43 с. - Место защиты: Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН. - URL: <https://www.dissercat.com/content/obshchestvennoe-i-individualnoe-zdorove-v-sovremennoi-rossii-sostoyanie-i-dinamika> (дата обращения 28.06.2020). - Текст : электронный.

84. **Шибалков, И. П.** Комплексная оценка влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения регионов России динамика : специальность 08.00.05 "Экономика и управление народным хозяйством " : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Шибалков Иван Петрович ; Национальный исследовательский Томский политехнический университет. - Томск, 2019. - 25 с. - Место защиты: Институт экономики Уральского отделения Российской академии наук, Екатеринбург. - URL: <https://www.dissercat.com/content/kompleksnaya-otsenka-vliyaniya-sotsialno-ekonomicheskikh-faktorov-na-ozhidaemuyu-prodolzhite> (дата обращения 11.02.2020). - Текст : электронный.

85. **Шумпетер, Й.** Теория экономического развития / Й. Шумпетер. - М.: Прогресс, 1982. - 169 с. - Текст : непосредственный.

86. **Щепин, О. П.** Медицина и общество / О. П. Щепин, Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин. - М.: Медицина, 1983. - 392 с. - Текст : непосредственный.

87. **Юрьев, В. К.** Здоровье населения и методы его изучения / В. К. Юрьев. - СПб., 1993. - 192 с. - Текст : непосредственный.

88. **Юрьев, В. К.** Основы общественного здоровья и здравоохранения:

учебник для студентов, преподавателей / В. К. Юрьев. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2019. - 271 с. - Текст : непосредственный.

89. **Asay, G. R. B.** Absenteeism and Employer Costs Associated With Chronic Diseases and Health Risk Factors in the US Workforce / GRB. Asay, K. Roy, JE. Lang, RL. Payne, DH. Howard // Original research. - Volume 13. - October 6. - 2016. - URL: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/15_0503.htm (дата обращения 01.12.2020). - Текст : электронный.

90. **Becker, G. S.** The Economic way of looking at life / G. S. Becker // Chicago: John M. Olin law & economics working paper. - 1992. - № 12. - P.29-31. - URL: https://chicagounbound.uchicago.edu/law_and_economics/510/ (дата обращения 13.11.2020). - Текст : электронный.

91. **Bloom, David E.** Longevity and life-cycle savings / David E Bloom., David Canning and Bryan Graham. - Текст : непосредственный // Scandinavian journal of economics. - 2003. - Vol. 105. - September. - P. 319-33.

92. **Carinci, F.** Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators / F. Carinci, K. Van Gool, J. Mainz, J. Veillard, EC. Pichora, JM. Januel et al. - Текст : непосредственный // Int J Qual Health Care. - 2015. - 27(Suppl 2). - P. 137–46.

93. **Donabedian, A.** The quality of care. How can it be assessed? / A. Donabedian. - Текст : непосредственный // JAMA. - 1988. - 260(12). - P. 1743–1750.

94. **Kalemli-Ozcan, Sebnem** Mortality decline, human capital investment, and economic growth / Kalemli-Ozcan Sebnem, Ryder Harl E., Weil David N. - Текст : непосредственный // Journal of Development economics. - Elsevier. - 2000. - June. - Vol. 62(1). - P. 1-23.

95. **Preston, S. H.** The Changing relation between mortality and level of economic development / S. Preson. - Текст : непосредственный // Population Studies. - 1975. - 29:231. - P.248-256.

96. **Putnam, R.** Social capital. Measurement and consequences / R. Putman. - Текст : непосредственный // ISUMA / Canadian journal of policy research. - 2001. - Spring. - P. 41-51.

97. **Rosenberg, L.** Is Healthcare Leaders Ready for the Real Revolution? / L. Rosenberg. – Текст : непосредственный // The Journal of Behavioral Health Services & Research. - 2012. - 39(3). – P. 215–219.
98. **Schultz, T. W.** Nobel lecture: The economics of being poor / T. W. Schultz. – Текст : непосредственный // Journal of political economy. – Chicago university press. – 1980. – Vol. 88(4). – P. 639-651.
99. **Williams, A.** EuroQoL – a new facility for the measurement of healthrelated quality of life/ A. Williams. - Текст : непосредственный // Health policy. - 1990. - №16. - P. 199-208.
100. **Valeeva, G. F.** Cross-country analysis of the effectiveness of health systems / G. F. Valeeva, E. M. Razymovskaya // Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba. – 2019. – V. 8. – № 06. – P. 10-19.
101. **Valeeva, G. F.** Medicine and tourism as agents of medical tourism / G. F. Valeeva, O. A. Bunakov, B. M. Eidelman, L. R. Fakhrutdinova // International Journal of Pharmaceutical Research. — 2020. — V. 12, Supplementary Is. 1 — P. 2117-2121. – URL: <https://plu.mx/plum/a/?doi=10.31838/ijpr/2020.SP1.310&theme=plum-bigben-theme> (дата обращения: 20.12.2021).
102. **Valeeva, G. F.** Social determinants of human health: quantitative and qualitative studies / G. F. Valeeva, D. V. Rodnyansky, R. A. Abramov, I. N. Makarov // International Journal of Health Sciences. – 2021. – V. 5, № 3. – P. 649-660.
103. **Андреев, Е.** Связь между уровнями смертности и экономического развития в России и ее регионах / Е. Андреев, В. Школьников. - Текст : непосредственный // Демографическое обозрение. - 2018. - том 5. - №1. - С. 6-24.
104. **Апанасенко, Г. Л.** О возможности количественной оценки уровня здоровья человека / Г. Л. Апанасенко. - Текст : непосредственный // Гигиена и санитария. - 1985. - № 6. - С. 55-58.
105. **Баевский, Р. М.** Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации / Р. М. Баевский. - Текст : непосредственный // Вестник АМН СССР. - 1989. - № 8. - С. 73-78.

106. **Бельчук, Е. В.** Анализ региональной дифференциации социальной сферы России / Е. В. Бельчук. – Текст : непосредственный // Экономическая политика: социальный аспект. - 32 (287). - 2012. - С. 11-18.

