

САНКТ – ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1

На правах рукописи

Ионкина Ирина Валерьевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ
МНОГОПРОФИЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(на примере Свердловской области)**

Научная специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор
Акулин Игорь Михайлович

Санкт – Петербург

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
<p>ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ. ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕНДЕНЦИИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СРАВНЕНИИ С ОПЫТОМ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</p>	
1.1. Основные проблемы и направления развития здравоохранения в России на современном этапе, с учетом приоритетности видов и форм и государственных гарантий оказания медицинской помощи	20
1.2. Основные проблемы и направления развития здравоохранения в мире на современном этапе	28
1.3. Анализ состояния сектора специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации на современном этапе; вектор развития первичной медико-санитарной помощи, как основы системы оказания медицинской помощи в РФ	35
1.4. Особенности и специфика развития сектора медицинского страхования с учетом соотношения ОМС и ДМС, программ страхования в современных условиях, причины стагнации сектора ДМС.....	42
1.5. Анализ состояния и современных тенденций развития сектора платных медицинских услуг, причины, факторы и условия существования платного теневого рынка в Российской Федерации	55
1.6. Проект региональной ассоциации частных клиник	76
<p>ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</p>	
2.1. Основные понятия исследования	81

2.2. Программа исследования и ее основные этапы	83
2.3. Программа эмпирического исследования условий оказания медицинской помощи населению Свердловской области.....	89
2.4. Проект эмпирического исследования оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», как основной экспериментальной базы внедрения новой модели формирования платных медицинских услуг	94
2.5. Программа социологического исследования мнения пациентов и врачей об условиях и формах оказании платных медицинских услуг	99
2.6. Программа экспертной оценки руководителей учреждений здравоохранения о возможностях и условиях развития организаций на рынке платных медицинских услуг.....	103
2.7. Программа формирования региональной модели организации оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения на примере Свердловской области.....	106
2.8. Описание методов и схема анализа информации	111
ГЛАВА 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (В Т.Ч. ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ), СМЕРТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2021 ГОДЫ	112
3.1. Динамика и тенденции основных показателей здоровья взрослого населения Свердловской области	113
3.2. Анализ уровня и структуры заболеваемости взрослого населения по основным ее характеристикам.....	122
3.3. Организация и характеристика первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Свердловской области, как приоритетного звена в РФ	128

3.4. Анализ госпитализированной заболеваемости взрослого населения Свердловской области 2017-2021 гг.....	133
ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ	139
4.1. Оценка рынка платных медицинских услуг в Свердловской области	139
4.2. Структура потребителей медицинских услуг Свердловской области	143
4.3. Характеристика: доступность, качество и удовлетворенность платными медицинскими услугами потребителей платных медицинских услуг (анализ результатов по данным социологического опроса).....	146
4.4. Отношение к платным медицинским услугам врачебного контингента (по данным анализа результатов социологического опроса)	155
4.5. Определение принципов и условий формирования направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей платную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения.....	161
ГЛАВА 5. ПУТИ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЛПУ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ (НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ). ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ РИСКИ	174
5.1. Характеристика пациентов, получающих платную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по результатам анкетирования и экономического анализа).....	174
5.2. Структура и экономическая характеристика оказания платной медицинской помощи в условиях стационара (по данным учета обращаемости и экономического анализа).....	181

5.3. Формирование принципов и условий совершенствования путей развития платных медицинских услуг в условиях многопрофильного государственного учреждения здравоохранения.....	190
ГЛАВА 6. ПУТИ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ).....	
6.1. Системный анализ существующих проблем оказания платных медицинских услуг на региональном уровне. Пути решения.	197
6.2. Государственно-частное партнерство в совершенствовании оказания платных услуг в здравоохранении	200
6.3. Стратегические механизмы для развития платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения	204
6.4. Проект (модель) создания платного на условиях организационно-правовой модели частно-государственного партнерства (на примере отделений офтальмологического и хирургического профилей)	218
6.4.1. Проект создания платного хирургического отделения.....	219
6.4.2. Проект создания платного офтальмологического отделения.....	223
ГЛАВА 7. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ.....	
7.1. Показатели системы здравоохранения Свердловской области по управленческим округам	229
7.2. Рейтинги медицинских учреждений Свердловской области	234
7.3. Индекс лояльности пациентов на платном приеме в ГАУЗ СО «СОКБ № 1»	237

ГЛАВА 8. ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	240
8.1. Пути и методы совершенствования оказания платных медицинских услуг	240
8.2. Модель оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения	245
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	252
ВЫВОДЫ	260
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	262
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	263
ПРИЛОЖЕНИЕ А	322
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	327
ПРИЛОЖЕНИЕ В	333
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	335
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	337
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	339
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	341
ПРИЛОЖЕНИЕ З	343
ПРИЛОЖЕНИЕ И	345
ПРИЛОЖЕНИЕ К	347
ПРИЛОЖЕНИЕ Л	349
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	351
ПРИЛОЖЕНИЕ Н	353
ПРИЛОЖЕНИЕ О	355

ПРИЛОЖЕНИЕ П	362
ПРИЛОЖЕНИЕ Р	368
ПРИЛОЖЕНИЕ С	386
ПРИЛОЖЕНИЕ Т.....	391
ПРИЛОЖЕНИЕ У.	396

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Конституцией Российской Федерации каждому гражданину гарантируется право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (статья 41). В соответствии с законодательством, гражданам РФ также доступны платные медицинские услуги. На сегодняшний день в национальном проекте «Здравоохранение» обозначены основные требования, предъявляемые к системе здравоохранения, а именно: увеличение продолжительности жизни, снижение смертности населения трудоспособного возраста и повышение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи [13, 142, 243, 275].

Система здравоохранения должна подвергнуться трансформации в связи с быстрыми изменениями на рынке, а медицинские учреждения должны освоить новые стратегии для выживания и успешного развития в условиях экономической нестабильности [29, 229, 345].

Создание новой организационно-правовой модели работы клиник, внедрение инновационных медицинских технологий, и развитие международной конкуренции — вот ключевые аспекты программы реформы здравоохранения [28, 239, 262].

Государственное финансирование медицины, предназначенное для обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, оказывается недостаточным для покрытия всех расходов медицинских учреждений. Внебюджетные источники финансирования приобретают все большее значение в структуре финансирования социальной сферы [209, 223, 345].

Это вынуждает их искать дополнительные источники дохода, в частности, увеличивать объём предоставляемых платных услуг. Доходы, полученные от платных услуг, могут быть использованы для существенного улучшения материально-технической базы: покупки нового медицинского оборудования и транспорта, модернизации основных фондов, повышения зарплаты медицинского

персонала, а также для расширения ассортимента медицинских услуг, доступных населению [134, 140, 209].

С другой стороны, активное развитие частного сектора в здравоохранении и накопленный им опыт представляют собой ценный ресурс для государственных медучреждений. Частные клиники могут служить основой для разработки новых методов и подходов в предоставлении платных медицинских услуг, что, в свою очередь, будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи для населения [82, 131].

Научные работы, фокусирующиеся на аспектах развития платных медицинских услуг в секторе государственного здравоохранения России, встречаются редко. Большинство существующих исследований сосредоточено на экономических и маркетинговых аспектах, в то время как вопросы интеграции платной медицинской помощи в систему государственных гарантий, наличие квалифицированных специалистов, а также взгляды пациентов, медицинских работников и управленцев на коммерческие услуги остаются малоизученными. Также не уделяется внимание стратегиям усиления позиций государственных медучреждений на рынке и разработке методик предоставления платных услуг [26, 34, 209].

На сегодняшний день отсутствуют утвержденные отчетно – статистические формы отчетности о предоставлении платных медицинских услуг учреждениями здравоохранения всех форм собственности, которые бы позволили оценить объемы оказываемых платных медицинских услуг по видам помощи, нозологиям, кадровому составу персонала, оказывающего платные медицинские услуги.

Степень разработанности темы исследования

В настоящее время, тема развития платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях остается малоисследованной. В контексте этой проблематики определены ключевые задачи, которые, по нашему мнению, требуют особого внимания.

К числу этих задач относятся нехватка квалифицированных медицинских специалистов, нестабильный интерес населения к платным медицинским услугам, диспропорции в доступности медицинских услуг в разных регионах РФ, а также необходимость укрепления сотрудничества между медицинскими учреждениями и органами власти на разных уровнях [13, 315, 234].

Исследования отношения населения и сотрудников системы здравоохранения к развитию платных медицинских услуг до сих пор остаются до конца не изученными. Представители администрации медицинских учреждений продолжают сталкиваться с разногласиями в вопросах эффективного использования стратегических подходов для усиления своих позиций на рынке платных услуг, а также в отношении их развития в стенах государственных учреждений. При этом, текущие законодательные барьеры препятствуют руководителям медицинских учреждений любого уровня – от регионального до федерального – внедрять инновационные и эффективные методы предоставления платных услуг, не нарушая при этом прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации [58, 268, 300].

В современном мире, где платная медицина набирает обороты, стоит важная задача – разработать и внедрить целый ряд мер, которые бы улучшили систему предоставления платных медицинских услуг в государственной системе здравоохранения. Эта задача стоит на пересечении интересов науки и практического здравоохранения и признана крайне важной для обеих сфер [194, 380].

Цель и задачи исследования

Целью исследования является научное обоснование совершенствования организации оказания платных медицинских услуг в государственных многопрофильных медицинских учреждениях регионального уровня.

Задачи исследования:

1. Проанализировать уровень и структуру заболеваемости населения, изучить основные показатели системы здравоохранения Свердловской области за 2017-2021 гг.
2. Оценить состояние, уровень и динамику рынка платных медицинских услуг в Свердловской области.
3. Провести оценку мнения населения и медицинского персонала об организации оказания платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения Свердловской области.
4. Провести оценку мнения медицинского персонала об организации оказания платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения Свердловской области.
5. Выявить необходимость пересмотра управленческих подходов в учреждениях здравоохранения на основании опроса руководителей медицинских учреждений Свердловской области.
6. Определить медицинскую, социальную и экономическую эффективность платных медицинских услуг в медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях территориальной программы государственных гарантий.
7. Доказать эффективность комплексного подхода к организации оказания платных медицинских услуг, включающего эффективные инструменты маркетинга, стратегического развития и стандартов оказания медицинской помощи.
8. Разработать и внедрить предложения по совершенствованию организации оказания платных медицинских услуг в государственных многопрофильных учреждениях здравоохранения на региональном уровне.

Предмет исследования. Система организации оказания платных медицинских услуг в Свердловской области.

Объект исследования. Платные медицинские услуги в многопрофильных государственных медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Границы исследования. Исследование проводилось на основе изучения и сравнения результатов деятельности медицинских организаций Свердловской области за период с 2017 по 2021 гг.

Научная новизна исследования

Научная новизна исследования состоит в решении научной проблемы по разработке механизмов реализации направлений развития платных медицинских услуг, оказываемых в государственных учреждениях здравоохранения.

В ходе исследования:

Впервые проведен сравнительный анализ основных ключевых показателей системы здравоохранения Свердловской области.

Дана оценка взаимосвязи показателей заболеваемости и укомплектованности врачебными кадрами в Свердловской области, получены новые данные об объемах платных медицинских услуг, оказанных врачами различных специальностей.

Определены состояние и тенденции развития рынка платных медицинских услуг Свердловской области.

Дана оценка готовности пациентов, врачей и руководителей системы здравоохранения к развитию платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения.

Доказана эффективность проведения сравнительного анализа обращаемости населения за платными медицинскими услугами и медицинской помощью в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Разработана комплексная модель научно обоснованных управленческих решений по совершенствованию системы оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения с целью качественно нового уровня организации медицинской помощи на платной основе. Научно обоснованы и предложены для использования такие инструменты совершенствования организации оказания платных услуг в здравоохранении как государственно-частное партнерство.

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенное исследование, позволило проанализировать здравоохранение Свердловской области как пример региональной системы в Российской Федерации. Анализ выявил, что развитие платных медицинских услуг в регионе имеет значительные медицинские, социальные и экономические преимущества.

Опираясь на данные, полученные из анкетирования пациентов и врачей, были выделены ключевые аспекты, которые влияют на условия оказания платных медицинских услуг, а также определены главные стратегические направления для их дальнейшего развития, особенно в амбулаторных условиях и условиях стационара, в текущей социально-экономической ситуации.

С целью успешной и оптимальной организации оказания платных медицинских услуг, была предложена модель трехуровневой системы оказания платных медицинских услуг в субъекте Российской Федерации. Эта инициатива нашла свое применение в рутинной работе множества учреждений Свердловской области, в том числе Министерства здравоохранения, страховых компаний, а также медицинских учреждений Екатеринбурга, которые предоставляют медицинскую помощь как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара. В результате были получены акты о внедрении и принятии к использованию материалов диссертационного исследования.

Положения, выносимые на защиту

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Использование данных об уровне заболеваемости населения, укомплектованности врачебными кадрами, конкурентной среды регионального здравоохранения позволяет оценить планируемые объемы и виды предоставляемой медицинской помощи на платной основе.

2. Значительный объем «теневого рынка» платных медицинских услуг, отрицательное отношение к ним пациентов, в том числе медицинских работников, доказывает готовность населения к легальным платным медицинским услугам на базе государственных медицинских учреждений, без существенного ущерба для качества жизни граждан.

3. Развитие платных медицинских услуг в Российской Федерации требует выбора рациональной и эффективной модели ее реализации, основанной на единых организационных и управленческих подходах функционирования.

4. Анализ существующих форм государственно - частного партнерства показал неэффективность существующих в настоящее время вариантов. Низкий процент реализованных проектов демонстрирует существующие высокие риски для инвесторов, которые приводят к отказу от сотрудничества со стороны частного партнера. Создание квази – концессионной формы государственно – частного партнерства для учреждений здравоохранения позволяет снизить инвестиционные риски при вовлечении частного партнерства.

5. Платные медицинские услуги, оказываемые в государственных учреждениях здравоохранения, основанные на едином организационном и управленческом подходе их реализации, соблюдении принципов преемственности с системой обязательного медицинского страхования, соответствуют целям и задачам формирования национальной системы здравоохранения.

Личное участие автора в исследовании

Автором лично выдвинуты гипотезы исследования, цели, задачи и положения, выносимые на защиту. Разработана программа проведения исследования. Предложены источники информационно-статистических данных. Проведено обобщение, сопоставление и анализ результатов исследования. Научно обоснованы выводы исследования и разработаны практические рекомендации. Участие автора в получении и дальнейшей статистической обработке материалов исследования составляет 97 %. Оценка состояния системы здравоохранения Свердловской области, рынка платных медицинских услуг, проведение программы социологического исследования, обработка результатов анкетирования и полученных результатов собственных исследований, разработка модели региональной системы оказания платных медицинских услуг, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично на 100 %.

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ в изданиях, включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования РФ, получено 1 свидетельство о государственной регистрации базы данных.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, восьми глав, заключения и приложений, изложена на 400 страницах машинописного текста. В своей структуре содержит 63 таблицы, 39 рисунков. Список литературы состоит из 465 источников.

Степень достоверности и апробация результатов

Степень достоверности полученных результатов подтверждается генеральной совокупностью в оценочном исследовании и контент-анализе, достаточными объемами репрезентативных выборок в социологическом, эмпирическом и экспериментальном исследованиях, использованием адекватных и современных методов анализа и статистической обработки данных.

Основные результаты диссертации в форме устных докладов и выступлений доложены, обсуждены и одобрены на различных публичных научно-практических мероприятиях российского и международного уровней, в том числе на: 12 международной выставке «Здравоохранение Урала» (Екатеринбург, 2022 г.); 13 международной выставке «Здравоохранение Урала» (Екатеринбург, 2023 г.); конференции «Медицина и право в 21 веке» (Санкт - Петербург, 2023 г.), «2nd International Conference on Nursing Care and Patient Safety» (Бангкок, Таиланд, 2024 г.)

Основные научные результаты

В ходе проведенного диссертационного исследования получен ряд научно значимых теоретических и практических результатов.

1. На основе анализа статистических показателей деятельности учреждений Свердловской области выявлена необходимость в совершенствовании звена первичной медико-санитарной помощи за счет решения кадровых вопросов, в соответствии с сложившимися изменениями принципов организации и финансирования системы здравоохранения, в зависимости от потребностей прикрепленного населения в объемах оказываемой медицинской помощи, а также грамотной маршрутизации пациентов в системе учреждений здравоохранения региона [111].

2. На основании проведенного нами анализа форм и методов ГЧП, наиболее перспективным направлением является организация самостоятельных отделений на базе государственных учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи населению на платной основе, где частным партнером будет выступать физическое лицо при заключении гражданско – правового договора на оказание платной медицинской помощи [9].

3. Процесс модернизации государственной медицины отстает от аналогичных процессов в частном здравоохранении. Это приводит к нарастающей конкуренции между частным и государственным секторами здравоохранения. Налаживание диалога частного медицинского бизнеса с государством и интеграция крупных медицинских клиник в национальную систему здравоохранения для решения общей задачи обеспечения населения качественными медицинскими услугами стало насущной задачей. Все вышесказанное стимулировать медицинские организации бороться за пациента позволят улучшить выбор и уровень доступность медицинской помощи [8].

4. Выявлено снижение показателей госпитализированной заболеваемости за счет: сокращения коечного фонда, снижения числа госпитализаций, более короткого койко-дня, что стоит рассматривать как обоснование необходимости реформирования звена первичной медико – санитарной помощи [7]

5. На основе проведенного корреляционного анализа доказана зависимость показателей первичной и общей заболеваемости в регионе с уровнем укомплектованности врачебными кадрами. Полученные нами результаты необходимы для анализа кадровой ситуации в регионе с последующим принятием управленческих решений в проведении системных мероприятий, направленных на устранение дефицита врачебных кадров [112].

4. Исследовано мнение врачей по вопросам оказания платных услуг в здравоохранении, выявлено, что медицинский персонал поддерживает существование платной медицины, и готов их оказывать как в частных медицинских учреждениях, так и в государственных, при этом не ограничивая права населения на получение бесплатной медицинской помощи [109].

5. Результаты анкетирования пациентов позволили сделать вывод о положительном отношении граждан к обращению за платной медицинской помощью, при этом не снижая качества своей жизни, что является стимулом к расширению спектра и возможностей предоставления платных медицинских услуг в медицинских учреждениях [110].

6. На основании проведенного анализа данных проведена разработка бизнес – проектов по организации самостоятельных платных отделений хирургического и офтальмологического профилей на базе многопрофильных учреждений стационара. Доказано, что реализация данных проектов позволит обеспечить доступность оказания медицинской помощи пациентам, желающим ее получить в данном учреждении. Проект является экономически целесообразным и финансово состоятельным. Разработка данного проекта при анализе организационных данных, затрат и экономической целесообразности доказывает свою эффективность и последующую финансовую стабильность [10, 11].

7. Разработанные и введенные в практическую работу комплексные Check up программы проявили себя как успешно применяемые инструменты маркетинга в здравоохранении, одновременно обеспечивая медицинскую и социальную эффективность, являясь экономически выгодной стратегией для развития государственного учреждения здравоохранения [12].

8. Разработана, предложена и внедрена в практику новая организационная модель оказания платных медицинских услуг с целью развития данного направления в регионе, улучшения качества оказываемых услуг, а также для эффективного освоения новых рынков, расширения клиентской базы и повышения конкурентоспособности государственных учреждений здравоохранения по сравнению с частными клиниками [306].

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология

здравоохранения, в частности: п.1. «Исторический подход к изучению и анализу показателей здоровья населения и его обусловленности, к становлению системы здравоохранения в России ...»; п. 2. «Научный анализ теорий медицины и здравоохранения, основных принципов организации здравоохранения в России...» п. 3. «Исследование теоретических и практических проблем охраны здоровья населения...»; п. 4. «Медико-социальное исследование демографических процессов и определение роли демографических показателей для анализа и планирования деятельности органов и учреждений здравоохранения...»; п. 5. «Медико-социальное исследование показателей заболеваемости населения, определение закономерности их изменения...»; п. 8. «Изучение роли социально-гигиенических факторов в формировании здоровья отдельных однородных групп населения с целью разработки оздоровительных программ...»; п. 9. «Образ жизни отдельных групп населения и его значение в формировании здоровья населения...»; п. 10. «Исследование и анализ мнения различных профессиональных и половозрастных групп населения о здоровье и болезни...»; п. 12. «Анализ научных основ и направлений совершенствования государственной политики и законодательства по вопросам охраны здоровья граждан и оказания медицинской помощи...»; п. 13. «Исследование проблем организации медицинской помощи управления здравоохранением...»; п. 14. «Исследование ресурсной базы медицинских организаций различной формы собственности с целью разработки моделей их развития с учетом региональных и субрегиональных особенностей...»; п. 15. «Изучение кадрового обеспечения органов и учреждений системы здравоохранения...»; п. 16. «Исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинского персонала...»; п. 17. «Разработка теоретических и методологических основ обеспечения для населения доступности, качества и безопасности медицинской помощи...»; п. 18. «Изучение механизмов, источников и объемов финансирования медицинской помощи и здравоохранения...»; п. 20. «Изучение здравоохранения за рубежом, деятельности ВОЗ и других международных медицинских и общественных организаций...».

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ. ХАРАКТЕРИСТИКА, ТЕНДЕНЦИИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СРАВНЕНИИ С ОПЫТОМ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Основные проблемы и направления развития здравоохранения в России на современном этапе, с учетом приоритетности видов и форм и государственных гарантий оказания медицинской помощи

В последние годы сфера здравоохранения столкнулась с масштабными трудностями, в числе которых: рост населения с хроническими заболеваниями, мировая пандемия, дефицит финансирования и рост общественного недовольства качеством медицинской помощи. Эти факторы значительно усиливают нагрузку на систему здравоохранения и побуждают к поиску новых путей развития, в том числе через разработку новых стратегических решений для обеспечения устойчивости системы в неопределенных социально – экономических условиях [53, 449].

Для глобальной трансформации системы здравоохранения и повышения уровня здоровья населения в России требуются кардинальные инновационные решения. Это невозможно без инвестиций в масштабные научные исследования, разработку технологий, а также в такие направления, как профилактика и уход за пациентами. Важно также оценить необходимость адаптивности стратегий в здравоохранении, чтобы они могли встраиваться в динамичные условия. Успешное внедрение передовых направлений развития и технологий в лечебной практике и научных исследованиях будет способствовать открытию новых горизонтов, что в свою очередь приведет к улучшению общего состояния здравоохранения [333].

Инновационные подходы в персонифицированной медицинской практике ориентированы на улучшение личного здоровья, профилактике заболеваний, ранним выявлением и лечением, реабилитацией, паллиативной помощи и организацией длительного ухода [456].

В результате государственного регулирования сферы здравоохранения появились значительные препятствия для входа новых игроков на рынок медицинских услуг. Это способствует повышению социальной значимости медицинских услуг и установлению строгих критериев к их качеству [376].

Медицинские учреждения играют ключевую роль в функционировании системы здравоохранения. Ими активно используются дефицитные ресурсы, включая финансовые, что составляет значительную долю затрат в системе здравоохранения. В связи с этим, для улучшения работы учреждений здравоохранения, важно стимулировать конкурентные процессы внутри отрасли [60, 387, 419, 450].