107. **Борисов, Н. А.** Практика эффективного инновационного управления профилактической медициной в развитых странах / Н. А. Борисов. - Текст : непосредственный // Известия Волгоградского государственного технического университета. - 2015. - №3. - С. 54-58.

108. **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.

109. **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.

110. **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.

111. **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.

112. **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).

113. **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.

114. **Валеева, Г. Ф.** Здоровоохранение 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.

115. **Валеева, Г. Ф.** Медицинские услуги и оценка их результирующего воздействия / Г. Ф. Валиева. – Текст : непосредственный // Казанский экономический вестник. – 2021. – № 6. – С. 57-61.

116. **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.

117. **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.

118. **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).

119. **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.

120. **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).

121. **Валеева, Г. Ф.** Формирование здорового образа жизни как элемент повышения уровня общественного здоровья / Г. В. 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.

122. **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).

123. **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.

124. **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.

125. **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.

126. **Велиева, А. Д.** Влияние факторов внешней среды на деятельность частной медицинской организации / А. Д. Велиева // Молодой ученый. - 2015. - № 13. - С. 366-368. - URL: <https://moluch.ru/archive/93/20048/> (дата обращения 22.01.2021). - Текст : электронный.

127. **Вялков, А. И.** Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг / А. И. Вялков, И. А. Гундаров, В. А. Полесский. - Текст : непосредственный // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 1. - С. 5-9.

128. **Герасимов, П. А.** К вопросу об экономических аспектах предоставления медицинских услуг за рубежом / П. А. Герасимов. – Текст : непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - №6. - С. 27-29.

129. **Глазьев, С. Ю.** В очередной раз на те же грабли? (К оценке «Стратегии развития Российской Федерации до 2010 г.») / С. Ю. Глазьев. - Текст : непосредственный // Российский экономический журнал. - 2000. - № 5-6. - С. 3-25.

130. **Дартау, Л. А.** Государственное управление здоровьем и качеством жизни. Ч. 1. Объект, субъекты, обязанности и ответственность / Л. А. Дартау. - Текст : непосредственный // Проблемы управления. - 2015. - № 2. - С. 52-59.

131. **Дуганов, М. Д.** Финансовый макроанализ и его применение для приоритетов развития здравоохранения региона / М. Д. Дуганов, А. А. Колинко, А. Н. Макеев и др. - Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. - 2004. - № 5. - С. 31-36.

132. **Дудник, В. Ю.** Модели развития системы здравоохранения: мировой опыт (обзор литературы) / В. Ю. Дудник. - Текст : непосредственный // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - №3. - Ч. 1. - С. 60-64.

133. **Ерохина, Е. В.** Влияния нематериальных факторов на потенциал развития региональных инновационных подсистем (на материалах Калужской области) / Е. В. Ерохина. – Текст : непосредственный // Современные технологии управления. - 2015. - № 6 (54). - Номер статьи: 5404. - URL:

<https://sovman.ru/article/5404> (дата обращения 12.02.2021). - Текст : электронный.

134. **Захарова, Е. Н.** Методологические подходы к содержанию и структуре функций государственного регулирования здравоохранения как вида экономической деятельности в национальной экономике вопросы экономики / Е. Н. Захарова, Е. А. Качанова, Н. Г. Чевтаева // Вопросы управления. - 2018. - С. 101-105. - URL: <http://vestnik.uara.ru/ru/issue/2018/05/11/> (дата обращения 19.11.2021). - Текст : электронный.

135. **Зиганшина, З. Р.** Совершенствование кадровой политики региона в рамках модернизации здравоохранения / З. Р. Зиганшина. - Текст : непосредственный // Экономические науки. - 2016. - № 6 (139). - С. 17-19.

136. **Калашников, К. Н.** Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации / К. Н. Калашников. - Текст : непосредственный // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2015. - 1 (37). - С. 72-87. - URL: <http://esc.vssc.ac.ru/article/627> (дата обращения 18.08.2021). - Текст : электронный.

137. **Калинина, Т. В.** Качество жизни населения как важнейшая составляющая общественного здоровья / Т. В. Калинина. - Текст : непосредственный // Медицина. - 2008. - № 4. - С. 7-9.

138. **Квачахия, Л. Л.** Об эффективности модели отечественной системы здравоохранения в сравнении с развитыми странами / Л. Л. Квачахия // Иннов: электронный научный журнал. - 2018. - №3 (36). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-effektivnosti-modeli-otechestvennoy-sistemy-zdravoohraneniya-v-sravnenii-s-razvityimi-stranami> (дата обращения: 24.04.2021). - Текст : электронный.

139. **Ключенович, В. И.** Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления / В. И. Ключенович // «Медицинские новости». - 2005. - №3). - URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=872> (дата обращения 11.02.2021). - Текст : электронный.

140. **Кобзистая, Ю. Г.** Теоретический подход к анализу человеческого капитала и его основных элементов / Ю. Г. Кобзистая // Экономика и современный

менеджмент: теория и практика: сб. ст. по матер. XLIX междунар. науч.-практ. конф. - № 5(49). - Новосибирск: СибАК. - 2015. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskiy-podhod-k-analizu-chelovecheskogo-kapitala-i-ego-osnovnyh-elementov> (дата обращения 27.03.2020). - Текст : электронный.

141. **Косьяненко, С. С.** Инновации в медицине: Южная Корея и Россия / С. С. Косьяненко, А. О. Бурковская, Е. В. Ермолаева. – Текст : непосредственный // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2016. - Т.6. - № 1. - С. 65-66.

142. **Куделина, О. В.** Эффективность регионального здравоохранения / О. В. Куделина, С. Л. Еремина // Экономика региона. - 2016. - № 1. - С. 211-225. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-regionalnogo-zdravoohraneniya>, (дата обращения 26.01.2021). - Текст : электронный

143. **Кузнецова, З. М.** Теоретические аспекты понятия «Здоровье» / З. М. Кузнецова, С. В. Павлова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. - 2007. - № 1 (2). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-aspekty-ponyatiya-zdorovie> (дата обращения 11.02.2021). - Текст : электронный.