Доступность здравоохранения определяется несколькими ключевыми факторами: удобство обращения и скорость в получении медицинской помощи, минимизация расходов пациента, близость медицинских учреждений, наличие необходимого оборудования и профессионального персонала для проведения качественного лечения, а также отсутствие прямой связи между получением услуг и финансовым бременем для пациентов. Ожидается, что в такой системе здравоохранения пациентам будут ставить точные диагнозы и проводить соответствующие современным требованиям лечебные процедуры [164].

Доступ к медицинскому обслуживанию должен быть организован таким образом, чтобы расходы на него не приводили к финансовым затруднениям для граждан, заставляя их экономить на основных нуждах, таких как еда и жизненно важные товары, и услуги. Это не подразумевает неизменную бесплатность медицинских услуг, а скорее подчеркивает важность предотвращения финансового бремени на население в результате затрат на медицинскую помощь [250, 350].

Модель здравоохранения, которая в настоящее время сформировалась в России, является гибридной социально-рыночной, либо переходной бюджетно-страховой моделью. В то время как правительство стимулирует развитие добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг, оно также поддерживает систему государственных гарантий, обеспечивающих бесплатный доступ к медицинским услугам для граждан. Тем не менее, такая модель противоречива. Вопросы баланса между государственными гарантиями и доступностью к качественной медицинской помощи остаются нерешенными. Механизмы рыночного управления в сфере финансирования здравоохранения показывают низкую эффективность. Медицинские учреждения не проявляют должного интереса к улучшению своей работы и оптимизации использования ресурсов. Кроме того, существует ощутимый дефицит внимания к улучшению качества медицинских услуг, заботе о здоровье населения и рациональному расходованию финансов [157, 158, 189, 389,455].

В России финансирование здравоохранения на каждого человека относится к одним из самых низких по мировым меркам. В годы, предшествующие пандемии Covid-19, предполагалось выделить на эти цели в 2020 – 2022 гг. всего 2,9% от общего внутреннего продукта (ВВП), что существенно ниже, чем в странах с развитой экономикой [296].

Эксперты утверждают, что для преодоления недостатков в сфере здравоохранения к 2024 году, необходимо повысить расходы до 5% ВВП, доведя их до уровня, принятого в странах Восточной Европы. Помимо этого, внутри страны наблюдается значительная разница в объемах государственного финансирования медицинских услуг между различными регионами, причем разница может превышать двукратный размер.

Невозможно устранить данное неравенство путем перенаправления ресурсов между регионами, так как это только ухудшит уже и без того ограниченный доступ к медицинским услугам в тех областях, откуда будут выделены средства [190, 387].

Важность регулярного анализа личных трат на здоровье ключевой момент для понимания эффективности системы здравоохранения, даже в государствах, с эффективным управлением отрасли оказания медицинских услуг. Такие личные расходы, которые пациенты несут самостоятельно из-за отсутствия полного покрытия страховкой медицинских услуг и товаров, занимают значительную долю в общем объеме финансирования здравоохранения не только в России, но и в странах с разным уровнем дохода населения [238, 414, 428, 437].

В структуре потребительских расходов россиян затраты на здравоохранение занимают приблизительно 3,8%, что вдвое больше по сравнению с личными тратами на медицинские услуги в США, где, медицина считается самой дорогой [185].

При этом, для получения качественной и доступной медицинской помощи, уровень экономического развития региона не является препятствием. Нами выявлено, что в Свердловской области уровень среднедушевых доходов граждан, составляющий в среднем 1,7 тысяч рублей, не влияет на популярность платных медицинских услуг, объем которых достигает 35 тысяч рублей на человека [274].

В сравнении со многими странами, такими как США, Германия, Франция, Швеция, Швейцария, Австралия и Норвегия, Россия испытывает дефицит медицинских кадров. Тем не менее, большую часть рутинных функций на себя берет средний медицинский персонал. Несмотря на это, в России число врачей на десять тысяч населения сопоставимо с показателями многих стран Европы и даже превышает аналогичные цифры в таких развитых странах, как США, Япония и Канада. Несмотря на предпринятые действия, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи, в отдельных регионах РФ сохраняются существенные различия в возможности получения качественных медицинских услуг [162, 229].

Исследование, проведенное Центром политики в сфере здравоохранения Высшей школы экономики, выявило, что в период с 2012 по 2017 годы разрыв в укомплектованности медицинским персоналом между различными регионами страны увеличился. В частности, отмечается, что Чеченская Республика,

Свердловская, Псковская области и Приморский край испытывают острую нехватку медработников, став тем самым наименее обеспеченными в этом плане территориями. Напротив, отдаленные и труднодоступные районы, такие как Республика Тыва, Магаданская область, Чукотский автономный округ, Якутия и Ханты-Мансийский автономный округ, демонстрируют лучшие результаты в наборе и удержании медицинского персонала, благодаря применению к ним особых мер по кадровому обеспечению [165, 267].

В частных медицинских учреждениях России происходит значительная оптимизация не связанных напрямую с лечением аспектов, таких как сроки ожидания медицинской помощи и уровень сервиса. В частности, если сравнивать с государственными учреждениями, где пациенты могут ждать назначенной операции в среднем 129 дней, то в частных клиниках этот период сокращается до 15 дней при проведении аналогичных хирургических вмешательств. Несмотря на это, качество медицинских услуг в обоих типах учреждений оценивается как одинаково высокое, при этом различий в частоте возникновения послеоперационных осложнений также не наблюдается. Однако, более высокий уровень удовлетворенности услугами отмечается среди пациентов, обращающихся в частные клиники [138, 347, 406, 418].

Исследования показывают различия между частными и государственными медицинскими учреждениями в контексте демографии пациентов и их здоровья. Больше пожилых людей и лиц с инвалидностью, а также тех, кто имеет более низкий социально-экономический статус, обращаются за помощью в государственные больницы. Также там чаще встречаются пациенты с серьезными хроническими заболеваниями, включая сердечно-сосудистую патологию. В частных клиниках, напротив, количество таких пациентов значительно меньше [27, 324, 448].

Важность качественной медицинской помощи неоспорима, учитывая ее роль в обеспечении здоровья и благополучия общества. Это объясняется ответственностью медицинского сектора за жизненно важные аспекты человеческого бытия. Однако, несмотря на необходимость контроля качества, он

не должен становиться препятствием для эффективного функционирования управления в сфере здравоохранения. Это мнение поддерживают некоторые исследователи, считая, что излишний контроль может ограничить гибкость и динамичность управленческих процессов [188, 384, 453].

В контексте реформирования управления на государственном и местном уровнях, ключевыми становятся принципы: распределение полномочий, взаимопомощь и стремление к сотрудничеству между различными уровнями власти и межсекторального взаимодействия. Это подразумевает необходимость углубленного взаимодействия и партнерства как основу для более эффективного управления и обеспечения благополучия общества [182].

В Российской Федерации ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это говорит о том, что государство через законодательные и исполнительные органы выделяет основные принципы организации ОМС, определяет круг страхователей, определяет ставки страховых взносов и создаёт специальные государственные фонды для сбора взносов на обязательное медицинское страхование [293].

Российский Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) функционирует как негосударственный финансовый институт, предоставляющий гарантии бесплатного предоставления медицинской помощи для населения. Деятельность фонда подчиняется правилам, установленным в Бюджетном кодексе страны и Федеральном законе от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ, а также другими законодательными актами, которые направлены на регулирование операций по обязательному медицинскому страхованию. Ключевую роль ФОМС играет в реализации основных принципов программы обязательного медицинского страхования [395].

Функции Федерального ФОМС РФ:

- 1) обеспечение финансовой стабильности и устойчивости системы ОМС;
- 2) реализация финансового обеспечения прав граждан на медицинскую помощь за счёт средств ОМС;

3) создание условий для контроля объёма и качества медицинской помощи. Бюджет ФОМС РФ формируется исходя из Бюджетного кодекса Российской Федерации в части обязательного медицинского страхования.

Основные направления бюджетной политики ФОМС, планируются и утверждаются на базе макроэкономических показателей [20].

Формирование и утверждение бюджета ФОМС РФ отталкивается от базового варианта прогноза социально-экономического развития Российской Федерации. Показатели бюджета Фонда рассчитываются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации [74].

В фокусе внимания реформы российской системы здравоохранения находится снижение издержек на оказание медицинских услуг путем стимулирования конкуренции и предоставление более широкого спектра услуг для населения медицинскими учреждениями. Это, в свою очередь, как ожидается, приведет к усилению эффективности работы системы, а также к сокращению уровня бюрократии в ней. Ключевые направления изменений представлены в виде поддержания государственного сектора в сфере здравоохранения, увеличение доступности высокотехнологичных медицинских услуг, оптимизация механизмов обязательного медицинского страхования, а также развитие частных медицинских учреждений [189, 256].

Частные медицинские учреждения сталкиваются с недостатком мотивации для достижения высокой эффективности работы. В отличие от государственных медицинских учреждений, которые действуют в рамках более гибких финансовых условий, частные клиники не испытывают такого же уровня ответственности перед владельцами или акционерами, что может привести к их работе на уровне, который не соответствует оптимальному [64].

Это снижает внешнее давление на их стремление к улучшению, инновациям и технологическому прогрессу. В контрасте с этим, частные учреждения должны постоянно стремиться к улучшению эффективности и оптимизации своей деятельности, чтобы оставаться конкурентоспособными. Вовлечение частных компаний в медицинскую индустрию способствует стимулированию конкуренции

с государственными учреждениями, что, в свою очередь, может стать причиной повышения эффективности и качества медицинских услуг [8, 84, 326].

Примером повышения доступности услуг является государственно-частное партнерство, когда частные клиники получают льготные условия строительства и имеют возможность участия в системе ОМС в удаленных от областных районов центрах [273].

Посильные попытки Министерства здравоохранения и региональных властей пока не привели к ажиотажному спросу частных компаний на сотрудничество с государством, во многом из-за отсутствия прозрачных правил игры [273]. На сегодняшний день выявлены особенности реализации ГЧП-проектов в здравоохранении и типичные ошибки потенциальных инвесторов:

- поверхностная оценка рисков;
- некачественная оценка потенциала потока коммерческих пациентов;
- неверная оценка капитальных затрат на инвестиционном этапе;
- отсутствие четких договоренностей с государственным партнером;
- необоснованно оптимистичные ожидания инвестора относительно органов государственной власти;
- невнимательность к возможностям привлечения инвестиций [9, 31, 54].

Существующие формы государственно – частного партнерства:

I. Институциональная.

II. Контрактная форма:

1. Концессия;
2. Лизинг, государственный заказ;
3. Контракты по государственным услугам и работам, финансируемые за частным сектором;
4. Квази – форма, договор на оказание платных медицинских услуг, аутсорсинг.

Из-за ограниченности финансирования, медицинские учреждения, как государственные, так и муниципальные, сталкиваются с необходимостью поиска дополнительных финансовых источников и расширения спектра услуг на платной

основе. В то же время, для частных медицинских учреждений важно обеспечить надежный стабильный поток клиентов. Эффективное внедрение платных медицинских услуг, с учетом интересов как пользователей, так и поставщиков услуг, в рамках медицинских учреждений всех форм собственности, станет ключом к достижению целей в сфере здравоохранения [9, 273].

Исходя из анализа ситуации в сфере предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в России, очевидно, что для улучшения ее доступности и качества требуются дополнительные усилия. Это может быть достигнуто через принятие управленческих решений на уровне государства, которые будут способствовать более продуктивному использованию возможностей федеральных медицинских учреждений, особенно в условиях полноценного функционирования системы обязательного медицинского страхования. Кроме того, важно стремиться к стандартизации всех процедур и созданию регистров заболеваний, чтобы улучшить процесс оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Приоритетными направлениями развития являются наиболее востребованные населением виды медицинской помощи, такие как сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, офтальмология и онкология. Сосредоточение ресурсов на этих направлениях дает наибольший медико-социальный эффект и способствует значительному сокращению случаев инвалидности и смертности, а также повышению уровня жизни населения.

1.2. Основные проблемы и направления развития здравоохранения в мире на современном этапе

Современный подход к определению «здоровье», предложенный Всемирной организацией здравоохранения в середине 20-го века, включающий в себя умственное, физическое и социальное благополучие, сегодня требует своего пересмотра. Многие исследователи из различных стран мира подчеркивают, что происходящие изменения в здравоохранении и продолжающийся экономический кризис стимулируют критический взгляд на существующую модель оказания

медицинской помощи. Реалии современной системы здравоохранения определяют, как оценивается эффективность медицинского обслуживания, и какие методы используются для измерения конкурентоспособности в этой сфере. Таким образом, возникает потребность в разработке новой, более адекватной модели здравоохранения, основанной на ценностях, как пациентов, так и медицинских работников [228, 261].

Обзор международных исследований в контексте диссертационной работы выявил следующие результаты.

В условиях экономических потрясений, мировые системы здравоохранения оказались неспособными справиться с кризисом, что стимулировало необходимость их трансформации во всех развитых странах [271, 307, 411].

В настоящее время можно выделить две основные модели организации здравоохранения: «Бюджетную» и «Рыночную». Такие страны как: Италия, Испания, Швеция, Великобритания и Португалия склоняются к бюджетной модели, в то время как Швейцария, Франция, Германия, Япония, Бельгия и США отдают предпочтение рыночной. Тем не менее, большинство государств решило интегрировать обе системы, создавая гибридные модели здравоохранения [416].

Во многих государствах частный сектор занимает различное положение в системе здравоохранения и влияет на степень доступности медицинских услуг для населения [175].

В контексте США, несмотря на значительные инвестиции в здравоохранение из бюджета, составляющие 18% от ВВП, результаты, полученные от лечения и диагностики, не всегда соответствуют ожиданиям. Однако эти расходы не могут быть оценены как избыточные. В свою очередь, попытка сократить стоимость медицинских услуг посредством закона о доступности медицинской помощи и защите пациентов «АСА» приводит к противоположному эффекту: увеличивается финансовая нагрузка на государство и потенциально ухудшается качество предоставляемой медицинской помощи. Однако доступность медицинской помощи не может обеспечивать высокое качество ее оказания. В Соединенных Штатах был внедрен инновационный

проект «triple aim», ориентированный на профилактику заболеваний и повышение общей эффективности системы здравоохранения, что, в свою очередь, способствует сокращению ненужных государственных трат в этой сфере. [308, 410, 430, 441].

В то же время в Европейском Союзе национальные системы здравоохранения различны, они обычно опираются на государственную и некоммерческую медицину, которая может быть дополнена услугами частного сектора [49].

Исследование влияния формы собственности медицинских учреждений на эффективность и качество их работы на национальных рынках здравоохранения стран ЕС не привело к определенным результатам относительно преимуществ частного или государственного сектора [225, 226].

В примере Норвегии система финансирования медицинских услуг основывается на целевых налогах, взимаемых с доходов граждан. Эти налоги, взываемые с заработной платы, могут составлять до половины дохода. В результате, медики, чья средняя зарплата достигает порядка 3500 евро в месяц, сталкиваются с обязательными высокими отчислениями в систему здравоохранения, поддерживаемую строгими правилами налогообложения [169, 336].

В России отсутствует строгий контроль за доходами и расходами населения, а также за налогообложением, частично из-за высокой доли наличных в финансовой системе страны, которая составляет около 25% в отличие от Евросоюза, где этот показатель равен 9%, и США, где он достигает всего 7% [280].

В последнее десятилетие наблюдается значительное увеличение доли частных медицинских учреждений в Германии. Их количество выросло в пять раз и теперь они составляют более пятой части от всей медицинской системы страны. В Австралии, частный сектор здравоохранения занимает доминирующие позиции среди медицинских работников и управляет двумя третями койко-мест в многопрофильных больницах, при этом, не ограничивая доступ к лечению в

государственных больницах для пациентов, предпочитающих частные услуги. Тем временем, в Румынии, процесс приватизации охватил все центры амбулаторного диализа и восемь государственных больниц, что повлекло за собой их полное обновление и оснащение современным оборудованием. Во Франции структура социальной защиты в сфере здравоохранения поддерживается за счет взносов, которые вносят как предприниматели, так и наемные сотрудники, а также через государственное финансирование. Частный сектор играет значительную роль, предоставляя приблизительно треть всех госпитальных мест, в то время как большинство амбулаторных услуг предоставляется врачами, ведущими частную практику [24, 225, 433].

Имеются исследования, которые указывают на то, что качество медицинского обслуживания в государственных лечебных учреждениях может превосходить частные. Например, выводы Б. Холлингворта это подтверждают. Анализ системы здравоохранения Германии также не нашел прямой связи между частными клиниками и повышением эффективности, по сравнению с государственными учреждениями. Однако в большинстве исследований существенных различий не обнаружено [431, 457].

Исследователи в области здравоохранения, анализируя итальянскую систему, предложили мысль, что влияние на экономическую эффективность медицинских организаций оказывает не столько вид собственности, сколько политические условия, которые существуют в данной стране [408].

Отмечается, что в странах с невысоким доходом населения и проблемами в здравоохранении, где отсутствует ясная политическая стратегия, частный сектор медицины стремится к максимизации своей прибыли, часто действуя обособленно от государственного. Так, к примеру, в Боснии и Герцеговине система здравоохранения разделена между частными и государственными организациями. Однако, проблемы с качеством обслуживания, недостаточной мотивацией работников здравоохранения, неудовлетворительные условия труда географическим дисбалансом размещения медицинских учреждений омрачают ситуацию в государственном здравоохранении. Частные медицинские

учреждения, хоть и существуют, не демонстрируют желания или возможности взять на себя возможность нивелировать слабые аспекты государственной медицины, особенно в условиях пассивной роли государства [202, 399, 459].

В течение длительного времени в Австралии практиковалась политика государственной поддержки граждан через субсидии для покупки полисов ДМС. Однако исследование, проведенное Т. Cheng вместе с коллегами, обнаружило неэффективность этой стратегии, что указывает на необходимость сократить субсидии и усилить контроль за льготами [272, 416].

В Соединенных Штатах, в 2010 году был введен новый закон, который облегчил доступ к медицинскому страхованию для молодежи, ведь он сделал приобретение частного медицинского страхования обязательным (под угрозой штрафа) для всего населения страны, которое не охвачено государственными программами страхования. Параллельно, он расширил доступность страховых полисов для пожилых людей и лиц с хроническими заболеваниями, что привело к повышению финансовых рисков для страховых компаний и увеличению их рабочей нагрузки [385, 417, 438].

В последнее время, по всей Европе наблюдается тенденция к вовлечению частных компаний в предоставление медицинских услуг за счет государственного звена. Преимущество такого подхода заключается в том, что финансирование государственных учреждений здравоохранения может быть перенаправлено с финансирования капитального строительства и инвестиций на непосредственное оказание услуг. Это также стимулирует государственные учреждения повышать свою работоспособность и эффективность из-за возрастающей конкуренции с частным сектором [125, 404].

Изучение практик стран Европы демонстрирует, что приватизация в секторе здравоохранения, а также внедрение системы добровольного медицинского страхования на базе бизнес-инициатив успешно способствует обновлению медицинской отрасли. Это создает барьеры для монополизации медицинской деятельности, ложится в основу сформировавшейся конкурентоспособной и правомерной медицинской среды. Такие меры усиливают приток налогов в

государственную казну, подстегивают инновации в поиске экономически эффективных медицинских технологий, которые гармонично сочетают стоимость и качество для потребителей. Кроме того, это положительно отражается на региональном рынке труда, улучшая его состояние [48, 355, 432, 462].

В экономических показателях, лица из стран с высоким доходом на душу населения несут большие личные затраты на медицинское обслуживание в абсолютных цифрах. Однако, если смотреть на их личные траты как на часть общего бюджета, отведенного на здоровье, то эта доля оказывается относительно меньше [463].

Подход, ориентированный на использование частного сектора в оказании первичной медико-санитарной помощи, оказался позитивным, как показали результаты исследований М. Nachtnebel и его коллег. Эти исследования подчеркивают важность контекстуальных факторов, выбора механизма услуг, и механизмов стратегического управления [149].

В Индии, обладающей самым большим частным сектором здравоохранения в мире, лишь небольшая доля врачей, а именно 10% от общего числа (14 миллионов человек), работает в государственных медицинских учреждениях. Остальные врачи предпочитают практиковать в частном секторе. Страна тратит на здравоохранение около 3,9% своего валового внутреннего продукта (ВВП), из которых государственные инвестиции в эту сферу составляют 1,3% ВВП или 30% от общих расходов. Оставшаяся сумма, то есть 70%, выплачивается непосредственно пациентами, причем страховые выплаты занимают лишь 5% из этой доли, а огромные 95% расходов ложатся на личные счета граждан. Это приводит к тому, что из-за относительно низких доходов населения, многие сталкиваются с чрезмерными тратами на лечение, что оказывает разрушительное воздействие на их финансовое состояние. Экономическое благосостояние граждан подвергается серьезному риску, особенно для наименее обеспеченных слоев общества, которые вынуждены тратить до 20% своих доходов на медицинские услуги. Несмотря на это, система здравоохранения Индии демонстрирует уровень развития, сопоставимый с передовыми странами мира. Индия выделяется на фоне

других стран, развивающихся рынков, благодаря наибольшему числу выпускников медицинских ВУЗов, а также благодаря высокой квалификации медицинских работников и современным частным клиникам, которые привлекают пациентов из развитых стран. Кроме того, страна занимает четвертое место в мире по объему производства фармацевтической продукции и является одним из крупнейших ее экспортеров [258, 435, 445].

Индия стала примером роста влияния частных медицинских учреждений после того, как правительство сократило свои вложения в систему здравоохранения, уступая место частным капиталовложениям. В ответ на сокращенное государственное финансирование, власти приняли решение стимулировать частные клиники различными финансовыми преференциями: от предоставления земли по сниженным ставкам до налоговых вычетов и уменьшения таможенных пошлин. Дополнительно, частные клиники пользуются льготными кредитами от государственных банков и даже могут получать в управление учреждения, ранее принадлежавшие государству. Помимо этого, в ситуациях, когда в частных клиниках наблюдается недостаточная занятость койко-мест, государство направляет к ним пациентов для лечения, возмещая последним затраты на услуги по текущим рыночным ценам, что способствует финансовой устойчивости этих клиник [103, 362, 451].

В наши дни, множество высококлассных частных медицинских центров превратились в глобальные медицинские учреждения, которые предоставляют медицинские услуги для клиентов со всех уголков земного шара. Это стало результатом действий правительства и отсутствия регулирования отрасли, что в итоге привело к глубокому кризису в системе здравоохранения, особенно усугубившемуся во времена пандемии.

В то же время, в Китае система национального здравоохранения находится в основном под управлением государства, которое обеспечивает его несомненные преимущества в плане оборудования и профессионализма медицинского персонала [160, 242].

Медицинская сфера страдает от неэффективного расходования средств и дисбаланса в распределении ресурсов, что приводит к диспропорции между потребностями и доступностью медицинских услуг. Это приводит к снижению общей производительности системы. Финансирование государственных медицинских учреждений часто сопровождается необоснованным выписыванием лекарств и проведением лишних медицинских процедур, что представляет угрозу для потребителей медицинских услуг. Внедрение модели государственно-частного партнерства в китайскую систему здравоохранения предлагается как стратегия для преодоления недостатка ресурсов и улучшения эффективности работы медицинских учреждений, что необходимо для обеспечения безопасности пациентов [322, 421].