144. **Лексин, В. Н.** Общероссийская реформа и территориальное развитие. Региональная Россия XXI века: новая ситуация и новые подходы к ее исследованию и регулированию / В. Н. Лексин, А. Н. Швецов. - Текст : непосредственный // Российский экономический журнал. - 2004. - № 8. - С. 13-32.

145. **Лисицын, Ю. П.** Концепция «человеческого капитала»: медико-экономический аспект / Ю. П. Лисицын. - Текст : непосредственный // Экономика здравоохранения. - 1998. - № 2(26). - С. 5-9.

146. **Лунева, К. В.** Роль и место здоровьесбережения в социальной работе / К. В. Лунева, Т. С. Киенко, С. С. Пятибратова // материалы V Международной студенческой научной конференции Студенческий научный форум. – 2013. - URL: <https://scienceforum.ru/2013/article/2013005353> (дата обращения 27.10.2021). - Текст : электронный

147. **Морозов, В. А.** Гармоничный образ жизни населения РФ и действия

государства. Система ценностей современного общества / В. А. Морозов. – Текст : непосредственный // Издательство: Общество с ограниченной ответственностью "Центр развития научного сотрудничества" (Новосибирск). - № 45. - 2016. - С. 151-160.

148. **Перхов, В. И.** Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения / В. И. Перхов, Р. В. Стребунова, Д. С. Янкевич, Ю. Ю. Юркин. – Текст : непосредственный // Менеджер здравоохранения. - 2013. - № 7. - С. 49-56.

149. **Плесовский, П. А.** Роль государства в регулировании рынка медицинских услуг / П. А. Плесовский // Корпоративное управление и инновационное развитие экономики Севера: Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета. - 2008. - №1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-gosudarstva-v-regulirovanii-rynka-meditsinskih-uslug> (дата обращения: 24.01.2021). - Текст : электронный.

150. **Проваторова, А. С.** Совершенствование государственного управления в сфере здравоохранения / А. С. Проваторова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2018. - № 11 (ноябрь). - URL: <http://e-koncept.ru/2018/183071.htm> (дата обращения 01.12.2021). - Текст : электронный.

151. **Роднянский, Д. В.** 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).

152. **Самутин, К. А.** Здоровье населения как составной элемент экономической политики государства / К. А. Самутин // Российское предпринимательство. - 2012. - Том 13. - № 11. - С. 131-136. - URL: <https://creativeconomy.ru/lib/7543> (дата обращения 15.12.2021). - Текст : электронный.

153. **Соколов, Е. В.** Система финансирования здравоохранения в Сингапуре

/ Е. В. Соколов, Д. А. Гречкин. - Текст : непосредственный // Экономика и управление: проблемы, решения. - 2017. - № 9. - С. 45–52.

154. **Терехин, В. И.** Влияние человеческого капитала на социально-экономическое развитие региона / В. И. Терехин, Л. А. Чернородова, Д. К. Бухенский. - Текст : непосредственный // Уровень жизни населения регионов России. - № 2 (192) . - 2014. - С. 86–96.

155. **Тищенко, Т. А.** Особенности государственного управления сферой здравоохранения на современном этапе в России / Т. А. Тищенко, З. Э. Сабирова // Bulletin USUES. Science, education, economy. Series economy. - № 4 (14). - 2015. - С. 45-49. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/osobennosti-gosudarstvennogo-upravleniya-sferoy-zdravoohraneniya-na-sovremennom-etape-v-rossii> (дата обращения 26.09.2021). - Текст : электронный.

156. **Улумбекова, Г. Э.** Эффективность региональных систем здравоохранения России / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн, А. В. Калашникова // Вестник ВШОУЗ. - 2017. - №3. - URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2017/effektivnost-regionalnykh-sistem-zdravookhraneniya-rossii/> (дата обращения 12.03.2021). - Текст : электронный.

157. **Улумбекова, Г. Э.** Системный подход к достижению общенациональной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году Г. Э. Улумбекова, Н. Ф. Прохоренко, А. Б. Гинойн, А. В. Калашникова // Экономика. Налоги. Право. - 2019. - №2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistemnyu-podhod-k-dostizheniyu-obschenatsionalnoy-tseli-po-uvelicheniyu-ozhidaemoy-prodolzhitelnosti-zhizni-do-78-let-k-2024-godu> (дата обращения 09.09.2020). - Текст : электронный.

158. **Ульянова, О. Ю.** Целевые ориентиры и проблемы развития региональной социальной инфраструктуры в условиях модернизации экономики / О. Ю. Ульянова, С. О. Яценко, Э. И. Чебанов // Региональная экономика: теория и практика. - 2011. - №48. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tselevye-orientiry-i-problemy-razvitiya-regionalnoy-sotsialnoy-infrastruktury-v-usloviyah-modernizatsii-ekonomiki> (дата обращения: 24.01.2021). - Текст : электронный.

159. **Ухлин, Д. А.** Современные аспекты функционирования сферы здравоохранения в условиях инновационного развития экономики страны / Д. А. Ухлин. – Текст : непосредственный // Современные аспекты экономики. - 2010. - № 1. - С. 16-24.

160. **Шарабчиев, Ю. Т.** Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-i-kachestvo-meditsinskoj-pomoschi-slagaemye-uspeha> (дата обращения 17.12.2020). - Текст : электронный.

161. **Шибалков, И. П.** Эволюция теоретических представлений о здоровье как экономической и социальной и категории / И. П. Шибалков // Интернет-журнал «Науковедение». - Том 9. - № 3. - 2017. - URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/97EVN317.pdf> (дата обращения 12.03.2020). - Текст : электронный.

162. **Ширванова, М. Р.** Влияние здоровья населения на экономический потенциал государства // Научное сообщество студентов XXI столетия. гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XLII междунар. студ. науч.-практ. конф. - № 5(42). - URL: [https://sibac.info/archive/guman/5\(42\).pdf](https://sibac.info/archive/guman/5(42).pdf) (дата обращения 21.07.2020). - Текст : электронный.

163. **Шмаков, Д. И.** Разработка методики оценки потерь капитала здоровья // Научные труды. - Текст : непосредственный // Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН. - М.: МАКС-Пресс. - 2004. - Т. 2. - С. 527-539.