Вопросы, стоящие перед здравоохранением сегодня, обусловлены как экономическими катаклизмами на мировом уровне, так и разнообразными социальными вызовами. В этом контексте, рост числа платных медицинских услуг может предложить решение этих вопросов, снижая степень социального недовольства и улучшая качество оказания медицинской помощи [51, 407, 466].

1.3. Анализ состояния сектора специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в Российской Федерации на современном этапе; вектор развития первичной медико-санитарной помощи, как основы системы оказания медицинской помощи в РФ

Прогресс в медицине, обусловленный развитием новых современных технологий, значительно увеличивает потребность населения в качественной медицинской помощи. Среди прочих, выделяется необходимость в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), которая представляет собой особый сегмент специализированной медицинской помощи. ВМП включает использование инновационных, сложных или уникальных лечебных подходов, а также методов, требующих значительных ресурсов, но при этом обладающих доказанной научной эффективностью. Среди таких методов – клеточные

технологии, роботизированные техники, информационные технологии и генная инженерия, которые разрабатываются на основе последних достижений в медицине и смежных областях науки и техники. Особенностью ВМП является ее финансирование из федерального бюджета, что выделяет учреждения, предоставляющие такого рода помощь, среди прочих медицинских организаций [284, 136, 247, 291, 279, 282].

По своему характеру высокотехнологичная медицинская помощь – явление уникальное. Само понятие требует постоянной научной, инновационной, высокотехнологичной лечебно-диагностической деятельности учреждений здравоохранения [280, 166].

Повышение доступности для населения Российской Федерации и качества высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) является одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения [89].

Улучшение качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи стоят в числе приоритетных направлений государственной политики в области здравоохранения. Исследование, основанное на изучении приказов Минздрава и других ключевых федеральных документов, выявило недостатки в системе планирования, регулирования и контроля за предоставлением высокотехнологичной медицинской помощи, особенно в свете её финансирования через систему обязательного медицинского страхования. Основные проблемы обнаружены в подходах к определению объемов медицинских услуг на местном уровне, в процедурах отбора и направления пациентов, а также в системе мониторинга их выполнения [6, 39, 207, 285, 289].

На сегодняшний день ВМП оказывается 919 медицинскими организациями, из которых только 15,5% в федеральном подчинении. При этом, федеральные центры оказывают более 70% всех видов сложной ВМП и 21% – высокотехнологичной помощи, включенной в базовую программу ОМС. Медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную помощь за счет бюджетных средств, подлежащих квотированию, довольно мало. Большая часть из них (64 учреждения – 48,5%) находится в г. Москве и Московской области (45)

и г. Санкт-Петербурге (19). ВМП за счет средств бюджета оказывается в 40 регионах страны, причем в 7 из них имеется по два учреждения, а в 22 по одному [199].

Работа Касаповой В.И. показала, что достаточно существенную роль в оказании ВМП играют областные учреждения, которые способствуют приближению высокотехнологичных видов медицинской помощи для населения [124].

Крупные многопрофильные больницы имеют большие возможности для внедрения современных методов диагностики и повышения качества и эффективности лечения и восстановления трудоспособности. В этих учреждениях имеются все условия для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи. Исследование, проведенное Кудряшевой с соавт. констатирует увеличение оказания ВМП в той или иной степени, в зависимости от регионов и городов. Так в городе Москва с 2010 по 2017 годы объемы, оказанной ВМП, увеличились в 3,8 раза, а в Астраханском регионе в 2,2 раза. При этом в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы рост составил 33,8 раза, а в аналогичных учреждениях Астраханской области 24 раза [38, 150, 198, 260].

Примечательно, что данную проблему, как один из важнейших факторов организации ВМП рассматривают и другие ученые: И.Б. Набережная, Д.А. Захаров, Ж.Б. Набережная, Э.Н. Сурхаева [218, 311, 332, 386].

В области оказания населению высокотехнологичных видов медицинской помощи выделяют две основные категории: те, что входят в базовую программу обязательного медицинского страхования, и те, что не включены в этот перечень [276].

Согласно федеральному закону № 286-ФЗ, для определения объема высокотехнологичной медицинской помощи, не покрываемой базовым планом ОМС, необходимо одобрение со стороны учредителя федерального государственного учреждения здравоохранения, осуществляемое по согласованию с Министерством здравоохранения России. Для получения квоты

необходимы веские основания. Минздрав издал документ, содержащий перечень заболеваний, которые подлежат лечению за государственный счет. Перечень содержит порядка 140 различных заболеваний. В то время как во многих странах за пределами России, страховые выплаты служат ключевым финансовым ресурсом для системы здравоохранения [76, 353].

В 2020 г. в России численность медицинских приемов, оказанных в бюджетном секторе, достигла 195,5 млн. По сравнению с уровнем предыдущего года показатель вырос на 8,1%. Средние годовые затраты на потребителя медицинских услуг, производимые за счет бюджетных ассигнований, выросли на 18,4% в сравнении с 2019 г. и составили 18,7 тыс. руб. [100].

По оценкам экспертов, в 2021 г. этот показатель уменьшился на 13,2% и составил 16,2 тысяч рублей на пациента в год, оборот бюджетного сектора медицины в России сократился на 17,8% и составил 766,4 млрд. руб. После стабилизации ситуации с эпидемией доля дорогих стационарных услуг в структуре затрат на пациента в бюджетном секторе вновь сократилась [187].

По прогнозам, в 2022-2025 гг. объем бюджетного сектора будет сокращаться на 1,0-2,1% ежегодно, и в 2025 г составит 173,6 млн. приемов, а численность потребителей бюджетного сектора медицины в России будет плавно снижаться на 0,6-1,1% ежегодно. Однако этих средств будет недостаточно для финансирования «бесплатной» медицины, поэтому государственный сектор будет по-прежнему частично финансироваться за счет бюджетных ассигнований. Численность потребителей сектора к 2025 г. составит 45,7 млн. человек, что, примерно, будет соответствовать уровню 2019 г., средние годовые затраты бюджетного сектора в России на пациента будут расти на 1,8-2,5% в год и к концу периода составят 17,7 тыс. рублей, на 12,0% превысив значение 2019 г. В свою очередь, оборот бюджетного сектора будет стабильно расти на 1,2-1,4% в год и к концу периода и составит 808,8 млрд. рублей. Рост показателя будет обеспечиваться ежегодным увеличением средней цены приема в бюджетном секторе [33, 148].

На сегодняшний день развитие здравоохранения происходит в направлении доступности для населения. С этой позиции приветствуется создание частных клиник, имеющих возможность обслуживать население в том числе в высокотехнологичном сегменте услуг. Однако, качество оказываемой медицинской помощи частными клиниками не будет гарантировано [199].

На уровне первичной медико-санитарной помощи мы выявили целый спектр недостатков: от длительных очередей и избыточного времени ожидания приема, необходимого для прохождения всех стадий диагностики и лечения, до недостаточно эффективной инфраструктуры поликлиник и проблем с разделением потоков платных пациентов, и тех, кто получает медицинские услуги в рамках обязательного медицинского страхования [20].

Недостаток специалистов в определенных сферах медицины, отсутствие баланса между различными категориями медперсонала, а также снижении качества образования среди врачей и медсестер во многом обусловлены неэффективным распределением кадров. Это, в свою очередь, отражает глубокие проблемы в стратегии управления человеческими ресурсами во всей сфере, которая не смогла адаптироваться к изменениям и новым вызовам системы здравоохранения [37, 389].

В сфере здравоохранения наблюдается конкурентная борьба за медицинский персонал между государственным и частным секторами здравоохранения [8].

Стратегии слияния и франчайзинга могут способствовать снижению недостатка квалифицированных управленцев в сфере здравоохранения на местном уровне.

В рамках модернизации здравоохранения и укрепления позиций государственных медицинских учреждений, техническое обновление и улучшение сервиса и качества оказываемых платных медицинских услуг, которые традиционно предлагаются частными медучреждениями, могут усилить их позиции на рынке оказания платных услуг в сегменте амбулаторной помощи.

Нехватка квалифицированных специалистов в российской системе здравоохранения приводит к длительным срокам ожидания медицинской помощи. Население выражает недовольство по ряду вопросов: непрозрачность в формировании очереди на госпитализацию и диагностику, отсутствие стандартизированной процедуры записи к специалистам, увеличенные сроки ожидания помощи, а также недостаток единой информационной системы в сфере здравоохранения. В то время как в странах с развитой медициной, включая Россию, установлен четкий регламент о максимально допустимых сроках ожидания различных видов медицинских услуг.

К сожалению, в российской системе здравоохранения отсутствует эффективный контроль за соблюдением установленных сроков, что ставит ее в невыгодное положение по сравнению с западными странами. Это дает возможность медицинскому персоналу и администрации больниц корректировать время ожидания в соответствии с официальными требованиями, не всегда соблюдая интересы пациентов [335, 390].

Возрастающая нагрузка на медицинский персонал, возникающая из-за нехватки кадров, вызванная недостаточностью финансирования системы, ограничивает доступ населения к качественной медицинской помощи, что в совокупности обуславливает повышение инвалидизации и смертности населения трудоспособного возраста. Результирующими показателями эффективности системы здравоохранения являются показатели здоровья и продолжительности жизни, их низкое качество является одним из слабых мест российской экономики [44, 324].

В современной медицине широко применяются цифровые технологии, такие как дистанционный контроль за показателями здоровья пациентов, а также платформы для проведения онлайн – консультаций и видеоконференций.

Применение современных методов удаленного мониторинга и наблюдения за состоянием здоровья пациента на догоспитальном этапе в медицинское учреждение способствует более эффективному оказанию медицинской помощи пациентам различного профиля

Кроме того, возможность своевременного и раннего выявления серьезных заболеваний подталкивает к использованию телемедицины. Не менее значимым является и прогресс в области цифровых технологий, который открывает новые возможности для хранения и обмена медицинской информацией. Это, в свою очередь, ускоряет процесс консультации между специалистами и принятия оперативных медицинских решений, необходимых для лечения и реабилитации пациентов.

Пациенты часто указывают на удобство и простоту значимым стимулом обращения в платную медицину вообще, а получение еще более легкого доступа к виртуальной медицинской услуге сократит количество случаев опасного.

Чтобы улучшить работу медицинских учреждений и повысить доступность для населения первичной медико-санитарной помощи, необходимо внедрять телемедицинские технологии, которые помогают усилить взаимодействие как внутри самой клиники, так и между разными учреждениями здравоохранения («вертикальные» и «горизонтальные» связи).

Онлайн-консультация между медицинскими специалистами по каналу «врач – врач» – это интерактивный процесс, где медработники различной квалификации, будь то врачи или медсестры, обмениваются важной информацией о пациенте. Это помогает в анализе результатов диагностики, уточнении клинических диагнозов, планировании дальнейшего обследования и выборе методов лечения. Такой подход может также включать решения о необходимости перевода пациента в узкоспециализированное медучреждение для получения более квалифицированной помощи. Всё это способствует принятию оптимальных медицинских решений.

Консультации по каналу «пациент – врач» являются одной из ключевых инноваций системы здравоохранения, позволяя врачам отслеживать здоровье своих пациентов на расстоянии. Это достигается через использование передовых технологий и электронных средств, которые предоставляют врачам возможность наблюдения за пациентами, не требуя их физического присутствия в

медицинском учреждении. Такие услуги обычно предоставляются через онлайн-платформы клиник или специализированные телемедицинские сервисы.

Важно, чтобы система здравоохранения в России не только занималась лечением уже существующих заболеваний, но и активно работала над их предупреждением. Ключевым аспектом эффективности медицинской системы является способность обеспечить качественные медицинские услуги населению, без ущерба для своего финансового благополучия [191, 193, 225].

1.4. Особенности и специфика развития сектора медицинского страхования с учетом соотношения ОМС и ДМС, программ страхования в современных условиях, причины стагнации сектора ДМС

Здоровье населения является фундаментальным элементом, определяющим прогресс и благосостояние общества [383].

В этом контексте, эффективное управление и развитие рынка медицинских услуг оказывает влияние на каждого индивидуума, подчеркивая необходимость в гарантированном и качественном доступе к медицинской помощи для всех слоев населения. Так, основная задача, стоящая перед реформой здравоохранения в России, заключается в улучшении доступности к медицинским услугам. В этом аспекте, система обязательного медицинского страхования выступает в качестве краеугольного камня, направленного на достижение указанных целей, как это определено в третьей статье Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [61, 86, 284].

Под обязательным медицинским страхованием как об одном из видов социального страхования понимается система правовых, экономических и организационных мер, создаваемых государством, для обеспечения бесплатной медицинской помощи застрахованному лицу, за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования, при наступлении страховых случаев [395].

Право на охрану здоровья реализуется не в полной мере, приводя к увеличению расходов на здравоохранение без видимого улучшения состояния общественного здоровья. В результате, разрыв в доступности и качестве медицинских услуг продолжает расти, подчеркивая критическую необходимость реформирования национальной системы здравоохранения. Исследование международных моделей здравоохранения выявило отсутствие универсальной системы, способной идеально функционировать во всех аспектах. В различных странах применяются разнообразные методы: страховые модели, применяемые в странах, таких как Австрия и Германия; государственные системы, характерные для скандинавских стран и Великобритании; а также рыночные механизмы, реализованные в США и ЮАР. Каждая из этих систем имеет свои достоинства и недостатки, обусловленные различиями в финансировании, контингенте населения, социально-экономическими условиями, географическим положением, политическим устройством и национальным законодательством [245, 368].

Рыночные отношения диктуют необходимость определенных перемен и в организации здравоохранения [208]

Финансирование программы обязательного медицинского страхования производится из фонда ОМС через страховые компании. Перечисление средств страховой организацией происходит после обращения пациентов за медицинской помощью. С 2021 г. финансирование медпомощи, оказанной в федеральных медицинских организациях, осуществляется напрямую из ФОМС, минуя страховые компании. При этом, люди с разным уровнем дохода уравниваются в правах – каждый из них имеет право на один и тот же пакет врачебной помощи [35, 74].

Финансирование медицинских услуг для занятых в трудовой деятельности граждан производится через взносы, которые работодатели вносят в виде страховых платежей с 2010 года, в то время как медицинская помощь для пенсионеров и лиц без работы покрывается средствами, выделяемыми из местных бюджетов. В данной системе финансирования могут возникать ситуации, когда

жители отдельных областей получают не все полагающиеся медицинские услуги в рамках государственных гарантий [217, 233].

Стабильность обеспечивается за счет того, что около 40-42% граждан покрываются страховкой благодаря взносам, уплачиваемым их работодателями, в то время как примерно 34% от всего объема страховых взносов приходится на медицинское страхование [81].

Недостаточное финансирование программ ОМС влечет за собой неполное покрытие услуг в рамках базовых программ, что, в свою очередь, снижает качество страховой защиты в этом секторе [157].

Система обязательного медицинского страхования дает достаточно достоверную статистику потребления медицинских услуг, которая может использоваться при актуальных расчетах в других видах страхования и при построении долгосрочных перспективных моделей развития медицинской отрасли [72, 283].

Обязательное медицинское страхование в России основывается на структуре, включающей Федеральный фонд ОМС и 86 территориальных фондов. Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера [21, 104].

Ключевым аспектом является оценка качества предоставляемых медицинских услуг. По информации Росздравнадзора, почти половина населения (44,8%) выражает недовольство уровнем медицинской помощи, предоставляемой в рамках ОМС, в то время как официальный анализ степени удовлетворенности населения услугами в государственных медучреждениях не проводился. В этой связи Министерство здравоохранения начало реализацию пациенто-ориентированной модели здравоохранения, целью которой стало повышение лояльности пациентов к государственным медицинским учреждениям [138].

Проблемы с обеспечением медицинского страхования для граждан, не участвующих в трудовой деятельности, во многом обусловлены двумя ключевыми факторами. Во-первых, отсутствует четкое законодательное

регулирование, определяющее размер взносов за таких граждан. Во-вторых, региональные власти часто игнорируют свои обязательства по финансированию медицинского страхования, установленные законом. Эти проблемы приводят к недостаточности средств для страхования неработающего сегмента населения в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

В настоящее время еще не были введены нормативные акты, которые бы устанавливали критерии для определения нормативов взносов. Эти взносы обычно рассчитываются на основе разницы между общей стоимостью территориальной программы и суммой, которую вносят предприятия, равной 3,1% от их зарплатного бюджета. В результате, чем больше предприятия платят за своих работников в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), тем меньший вклад вносят местные власти за тех, кто не работает. Это приводит к тому, что на страхование граждан, не участвующих в трудовой деятельности, приходится только чуть более 30% всех средств, хотя такие лица составляют 55% от общего числа населения России.

Проблемы финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) обусловлены недостатком средств для поддержки региональных систем. Это происходит из-за разрыва между финансовыми возможностями ОМС и фактически предоставляемыми медицинскими услугами. Кроме того, многоканальность источников финансирования медучреждений затрудняет эффективный контроль за расходованием финансов. Различия и отсутствие стандартизации в методах расчетов за медицинскую помощь, предлагаемую как в стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях, также являются значительным осложнением в системе здравоохранения [359].

В настоящее время структура расценок на медицинские услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) определяется на основе предварительно запланированных объемов услуг и доступного бюджета, вместо того чтобы учитывать фактическую стоимость процедур. Это приводит к относительно низким платежам за медицинские услуги [117].

В первичной медико-санитарной помощи необходимо сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи [104, 229].

Основные реформы в медицине происходят в связи с изменением ее финансирования. Прежде государство финансировало здравоохранение из трех источников: ОМС, федерального и регионального бюджетов. Из региональных бюджетов финансировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, а из средств федерального бюджета – высокотехнологичная помощь и лекарственное обеспечение льготников [36, 401].

Переход к преимущественно одноканальной модели финансирования за счет средств ОМС, считается прогрессивным направлением реформирования здравоохранения, однако следует учитывать целый ряд проблем его дальнейшего развития, направленных на сглаживание недостатков данной модели [264].

На начало 2022 года значительная часть рынка обязательного медицинского страхования (ОМС) в России контролировалась несколькими крупными игроками, причем более 80% всех страховых полисов ОМС сосредоточено среди десяти ведущих компаний. Компания «СК СОГАЗ-Мед», в частности, удерживает лидирующую позицию, занимая более 16% этого сегмента. Такая концентрация власти на рынке является результатом административных решений, а не отражением неудовлетворенности граждан качеством предоставляемых страховых услуг [314].

Текущее законодательство накладывает значительные ограничения на возможности конкуренции страховых компаний в сфере медицинского страхования. В основном, они стремятся увеличить свою клиентскую базу, однако не имеют возможности соревноваться в аспектах, таких как уникальность страховых продуктов, стоимость взносов, уровень предоставляемых медицинских услуг или выбор медицинских учреждений для обслуживания. К тому же,

предложение программ страхования, предусматривающих изменяемую стоимость взносов, также выходит за рамки их возможностей. На рынке обязательного медицинского страхования наблюдается тенденция, при которой увеличивается доля крупных страховщиков за счет вытеснения или поглощения мелких компаний [220, 251].

Роль страховщиков в этой модели отводилась страховым медицинским организациям, которые могли быть созданы в любой правовой форме, в том числе как частные коммерческие организации. Гражданам предоставлялось право выбора страховщика, но не напрямую, а через работодателей и органы власти, которые заключают со страховыми медицинскими организациями договоры страхования соответственно своих работников и неработающих жителей на своей территории [370]. Даже смена страховой организации, которая стала возможной для населения напрямую не дает никаких преимуществ.

В усовершенствованной системе обязательного медицинского страхования имеется ряд актуальных проблем, требующих особого внимания и немедленного решения. На сегодняшний день эксперты выделяют целый ряд ключевых проблем [359].

Исходя из этого, определяются и такие проблемы как нехватка кадров, в том числе квалифицированных молодых специалистов в районах. Так, средний возраст медицинских работников в районных больницах составляет 47 – 48 лет, при комплектации штата лишь наполовину [69].

Проблемы с расчетом стоимости медицинских услуг приводят к значительным ее региональным различиям. Но в отличие от федеральных учреждений, где стоимость высокотехнологичной медицинской помощи утверждена приказом, регионы формируют тарифы самостоятельно при отсутствии федерального регулирования [147, 182, 267].

К еще одной проблеме можно отнести распределение объемов медицинской помощи между организациями. Выявляются случаи безосновательного их завышения и занижения [147].

Программы обязательного медицинского страхования подразделяются на базовую и территориальную. Базовая программа ОМС входит в состав программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Она предполагает предоставление первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи (за исключением услуг, связанных с санитарно-авиационной эвакуацией), а также специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи [57].

С другой стороны, территориальная программа определяет объемы медицинской помощи в зависимости от региона, включая определение того, какие медицинские услуги и в каком объеме предоставляются, регламентирует страховые случаи и устанавливает нормативы как по объемам предоставляемой помощи, так и по финансовым расходам на каждого застрахованного [1, 335].

В 2020 году произошли значительные изменения в механизме финансирования медицинских учреждений из средств федерального бюджета обязательного медицинского страхования (ОМС). В отличие от предыдущей практики, когда больницы и поликлиники имели возможность получать весь годовой бюджет заранее, нововведения ограничили эту возможность, вводя ежемесячное авансирование в пределах одной двенадцатой от общего годового финансирования. Это изменение было внедрено на фоне роста эпидемиологических рисков, что также привело к повышению на подушевое финансирование медучреждений и установлению специфических тарифов на диагностику и лечение COVID-19, учитывая необходимость борьбы с распространением вируса [334, 367].

Стоит отметить, что в секторе обязательного медицинского страхования отмечается недостаток кооперации между разными звеньями оказания медицинской помощи: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами, что снижает результативность лечения пациентов.

В 2021 г в России численность приемов, оказанных по полисам ОМС, увеличилась на 15,8% относительно 2020 г. и составила 1,60 млрд. приемов.

Этому способствовала стабилизация эпидемической ситуации и оказание плановой медпомощи в государственных медучреждениях возобновилось [92, 300].

Обращая внимание на перспективы развития системы здравоохранения, ключевым аспектом может стать усиление роли частных клиник в сфере обязательного медицинского страхования и стимулирование конкуренции среди учреждений здравоохранения. Такой подход может послужить действенным механизмом оптимизации системы медицинского страхования в Российской Федерации [181].

Концептуально важными шагами для устранения текущих проблем в системе оказания медицинских услуг являются: повышение уровня государственного финансирования здравоохранения, укрепление финансовой базы для медицинской помощи в рамках ОМС, наращивание объема программ по профилактике заболеваний, повышение доходов работников сферы здравоохранения, введение мер по формированию конкурентной среды на рынке медицинского страхования, и создание кодифицированного нормативного акта, регулирующего общественные отношения в сфере обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование представляет собой одну из форм страхования, при которой работодатель берет на себя обязанность по оплате медицинской помощи, оказываемой сотруднику. Полис ДМС включает в себя не только первичный осмотр у специалистов, но и соответствующее обслуживание. Также известны случаи, когда объем услуг, включенных в полис, соразмерны трудовым успехам работника [102].