164. 10 ведущих причин смерти в мире : Официальный сайт ВОЗ. - URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения 29.09.2020). - Текст : электронный.

165. Bloomberg составил мировой рейтинг по уровню здоровья населения. Россия заняла 95-е : Официальный сайт газеты ТАСС. - URL: <https://tass.ru/obschestvo/6156240> (дата обращения 21.12.2020). - Текст : электронный.

166. **Fekri, O.** Оценка эффективности систем здравоохранения в

Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-члены при проведении измерений? / Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. : Европейское региональное бюро ВОЗ. - URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/386048/hen-55-rus.pdf?ua=1 (дата обращения 31.08.2020). - Текст : электронный.

167. Global health expenditure database : Официальный сайт ВОЗ. - URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения 10.11.2020). - Текст : электронный.

168. Health Care Index by Country 2019 : Официальный сайт Numbeo. - URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2019 (дата обращения 03.11.2021). - Текст : электронный.

169. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2016-2020 гг, оценка влияния коронавируса и прогноз на 2021-2025 гг. : РКБ-исследования. - URL: <https://marketing.rbc.ru/research/27532/> (дата обращения 02.01.2021). - Текст : электронный.

170. В каких странах самые лучшие системы здравоохранения? : Официальный сайт APRIL International. - URL: <https://fr.april-international.com/en/healthcare-expatriates/which-countries-have-best-healthcare-systems> (дата обращения 14.09.2021). - Текст : электронный.

171. Бизнес готов заботиться о здоровье работников. Но - при поддержке государства : Российская газета. – Федеральный выпуск №61(6333) . - URL: <https://rg.ru/2014/03/18/rabota.html> (дата обращения 22.07.2020). - Текст : электронный.

172. 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). - Текст : электронный.

173. Дело каждого: укрепление систем здравоохранения для улучшения результатов в области здравоохранения: рамочная программа действий ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007 : Официальный сайт ВОЗ. - URL: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (дата

обращения 11.07.2020). - Текст : электронный.

174. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации : Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации. - URL: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/19663.pdf> (дата обращения 14.01.2021). - Текст : электронный.

175. Доля детей-инвалидов в общей численности инвалидов в разрезе субъектов России : Официальный сайт Федерального реестра инвалидов. - URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei/dolya-detei?territory=1> (дата обращения 06.09.2021). - Текст : электронный.

176. Доплата за диагноз : Российская газета. - Столичный выпуск № 165(7923). - URL: <https://rg.ru/2019/07/29/minzdrav-predlozhit-premirovat-vrachej-zavyavlenie-raka.html> и <https://shahti.bezformata.com/listnews/vrachej-budut-premirovat-za-viyavlenie/76625524/> (дата обращения 27.11.2020). - Текст : электронный.

177. Дроздова, Л. Ю. Всероссийская диспансеризация России : ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. - URL: https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/12/profkom061219_drozdova.pdf (дата обращения 21.11.2020). - Текст : электронный.

178. Ежегодная информация об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации : Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации. - URL: https://minfin.gov.ru/ru/statistics/conbud/execute/?id_65=93449-yezhegodnaya_informatsiya_ob_ispolnenii_konsolidirovannogo_byudzheta_rossiiskoi_federatsiidannye_s_1_yanvarya_2006_g (дата обращения 16.07.2021). - Текст : электронный.

179. ЕМИСС: Официальные статистические показатели : Официальный сайт единой межведомственной информационно-статистической системы. - URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/43700> (дата обращения 26.04.2021). - Текст : электронный.

180. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века : Официальный сайт ВОЗ. - URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications>

/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013 (дата обращения 22.07.2020). - Текст : электронный.

181. **Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат.** - М., 3-46 2019 : Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. - URL: https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm, <https://gks.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2019.pdf> (дата обращения 29.09.2021). - Текст : электронный.

182. **Информация и статистика Министерства здравоохранения Республики Татарстан** : Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан. - URL: <https://minzdrav.tatarstan.ru/informatsiya-i-statistika.htm> (дата обращения 09.09.2021). - Текст : электронный.

183. **Лукьянчикова, Т.Л.** Компаративистский анализ производственного травматизма: Россия и мир / Т. Л. Лукьянчикова, Т. Н. Ямщикова, Н. В. Клецова // . - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komparativistskiy-analiz-proizvodstvennogo-travmatizma-rossiya-i-mir> (дата обращения 19.08.2021). - Текст : электронный.

184. **Мировая статистика здравоохранения за 2019 год: мониторинг состояния здоровья для достижения ЦУР, целей устойчивого развития.** Geneva: World Health Organization; 2019 : Официальный сайт ВОЗ. - URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y> (дата обращения 01.12.2021). - Текст : электронный.

185. **Мусина, К.** Быть здоровым выгодно : Официальный сайт ironchampion. - URL: <https://ironchampion.ru/byt-zdorovym-vygodno/> (дата обращения 13.08.2021). - Текст : электронный.

186. **Об итогах деятельности отрасли здравоохранения Республики Татарстан в 2020 году и задачах на 2021 год** : Официальный сайт министерства здравоохранения Республики Татарстан. - URL: <https://minzdrav.tatarstan.ru/file/minzdrav/File/%D0%98%D0%A2%D0%9E%D0%93%20%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80.pdf> (дата обращения 19.10.2021). - Текст : электронный.

187. Официальный сайт Bloomberg. - URL: <https://www.bloomberg.com/europe> (дата обращения 12.09.2021). - Текст : электронный.

188. Официальный портал Ассоциации «Здоровые города, районы и посёлки». - URL: <http://zdorovyegoroda.ru/o-nas/> (дата обращения 09.01.2021). - Текст : электронный.

189. Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты России. - URL: <https://mintrud.gov.ru/> (дата обращения 24.05.2020). - Текст : электронный.

190. Официальный сайт портала РАМН. - URL: <https://portalramn.ru/> (дата обращения 22.04.2021). - Текст : электронный.

191. Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. - URL: <https://www.rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/> (дата обращения 11.01.2020). - Текст : электронный.

192. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году : Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. - URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/8e4/gosdoklad-za-2019_seb_29_05.pdf (дата обращения 15.02.2020). - Текст : электронный.

193. Платное обслуживание населения в России. 2019: Стат. сб./ ПЗ7 Росстат. - М., 2019. - 110 с. : Официальный сайт федеральной службы государственной статистики. - URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13235> (дата обращения 04.11.2021). - Текст : электронный.

194. Положение инвалидов : Официальный сайт федеральной службы государственной статистики. - URL: <https://www.gks.ru/folder/13964> (дата обращения 29.11.2021). - Текст : электронный.

195. Портал о здоровом образе жизни : Официальный ресурс Министерства здравоохранения Российской Федерации. - URL: <http://www.takzdorovo.ru/db/healthcenter/> (дата обращения 12.12.2021). - Текст : электронный.

196. Пути повышения качества оказания медицинской помощи в системе ОМС : Страховой портал.РУ. - URL: <https://insur-portal.ru/oms/povyshenie-kachestva-medpomoshchi-ro-oms> (дата обращения 06.06.2021). - Текст : электронный.

197. Работай и не болей: Российская газета. - URL:

<https://rg.ru/2019/02/13/rossijskie-kompanii-stali-bolshe-vkladyvat-v-zdorove-sotrudnikov.html> (дата обращения 03.05.2020). - Текст : электронный.

198. Рейтинг Bloomberg [Электронный ресурс] / Официальный сайт газеты Коммерсант. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/3306440> (дата обращения 28.12.2019). - Текст : электронный.

199. Рейтинг The Most Efficient Health Care : 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 28.11.2021). - Текст : электронный.

200. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения: Информационный портал NoNews. - URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health> (дата обращения 11.11.2019). - Текст : электронный.

201. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни : Гуманитарный портал. - URL: <https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info> (дата обращения 31.10.2020). - Текст : электронный.

202. Рейтинг стран по уровню медицины : Информационный портал NoNews. - URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index> (дата обращения 20.05.2020). - Текст : электронный.

203. Рейтинг эффективности здравоохранения регионов России : Официальный сайт ВШОУЗ. - URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/effektivnost-regionalnykh-sistem-zdravookhraneniya-rossii-reyting-2017-g-> (дата обращения 17.01.2020). - Текст : электронный.

204. Росстат за 2014-2017 гг.: бюллетень «Социальное положение и уровень жизни населения России» и раздел «Положение инвалидов» на официальном сайте. ФРИ (Федеральный реестр инвалидов) за 2018-2020 гг.: раздел «Аналитика» : Проект Благотворительного фонда «Нужна помощь». - URL: https://tochno.st/problems/disability/districts/privolzhskiy_fo/regions/tatarstan (дата обращения 22.07.2020). - Текст : электронный.

205. Рынок частной медицины в России : Медицинская информационная система для медицинских центров и стоматологий MEDODS. - URL:

<https://medods.ru/post/rynok-chastnoi-meditsiny-v-rossii> (дата обращения 21.01.2020).

- Текст : электронный.

206. **Саневич, М.** Здоровые сотрудники: с чего начинается корпоративная страховка : Официальный сайт журнала Inc. - URL: <https://incrussia.ru/understand/zdorovye-sotrudniki-s-chego-nachinaetsya-korporativnaya-strahovka/> (дата обращения 19.08.2020). - Текст : электронный.

207. Сборник «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения» Часть 6. Москва, 2018 : Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. - URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god> (дата обращения 27.09.2021). - Текст : электронный.

208. Со 2 полугодия 2019 года меняется порядок диспансеризации взрослого населения : Официальный сайт Исполнительного комитета г.Казани. - URL: <https://www.kzn.ru/meriya/press-tsentr/novosti/so-2-polugodiya-2019-goda-menyaetsya-poryadok-dispanserizatsii-vzroslogo-naseleniya/> (дата обращения 21.01.2020). - Текст : электронный.

209. Список стран по уровню смертности : Информационный портал NoNews. - URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/death> (дата обращения 31.01.2020). - Текст : электронный.

210. Статистика вакцинации от коронавируса : Информационный портал gogov.ru. - URL: <https://gogov.ru/articles/covid-v-stats> (дата обращения 12.01.2020). - Текст : электронный.

211. Статистический бюллетень «Здравоохранение в России» (публикуется один раз в два года), 2018: Минтруд: данные предоставлены по запросу; расчеты фонда «Нужна помощь» : Официальный сайт Проекта Благотворительного фонда «Нужна помощь». - URL: <https://nuzhnapomosh.ru/> (дата обращения 28.12.2020). - Текст : электронный.

212. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи по Территориальной программе обязательного медицинского страхования

Республики Татарстан на 2021 год : Официальный сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан. - URL: <http://www.fomsrt.ru/files2/%D0%A2%D0%A1%20%D0%9E%D0%9C%D0%A1%20%D0%BD%D0%B0%202021%20%D0%B3%D0%BE%D0%B4.pdf> (дата обращения 18.11.2020). - Текст : электронный.

213. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по РТ : Рынок труда и занятость населения : Официальный сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РТ. - URL: https://tatstat.gks.ru/labor_market (дата обращения 02.11.2021). - Текст : электронный.

214. Труд и занятость в России. 2019: Стат.сб./Росстат Т.78. - М., 2019. - 135 с. : Официальный сайт Росстата. - URL: https://www.gks.ru/storage/mediabank/Trud_2019.pdf (дата обращения 28.12.2020). - Текст : электронный.

215. Удельный вес работников организаций, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, по отдельным видам экономической деятельности : Официальный сайт федеральной службы государственной статистики. - URL: https://rosstat.gov.ru/working_conditions?print=1 (дата обращения 12.09.2020). - Текст : электронный.

216. Улумбекова, Г. Э. Российское здравоохранение – сиротинушка, за которую некому заступиться : Официальный сайт ВШОУЗ. - URL: <https://www.vshouz.ru/news/vshouz/39672/> (дата обращения 20.11.2021). - Текст : электронный.

217. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения. 2019-2024 гг. : Официальный сайт ВШОУЗ. - URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/guzel-ulumbekova-nuzhna-li-rossii-sistema-oms/> (дата обращения 21.11.2021). - Текст : электронный.

218. Условия труда : Официальный сайт федеральной службы государственной статистики. - URL: https://www.gks.ru/working_conditions?print=1 (дата обращения 20.11.2021). - Текст : электронный.

219. Услуги в области здравоохранения и социального обеспечения : Официальный сайт PWC. - URL: <https://www.pwc.com/us/en/services/hr-management/health-and-welfare.html> (дата обращения 14.10.2020). - Текст : электронный.

220. Федеральный реестр инвалидов : Официальный сайт Федерального реестра инвалидов. - URL: <https://sfri.ru/> (дата обращения 22.11.2021). - Текст : электронный.

221. Это самые здоровые нации в мире : Официальный сайт Bloomberg. - URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> (дата обращения 19.11.2021). - Текст : электронный.

222. Эффективность российского здравоохранения и система ОМС : официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения. - URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=8790> (дата обращения 04.06.2021). - Текст : электронный.

Приложение А
(справочное)
Смертность населения по причинам смерти по России
за январь-декабрь 2019 года

Таблица А.1

Причины смерти	Число умерших						
	Человек				на 100000 населения		
	2019 г.	2018 г.	прирост, снижение	2019 г. к 2018 г., %	2019 г.	2018 г.	2019 г. к 2018 г., %
Всего умерших от всех причин	1800683	1827827	-27144	98,5	1228,1	1245,4	98,6
в том числе от:							
а) некоторых инфекционных и паразитарных болезней	31159	32458	-1299	96,0	21,3	22,1	96,4
б) новообразований	295455	293630	1825	100,6	201,5	200,1	100,7
из них от злокачественных	291155	288563	2592	100,9	198,6	196,6	101,0
в) болезней системы кровообращения	841175	850624	-9449	98,9	573,7	579,6	99,0
из них от: гипертонической болезни	16076	16586	-510	96,9	11,0	11,3	97,3
ишемической болезни	442609	447062	-4453	99,0	301,9	304,6	99,1
в том числе от инфаркта миокарда	54001	55487	-1486	97,3	36,8	37,8	97,4
цереброваскулярных болезней	260794	259770	1024	100,4	177,9	177,0	100,5
других болезней системы	121696	127206	-5510	95,7	83,0	86,7	95,7
г) болезней органов дыхания	57956	60186	-2230	96,3	39,5	41,0	96,3
из них от:							
от гриппа и ОРЗ	492	486	6	101,2	0,3	0,3	100,0
Пневмонии	23352	25078	-1726	93,1	15,9	17,1	93,0
других болезней органов дыхания	34112	34622	-510	98,5	23,3	23,6	98,7

Причины смерти	Число умерших						
	Человек				на 100000 населения		
	2019 г.	2018 г.	прирост, снижение	2019 г. к 2018 г., %	2019 г.	2018 г.	2019 г. к 2018 г., %
д) болезней органов пищеварения	97325	94172	3153	103,3	66,4	64,2	103,4
е) болезней нервной системы	100285	112091	-11806	89,5	68,4	76,4	89,5
ж) болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	42762	42531	231	100,5	29,2	29,0	100,7
з) внешних причин смерти	128142	134916	-6774	95,0	87,4	91,9	95,1
из них							
от всех видов транспортных	17661	19140	-1479	92,3	12,0	13,0	92,3
в том числе от ДТП	13297	14367	-1070	92,6	9,1	9,8	92,9
случайных отравлений алкоголем	6451	6735	-284	95,8	4,4	4,6	95,7
прочих отравлений	7473	7882	-409	94,8	5,1	5,4	94,4
случайных утоплений	3935	4793	-858	82,1	2,7	3,3	81,8
самоубийств	16983	18159	-1176	93,5	11,6	12,4	93,5
Убийств	7212	7798	-586	92,5	4,9	5,3	92,5
отравлений и воздействия алкоголем	1852	1944	-92	95,3	1,3	1,3	100,0
прочих внешних причин	66575	68465	-1890	97,2	45,4	46,6	97,4
и) другие классы болезней	206424	207219	-795	99,6	140,7	141,2	99,6

Источник: составлено автором [на основании материалов 181]

**Приложение Б
(обязательное)**

**Анкета для оценки общественного здоровья и удовлетворенности
получаемыми медицинскими услугами, апробированная
в Республике Татарстан¹**

Здравствуйте!

Перед Вами анкета, целью которой является оценка и анализ медико-социальных аспектов общественного здоровья.

Опрос проводится анонимно, поэтому просим Вас отвечать искренне на все вопросы анкеты.

1. Ваш пол:

— мужской;

— женский.

2. Ваш возраст:

— до 15 лет;

— 16-21;

— 22-35;

— 36-55;

— 56-72.

— 73 и больше

3. Ваш регион проживания:

— Республика Татарстан;

— иной регион _____.

4. Ваше место жительства:

— столица региона;

— город;

— районный центр;

— поселок городского типа;

¹ Составлено автором

— село, поселок.

5. Вид деятельности:

— учащийся (студент);

— безработный;

— пенсионер;

— домохозяйка;

— предприниматель;

— руководитель;

— специалист.

6. Материальное положение:

— денег не хватает даже на продукты, «едва сводим концы с концами»;

— на продукты денег хватает, но покупка одежды вызывает затруднения;

— денег хватает на продукты и одежду, но покупка крупной бытовой техники является для нас затруднительно;

— можем без труда приобретать крупную бытовую технику, но покупка нового легкового автомобиля была бы затруднительной;

— хватает доходов на новый легковой автомобиль, однако покупка квартиры или дома (иной недвижимости) является для нас затруднительной;

— материальных затруднений не испытываем; при необходимости можем купить квартиру, дом (иную недвижимость).

7. Как Вы оцениваете свое здоровье?

— хорошее;

— удовлетворительное;

— плохое.