Главной целью добровольного медицинского страхования можно назвать возникновение экономического интереса со стороны государства и работодателей в процесс укрепления здоровья населения. При этом основным принципом деятельности в данном направлении можно назвать возможность экономической выгоды для всех участников, что, по сути, способствует самостоятельному

урегулированию системы взаимодействия между непосредственными ее субъектами [178].

Не смотря на 30 летнее существование системы добровольного медицинского страхования в России, продолжает оставаться проблема разработки нормативно-правовой базы, регулирующей данный вопрос. Для его дальнейшего развития необходимо на уровне государства подготовить комплекс мероприятий по снижению стоимости и увеличению доступности данного полиса для населения РФ. При этом, еще одним фактором, оказывающим негативное влияние на развитие системы добровольного страхования, является низкий уровень доходов большей части граждан России [73, 172].

В 2019 году наблюдался беспрецедентный всплеск в объемах взносов добровольного медицинского страхования (ДМС), ставший рекордным за весь период наблюдений. Этот рост был отмечен как в корпоративном, так и в розничном сегменте благодаря разнообразию предложений страховых продуктов, что привело к расширению аудитории и увеличению числа клиентской базы страховых компаний. В частности, объем страховых взносов возрос на 19 %, доходя до отметки в 180,8 миллиардов рублей. Основным двигателем развития сегмента стало изменение его структуры: традиционные программы ДМС, покрывающие все риски, начали уступать место более доступным страховым программам, которые предлагают ограниченный перечень услуг или включают франшизу. Ранее, продолжительный рост интереса к ДМС во многом был обусловлен пересмотром тарифов в ответ на увеличение стоимости медицинских услуг [9, 442].

Возросшая заинтересованность в доступных медицинских страховых продуктах привела к росту интереса к добровольному медицинскому страхованию (ДМС) и снижению средней стоимости страхового взноса. Это, в свою очередь, привело к стимулированию числа страховых соглашений на 38,5%, достигнув отметки в 17,1 миллиона [422].

За последний год наблюдался резкий рост числа заключенных договоров на добровольное медицинское страхование (ДМС) с организациями (более 40,6%). В

то же время, средний размер выплат по таким договорам снизился на почти 20%, составив 53,1 тысячи рублей. Этот тренд указывает на расширение базы клиентов, включая не только крупные компании, но и малый и средний бизнес, которые в прошлом реже могли позволить себе полный комплект услуг по ДМС для своих работников. Страховые компании также активно предлагают новые продукты, интересные новой целевой аудитории: юридическим и физическим лицам. В результате, доля физических лиц в общей сумме взносов по ДМС увеличился до 19,9%, при этом число подписанных договоров с физическими лицами выросло на 38,1% [33, 393].

Этот рост частично объясняется растущей популярностью экономических страховых программ, которые покрывают ограниченный круг рисков, а также активным развитием сферы телемедицины. Поэтому, дальнейшее сосредоточение усилий участников рынка на развитии и улучшении условий ДМС может способствовать устойчивому росту в отрасли страхования на территории России [70].

Почти половина всех финансовых средств, задействованных в сфере обязательного медицинского страхования в России, относится к сектору платных медицинских услуг, в том числе услуг, предоставляемых по договорам добровольного медицинского страхования, достигая суммы в размере около одного триллиона рублей. Существует идея реформирования текущей системы, предложив включение этих финансов в механизм соплатежей, что позволит использовать весь спектр медицинских учреждений на основе единых норм и принципов страхования, тем самым придав системе истинно рисковый характер [227].

В свете этого, добровольное медицинское страхование и платные услуги можно рассматривать как дополнительные или расширенные элементы программы государственных гарантий, предоставляемые на условиях договора между потребителями медицинских услуг и медицинскими организациями, с оплатой со стороны самого потребителя, страховой компании, работодателя или других финансовых агентов [97].

Такие исследователи как: Шилов Д.В. в 2013 году, Гераскина О.А. в 2016 году, а также Паносян Л.М. и Васильченко Е.И. в 2017 году, подробно анализировали проблемы, сопровождающие систему добровольного медицинского страхования (ДМС). В их работах выявлены ключевые недостатки ДМС, включающие высокую стоимость страховых полисов, которая формируется с учетом комиссии страховой компании, отсутствие стимулов для проведения профилактических акций среди застрахованных лиц из-за роста затрат, исключение из страховки дорогостоящих процедур и лечения, а также повышение ставок для тех, кто чаще всего обращается за медицинской помощью [97, 227].

Доступ к медицинским услугам становится более удобным и широким для пользователей добровольного медицинского страхования, которое также дает право на выбор лечебного учреждения и сокращает сроки ожидания. Пациенты, обладающие ДМС, могут наслаждаться более приятными условиями пребывания в клиниках [54].

В связи с тем, что обязательное медицинское страхование (ОМС) является общедоступным для жителей России по закону, страховые компании выигрывают при оформлении ДМС. Ведь они могут эффективно использовать ресурсы ОМС для сокращения своих затрат, обеспечив застрахованным лицам медицинские услуги в рамках государственных гарантий и минимизируя тем самым объем медицинского обслуживания, оплачиваемого по ДМС [143].

В таком случае, оптимальный вариант представляет собой легализацию использования двух каналов финансирования здравоохранения, где одна часть услуг покрывается за счет обязательного медицинского страхования в соответствии с текущей государственной программой, а другая – финансируется через добровольное медицинское страхование. В этом контексте, главным получателем выгод должен выступать пациент [269].

На данный момент отсутствуют установленные процедуры, которые бы гарантировали преемственность в оказании медицинской помощи пациентам при переходе с одной системы страхования здоровья на другую, в частности, между обязательным медицинским страхованием и добровольным медицинским

страхованием. Одна из причин этого заключается в том, что покрытие ДМС часто не распространяется на лиц с хроническими заболеваниями, требующими постоянного медицинского внимания, и в случае обнаружения таких заболеваний пациенты направляются в государственные медицинские учреждения, работающие в рамках ОМС. Это обусловлено характером ДМС, предполагающим наличие риска наступления страхового случая.

В системе добровольного медицинского страхования, когда пациенты самостоятельно обращаются за помощью, страховые компании сталкиваются с необходимостью интеграции профилактических мер в свои программы. Это отличается от государственных профилактических программ, где инициатива исходит преимущественно от государства. Чтобы соответствовать требованиям лицензирования и не нарушать условия страховой деятельности, страховщики облачают эти профилактические меры в форму консультативных услуг, тем самым внося элемент вероятности в обращение за медицинской помощью [259].

Удивление вызывает применение ограничений к страховым компаниям, учитывая, что профилактика и предотвращение рисков стоят в основе их деятельности. Один из возможных выходов – разработка и внедрение государственной инициативы, направленной на улучшение здоровья нации, что не только сократит общие затраты на здравоохранение как в рамках обязательного, так и добровольного медицинского страхования, но и облегчит доступ к медицинским услугам для социально уязвимых групп населения, включая детей, пожилых, пенсионеров и лиц с инвалидностью. Кроме того, это могло бы стимулировать население активнее вкладывать средства в добровольное медицинское страхование, снижая тем самым давление на обязательное медицинское страхование и способствуя улучшению доступности и качества медицинских услуг [178].

Исследование организационных аспектов работы поликлиник обнаружило множество сложностей, среди которых особо выделяется вопрос тарификации услуг. В контексте добровольного медицинского страхования, степень покрытия и стоимость страховых программ различаются, что позволяет работодателям

подбирать страховые пакеты для своих работников индивидуально. Эти пакеты могут быть как с расширенным покрытием услуг (включая услуги VIP-класса), так и с ограниченным набором опций. Однако важно, чтобы в каждом страховом договоре были четко указаны условия и объемы предоставления медицинских услуг [97].

Важно подчеркнуть, что в стремлении минимизировать расходы и предотвратить запланированные убытки за год, страховые компании часто предпочитают сотрудничать с медицинскими учреждениями, предлагающими наиболее низкие цены за услуги. Это учреждения, которые обычно принадлежат частному сектору, часто входят в состав обширных программ добровольного медицинского страхования, но предлагают ограниченный спектр услуг из-за своих невысоких тарифов. Большие региональные медицинские центры, наоборот, редко используются страховщиками в рамках первичной медицинской помощи, и то, в основном, в крупных городах. Часто применяемая методика «программы рискованного прикрепления» основывается на анализе частоты обращений застрахованных лиц. Такой подход может приводить к тому, что медицинские учреждения стараются ограничить количество визитов пациентов, чтобы избежать лишних затрат. Ведь бесконтрольные посещения по тривиальным причинам могут негативно отразиться на финансовом положении организации [70].

Страхование по ДМС ограничено по срокам: в случае увольнения, отказа страхователя, открепления пациента по диагностированному хроническому заболеванию. При этом пациент может остаться и получать помощь по ОМС или за собственные средства в этих же учреждениях здравоохранения пожизненно [227].

При заключении договора на добровольное медицинское страхование, гражданин может быть в полной мере уверен, что сможет получить медицинскую помощь в большем объеме, в кратчайшие сроки и при этом оптимального качества [259, 339].

На сегодняшний день институт добровольного медицинского страхования не содержит конкретной нормативно-правовой базы, регулирующей его деятельность. Отсутствует определение договора ДМС, нет конкретного перечня основных условий, также, отсутствует разграничение сферы действия ОМС и ДМС. Содержание услуг определяется либо конкретным заключенным договором, либо в соответствии с правилами, которые разрабатываются страховыми организациями [442].

Таким образом, система медицинского страхования играет важную роль как в социальном, так и в экономическом благополучии населения. При этом определенного рода проблемы существуют в функционировании и финансировании как каждой из этих форм по отдельности, так и при их взаимодействии внутри всей системы, в общем. Особенности страхования и порядок оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию закреплен в законодательстве РФ. ДМС не имеет отдельного законодательного регулирования в России, кроме общих норм страхового законодательства. При реализации деятельности по ДМС страховая медицинская организация выступает в роли страховщика, обладающего обязанностями и правами, выделяющими страхование как отдельную структуру финансовой системы. Этот вид страхования вполне можно назвать перспективным, что само по себе подтверждает количество заключенных договоров и общая численность застрахованных лиц [94, 102].

1.5. Анализ состояния и современных тенденций развития сектора платных медицинских услуг, причины, факторы и условия существования платного теневого рынка в Российской Федерации

Во многих странах мира преобладает гибридная модель системы здравоохранения, которая объединяет в себе как частные, так и государственные медицинские учреждения. Управление такой смешанной системой отличается от чисто государственной модели и требует от государства разработки и внедрения эффективных механизмов контроля за частным сектором. Когда регулирование

частных медицинских учреждений и общая управленческая стратегия со стороны правительства находятся на должном уровне, гибридная система может успешно реализовывать общественные интересы в области здравоохранения. Однако в ситуациях, где частный сектор недостаточно развит или где правительственные регуляторные способности слабы, цели в сфере здравоохранения могут не достигаться, что приводит к несоответствию действий частного и государственного секторов с государственной стратегией здравоохранения [456].

Проблема конфликта интересов между государственным и частным секторами является повсеместной, при этом универсальны методы разрешения подобных конфликтов отсутствуют. В дополнение, не следует забывать о том, что частный сектор представляет собой сложную структуру с различными функциями внутри система здравоохранения [457, 458].

В 1990-х годах, с началом перехода России на рыночную экономику, произошло значительное усиление сектора частной медицины, сопровождаемое появлением и развитием легальных коммерческих медицинских услуг. Затем, с наступлением 2000-х и повышением уровня жизни граждан, возросла потребность в высококачественном медицинском обслуживании и сервисе, что естественным образом привело к дальнейшему расширению рынка платных медицинских услуг и укреплению роли частных медицинских организаций. Эта динамика подчеркнула важность проведения глубоких исследований и анализа данного рынка [352].

М. Наджафова подчеркивает, что государственные медицинские учреждения не способны полностью удовлетворить все потребности общества в медицинской помощи, особенно когда речь идет о сложных и высокотехнологичных методах лечения. Это, наряду с повышением стандартов качества медицинских услуг, которые требуют определенные слои населения, способствует росту интереса к услугам частной медицины. С. Беляев добавляет, что увеличение спроса на платные медицинские услуги не только демонстрирует их популярность среди населения, но и показывает, готовность медицинских

организаций их предоставлять, что говорит о развитии сектора частной медицины [41, 200].

Платные медицинские услуги приобретают все более важное значение в здравоохранении Российской Федерации в том числе, и в связи с принятием Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных и муниципальных учреждений» в целях привлечения внебюджетных средств. С принятием Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ) расширилось правовое поле для оказания платных медицинских услуг, что позволяет, с одной стороны, развивать внебюджетную деятельность медицинских организаций, а с другой стороны, за счет конкуренции между ними повышать качество медицинской помощи. В контексте увеличения объема законодательного регулирования коммерческой деятельности в сфере здравоохранения, государственные структуры получают возможность осуществлять мониторинг развития услуг платной медицины и проверять правильность их предоставления [22, 222, 264, 337].

В соответствии с пунктом 7 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, понятие «иные условия» раскрывается более детально. Это означает, что условия, отличающиеся от государственных гарантий, могут служить предпосылкой для введения платных медицинских услуг. К примеру, повышение качества обслуживания и улучшение условий пребывания в медицинских учреждениях могут стать причиной для внедрения платных услуг в секторе здравоохранения [115, 222, 290].

В соответствии с четвертым пунктом 84 статьи ФЗ № 323, граждане России могут самостоятельно выбирать объем медицинских услуг на платной основе, будь то полный набор предусмотренных стандартов или исключительно

определенные процедуры и консультации, по их личному желанию. Медицинские учреждения, в свою очередь, имеют право ограничить предоставление услуг до частичного выполнения стандартных мероприятий. Это указание правовых норм подразумевает, что российские пациенты могут воспользоваться как гарантированной государством бесплатной медицинской помощью, так и дополнительными платными услугами [223].

Введение возможности оплаты медицинских услуг в учреждениях государственного здравоохранения открывает дополнительные финансовые потоки для поддержки бесплатной медицинской помощи, которую гарантирует государство, способствуя её расширению и улучшению [98, 220, 308].

Это позволяет не только расширять возможности для пациентов в выборе специалистов и лечебных учреждений, но и значительно увеличивает поступления средств в государственные медицинские учреждения, что в свою очередь способствует увеличению их конкурентоспособности и расширению ассортимента предлагаемых услуг. Однако, применение платных услуг в сфере государственного здравоохранения сопряжено с набором вопросов и вызовов. Как показал опыт России, где такая практика привела к значительным изменениям на рынке медицинских услуг, включая диверсификацию и улучшение качества обслуживания [65, 151, 247].

К основным проблемам в сфере платных медицинских услуг можно отнести следующие аспекты:

- дисбаланс между требованиями и ожиданиями поставщиков услуг и их получателей;
- отсутствие четких указаний и методических рекомендаций для государственных медицинских учреждений о том, как организовать предоставление платных услуг, включая разграничение потоков пациентов и финансовых средств;
- нехватка детально разработанных профессиональных рекомендаций для формирования эффективного рынка медицинских услуг, особенно тех, которые не покрываются государственной программой гарантий.

В государственных медицинских учреждениях наблюдается отсутствие развитых методов для предоставления платных лечебных услуг, а также процесс определения стоимости этих услуг недостаточно тщательно продуман. К тому же, система ценообразования не обладает необходимой гибкостью, чтобы адаптироваться к изменениям в экономике. Следует подчеркнуть, что предоставление платной медицинской помощи в этих учреждениях не ограничивает прав граждан на бесплатное лечение и не обязывает их платить за услуги в государственных медицинских организациях [68].

Возможность получения медицинских услуг на платной основе представлена в медицинских учреждениях с различной организационно – правовой формой собственности. Эти услуги могут быть классифицированы в несколько основных категорий:

1. Услуги, предлагаемые частными медицинскими организациями, которые могут принадлежать к разным формам собственности и специализироваться на различных направлениях здравоохранения;
2. Услуги, предоставляемые врачами на условиях частной практики – теневые платежи;
3. Услуги, которые предлагают государственные учреждения на платной основе [241].

Теневая экономика наносит удар по финансовому благосостоянию государства, поскольку нелегальные финансовые операции уменьшают сумму налоговых отчислений. К примеру, в сфере платных медицинских услуг теневые сделки занимают 6-7% рынка. Это частично объясняется сокращением количества людей, застрахованных по добровольному медицинскому страхованию, а также уменьшением реальных доходов населения, которыми могут распоряжаться граждане. Ввиду низких расходов в теневой сфере по сравнению с официальными медицинскими и коммерческими услугами, люди часто предпочитают неофициальные платежи. С 2016 года наблюдается рост частного сектора на этом рынке. Дополнительным источником повышения спроса на коммерческие

медицинские услуги могут стать самозанятыми, особенно в случае ухудшения их доступа к обязательному медицинскому страхованию [98, 220, 308].

К 2019 году доля частных расходов на здравоохранение достигла 19%, тогда как доля теневой экономики оценивалась в 23%. Отличия в данных, предоставленных Росстатом и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), по вопросам частного финансирования здравоохранения во многом объясняются недостаточной оценкой размера теневого сектора. Это подчеркивает важность организации региональных исследований, направленных на анализ расходов жителей на услуги здравоохранения [174, 317].

В 2020 году объем рынка платных услуг в России достиг 811 миллиардов рублей, учитывая как официальную, так и теневую сферы, а также добровольное медицинское страхование. При этом, несмотря на то, что федеральный бюджет России на здравоохранение увеличивается, ежегодный прирост объема предоставляемых на платной основе медицинских услуг остается на уровне 1,3% [52, 113, 186, 357].

В сфере медицинских услуг в каждом субъекте РФ обычно функционируют несколько крупных клиник, каждая из которых стремится обслуживать аналогичную аудиторию пациентов. В таком контексте, главной целью для этих медицинских учреждений является не только сохранение своего присутствия на рынке, но и стремление к его расширению. Это создает условия конкурентной борьбы, где успех одной организации нередко сопряжен с потерями для остальных. В ответ на эти вызовы, клиники обращаются к двум ключевым стратегиям управления своими услугами: дублирование и дифференциация услуг, чтобы удерживать или повышать свою долю на рынке. Исходя из первого подхода, клиники могут оказаться в ситуации экономического противостояния, где выигрыш или проигрыш определяется ценовыми показателями. Однако, выбирая второй путь, они могут специализироваться на предложении высокотехнологичных решений, которые не только уникальны и сложно поддаются дублированию, но и приносят больше дохода по сравнению с базовыми услугами, тем самым подтверждая свою более внушительную

экспертность и профессиональный уровень. При этом, стремление клиник выделиться на рынке через уникальные предложения может привести к внедрению услуг, которые экономически не выгодны [459].

В современной бизнес-среде, одни лишь финансовые результаты не отражают полную картину успешности. Вместо этого, предложен комплексный подход, включающий четыре ключевых элемента: экономические показатели, удовлетворенность клиентов, оптимизацию бизнес-операций, а также образование и развитие сотрудников [434].

С точки зрения тех, кто придерживается ресурсно-ориентированной стратегии развития, наличие у компании уникальных ресурсов, характеризующихся как ценные, редкие, не подлежащие замене и не копируемые, способствует созданию ее конкурентных преимуществ [409].

В ответ на текущие тенденции, частные компании активно ищут новые пути для увеличения своих доходов, акцентируя внимание на сотрудничестве с государством через механизмы государственно-частного партнерства, в том числе принимая участие в программе обязательного медицинского страхования. В связи с этим было ожидаемо, что с 2019 года рост объема рынка легальных коммерческих медицинских услуг будет устойчиво расти в среднем на 6% ежегодно [126, 301, 339].

Однако, несмотря на эти тенденции, частный медицинский сектор в России по-прежнему развивается отдельно от национальной системы здравоохранения, испытывая затруднения с интеграцией в общенациональный рынок медицинских услуг [339].

В 2019 году средняя стоимость официальных медицинских услуг достигла 4500 рублей, причем этот показатель одинаков для как государственных, так и частных медицинских заведений. Однако в коммерческих медицинских центрах расходы на лечение были значительно выше, достигая 18500 рублей, в то время как в государственных медицинских учреждениях этот показатель был всего 6400 рублей. Наблюдался рост доверия к частным медицинским учреждениям: если в 2018 году их выбирало 36,2% пациентов, то к 2011 году этот показатель

увеличился до 44,8%. Затраты на амбулаторное лечение заняли второе место среди расходов на медицинские услуги [211, 223].

Британская компания Ernst & Young, занимающаяся аудитом и консалтингом, осуществила обширный анализ коммерческого сектора здравоохранения в России за период 2018-2019 гг. В ходе исследования было выявлено, что граждане начали больше экономить на медицинских услугах, что отразилось на снижении платежеспособного спроса. В то же время, почти четверть опрошенных специалистов выразили мнение, что рынку медицинских услуг может поспособствовать рост социально-демографических показателей. А 30% из опрошенных экспертов связывали потенциальное увеличение рынка с повышением уровня реальных доходов населения [113].

В 2018 году Общероссийский Народный Фронт организовал опрос, охватив 4 тысячи сотрудников здравоохранения по всем 85 регионам страны, большинство из которых, 3,5 тысячи, были врачами. В ходе исследования было выявлено, что четверть участников (24,5%) подтвердили факт столкновения с неофициальными указаниями от руководства их медучреждений, касающимися фокуса на развитии и приоритет платных медицинских услуг. Результаты варьировались в зависимости от региона: в Липецкой области таких было 50%, а в Мурманской и Вологодской областях – 40%. Более того, большинство опрошенных, 57,6%, заметили увеличение доли платных услуг в государственных медучреждениях за тот же год [62, 120, 201].

На сегодняшний день в России пациентам доступно более пятидесяти четырех различных медицинских специальностей, предоставляемых в рамках платных медицинских услуг. Эксперты выделяют, что наибольший объем на частном медицинском рынке занимают услуги в области стоматологии, составляющие 60% от общего числа, за ней следуют гинекологические услуги (20%), диагностические услуги (10%) и косметология, занимающая 6% рынка. В настоящее время наблюдается тенденция роста интереса и развития в сферах, таких как геновая терапия, молекулярно-генетическая диагностика и регенеративная медицина. В то же время, крайне мало частных медицинских

учреждений, менее 3%, предоставляют такие услуги, как гериатрия и экстренная медицинская помощь. Среди других востребованных направлений также выделяются офтальмология, мануальная терапия, психиатрия, наркология и косметология [25, 88, 397].

Опросы, проведенные в рамках Российского исследования экономического состояния и здоровья граждан, выявили, что только 27% частных медицинских учреждений специализируются на предоставлении услуг в одной области. Преобладающими среди специализированных клиник являются стоматологические (60%) и офтальмологические (10%). В ответах пациентов отмечается, что частные клиники выигрывают у государственных за счет предоставления качественного сервиса, что ставится на первое место при выборе медицинского учреждения. Таким образом, частный сектор медицинских услуг в России успешно конкурирует с государственными учреждениями, привлекая к себе значительную долю пациентов со средним доходом.