8. Какие факторы, по Вашему мнению, наиболее сильно влияют на здоровье?:

— образ жизни человека;

— внешние факторы (условия быта, обучения, экология и т. д.);

— наследственность;

— качество и своевременность медицинской помощи

— иное _____.

9. Кто в наибольшей степени несет ответственность за Ваше здоровье?

- государство;
- система здравоохранения;
- родители;
- работодатель/университет;
- Вы сами;
- все в равной степени.

10. Считаете ли Вы достаточным свой уровень информированности по вопросам охраны своего здоровья?

- да;
- нет.

11. Считаете ли Вы свой образ жизни здоровым?

- да;
- нет.

12. Если Вы ответили «нет» на предыдущий вопрос, то что мешает Вам вести здоровый образ жизни (до 3 вариантов)?

- дефицит времени;
- усталость после рабочего дня/учебы;
- лень;
- отсутствие условий;
- уверенность, что болезни Вам не грозят;
- отсутствие интереса к своему здоровью;
- отсутствие компании для занятий;
- материальные затруднения.

13. Считаете ли Вы необходимым изменить свой образ жизни в лучшую сторону?

- да;
- нет.

14. Курите ли Вы?

- да;

— курил(а), но бросил(а);

— нет.

15. Осведомлены ли Вы о вреде курения и планируете ли избавиться от этой привычки?

— осведомлен и не планирую бросать;

— осведомлен и пытаюсь бросить;

— не осведомлен и не планирую бросать;

— не осведомлен, но планирую бросить;

16. Как часто Вы употребляете алкоголь?

— не употребляю совсем;

— ежедневно;

— два раза в неделю и чаще;

— не чаще 1-2 раз в месяц.

17. Осведомлены ли Вы о вреде алкоголя и планируете ли избавиться от этой привычки?

— осведомлен и не планирую бросать;

— осведомлен и пытаюсь бросить;

— не осведомлен и не планирую бросать;

— не осведомлен, но планирую бросить;

18. Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотические или токсические вещества?

— да;

— нет.

19. Занимаетесь ли Вы спортом?

— да, систематически;

— да, но не регулярно;

— нет.

20. Есть ли у Вас в шаговой доступности инфраструктура для занятий спортом?

— да;

— нет.

21. Что может повлиять на решение изменить Ваш образ жизни в лучшую сторону:

- ухудшение здоровья;
- осознание недовольства сложившимся образом жизни;
- осуждение окружающих;
- получение важной информации о ЗОЖ самостоятельно;
- грамотная пропаганда ЗОЖ;
- в целом улучшение условий и качества жизни;
- материальные стимулы со стороны работодателя и государства.

22. Какая информация о здоровом образе жизни Вас интересует больше всего?

(до 2 вариантов ответа)

- о рациональном питании;
- о борьбе со стрессами;
- о физической активности;
- о борьбе с вредными привычками;
- о грамотном приеме медикаментов.

23. Считаете ли Вы свое питание сбалансированным и рациональным?

- да;
- нет.

24. Если Вы ответили «нет» на предыдущий вопрос, укажите причины (до 6 вариантов ответа)

- постоянное нарушение режима;
- однообразное питание;
- избыток углеводов (сладкое, выпечка);
- редкое употребление горячей пищи;
- редкое употребление мясных, рыбных, продуктов;
- редкое употребление молочных продуктов;
- частое употребление острой, жирной, соленой пищи;
- питание всухомятку;
- употребление фаст-фуда;

- частое переедание;
- осознанное голодание;
- неприём поливитаминов;
- другое _____.

25. Знаете ли Вы что такое генетически модернизированные организмы (ГМО) и исключаете ли Вы их потребление?

- да, знаю, стараюсь не употреблять;
- да знаю, но не слежу за составом продуктов;
- нет, впервые слышу.

26. Сколько часов в день в среднем Вы спите:

- менее 5 часов;
- 5-7 часов;
- 7-9 часов;
- более 9 часов.

27. Как Вы можете оценить свое психологическое состояние?

- преимущественно благополучное;
- преимущественно неблагополучное;

28. Как часто Вы бываете на свежем воздухе?

- менее 2 часов в день;
- 2-4 часа;
- более 4 часов.

29. Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязнённость, зашумлённость, красота или привлекательность)?

- полностью удовлетворен;
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен.

30. В какой сфере в наибольшей степени проявляются негативные тенденции в состоянии окружающей среды? (выберите не более 3 вариантов)

- плотность транспортного потока;
- сокращение зеленых насаждений;
- производственные выбросы заводов;
- загрязнение атмосферы (атмосферного воздуха);
- загрязнение водоемов;
- несанкционированные свалки.

31. Удовлетворены ли Вы качеством питьевой воды?

- полностью удовлетворен
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен.

32. Если в данный момент Вы работаете или учитесь, как Вы оцениваете свои условия труда/обучения?

- нормальные;
- вредные;
- особо вредные.

33. Отметьте производственные факторы, оказывающие, по Вашему мнению, наибольший ущерб здоровью:

- повышенное нервно-психическое напряжение;
- напряженный график работы, учебы;
- профессиональные вредности;
- большая физическая нагрузка;
- неудовлетворительные санитарные и бытовые условия;
- Ваш вариант _____.

34. Удовлетворены ли Вы уровнем качества медобслуживания в медицинских учреждениях?

- полностью удовлетворен;
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен.

35.Как часто в среднем Вы обращаетесь к участковому терапевту (педиатру)?

- раз в месяц;
- раз в квартал;
- раз в полугодие;
- раз в год;
- не обращаюсь.

36.Причина, по которой Вы чаще всего обращаетесь в медицинскую организацию?

- заболевание;
- травма;
- диспансеризация;
- профосмотр (по направлению работодателя/университета);
- получение справки (для бассейна, для водительского удостоверения и т.п.);
- закрытие листка нетрудоспособности;
- другое _____.

37.Как часто Вы болеете острыми вирусными заболеваниями?

- реже 1 раза в год;
- 1-2 раза в год;
- 3- 4 раза в год;
- чаще 4 раз в год.

38.Есть ли у Вас какие-либо хронические заболевания?

- да;
- нет.
- затрудняюсь ответить

39.Всегда ли при недомогании Вы обращаетесь к врачу?

- да;
- нет.

40.Если на предыдущий вопрос Вы ответили «нет», назовите причину Вашего нежелания своевременно обратиться к врачу:

- низкий уровень обслуживания;

- недоверие квалификации врача;
- нежелание брать больничный лист;
- занятость;
- лечусь самостоятельно;
- Ваш вариант _____.

41. Как чаще всего Вы записываетесь на прием к врачу?

- по телефону;
- при личном обращении в регистратуру;
- через интернет;
- записывает лечащий врач.

42. Время ожидания приема врача/диагностического обследования, к которому

Вы записались, с момента записи на прием в среднем составляет?

- 14 календарных дней и более;
- 7-13 календарных дней;
- 2-6 календарных дней;
- на следующий день.

43. Чаще всего медицинские услуги Вы получаете:

- платно
- за счет обязательного медицинского страхования(бесплатно);
- за счет добровольного медицинского страхования;

44. Как часто Вы «благодарите» врачей во время рядового приема?

- почти всегда, считаю, что так отношение врача будет лучше;
- только когда чувствую, что врач проявляет к моей болезни искренний интерес;
- никогда, считаю нужным.

45. Предлагалось ли Вам сотрудниками медицинских учреждений, где Вы обслуживаетесь по системе ОМС, в силу отсутствия записи или иных причин, пройти назначенное Вам обследование на платной основе вне очереди?

- да;

— нет.

46. Отражается ли, по Вашему мнению, выбор бесплатной/платной медицины на качестве медицинской услуги?

— да, при платной медицине качество предоставляемых услуг гораздо выше;

— да, при платной медицине качество предоставляемых услуг гораздо ниже;

— нет.

47. Сколько в месяц Вы готовы тратить на лечение (медицинские услуги, лекарственные средства) и оздоровление (бассейн, туризм, тренировки и т.д.)?

— нисколько;

— не более 5 % доходов;

— 6 %-25 % доходов;

— 26 %-50 % доходов;

— более 50 % доходов.

48. Удовлетворены ли Вы оснащенностью медицинских учреждений, которые посещаете?

— полностью удовлетворен;

— скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;

— скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;

— совсем не удовлетворен.

49. Удовлетворяет ли Вас расположение Вашей поликлиники?

— да, она находится в шаговой доступности;

— скорее да, чем нет – время на дорогу занимает до 30 минут;

— скорее нет, чем да – иногда время на дорогу занимает до одного часа;

— нет, добраться на поликлиники составляет сложность.

50. Обращались ли вы за медицинскими услугами в другие регионы либо за границу?

— да;

— нет.

51. Если Вы когда-либо пользовались услугами скорой медицинской помощи,

оцените ее работу:

- полностью удовлетворен;
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен;
- не приходилось пользоваться.

52. Если Вы когда-либо получали медицинские услуги в стационарных условиях, оцените их:

- полностью удовлетворен;
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен;
- не приходил(а) лечение в стационаре.

53. Приходилось ли Вам пользоваться высокотехнологичной медициной по полису ОМС?

- да;
- нет.

54. Если Вы или Ваши близкие являетесь льготной категорией граждан, которым положено бесплатное лекарственное обеспечение по ОМС, оцените качество его предоставления:

- полностью удовлетворен;
- скорее удовлетворен, чем не удовлетворен;
- скорее не удовлетворен, чем удовлетворен;
- совсем не удовлетворен;
- ни я, ни мои близкие не относятся к данной категории.

55. Знаете ли Вы о существовании в Вашем регионе Центров здоровья и посещали ли Вы их?

- нет;
- знаю от близких, однако не посещал(а) их;
- да, посещал (а) их с целью прохождения периодических профилактических

осмотров.

56. Знаете ли Вы о возможности прохождения диспансеризации и проходили ли Вы ее?

- нет;
- знаю, однако не проходил(а) ;
- знаю, проходил(а).

57. Если на предыдущий вопрос Вы ответили «нет», укажите причину:

- жалко потраченного времени, длинные очереди к специалистам;
- крайне маленький перечень врачей и возможных клинических исследований;
- работодатель не отпускает с работы;
- нет денежной мотивации;
- лень;
- иное _____.

58. На Ваш взгляд, какие проблемы здравоохранения Вашего региона наиболее значимые? (возможно несколько вариантов ответов)?

- слабая материально-техническая база;
- низкая обеспеченность врачебными кадрами;
- низкая доступность медицинской помощи;
- низкое качество медицинской помощи;
- платность медицинской помощи;
- отношение медицинских работников к пациентам (низкая культура обслуживания);
- затрудняюсь ответить.

59. На Ваш взгляд, какое внимание уделяется здравоохранению органами местной администрации в регионе Вашего проживания?

- достаточное;
- слабое;
- не уделяется;
- затрудняюсь ответить.

60. Как, по Вашему мнению, изменяется в последнее время положение дел в здравоохранении в регионе Вашего проживания?

- улучшается;
- остается без изменения;
- ухудшается;
- затрудняюсь ответить.

Благодарим за содействие! Будьте здоровы!

Приложение В
(обязательное)

Нормативно-правовые акты, на основе которых разработана Концепция развития системы здоровьесбережения Республики Татарстан¹

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»;
3. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития России на период до 2024 года»;
4. Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2024 года, утвержденные Председателем Правительства Д. А. Медведевым 29 сентября 2018 г.;
5. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года;
6. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;
7. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года;
8. Национальный проект «Демография»;
9. Национальный проект «Здравоохранение»;
10. Стратегия социально-экономического развития Республики Татарстан до 2030 года;
11. Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2025 года»;
12. Закон Республики Татарстан от 10 декабря 1997 года N 1417-ЗРТ «Об охране труда в Республике Татарстан (с изменениями на 5 марта 2021 года);

¹ Составлено автором

13. Закон Республики Татарстан от 22 декабря 2012 года N 87-ЗРТ «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в Республике Татарстан»;

14. Подпрограмма «Улучшение условий и охраны труда в Республике Татарстан» государственной программы «Содействие занятости населения Республики Татарстан на 2014 - 2025 год».