Результаты социологического исследования, проведенные Быковской Т.Ю. и Пановым А.В. показали, что большая доля врачей в РФ работают в медицинских учреждениях, где оказываются платные медицинские услуги. При этом врачи считают, что платные медицинские услуги можно оказывать как в частных, так и в государственных медицинских учреждениях. Степень неудовлетворенности врачей уровнем заработной платы выше в государственных учреждениях. Так, авторы приводя данные о том, важности уровня удовлетворенности пациентов, пользующихся платными медицинскими услугами, ведь для ряда пациентов уровню сервиса при предоставлении платной медицинской помощи и квалификации медицинского персонала превалирует над стоимостью лечения. К тому же, они проявляют большую степени доверия к государственным медицинским учреждениям по сравнению с частными [222, 224, 225].

Для того чтобы улучшить позиции на рынке, медицинским учреждениям следует активнее информировать пациентов о доступных видах лечения, как платных, так и бесплатных [123, 232, 316].

Вопрос ценообразования на медицинские услуги в государственных медучреждениях остается сложным, особенно в контексте отсутствия единого законодательного регулирования в России. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 1631н дает право подведомственным Минздраву медицинским организациям самостоятельно устанавливать тарифы на медицинские услуги при рекомендуемой рентабельности не выше 20%. Временная инструкция Минздрава Российской Федерации по расчету стоимости медицинских услуг (1999), устанавливает методический подход к расчету их стоимости и носит чисто экономический, но не социальный характер. В ходе анализа было рассмотрено влияние ценообразования на доходы учреждений, предоставляющих платные медицинские услуги. Выявлены значительные различия в стоимости аналогичных услуг, например, в медицинских учреждениях города Москвы. Интересно, что некоторые медицинские учреждения смогли увеличить свою валовую прибыль, снижая цены, благодаря увеличению объема предоставляемых услуг. Также была представлена глубокая аналитика клиентской базы с использованием модели «холистического маркетинга». Этот подход учитывает медицинские, социальные и демографические данные о пациентах для анализа и предсказания их поведения и предпочтений, что в свою очередь помогает медицинским учреждениям более точно прогнозировать спрос на платные услуги [96, 144, 223, 288, 294].

Иногда повышенные тарифы на услуги в частной медицинской практике могут принести неожиданные выгоды, например, ограничивать чрезмерное потребление услугами здравоохранения, фильтруя тех, кто использует доступность услуг с целью личного обогащения за счет предъявления исков к медицинским учреждениям из-за их некачественной работы, что иногда называют «пациентским экстремизмом» [118, 304, 372].

Тем не менее, в этой сфере все еще существует ряд неразрешенных проблем, включая нехватку единого законодательного регулирования, которое бы охватывало ответственность частных клиник за качество предоставляемых ими услуг. Кроме того, отмечается дефицит налоговых льгот, которые могли бы

поддержать медицинские учреждения в вопросах обновления дорогостоящего медицинского оборудования, а также его приобретения в лизинг и так далее.

Также, существует вопрос о том, как установление государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения низких тарифов на платные услуги, с участием органов власти, приводит к неумышленному снижению цен на рынке. Организационно-кадровые противоречия, когда медицинские работники государственных и муниципальных медицинских организаций параллельно работают в частных медицинских учреждениях и высокий показатель коэффициента совместительства негативно сказывается на качестве оказания медицинской помощи [223, 394].

Таблица 1 – Характеристика трёх каналов финансирования медицинских услуг

Параметр	ОМС	ДМС	Платные услуги
1	2	3	4
Плательщик	Субъекты исполнительной власти и работодатели	В большинстве случаев страхователем выступает работодатель, хотя иногда эту роль может принять и частное лицо	Физическое лицо
Источники средств на оплату	Внесение платежей от застрахованных лиц в федеральный фонд обязательного медицинского страхования, не входящий в общегосударственный бюджет	Финансирование обеспечивается за счет ресурсов компаний или индивидуальных предпринимателей, а также за счет личных средств в случае личного страхования	Личные средства пациента/ плательщика
Условия оплаты для пациента	При посещении медучреждения пациенту предоставляются услуги без оплаты	Когда пациент обращается в лечебное учреждение, услуги предоставляются ему без взимания платы	Услуги в области здравоохранения финансируются за счет средств клиента или другой заинтересованной стороны.

Продолжение таблицы 1

Объем медицинской помощи	В рамках государственной программы ОМС	В рамках договора, программы добровольного медицинского страхования устанавливаются условия между страховщиком и страхователем	Определяется пациентом
Участие пациента в определении необходимого объема оказанной помощи	Не участвует	Не участвует	Возможность оплаты медицинских услуг лежит на пациенте, когда он сам выбирает предоставляемую ему медпомощь
Основания для оказания медицинских услуг	Наступление страхового случая, вызывающее необходимость обратиться к страховке (это может быть ситуация, имеющая случайный характер), или же профилактические программы (к примеру, медицинские осмотры или диспансерное наблюдение)	Возникновение страхового случая, предусмотренного договором добровольного медицинского страхования и характеризующегося как возможное событие, требует обращения. Регулярные профилактические осмотры также охвачены этим договором	Клиент может самостоятельно принять решение в вопросе обращения за платной медицинской помощью, если ощущает такую необходимость
Проведение профилактических мероприятий	Обязательное	Ежегодно в плановом порядке	По запросу пациента
Обеспечение диспансерного наблюдения при хронических заболеваниях	Обязательно	Как правило, не предусматривается	По запросу пациента.

Продолжение таблицы 1

Размер тарифов относительно среднерыночных цен на соответствующие виды медицинской помощи	В стоимости услуг учитывается их себестоимость	Согласно ценам, которые предлагаются на рынке за аналогичные услуги в области здравоохранения	Основываясь на среднерыночных стоимостях медицинских услуг
Нагрузка на врача в соответствии с показателями выполнения трудовой функции	Высокая	Вариабельна	Вариабельна
Продолжительность приема врача относительно рекомендованных Минздравом России нормативов	Согласно установленным стандартам, которые рекомендует Министерство здравоохранения Российской Федерации, для определённой медицинской специальности	Согласно договора или в соответствии с правилами, определенными в медицинской организации	Согласно установленным процедурам в данном медицинском учреждении
Сроки оказания медицинской помощи	В соответствии с положениями территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи	В момент обращения за медицинской услугой, в соответствии с действующим расписанием медицинского учреждения	В момент обращения за медицинской услугой, в соответствии с действующим расписанием медицинского учреждения
Необходимость предварительного согласования медицинских услуг со страховщиком/плательщиком	Не требуется.	Требуется.	Все планируемые к выполнению медицинские услуги согласуются с пациентом (плательщиком)
Комфортность условий оказания медицинской помощи	Стандартная	Обычно высокая	Обычно высокая

Вопрос о том, как можно улучшить систему вознаграждения за работу для медработников, предоставляющих услуги на платной основе, заслуживает особого внимания. Согласно статье 60.2 Трудового кодекса Российской Федерации «с письменного согласия работника ему может быть поручено выполнение в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) наряду с работой, определенной трудовым договором, дополнительной работы по другой или такой же профессии (должности) за дополнительную оплату» [19].

В контексте управления персоналом, работодатели обладают гибкостью в распределении задач, позволяя своим работникам брать на себя дополнительные обязанности. Это могут быть даже задачи, за которые предполагается дополнительное вознаграждение. Так, например, в медицинских учреждениях вполне допустимо, что врач может временно исполнять роль медсестры, если она отсутствует, даже в случае, если это связано с оказанием услуг, за которые взимается плата. Статья не делает акцент на том, что дополнительная работа не может быть оплачиваемой. Кроме того, медицинские работники, получающие заработную плату из средств обязательного медицинского страхования (ОМС), также имеют право на выполнение платных услуг вне своего стандартного рабочего графика, включая и обычное рабочее время. Эти правила распространяются не только на медицинские учреждения, подчеркивая универсальность подхода к распределению рабочих задач и возможностей для дополнительного заработка [19, 222].

Для обеспечения возможности совместного выполнения различных функций и должностей в структуре медучреждения, необходимо предусматривать наличие вакантных должностей на совмещение. Это требование обусловлено необходимостью правильной организации труда в рамках медицинских организаций. Как указывает законодательство Российской Федерации, в частности Трудовой кодекс, медработник может принимать на себя дополнительные обязанности, что предполагает увеличение объема его ответственности за качество предоставляемой медицинской помощи [109].

При этом, крайне важно соблюдать баланс между обеспечением прав пациентов на получение бесплатной медицинской помощи и соблюдением трудовых прав сотрудников учреждений здравоохранения. Ни в коем случае не должно происходить ущемления интересов ни одной из сторон [224].

В свете стремления к развитию сферы платных услуг в медицинских учреждениях, ключевым аспектом для руководства является регулярное изучение потребностей своих сотрудников и возможностей, которые может предложить администрация учреждения. Однако социологических исследований удовлетворенности медицинских работников системой оплаты своего труда, в частности, врачей, которые оказывают в том числе и платные медицинские услуги, выявить не удалось. Этот факт подчеркивает важность организации всесторонних социологических исследований, направленных на анализ восприятия качества, доступности и организации платных медицинских услуг как со стороны потребителей, так и со стороны медицинских организаций [14].

Постоянный мониторинг личных расходов на здравоохранение является важной частью оценки эффективности системы даже в странах с эффективным управлением отрасли оказания медицинских услуг. Личные расходы являются основным компонентом расходов на здравоохранение. В России, и в странах с низким и средним уровнем доходов, в том числе [414, 428, 464].

Понятие «теневой экономики» появилось только в начале 1970 года прошлого столетия и предназначалось для того, чтоб обозначить скрытые доходы и способы их сокрытия. Современная литература использует это понятие как попытку анализа всплеска хозяйственной деятельности в теневом секторе после обнародования. Характерными чертами теневой экономики является преднамеренное уклонение официальной регистрации предприятий (как формы хозяйствования) и их соглашений, а также искаженное выполнение этих соглашений [414, 428, 464].

На сегодняшний день теневой сектор экономики прекрасно адаптировался к экономической ситуации в России и поэтому он способен конкурировать с официальной экономикой.

Сектор некассовых платежей включает приемы пациентов, которые сопровождаются платежом лично в руки врачу. Эти средства не отражаются ни во внутренней отчетности медучреждений, ни в официальной налоговой отчетности.

В контексте неофициальных финансовых операций подразумеваются ситуации, когда пациенты или лица, выступающие от их имени, лично вручают средства или дарят подарки персоналу медицинских учреждений. Такие действия также включают предоставление услуг медицинским работникам и их учреждениям. Кроме того, в эту категорию входят затраты пациентов на покупку медикаментов и необходимых материалов для амбулаторного или стационарного лечения, а также их расходы на питание. Это противоречит установленным нормам, согласно которым данные расходы должны покрываться государством, и пациенты имеют право на получение лекарств и пищи бесплатно [378].

По причине отсутствия официальной отчетности, параметры теневого сектора рассчитывается социологическими методами – через опросы врачей и пациентов. Соответственно, информация о теневом секторе является наименее точной по сравнению с другими секторами медицины.

Большой объем ресурсов, находящихся вне официальной экономики, может стимулировать экономическое развитие при их интеграции в легальный сектор. Важность борьбы с неформальной экономикой подтверждается на уровне государственной политики, что отражено в обращениях Президента Российской Федерации к Федеральному Собранию и в решениях, принятых Правительством РФ [152, 340].

Теневой сектор компенсирует недостатки российской медицины. Неформальные платежи обеспечивают клиентам качественные медицинские услуги, а врачам – компенсируют низкие заработные платы. Кроме того, в ситуации оплаты врачу «в руки» клиент получает высокий уровень персонализации медицинской помощи.

Дефицит квалифицированного персонала, низкое качество оборудования и сервиса в системе государственного здравоохранения и несоответствие стоимости услуг в коммерческих медицинских организациях их качеству, вынуждают

пациентов прибегать к неформальным платежам, чтобы получить медицинские услуги в срок и с приемлемым качеством.

Наиболее высокий уровень теневых платежей наблюдается в стационарных медучреждениях, которые оказывают специализированную помощь, включая высокотехнологичную.

В ходе проведения опроса в 2017 году выяснилось, что менее половины опрошенных, а именно 49,7%, вносили платежи за услуги амбулаторно-поликлинической помощи непосредственно через кассу. Более того, около 55,8% прибегали к практике непосредственной передачи денег медицинским работникам или дарили подарки. В условиях стационарного лечения, ситуация также оставляла желать лучшего: всего 65,3% респондентов осуществляли платежи через кассу, в то время как 51,3% продолжали практику вручения подарков медицинским работникам. Дополнительно было обнаружено, что две трети посетителей поликлиник указали на неизбежность дополнительных расходов на лечение, причем половина таких расходов была связана с неофициальными платежами.

Для определенного процента жителей, варьирующегося от 5 до 80% в зависимости от типа медицинской услуги, необходимо было оплачивать медицинское обслуживание из собственного кармана. В частности, 80% населения оплачивало услуги стоматологов, 44% нуждались в платных диагностических процедурах, 37% пациентов финансировали свою госпитализацию, а 5-20% оплачивали амбулаторное лечение. Стоимость услуг, включая различные исследования и процедуры, которую люди оплачивали медицинским работникам напрямую, достигала половины от установленных лечебным учреждением тарифов [40].

На самом деле, подпольные финансовые потоки, которые возникают в медицинской отрасли, часто неправомерно замещают официальное финансирование, и это явление требует тщательного анализа и регулирования [121, 130].

В 2021-2025 гг. прогнозируется дальнейший рост затрат на обслуживание пациента в теневом секторе. К концу периода показатель составит 5,5 тыс. рублей. Из-за легализации медицины, численность пациентов теневого сектора начнет ежегодно снижаться темпами 0,9-1,2%. В 2025 г показатель составит 40,5 млн. человек [90, 130].

В различных медицинских сферах, таких как акушерство-гинекология, урология, хирургия, стоматология, травматология-ортопедия и венерология, распространены неофициальные финансовые платежи. В терапевтических областях подобные платежи происходят менее часто и имеют меньший объем. Врачи хирургических и гинекологических специальностей обычно получают дополнительные средства, превышающие их официальный доход в два-три раза. В то время как специалисты из специальностей могут рассчитывать на увеличение своего заработка от двадцати процентов до двухсот. Плановое лечение чаще всего связано с дополнительными платежами со стороны пациентов, в отличие от экстренной помощи.

Клиенты часто оплачивают: диагностическое обследование вне очереди, консультации с врачом в удобное для пациента время, процедуры физиотерапии, массаж и получение больничных листов без медицинских оснований. Многие считают, что корень проблемы неофициальных платежей заключается в недостаточном заработке медицинского персонала [3, 360].

Прежняя стратегия государства, направленная на удержание низких уровней зарплаты в госсекторе, включая несвоевременное индексацию минимальных зарплат, в значительной мере подрывает мотивацию персонала. В итоге, большое количество сотрудников в государственных учреждениях не видят явной связи между своими усилиями и размером получаемого вознаграждения, что ведет к снижению их работоспособности и увеличению влияния теневых экономических процессов. В.В. Куликов подчеркивает, что заработная плата, оставаясь постоянно низкой, теряет свою эффективность и не может выполнять предназначенные ей функции, такие как стимулирование работников или поддержание их жизненного уровня. С другой стороны, при рассмотрении

неофициальных выплат, критически важно осознавать как положительные, так и отрицательные аспекты данных практик. Это обусловлено тем, что в экономической и социальной сферах любой страны граждане стремятся выявлять и использовать слабые места в системе в своих интересах [173].

В основе теневых финансовых операций между пациентами и медицинскими специалистами лежат взаимовыгодные отношения. Существует несколько объяснений, почему врачи могут принимать денежные средства от своих пациентов напрямую. Во-первых, одной из причин является значительно низкий уровень заработной платы в медицинской сфере. Во-вторых, получение денег напрямую от пациента часто представляется более выгодным, чем официальный заработок через медицинское учреждение. Наконец, существует явное несоответствие между официально установленными ценами на медицинские услуги и представлением медицинских работников о ценности их труда, что также способствует желанию принимать платежи напрямую от пациентов [31, 219, 238].

А.Б. Лутцев и А.В. Чернышев выдвинули идею о том, как доходы врачей в государственной медицинской системе могут быть разделены на три различные категории, основываясь на методе их заработка и наличии или отсутствии противоправных действий. Эти категории включают в себя «белый», «серый» и «черный» секторы. Подобная классификация также применяется в экономике, но с другими основаниями, которые связаны с уплатой налогов и сборов.

В «белом» секторе доходы представляют собой официальную заработную плату, дополнительный заработок и оплату за услуги. «Серый» сектор охватывает неофициальные доходы, получаемые от населения как в денежной, так и в натуральной форме, без применения принуждения.

«Черный» сектор теневой экономики включает в себя деятельность, основанную на неофициальных финансовых операциях, таких как нелегальные услуги и вымогательства, примерами которых являются получение больничных листов, различных справок, оформление направлений для прохождения медико-социальной экспертизы или получение направлений для лечения в санаториях.

Таблица 2 – Характеристики услуг белого, серого и черного секторов оплаты услуг в государственной системе здравоохранения

Сектор	Услуга	Характеристика причин и условий	Оплата
1	2	3	4
Белая зона	Оказанная медицинская услуга, подтвержденная в реестре	ОМС, бюджет, внебюджет	По полису ОМС или ДМС, через кассу медицинского учреждения
Серая зона	Оказанная медицинская услуга подтвержденная или не подтвержденная в реестре	Оказывается медицинским персоналом на своем рабочем месте, используя диагностическое или лечебное оборудование, расходные материалы	Возможна оплата данной услуги по тарифам ОМС или ДМС, вместе с тем, пациент может «доплатить» персоналу за дополнительное внимание, оказание услуги «вне очереди»
Черная зона	Медицинская услуга, на которую пациент не имеет права	Получение незаконных листов нетрудоспособности, направление на МСЭ. Получение денег за медицинские изделия и лекарственные средства, показанные пациенту бесплатно	Оплата непосредственно медицинскому работнику за выполнение необоснованной просьбы пациента
Черная зона	Незаконное оказание медицинской услуги	Анонимное лечение венерических заболеваний, криминальный аборт, наркологическая, психиатрическая помощь, врачи, работающие на фрилансе без лицензии вне медицинских учреждений	Оплата непосредственно медицинскому работнику, оказывающему медицинскую услугу

Значительной характеристикой неофициального сегмента финансирования медицинской сферы является неявная поддержка государством частных медицинских практик, которые предоставляют незарегистрированные медицинские услуги. В таких случаях, медицинские специалисты избавлены от необходимости покрывать расходы на аренду помещений, обслуживание

оборудования, уплату налогов и других обязательных платежей, получая всю выручку в качестве вознаграждения за свой труд. Примечательно, что в некоторых ситуациях могут покрываться и затраты на расходные материалы [307, 317].

Стремление к получению высококачественной медицинской помощи ведет к тому, что пациенты стремятся обратиться в рекомендованные им учреждения от знакомых или бывших пациентов. Однако, на деле выбор места, где можно получить помощь без оплаты, ограничен для большинства пациентов. В частности, граждане, проживающие в региональных центрах, зачастую сталкиваются с необходимостью платить за услуги или искать альтернативные способы для бесплатного лечения в областных клинических больницах. Эти больницы, как известно, располагают передовым оборудованием и квалифицированными специалистами и обязаны предоставлять бесплатное лечение пациентам из сельской местности, направленным туда из районных медучреждений [306].

Существование легальных и нелегальных секторов в сфере медицинских услуг направляет взаимодействующие стороны к достижению прибыльности, которая носит социально отрицательный характер [244].

Основная дилемма, стоящая перед российской системой здравоохранения, заключается в противостоянии между гарантированной бесплатной медицинской помощью и реальностью, когда за медицинские услуги приходится платить неофициально. В этом контексте подчеркивается важность усиления вклада государственных мер в улучшение качества медицинских услуг, например, через активное продвижение и реализацию национальных проектов, таких как «Здравоохранение». Также акцентируется внимание на расширении спектра официально предлагаемых платных медицинских услуг, что должно способствовать укреплению системы здравоохранения и сокращению неформальных платежей в отрасли.

1.6. Проект региональной ассоциации частных клиник

С целью объединения целей государственного и частного здравоохранения по повышению качества оказываемой медицинской помощи, непрерывного медицинского образования медицинских работников, увеличению объемов предоставляемых медицинских услуг, в регионах РФ организованы «Ассоциации частных медицинских организаций».

Цель ассоциации – объединить медицинские организации, оказывающие платные медицинские услуги, с целью консолидации их профессионализма, новейших технологий, обеспечить индивидуальный и внимательный подход к каждому пациенту.

Объединение высокопрофессиональных, имеющих опыт и заработанный авторитет клиник позволило предоставить пациентам более широкий спектр медицинских услуг и уверенно гарантировать, что любые, даже самые сложные медицинские проблемы будут успешно решены.

Члены – участники ассоциации несут ответственность не только перед пациентами, но и перед сотрудниками, партнерами и государством. Для клиник – участников ассоциации очень важно, чтобы пациенты были удовлетворены посещением входящих в ее состав клиник, а отношение к частной медицине было позитивным.

К приоритетам своей деятельности Ассоциация также относит ведение активного диалога с властью, участие в составлении документов и положений, ведь в качестве саморегулируемой организации Ассоциация имеет возможность активно влиять на законодательную и нормативную базу, по которой работают ее члены.

Представители Ассоциации активно взаимодействуют с органами власти как в рамках региона, так и на Федеральном уровне: входят в состав рабочих групп министерства здравоохранения региона, Общественного совета при

Министерстве здравоохранения РФ, экспертного совета по модернизации здравоохранения Общественной палаты РФ.

Возможности Ассоциации:

- Общение с коллегами по бизнесу, обмен опыт и знаниями с российскими и зарубежными ассоциациями
- Участие в мероприятиях, конференциях, форумах, семинарах на льготных условиях для сотрудников клиник - членов Ассоциации;
- Правовая и информационная поддержка, получение оперативной информации об изменениях в законодательстве, обзоры СМИ по отрасли, исследования рынка;
- Новые возможности для развития бизнеса, обмен информацией, создание и участие в партнерских программах, новые возможности для привлечения пациентов, координация работы со страховыми компаниями;
- Продвижение информации в СМИ, возможности для продвижения каждой клиники.

Членами Ассоциации могут быть любые юридические лица, имеющие лицензию на оказание медицинской деятельности, признавшие ее Устав, внесшие вступительные взносы и соответствующие критериям отбора.

Ассоциация берет на себя право реализации своей профессиональной и гражданской позиции в интересах российского здравоохранения и профессионального сообщества; участие в работе экспертных советов, форумов и конференций, выступления в СМИ. А также, защиту прав и интересов медицинского бизнеса в органах законодательной и исполнительной власти, оценку развития бизнеса (понимание развития рынка с точки зрения потребителя и с точки зрения внешней среды — как регулятора бизнеса в современных условиях). Общение с коллегами, наличие достаточных ресурсов для сбора информации о рынке с последующим прогнозированием ситуации. Участие в разработке стратегии развития здравоохранения. Участие в обсуждении текущей ситуации медицинского бизнес-сообщества и влияние на ситуацию.

РЕЗЮМЕ

Сокращение бюджетных ассигнований на государственное здравоохранение, влекущее за собой его деградацию, приводит к росту сектора платных медицинских услуг, способствуя переходу большего числа пациентов из государственного в частный медицинский сектор. Одновременно, изменения в экономических предпочтениях граждан, наблюдаемые в последнее время, выявляют падение способности населения платить за медицинские услуги, что приводит к адаптации их потребительских привычек в контексте использования платного медицинского обслуживания, особенно это заметно в массовом сегменте платной медицины.

В центре конкурентной борьбы между частными и государственными учреждениями здравоохранения оказалось противостояние за привлечение профессионалов.

В рамках реализации государственного проекта «Здравоохранение» по улучшению и модернизации системы оказания медицинских услуг, государственные медицинские учреждения смогли увеличить свою конкурентоспособность. Это было достигнуто благодаря обновлению технологической базы и повышению качества обслуживания, создавая тем самым более комфортные условия для пациентов. В результате, наблюдался значительный приток пациентов в государственные клиники для получения высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе на платной основе [388].

Тем не менее, стоит отметить, что в некоторых регионах процесс модернизации медицинских учреждений значительно отстает по сравнению с федеральными медицинскими центрами. Наблюдается нехватка высококвалифицированных специалистов, что влечет за собой длительные сроки ожидания получения медицинской помощи. Трудности с быстрым доступом к диагностическим исследованиям заставляют многих пациентов обращаться за

помощью в частные медицинские учреждения. Все это вызвало интерес крупных клиник к региональной экспансии.

В условиях экономических трудностей, ведущие сетевые компании и медицинские учреждения, являющиеся частью крупных федеральных финансово-промышленных объединений, активно расширяют свою деятельность за счет открытия новых клиник и поглощения менее успешных конкурентов, следуя стратегии экстенсивного роста.

Это стало возможным благодаря диверсификации источников дохода и расширению спектра медицинских услуг частным сектором, особенно после того, как они получили возможность предоставлять высокотехнологичную медицинскую помощь. Среди прочего, это включает в себя МРТ и КТ диагностику, терапию онкологических заболеваний, кардиохирургические операции, а также применение вспомогательных репродуктивных технологий, травматологию и ортопедию, что обеспечивает высокую доходность данных услуг.

Разработка эффективного взаимодействия между частными медицинскими учреждениями и государством, а также интеграция крупных частных клиник в единую государственную систему здравоохранения, является критически важной для гарантирования высокого уровня медицинского обслуживания населению РФ.

Для достижения экономической устойчивости необходимо решать важнейшие для учреждения проблемы: ликвидировать убыточность и обеспечить прибыльность, стабильную рентабельную работу, чтобы учреждение не только покрывало свои расходы доходами, но и было рентабельным, т.е. получало прибыль. С развитием платной медицинской помощи возрастает значение таких экономических показателей как прибыль, рентабельность, определение порога безубыточности.

Спрос на медицинские услуги находится в прямой зависимости от качества предоставления медицинской помощи, от рекламной информативности об услугах, которая должна быть доступна пациенту, и проводиться в различных формах.

Все это позволяет повысить финансово-экономическую устойчивость государственного учреждения здравоохранения.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Основные понятия исследования

Данное диссертационное исследование представляет собой анализ комплекса проблем, цель которого заключается в разработке новых принципов организации платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения. Исследование основано на анализе многих литературных источников: как отечественных, так и зарубежных, касающихся платных медицинских услуг, и включает в себя применение результатов разработанных методологических подходов в практической деятельности руководителей системы здравоохранения, с целью совершенствования оказания медицинской помощи. Кроме того, работа опирается на законодательные и нормативные акты Российской Федерации, которыми установлены критерии качества оказания медицинской помощи и правила предоставления платных медицинских услуг.

В ходе научного анализа, представленного в диссертации, был проанализирован комплекс терминов и концепций, требующих детального разъяснения для понимания.

Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования [290].

Добровольное медицинское страхование – вид медицинского страхования, при котором работодатель берет на себя обязанности оплачивать врачебную помощь, которая оказана сотруднику. При обращении за медицинской помощью, данный вид страхования является гарантом полного возмещения расходов, в случае обращения в обязательном медицинском страховании – это средства финансирования дополнительных медицинских услуг. Договор

добровольного медицинского страхования является гражданско-правовой сделкой и регулируется ГК РФ.

Потребитель медицинских услуг - гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести, либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних или иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности [290].

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с настоящим Федеральным законом в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

Медицинский туризм – это направление туризма, целью которого является организация лечения граждан за рубежом. Термин, обозначающий практику предоставления платных медицинских услуг за пределами региона проживания, совмещение отдыха за рубежом с получением высококвалифицированной медицинской помощи. Развитие медицинского туризма поддерживается на государственном уровне. Примером может служить принятие государственных программ, таких как «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» (срок реализации 2013-2020 гг.), «Развитие экспорта медицинских услуг» (2019 г.), «Развитие здравоохранения» (2017-2024 гг.).

Телемедицина. Согласно российскому законодательству, «телемедицинские технологии – это информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий

при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента».

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС представляют собой группу ценовых показателей в денежном выражении, определяющих уровень возмещения и состав расходов медицинских учреждений, компенсируемых из средств обязательного медицинского страхования.

Выручка (также встречается как оборот и объём продаж) – полная сумма требований (в том числе неоплаченных), предъявленных предприятием или предпринимателем покупателям в результате реализации произведённой продукции, услуг, работ за определённый период.

Прибыль – это положительная разница между суммарными доходами (в которые входит выручка от реализации товаров и услуг, полученные штрафы и компенсации, процентные доходы и т.п.) и затратами на производство или приобретение, хранение, транспортировку, сбыт этих товаров и услуг.

2.2. Программа исследования и ее основные этапы

С целью организации и проведения диссертационного исследования нами были обоснованы методические и методологические подходы, разработаны: поэтапный план исследования, методика сбора и обработки материала, алгоритм и дизайн проведения исследования.

Исследование проводилось на протяжении 2019-2023 г. Разработанный комплексный характер данной работы и правильно выбранные единицы наблюдения, позволили сформулировать комплексную программу исследования (таблица 3).

Таблица 3 – Программа диссертационного исследования

Этапы	Задачи	Методы исследования	Источники информации и объем исследования
1	2	3	4
I	Определение актуальности проблемы исследования и состояния	Контент – анализ Аналитический Исторический Сопоставления	Научные публикации по теме диссертационного исследования: 403 - отечественных 62 - зарубежных 11 - диссертации 18 - нормативно – правовых актов
II	Исследование рынка медицинских услуг Свердловской области	Аналитический Статистический Контент анализ	Учетно – отчетная документация министерства здравоохранения Свердловской области, ГАУЗ СО «Медицинский – информационно – аналитический центр», Счетной палаты Свердловской области, Министерства финансов Свердловской области, формы Федерального статистического наблюдения по РФ за 2017-2021 гг.
III	Анализ системы здравоохранения Свердловской области за 2017 – 2021 гг.	Аналитический Статистический Контент – анализ Метод сопоставления	Учетно – отчетная документация министерства здравоохранения Свердловской области, ГАУЗ СО «Медицинский – информационно – аналитический центр», формы Федерального статистического наблюдения по РФ за 2017-2021 гг. Форма №12, форма №14 – дс, форма №30
IV	Исследование рынка платных медицинских услуг Свердловской области	Аналитический Статистический Контент – анализ Организационно – правовой Метод сопоставления	Статистические и финансовые показатели внебюджетной деятельности ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» за 2017 – 2021 гг.
V	Социологический опрос мнения населения и врачей Свердловской области о платных медицинских услугах	Экспертных оценок Социологический Статистический Аналитический Метод сопоставления SWOT – анализ	Разработанные автором анкеты (n = 2) Совершеннолетние пациенты (n = 651) Врачи, работающие в государственных, частных, муниципальных медицинских организациях (n = 855). Опрос руководителей учреждений здравоохранения (8)

Продолжение таблицы 3

1	2	3	4
VI	Создание бизнес – проекта организации платных отделений на базе государственных учреждений здравоохранения	Метод стратегического анализа Модель цепочки добавленной стоимости Портера Матрица Ансоффа Метод бизнес - моделирования	Расчет экономических показателей на основании международной системы финансовой отчетности (МСФО/IFRS).
VII	Создание и внедрение региональной модели организации оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения	Аналитический метод Метод сопоставления Метод организационного эксперимента	Материалы и результаты исследования, изложенные в предыдущих этапах

В нашем научном исследовании ключевое внимание уделяется комплексному анализу вопросов, связанных с управлением и стратегией развития предоставления платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения. Основываясь на детальном обзоре литературных источников и необходимости целостного изучения темы, в работе применен системный подход. Важность интеграции теоретических знаний и практического опыта, основанная на применении современных методик исследования в сфере здравоохранения, обусловила успешное достижение, поставленных в начале исследования, целей.

В работе рассматриваются различные подходы к исследованию проблемы:

1) аналитический – подход, предусматривающий сбор и анализ информации о системе здравоохранения и вопросы организации платных медицинских услуг, с целью формирования «трехуровневой модели оказания платных медицинских услуг на региональном уровне»;

2) исторический – подход подробного анализа исследуемой проблемы, описывающий развитие платных медицинских услуг в России на протяжении

последних лет, который при детальном анализе позволяет проследить изменения в этой области и особенности организации процессов;

3) контент – анализ – количественный анализ данных показателей здоровья населения и состояния системы здравоохранения Свердловской области с их последующей интерпретацией и сравнением с качественными показателями;

4) организационно – правовой метод – один из инструментов изучения нормативно - правовой базы, регламентирующий вопросы оказания платных медицинских услуг на территории Российской Федерации, что является ключевым элементом для понимания управленческих и юридических процессов;

5) социологический подход – метод опроса пациентов и врачей с целью определения их отношения к платным медицинским услугам;

6) статистический подход – в процессе анализа состояния здоровья населения Свердловской области и изучения аспектов предоставления платных медицинских услуг в регионе, наше исследование сфокусировалось на сборе и изучении статистических данных, отражающих эти параметры;

7) метод сопоставления – данный подход бы использован в нашей работе при оценке данных результатов анкетирования пациентов и врачей по вопросам оказания платных медицинских услуг, исследуемых данных показателей здоровья населения Свердловской области;

8) метод научного обобщения – в рамках изучения платных медицинских услуг в Свердловской области применяются различные методы. Один из них заключается в анализе и сравнении нескольких видов информации: статистических данных оказания платных медицинских услуг и медицинских услуг в рамках ОМС населением области, мнения пациентов и медицинских специалистов, а также текущее состояние рынка платных медицинских услуг. Это позволяет провести глубокое научное обобщение и выявить ключевые тенденции;

9) метод экспертных оценок - метод включает в себя экспертную оценку, которую осуществляли руководители медицинских учреждений. Они анализировали слабые и сильные стороны государственных медицинских организаций в контексте предоставления платных услуг. Также ими рассмотрены

внешние факторы, которые могут представлять угрозы или открывать новые возможности для развития. Эта экспертная оценка направлена на формулирование стратегий с целью улучшения конкурентоспособности государственных медицинских учреждений;

10) методы стратегического анализа и планирования – использованы методики стратегической оценки конкурентных преимуществ, последующих стратегий развития организации

11) метод бизнес – моделирования - расчет экономических показателей на основании международной системы финансовой отчетности (МСФО/IFRS).

Основные этапы и ключевые события диссертационного исследования представлены на рисунке 1.

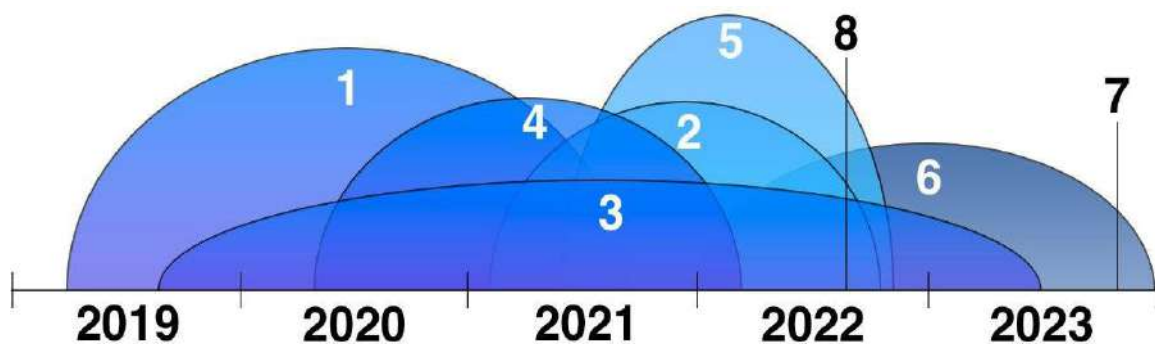


Рисунок 1 – Основные этапы и ключевые события диссертационного исследования

На первом этапе научного исследования была установлена исследовательская структура, включающая цель, задачи, объект и предмет исследования, а также выбраны методики, позволяющие добиться поставленных целей. Программа исследования была сформирована на основе детального изучения как отечественной, так и зарубежной литературы, описывающей вопросы оказания платных медицинских услуг.

Далее, в следующей части диссертационного исследования, внимание было уделено анализу сектора платных медицинских услуг, в Свердловской области. Здесь нами были детализированы и утверждены цели исследования, особенности и ключевые аспекты объектов изучения, а также разработаны параметры выборки

для обеспечения репрезентативности и достоверности данных. Завершающим этапом стало сравнение полученных результатов и планирование следующих этапов научного поиска.

В ходе третьего этапа исследования был проведен детальный анализ системы здравоохранения Свердловской области в период с 2017 по 2021 годы. Нами рассматривались различные аспекты системы, такие как: заболеваемость населения, укомплектованность врачебными кадрами, мощность амбулаторно – поликлинических учреждений, коечная мощность.

В последующем исследовался рынок платных медицинских услуг на примере оценки внебюджетной деятельности крупнейшего в регионе лечебно – профилактического учреждения, что было сформулировано и описано в четвертом этапе исследования.

Полученные на предыдущих этапах, результаты подчеркнули важность проведения социологического исследования. Детальное описание выбранных методов анкетирования, а также подходов к анализу собранной информации, можно найти в разделе «2.5. Программа социологического исследования мнения пациентов и врачей об условиях и формах оказания платных медицинских услуг».

Результаты, полученные на предшествующих этапах исследования, позволили разработать и сформулировать бизнес – проект по созданию самостоятельных платных отделений на базе многопрофильного стационара (хирургического и офтальмологического), что легло в основу 6 этапа.

Научное обоснование создания и внедрения модели оказания платных медицинских услуг на региональном уровне было проведено на 7 этапе путем разработки и апробации методики. Полученные данные оформлены в свидетельство о государственной регистрации права собственности на базу данных. Регистрационное удостоверение №2023624482.

2.3. Программа эмпирического исследования условий оказания медицинской помощи населению Свердловской области

Поводом для проведения данного этапа исследования стала необходимость комплексной оценки состояния системы здравоохранения Свердловской области. Основная задача заключалась в разработке методик системного подхода к организации оказания платных медицинских услуг, обосновании целесообразности создания единой системы централизованного статистического учета в коммерческой медицинской помощи на уровне области. В рамках подготовки к исследованию были сформулированы ключевые этапы, подчеркивающие важность целенаправленного и систематизированного подхода к предоставлению медицинских услуг в регионе. Этап длился с 2021 по 2022 год и охватило анализ деятельности системы здравоохранения области за период с 2017 по 2021 год.

Цель исследования – провести оценку системы здравоохранения Свердловской области.

Для достижения поставленной цели исследования были сформулированы следующие задачи:

- 1) оценить показатели смертности, общей и первичной заболеваемости взрослого населения Свердловской области;
- 2) оценить кадровую врачебную ситуацию в регионе;
- 3) изучить показатели амбулаторного звена системы здравоохранения;
- 4) оценить показатели системы здравоохранения при оказании медицинской помощи в условиях стационаров.

Объектом исследования стала система здравоохранения Свердловской области.

Предмет исследования - механизмы управления системой здравоохранения Свердловской области.

В процессе выполнения исследования нами были изучены и проанализированы следующие официальные отчетные статистические документы медицинских организаций Свердловской области, оказывающих медицинскую помощь, как в амбулаторных, так и стационарных условиях:

- смертность населения Свердловской области от основных причин за 2017-2021 гг.;

- ф. №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (2017-2021 гг.);

- ф. №14 – дс «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций» (2017-2021 гг.);

- ф. №30 «Сведения о медицинской организации» (2017-2021 гг.)

- показатели укомплектованности врачебными кадрами в Свердловской области 2017-2021 гг.;

- бюллетени за 2017 - 2021 годы, выпускаемые ГАУЗ СО «Медицинский информационно – аналитический центр» Министерства Здравоохранения Свердловской области.

Все проанализированные учетные и отчетные формы анализировались по Свердловской области и по данным ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1». На основании полученных данных проведен анализ показателей заболеваемости населения, укомплектованности врачебными кадрами и определены ключевые параметры, характеризующие систему здравоохранения региона в целом.

При определении выборки использовались основные понятия, используемые и описываемые в методологических разделах статистических форм Федеральной службы государственной статистики. Так, в число амбулаторно – поликлинических организаций включались все медицинские учреждения, подотчетные министерству здравоохранения Свердловской области, в которых организован амбулаторный прием пациентов. Под больничными организациями

подразумевались организации системы здравоохранения, осуществляющие оказание медицинской помощи в условиях стационара.

Объем данных для проведения этого этапа исследования определялся статистическими показателями системы здравоохранения по медицинским организациям на территории Свердловской области. Были включены показатели по всем учреждениям.

Генеральная совокупность медицинских организаций составила 164 ед. исследования и амбулаторно – поликлинических организаций 38 ед. (данные на конец 2021 г. официального сайта Министерства здравоохранения Свердловской области www.minzdrav.midural.ru). Рандомизация управленческих округов и медицинских учреждений не проводилась.



Рисунок 2 – Символы Свердловской области

Свердловская область – субъект Российской Федерации, входит в состав Уральского федерального округа. Образована 17 января 1934 года, административный центр - город Екатеринбург. Свердловская область находится в 2000 километрах к востоку от Москвы, на границе Европы и Азии, на

пересечении трансконтинентальных потоков сырья, товаров, финансовых, трудовых и информационных ресурсов.

Свердловская область сегодня – это крупная экономически развитая территория России с высоким уровнем деловой, культурной и общественной активности, один из наиболее перспективных субъектов Российской Федерации. По большинству основных социально-экономических показателей развития Свердловская область входит в первую десятку регионов Российской Федерации.

Общая информация о Свердловской области за 2021 год:

- общая площадь Свердловской области составляет 194 300 кв. км;
- население – 4 290 067 миллиона человек (90% – этнические русские; 84% – городские жители);
- столица региона – Екатеринбург (площадь земельного участка: 495 кв. км; население: 1,377 миллионов человек; расстояние по прямой до Москвы: 1667 км);
- другие крупные города: Нижний Тагил (население: 347200 человек), Каменск-Уральский (163990 человек) и Первоуральск (119 365 человек);
- Свердловская область – это один из крупнейших регионов России по доказанным и оцененным запасам различных полезных ископаемых, один из старейших и крупнейших горнодобывающих регионов Российской Федерации; Свердловская область является поставщиком большей части производимого в стране: ванадия, бокситов, хризотилового асбеста, железной руды;
- 35% регионального ВВП составляет промышленное производство;
- ведущие промышленные отрасли региона: черная и цветная металлургия (производство меди, алюминия и никеля) и машиностроение.

Кроме металлургии и машиностроения, в Свердловской области развиты химическая, лесная, деревообрабатывающая, текстильная и асбестовая промышленность, а также производство из уральских полудрагоценных камней.

Основными предприятиями, организующими развитие региона являются: ЕВРАЗ НТМК, Корпорация ВСМПО-АВИСМА, ТМК, УГМК, Уралвагонзавод, Уралмашзавод, Группа СИНАРА, Русская Медная компания, МРСК Урала, Уральский электромеханический завод, Свердловэнерго, Агросервис и Уральские

авиалинии. В Свердловской области были основаны всемирно признанные научные школы и отраслевые научно-исследовательские институты.

Губернатор Свердловской области Э.Э. Россель своим Указом № 12 от 18 сентября 1995 года утвердил структуру исполнительной власти в Свердловской области. В данную структуру входили Губернатор и Правительство Свердловской области.

Указом был определен состав управленческих округов:

- Восточный управленческий округ;
- Южный управленческий округ;
- Горнозаводский управленческий округ;
- Западный управленческий округ;
- Северный управленческий округ.

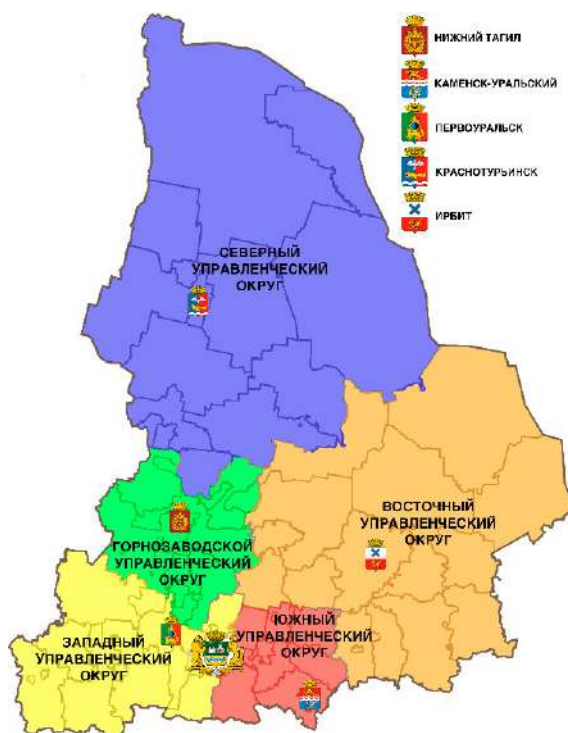


Рисунок 3 – Управленческие округа Свердловской области, где проводилась оценка системы здравоохранения

Таблица 4 – Сравнительная характеристика управленческих округов Свердловской области

Управленческий округ	Административный центр	Расстояние до г. Екатеринбурга	Численность населения
1	2	3	4
Восточный управленческий округ	г. Ирбит	174 км.	467931
Горнозаводской управленческий округ	г. Нижний Тагил	126 км.	665975
Екатеринбург управленческий округ	г. Екатеринбург	-	1526384
Западный управленческий округ	г. Первоуральск	40 км.	579549
Северный управленческий округ	г. Краснотурьинск	326 км.	460196
Южный управленческий округ	г. Каменск-Уральский	93 км.	640646

2.4. Проект эмпирического исследования оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», как основной экспериментальной базы внедрения новой модели формирования платных медицинских услуг

Поводом для проведения данного этапа диссертационного исследования послужила необходимость комплексной оценки системы оказания платных медицинских услуг в Свердловской области, с целью формирования региональной модели организации оказания платных медицинских услуг, а также отсутствие централизованного статистического учета видов и объемов оказываемой платной медицинской помощи в регионе.

В процессе разработки этапа исследования проведен анализ различных аспектов, что подтвердило значимость применения интегрированной стратегии и

системного подхода к организации оказания медицинских услуг на региональном уровне.

Были изучены показатели внебюджетной деятельности ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» за 2017-2023 гг. Этап длился в период 2021-2023 года.

Цель исследования – провести оценку внебюджетной деятельности ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1».

Для достижения поставленной цели, нами были сформулированы следующие задачи:

- 1) оценить показатели внебюджетной деятельности в амбулаторно – поликлинических условиях;
- 2) оценить показатели внебюджетной деятельности в условиях дневного и круглосуточного стационаров.

Объект исследования – внебюджетная деятельность ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1».

Предмет исследования – механизмы организации оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1».

Объем выборки данных для проведения этого этапа исследования определялся статистическими показателями ГАУЗ СО «СОКБ №1» за 2017 – 2023 гг.

В ходе выполнения исследования нами были проанализированы и изучены следующие официальные отчетные документы ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», оказывающей медицинскую помощь, как амбулаторно, так и в условиях стационара:

- показатели внебюджетной деятельности в амбулаторных условиях в период 2017 – 2021 гг.;
- показатели внебюджетной деятельности в хирургическом стационаре кратковременного пребывания в ГАУЗ СО «СОКБ №1» в 2017 – 2021 гг.;

- показатели внебюджетной деятельности в условиях стационара ГАУЗ СО «СОКБ №1» за 2017 – 2021 гг.;

При формировании исследуемой выборки, использовались основные термины и понятия, используемые и описываемые в методологических разделах статистических форм Федеральной службы государственной статистики.

ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», крупнейшее лечебно-профилактическое учреждение Уральского Федерального округа.

Структура учреждения представлена отделениями многопрофильного стационара, консультативно – диагностической поликлиникой, диагностической базой. Также, в структуре ГАУЗ СО «СОКБ № 1» с 2006 г. существует Хозрасчетная поликлиника, оказывающая медицинскую помощь пациентам на платной основе.

Отделения стационара представлены 32 отделениями на 1100 коек Хирургическая служба представлена 16 отделениями различного профиля, и составляет 60% от всего коечного фонда. Терапевтическая служба представлена 14 отделениями различного профиля, 40% от всего коечного фонда.

В штате больницы 2200 сотрудников, 596 врачей. Из них 45 кандидатов медицинских наук, 12 докторов медицинских наук, 15 заслуженных врачей РФ.

ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» является клинической и научной базой 19 кафедр Уральского государственного медицинского университета.

Организационная структура ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» состоит из основных подразделений и вспомогательных служб.

Практическая деятельность ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» направлена на оказание высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи населению.

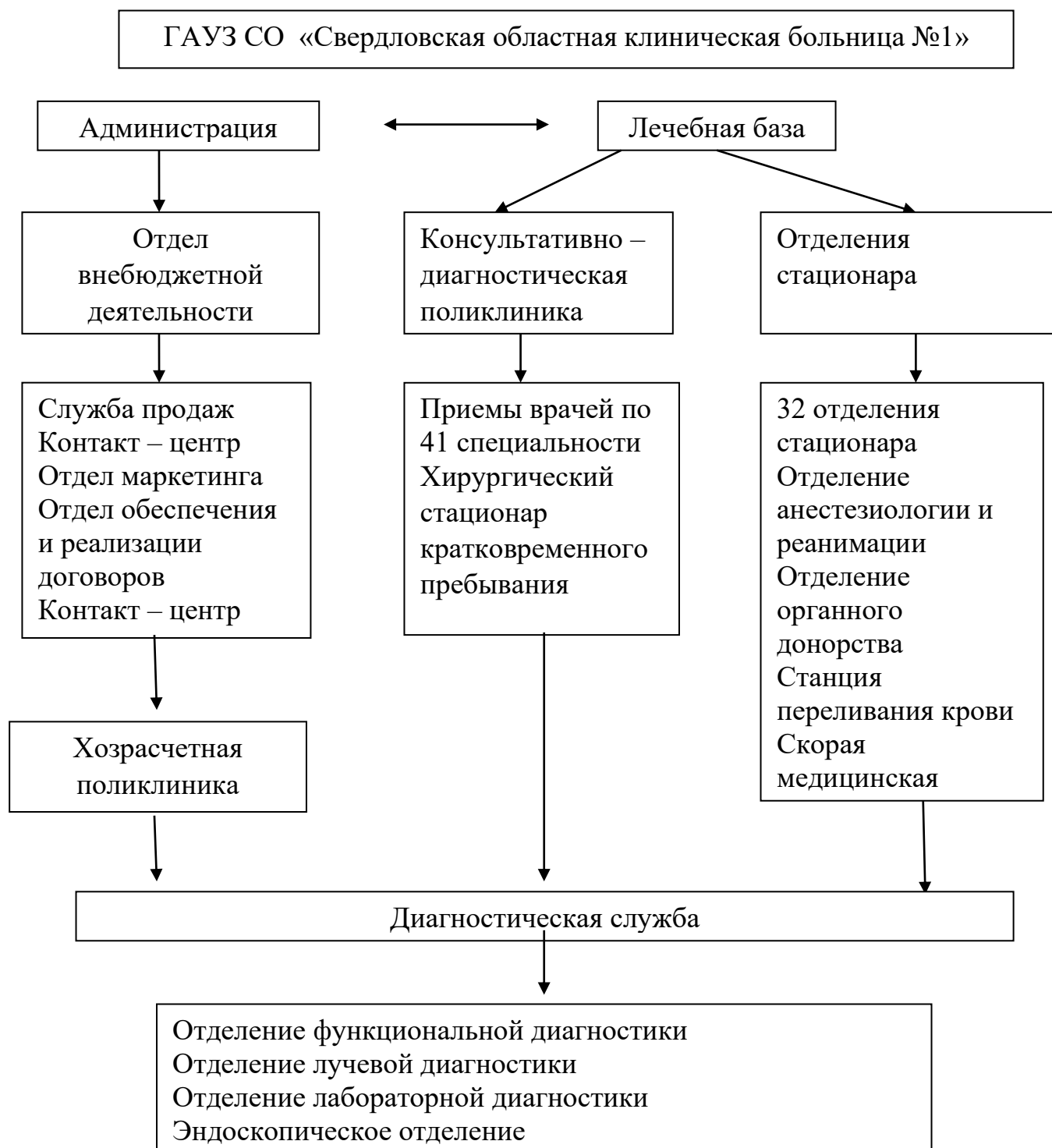


Рисунок 4 – Организационная структура ГАУЗ СО «СОКБ № 1»

Целевой базой исследования являлось подразделение ГАУЗ СО «СОКБ № 1» – отдел внебюджетной деятельности, в состав которого входит отделение по оказанию платных медицинских услуг населению «Хозрасчетная поликлиника». Оказание платных амбулаторных медицинских услуг

осуществляется на базе следующих структурных отделений: Хозрасчетная поликлиника, отделение функциональной диагностики, отделение лучевой диагностики, отделение лабораторной диагностики, эндоскопическое отделение. Стационарная медицинская помощь пациентам оказывается по всех отделениях стационара. Для амбулаторного приема пациентов на платной основе выделен отдельный вход в здание, регистратура, удобные места ожидания и полностью оборудованные кабинеты врачей – специалистов.

Прием пациентов на платной основе ежедневно ведут 150 врачей ГАУЗ СО «СОКБ № 1» различных специальностей в выделенное время, вне приема по ОМС.

Оказание стационарных платных медицинских услуг осуществляется в отделениях стационара различного профиля в соответствии диагнозом и клиническими рекомендациями и в терапевтическом отделении, оказывающем только платные медицинские услуги.

Так же, в структуре отдела внебюджетной деятельности, для повышения эффективности оказания внебюджетной деятельности созданы:

- контакт центр, обеспечивающий запись пациентов на консультативные приемы, диагностические исследования, информирование пациентов по всем видам платных услуг;

- служба продаж, включающая: отделение маркетинга и информации, отделение обеспечения и реализации договоров.

Среди приоритетных задач подразделения – расширение имеющегося спектра как амбулаторных, так и стационарных услуг, увеличение и продвижение платных услуг на базе ГАУЗ СО «СОКБ № 1», разработка программ ДМС и прочее.

2.5. Программа социологического исследования мнения пациентов и врачей об условиях и формах оказания платных медицинских услуг

Организация анкетирования была нами инициирована на основании, выявленных нами предположений относительно существующих различий во взглядах у пациентов и медицинских специалистами по вопросу оказания платных услуг в здравоохранении [137, 377].

Разногласия между жителями региона и медицинским персоналом Свердловской области по поводу целесообразности организации оказания платной медицинской помощи, послужили катализатором для инициации социологического опроса.

Это исследование было направлено на изучение отношений обеих групп к организации платных медицинских услуг в регионе.

Цель социологического исследования – выявить отношение различных категорий граждан и врачей региона к организации платных медицинских услуг.

В рамках данного анкетирования были выработаны задачи для достижения обозначенных исходных целей:

1) определить отношение пациентов к оказанию платных медицинских услуг;

2) установить основные причины обращения населения за платными медицинскими услугами;

3) выявить взгляды врачей, работающих медицинских учреждениях различных форм собственности к организации оказания платных медицинских услуг;

4) продемонстрировать отношение населения и врачей к вопросам организации рабочего процесса при оказании платных медицинских услуг.

Объектами социологического исследования стали: жители Свердловской области, проживающие на территории Свердловской области, и врачи,

работающие в медицинских организациях: как частных, так и государственных форм собственности [52, 225].

Предмет исследования – отношение населения и врачей Свердловской области к платным медицинским услугам.

Критерии включения в социологическое исследование: граждане Свердловской области, достигшие возраста 18 лет и врачи Свердловской области, работающие в медицинских учреждениях всех форм собственности.

Критерии исключения из социологического исследования: врачи, оказывающие медицинскую помощь по профилю «Педиатрия», граждане Свердловской области моложе 18 лет, иностранные граждане, постоянно или временно проживающие на территории РФ.

В ходе разработки методологии социологического исследования были разработаны анонимные анкеты, предназначенные для двух групп участников: пациентов и медицинских специалистов (одобрены на заседании локального этического комитета ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1 14.10.2021 г.)

Для сбора данных у пациентов использовалась анкета, содержащая 18 различных вопросов с множественным выбором ответов, представленная в приложении № 1.

Анкета для врачей состояла из 19 вопросов с вариантами ответов на выбор респондентов, подробно представленная в приложении № 2. Каждый критерий удовлетворенности врачебного персонала включал несколько параметров, которые оценивались респондентами по пятибалльной шкале от 1 (полностью не удовлетворен) до 5 (полностью удовлетворен) баллов на основе целевых ранжированных вопросов [227].

Анкетирование было проведено в медицинских организациях, территориально располагающихся в Свердловской области.

Критериями отбора для участия в исследовании были: во – первых, согласованная с администрацией учреждения возможность участия врачей в исследовании; во-вторых, исследование охватывало медицинские учреждения,

отличающиеся типами управления и правовыми формами, включая как государственные, так и частные организации. Также важным условием было предоставление учреждением платных услуг в здравоохранении.

Анкетирование проводилось с помощью распространения анкет в бумажном виде непосредственно в медицинских организациях. Использовался метод выборочного исследования, позволяющий изучить определенную часть общей популяции, представляющую интересующие для исследования характеристики. Такой подход предполагает, что анализ выбранной группы может дать достоверную информацию о всей популяции [224, 227].

При определении размера выборки использовался метод простой бесповторной случайной выборки (Simple Random Sampling – SRS), согласно которому каждый элемент генеральной совокупности имеет известную и равную вероятность отбора. Каждый элемент выбирается независимо от каждого другого элемента, и выборка формируется произвольным отбором элементов из основы выборки. Объем выборки исчислялся по формуле:

$$N = \frac{t^2 * s^2 * N}{\Delta_x^2 * N + t^2 * s^2}$$

где

n – объем выборки,

t – коэффициент доверия (критерий Стьюдента), указывающий на конкретное значение вероятности того, на какую величину генеральная средняя будет отличаться от выборочной средней.

Δ_x - предельная ошибка среднего значения

S – среднее квадратическое отклонение

N – объем генеральной совокупности [80].

В основу расчета объема генеральной совокупности взята численность взрослого населения Свердловской области.

С долей вероятности $P = 0,997$, значение t определяется согласно таблице Стьюдента и равен 3. При среднеквадратическом отклонении не более 25, предельной ошибке, не превышающей 4 единиц. Необходимый объем выборки исчисляется по формуле.

Для обработки статистических данных было использовано 851 анкету, заполненную пациентами, и 655, предоставленных медицинскими специалистами, что отражает демографический и социально-экономический разрез жителей Свердловской области. По основным половозрастным и социально – экономическим показателям данная совокупность характеризовалась репрезентативностью выборки.

Выбор и разработка методов сбора информации

В качестве источника сбора информации о мнении населения Свердловской области относительно оказания платных медицинских услуг, взяты за основу результаты опроса. Анкета заполнялась пациентами самостоятельно, была анонимна, состояла из вводной, основной и завершающей частей, с вариантами ответов, выборка была случайной. Респонденты заполняли анкету лично в письменном виде (прямой опрос). Исследование включало анализ сравнений между ответами пациентов по различным критериям, включая доход, источники оплаты медицинских услуг и годовые траты на здравоохранение.

В качестве источника сбора информации об отношении врачей Свердловской области к платным услугам взяты за основу результаты опроса врачей, работающих в учреждениях здравоохранения Свердловской области. Анкета заполнялась врачами самостоятельно, была анонимна, состояла из вводной, основной и завершающей частей. Респонденты заполняли анкету лично в письменном виде (прямой опрос).

Также сопоставлялись ответы врачей по отдельным показателям (работа в медицинском учреждении в зависимости от формы собственности).

Исследование, основанное на данных, полученных методом анкетирования, позволило провести сравнение взглядов врачей к своей профессии и их отношение к медицинским услугам, предоставляемым на платной основе.

Опрос проводился сплошным методом исследования без дифференциации по степени дохода, специальности, условий оказания медицинских услуг. Таким образом, результаты анкетирования были максимально объективны.

Опросник был разработан таким образом, чтобы изучить множество аспектов, включая оценку работы персонала, окружающую рабочую среду и межличностные отношения в коллективе, эффективность управленческих практик и мотивационных инструментов, а также возможности для профессионального роста и обучения. Он также позволил оценить особенности корпоративной культуры и общения внутри медицинской организации. Дополнительно, были включены вопросы, направленные на выявление желания сотрудников сменить место работы, как индикатора их неудовлетворенности, а также обобщал базовую информацию об участниках исследования.

2.6. Программа экспертной оценки руководителей учреждений здравоохранения о возможностях и условиях развития организаций на рынке платных медицинских услуг

Многие учреждения здравоохранения сталкиваются с противоречиями во взглядах руководства, касательно того, что является их слабыми и сильными сторонами, а также в определении стратегических путей их совершенствования в условиях жесткой конкуренции. Эти разногласия, существующие в Свердловской области, и вызвали необходимость в специализированном анализе.

Цель анализа – выявить внутренние и внешние факторы, которые могут повлиять на успешность развития медицинских организаций, и сформировать пути их развития в условиях конкурентной борьбы на рынке платных медицинских услуг. Все это послужило основанием для проведения данной экспертной оценки.

Объектом экспертной оценки стали медицинские учреждения здравоохранения Свердловской области.

Предметом экспертной оценки стали – сильные и слабые стороны организаций здравоохранения, возможные угрозы со стороны конкурирующих организаций, условия для повышения их конкурентоспособности.

Цель – установить сильные и слабые стороны организаций здравоохранения, выявить возможные внешние угрозы, направления повышения конкурентоспособности.

Задачи:

- 1) систематизировать возможные преимущества организаций;
- 2) провести оценку внешних факторов: социальных, экономических, политических;
- 3) оценить преимущества конкурентов на рынке.

В рамках экспертной оценки в качестве терминологического аппарата использовались термины, представленные в описании SWOT - анализа.

В ходе планирования экспертной оценки основное внимание было уделено следующим аспектам: оценка ключевых выгод, которыми обладают организации; анализ влияния факторов внешней среды, включая социальные, экономические и политические аспекты; и анализ конкурентных преимуществ на рынке.

С целью оценки ключевых направлений развития инструментов управления учреждением здравоохранения в рамках нашего исследования было проведено анкетирование главных врачей с целью формирования элементов стратегического развития учреждения.

В исследовании приняли участие 8 главных врачей учреждений здравоохранения Свердловской области.

Этот опрос помог сформулировать стратегические элементы для дальнейшего развития медицинских учреждений. Выборочный метод анкетирования был использован для получения наиболее релевантных данных от руководителей в сфере здравоохранения.

Все респонденты находились в едином информационном пространстве и осуществляли на своем уровне реализацию единой концепции управления. Оцениваемые параметры были выбраны на основании организационных и управленческих ценностей регионе, а не широтой интересов руководителей и уровнем занимаемой должности.

Подходы к сбору данных представленного этапа были разработаны с учетом предварительно проведенного опроса среди руководителей медицинских учреждений Свердловской области относительно их мнений по стратегическому управлению и планированию в медицинских организациях. Каждый из руководителей был приглашен к самостоятельной разработке SWOT-анализа для своей организации, выполненного вручную и на индивидуальной основе.

SWOT-анализ

С целью разработки стратегии развития и повышения конкурентоспособности государственных медицинских учреждений, был использован метод SWOT - анализа, позволивший провести анализа их внутренних и внешних угроз.

Этот метод позволил оценить как преимущества, так и недостатки учреждений, в дополнение к анализу внешних факторов, которые могут представлять как возможности, так и угрозы. Для систематизации данных аспектов были созданы специальные блоки, объединяющие четыре категории: сильные стороны, слабые стороны, внешние возможности и угрозы с перечнем соответствующих параметров. Каждый блок содержал ряд параметров, с возможностью их расширения за счет добавления специфичных для конкретного учреждения характеристик.

Выбор факторов с высоким влиянием на медицинские учреждения, которые могут служить либо возможностями, либо угрозами, стал отправной точкой для создания стратегического плана развития. Нами были проанализировали достоинства и недостатки учреждений, а также внешние факторы. Далее, эти

данные были интегрированы в матрицу. Этот анализ лег в основу серии стратегических рекомендаций, направленных на усиление положительных сторон, устранение слабых, рекомендаций, позволяющих избежать потенциальных угроз и оптимально использовать сильные стороны, с целью противодействия рискам (таблица 5).

Таблица 5 – Матрица SWOT-анализа

	Сильные стороны	Слабые стороны
Внешние возможности	Показатели, которые способствуют укреплению преимуществ, активизируются при наличии внешних благоприятных условий, тем самым поддерживая развитие и реализацию сильных аспектов организации	Активное применение возникающих благоприятных обстоятельств и предоставляемых возможностей с целью нивелирования недостатков
Внешние угрозы	Сильные стороны, используемые для устранения негативных ситуаций, позволяющие предотвратить внешние риски	Стратегии, которые требуются для эффективного решения проблем, связанных как с внутренними слабыми сторонами, так и с внешними вызовами, направленными на преодоление кризисных ситуаций

2.7. Программа формирования региональной модели организации оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения на примере Свердловской области

С целью развития вариантов путей развития внебюджетной деятельности и объемов, предоставляемых платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения Свердловской области, на основании результатов проведенных социологических опросов, методов эмпирического исследования, анализа системы здравоохранения Свердловской области и ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», было принято решение создания региональной модели оказания платных медицинских услуг в многопрофильных государственных учреждениях здравоохранения.

В основе программы лежат разнообразные подходы стратегического анализа и экономического моделирования.

Задачей разрабатываемой модели стала разработка алгоритма трехуровневой системы оказания платных медицинских услуг на региональном уровне.

Методики стратегического анализа

Матрица И. Ансоффа

На текущем этапе одним из наиболее широко используемых инструментов для оценки стратегических альтернатив является матрица И. Ансоффа.

Этот инструмент, также известный как матрица «товар-рынок», предоставляет ключевых направления для быстрого развития компании, основываясь на использовании её основных компетенций и стратегических возможностей в потенциальных областях роста. И. Ансофф предлагает четыре основных стратегии в своей модели, которые ориентированы на различные комбинации продуктов и рынков. Эти стратегии включают увеличение доли на существующих рынках с помощью уже известных продуктов (проникновение на рынок), вход на новые рынки с текущими продуктами (освоение рынков), создание новых продуктов для уже знакомых рынков (разработка продукта) и запуск новых продуктов для новых рынков (диверсификация) (Таблица 6) [23].

Таблица 6 – Матрица И. Ансоффа

1	Продукты		
	2	3	4
Рынки	Существующие	Существующие	Новые
		Стратегия проникновения на рынок (увеличение рыночной доли)	Разработка продукта (новые или улучшенные продукты)

Продолжение таблицы 6

1	2	3	4
Рынки	Новые	Освоение рынка (новые покупатели, новые рыночные сегменты или новые страны для существующей продукции)	Диверсификация (новые продукты для новых рынков)

И. Ансофф разработал методику для классификации «продуктов», предлагаемых компаниями, на две главные группы. Данная методика предусматривает, что руководители медицинских организаций могут определять стратегию развития из четырех доступных вариантов, основываясь на двух ключевых аспектах: типа рынка, на котором предполагается работать, и вида услуг, будь то медицинские или немедицинские, которые предполагается предложить на данном рынке. В числе прочих, стратегия может включать предложение медицинских услуг, уже давно зарекомендовавших себя в медицинских учреждениях, таких как клиники и поликлиники, что способствует укреплению позиций на уже знакомом рынке.

Вторая категория включает в себя услуги, которые пока не предоставляются учреждением, но предполагается их внедрение с намерением привлечь новых клиентов или удовлетворять возрастающие потребности уже имеющейся клиентуры – новый рынок.

По аналогии с рынками, И. Ансофф делит на 2 вида продукты компании (медицинские услуги в данном случае): существующий продукт – медицинская услуга, активно предлагаемая и оказываемая медицинской организацией, занимающая свою длительную нишу на рынке медицинских услуг. Новый продукт – медицинская услуга, которая на данный момент еще не оказывается в медицинском учреждении, но которую планируется реализовать с целью привлечения новой целевой аудитории или расширения уже существующей группы потребителей [23].

И. Ансофф, анализируя медицинский сектор в контексте товарных стратегий, разделяет услуги, предоставляемые медицинскими организациями, на две основные категории. Первая категория охватывает услуги, которые уже имеют устойчивое присутствие на рынке и регулярно предоставляются пациентам, тем самым поддерживая свою рыночную нишу. Вторая категория включает в себя услуги, которые еще не внедрены в практику учреждения, но находятся в процессе разработки с намерением привлечь новых клиентов или расширить круг уже существующих, тем самым открывая новые горизонты для развития и укрепления позиций на рынке.

Цепочка добавленной стоимости М.Портера

Концепция, разработанная Майклом Портером, определяет процессы в области здравоохранения как совокупность ключевых услуг и возможностей, представленных в учреждении здравоохранения. В рамках этой системы Портер выделяет в организации два вида деятельности: первичную и вспомогательную. Ключевая инфраструктура больницы включает в себя административные аспекты, такие как управленческие процессы, стратегическое планирование, бухгалтерский учет, бюджетирование и мониторинг качества предлагаемых услуг. Исследование цепочки ценностей включает в себя различные методологии, в частности, подходы, основанные на оценке затрат и стратегии дифференциации услуг.

Инфраструктура медицинского учреждения – это структура организации и её административные аспекты, управление, планирование, учёт, финансирование и контроль качества оказываемых медицинских услуг. Цепочка добавленной стоимости включает в себя различные методологии, в частности, подходы, основанные на оценке затрат и стратегии дифференциации услуг.

В ходе анализа деятельности организации, особое внимание уделяется методу оценки, основанному на затратах. Вначале необходимо установить цели по контролю затрат для каждого вида деятельности, включая как основные, так и вспомогательные. Важно при этом учитывать элементы, влияющие на ресурсоемкость процессов, например, продолжительность выполнения задач,

трудоемкость, размеры оплаты труда и другие исходные параметры. Именно эти элементы могут существенно увеличить временные и трудовые затраты. Завершающим этапом является установление взаимосвязей между различными направлениями работы организации. Так, руководители учреждений должны понимать, что сокращение затрат в одной области, может привести к их сокращению и в другой. Данный механизм позволяет выявить возможности снижения затрат [91].

При преимуществе метода дифференциации, главным является концентрация внимания на видах медицинских услуг, которые создают наибольшую ценность для клиентов. Они могут включать использование различных стратегий маркетинга. И в последующем необходимо оценить используемые стратегии с целью повышения стоимости медицинских услуг.

Анализ системы организации выявляет различия, которые могут быть использованы для значительного улучшения качества и стоимости предоставляемых услуг. Задача оценки цепочки добавленной ценности Портера заключается в следующем: анализировать потенциал и масштаб добавленной ценности в контексте всей организации, оценивая каждый этап создания этой цепочки, его состав и потенциал для развития, а также стратегические направления развития как для отдельных этапов, так и для всей организации в целом [91].

Методика расчета бизнес – проекта

Нами был разработан финансовый проект хирургического и офтальмологического отделений на базе многопрофильных учреждений стационара, оказывающие платные медицинские услуги.

Использован метод бизнес – моделирования - расчет экономических показателей на основании международной системы финансовой отчетности (МСФО/IFRS).

Оценивались и рассчитывались следующие показатели:

- плановые финансовые показатели отделения;

- амортизация капитальных затрат;
- амортизация основных средств;
- операционная прибыль;
- совокупность распределенных во времени поступлений (притока) и выплат (оттока) денежных средств;
- коэффициент рентабельности инвестиций;
- чистая приведенная стоимость проекта;
- внутренняя норма рентабельности.
- период окупаемости инвестиций

2.8. Описание методов и схема анализа информации

Статистическая обработка данных, полученных в ходе исследования, проводилась при использовании пакета прикладных программ «Statistica 6.0». В работе использованы статистические методы параметрического и непараметрического анализа: t-критерий Стьюдента, преобразованный критерий Фишера по методу «фи» для оценки различий при малых значениях (<20%), критерий U (Вилкоксона Манна-Уитни) и метод доверительных интервалов для оценки различий между средними значениями. Критерием статистической значимости считали 95% точности ($p < 0,05$). Взаимосвязи переменных определены с применением корреляционных методов параметрического и непараметрического анализа (Пирсона, Спирмена, Кэнделла).

ГЛАВА 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (В Т.Ч. ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ), СМЕРТНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017-2021 ГОДЫ

С целью реализации цели и задач нашего исследования, был проведен комплексный анализ динамики и структуры медико-демографической характеристики населения Свердловской области. Также, рассмотрены показатели деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий, основанных на отчетных данных министерства здравоохранения Свердловской области [30, 119].

Эффективность системы здравоохранения оценивается по ряду различных показателей. Главным из них является уровень заболеваемости населения. Оценка этого фактора позволяет выявлять проблемные участки в системе, на которые необходимо обратить пристальное внимание, разработать и оценить эффективность конкретных стратегических, профилактических и лечебных мероприятий, осуществляемых на всех уровнях оказания медицинской помощи, планировать укомплектованность кадрами, медицинскими ресурсами, коечную мощность и многое другое. Вместе с тем, именно динамика показателей общей и первичной заболеваемости трудоспособного населения определили актуальность углубленного изучения данного вопроса [105, 356].

Проблема дефицита медицинских кадров остается в числе самых актуальных для учреждений здравоохранения в Российской Федерации. В регионах РФ отмечена выраженная диспропорция в укомплектованности врачебными кадрами. Особенно остро наблюдается кадровый дефицит в первичном звене, с нехваткой узких специалистов по отдельно взятым специальностям [105, 112].

3.1. Динамика и тенденции основных показателей здоровья взрослого населения Свердловской области

На территории Свердловской области в 2021 г. было организовано 158 медицинских организаций, из них: 150 находятся в муниципальной собственности, остальные 38 в областном подчинении (рисунок 5). Количество учреждений здравоохранения всех форм собственности и подчинения остается неизменным на протяжении 2017 – 2021 гг. (приложение В).

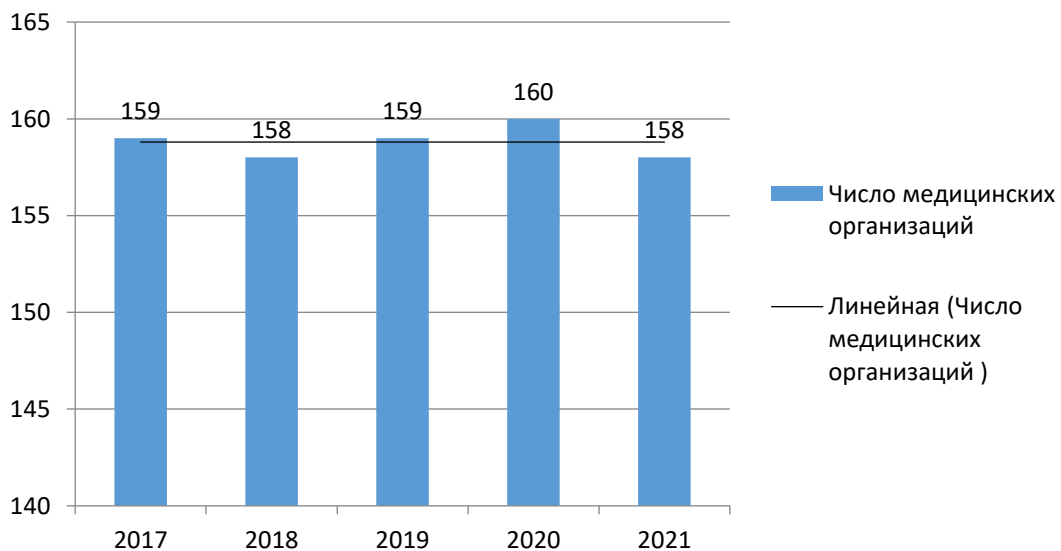


Рисунок 5 – Число медицинских организаций в Свердловской области, 2017-2021 гг., абс. организаций

В целях обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи населению, снижения смертности населения от основных причин, в 2013 г. принята трехуровневая система оказания медицинской помощи населению Свердловской области. Было организовано 19 межмуниципальных медицинских центров на базе многопрофильных медицинских учреждений здравоохранения области и г. Екатеринбурга (рисунок 6).

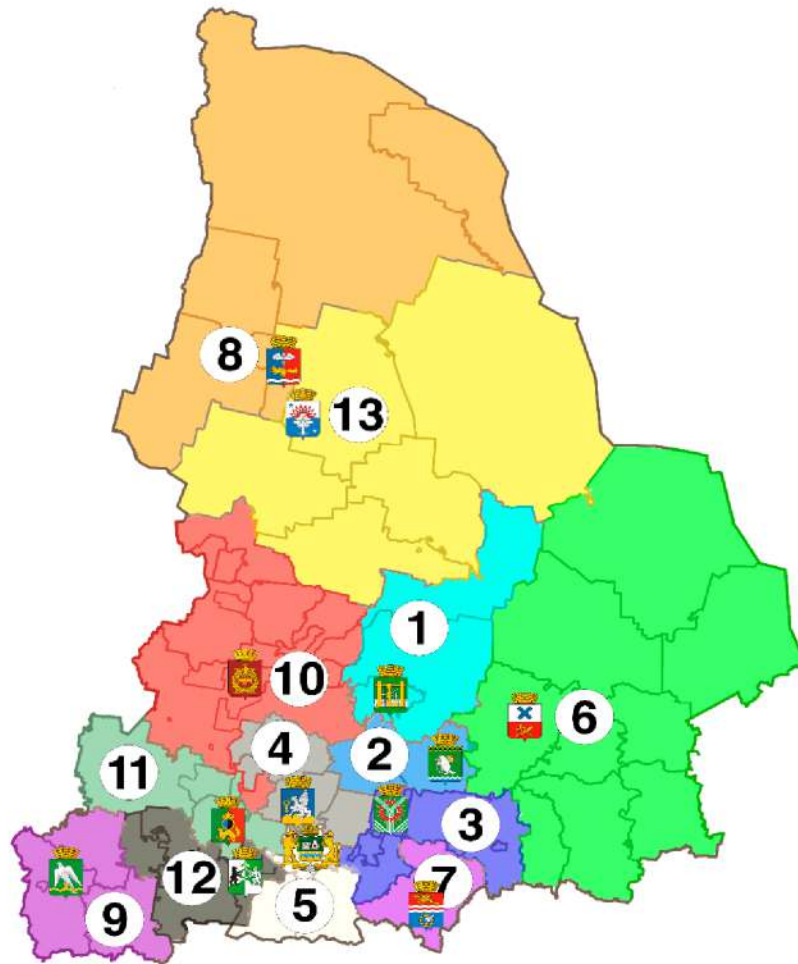


Рисунок 6 – Территориальное прикрепление районов Свердловской области к межмуниципальным медицинским центрам

Примечание. 1 – Алапаевск, 2 – Артемовский, 3 – Асбест, 4 – Верхняя Пышма, 5 – Екатеринбург, 6 – Ирбит, 7 – Каменск – Уральский, 8 – Краснотурьинск, 9 – Красноуфимск, 10 – Нижний Тагил, 11 – Первоуральск, 12 – Ревда, 13 – Серов

Общая численность населения Свердловской области на 01.01.2021 составляла 4 290 067 человек (данным Федеральной службы государственной статистики). При этом, доля мужского населения была меньше половины жителей области и составляла 46,2%, а женского 53,8%. За период 2017-2021 г. произошло снижение числа жителей области среди лиц взрослого населения на 2,2%. Численность возрастных групп Свердловской области в 2017-2021 г. представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Численность возрастных групп населения по Свердловской области, 2017-2021 гг., абс.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Постоянные (на начало года, всего)	4329341	4325256	4315699	4310681	4290067	-0,9
Взрослые (18 лет и старше)	3426771	3405833	3384681	3373402	3351532	-2,2
Дети (0-14)	788620	799365	804959	8005518	805384	+2,3
Подростки (15-17)	113950	120058	126059	131761	133151	+16,8

Примечание. В 2021 г. по сравнению с 2017, $p < 0,05$

Взрослое население региона на протяжении исследуемого периода составляло 3,3 млн. человек (78%). В период с 2017 по 2021 год, в Свердловской области было отмечено сокращение числа взрослого населения на 2,1% (рисунок 7).

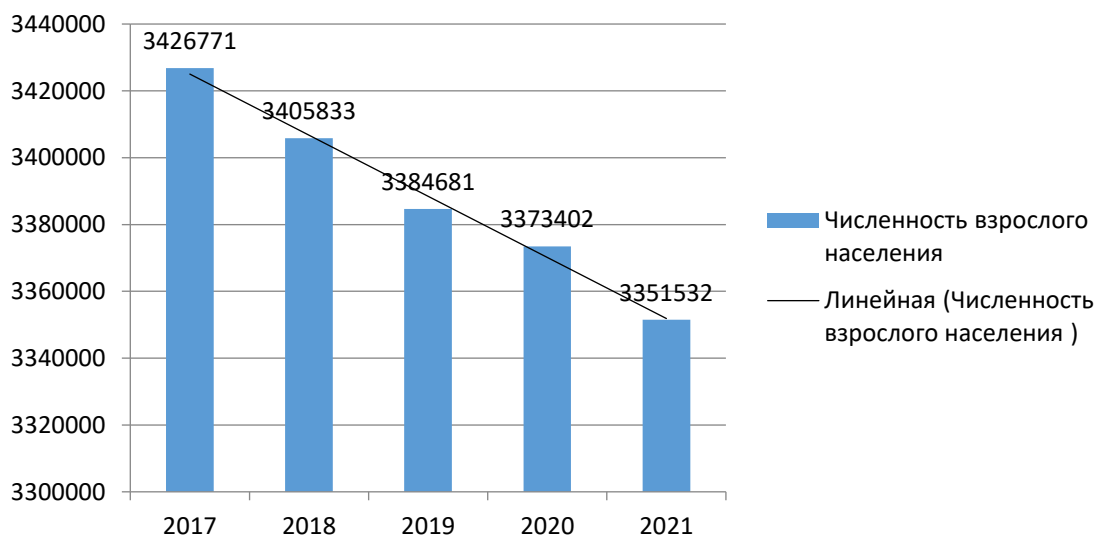


Рисунок 7 – Динамика численности взрослого населения Свердловской области, 2017-2021 г. абс. человек

Снижение численности населения области произошло как за счет снижения темпов рождаемости (-18,5%), так и за счет увеличения смертности (+35,5%). Существенные изменения этих показателей способствовали снижению

естественного пророста населения с -0,9 до -7,9 на 1000 населения (таблица 8) [112].

Таблица 8 – Движение населения Свердловской области (на 1000 населения)

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Рождаемость	12,4	11,6	10,7	10,2	10,1	-18,5
Смертность	13,3	13,5	13,4	15,7	18,0	35,3
Естественный прирост	-0,9	-1,6	-2,7	-5,5	-7,9	777,7

Примечание. В 2021 г. по сравнению с 2017, $p < 0,05$

В период с 2017 по 2021 год в Свердловской области было зафиксировано изменение показателя смертности среди взрослого населения, связанное с различными заболеваниями: болезни нервной системы и органов чувств – 23,6%, болезни эндокринной системы – 19%, болезни системы пищеварения – 9,4%, болезни системы кровообращения – на 6,5%. В то же время, в этот же период наблюдалось снижение показателя смертности по причинам: болезней крови и кроветворных органов – 40,8%, болезней органов дыхания – 25,9%, новообразований – 4,5%.

При сравнении показателей причин смертности населения Свердловской области за период 2017-2019 гг., обращает на себя внимание рост по следующим группам заболеваний: новообразования, болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии. Болезни эндокринной системы, как причина смертности встречались в 2 раза чаще.

Также, среди причин смертности с высоким темпом роста, можно выделить коронавирусную инфекцию, развившуюся в 2020 г. Она составила 8,7% от общего количества в 2020 г., и увеличилась в своих значениях в 3,2 раза в 2021 г. (приложение Г).

Динамика смертности Свердловской области по основным классам причин, за 2017-2021 гг. представлены на рисунке 8.

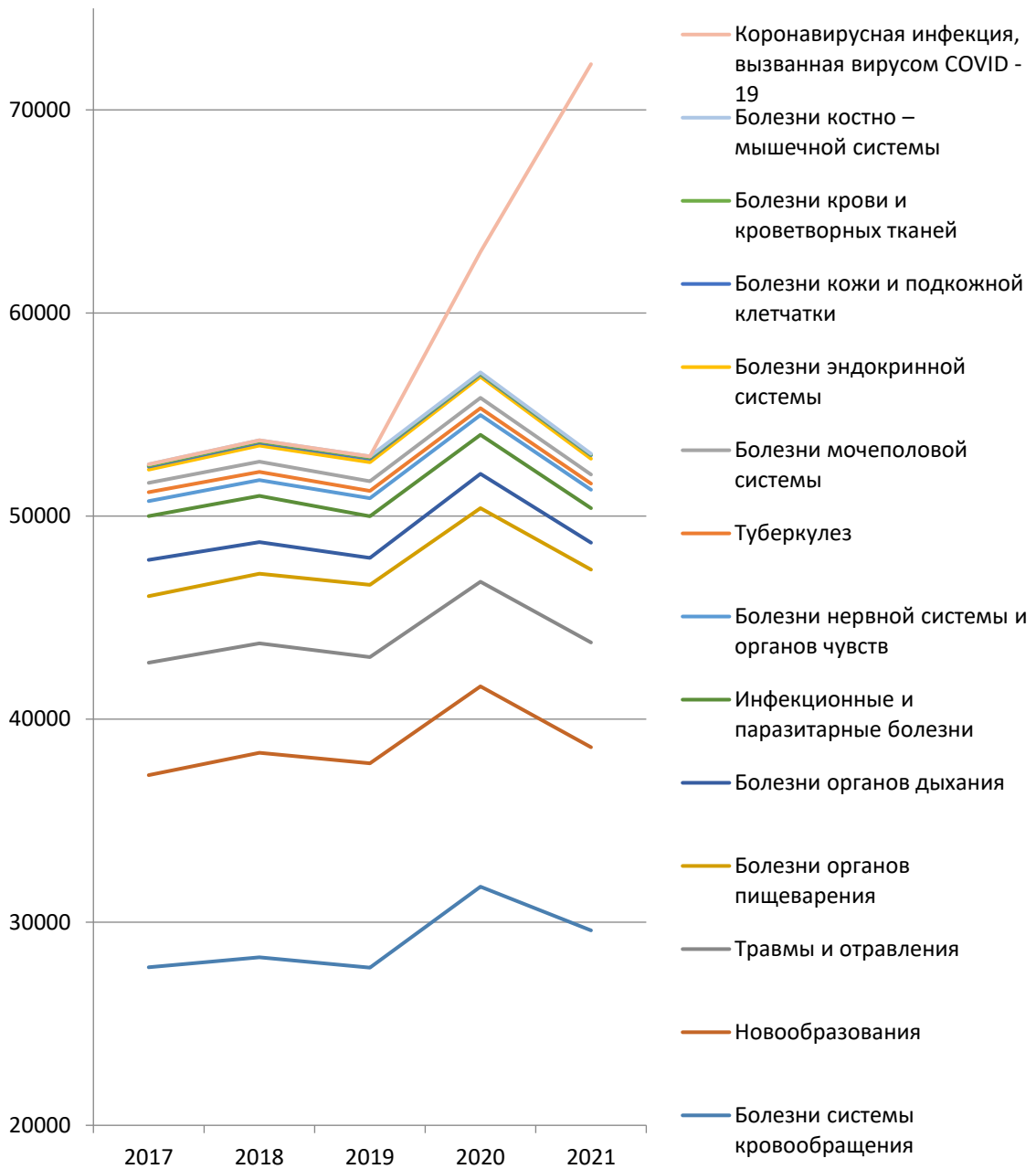


Рисунок 8 – Показатели смертности взрослого населения Свердловской области по классам заболеваний, 2017-2021 гг., абс. человек

В период 2017 – 2021 гг. отмечено уменьшение численности врачей – на 4,5% (с 12822 до 122394) (рисунок 9).

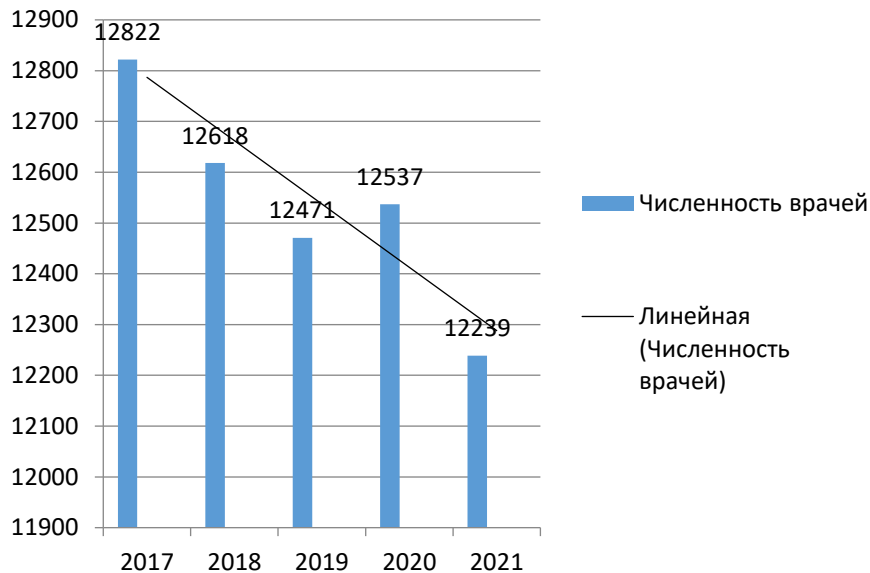
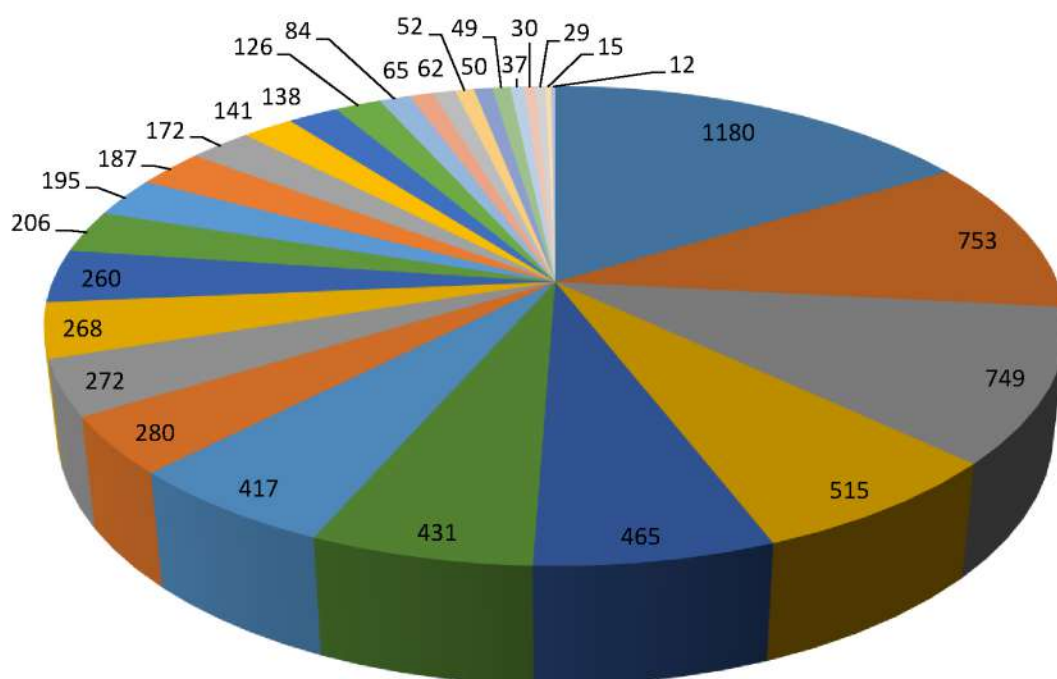


Рисунок 9 – Количество врачей в Свердловской области (2017-2021 гг.), абс. врачей

Количество штатных врачебных должностей увеличилось на 2,3 % в 2021 г. по отношению к 2017 г. А укомплектованность населения врачебными кадрами (по занятым должностям) на 10 тыс. населения (ф.30) уменьшилось на 4,1% в 2021 г. Коэффициент совместительства врачей практически не менялся за исследуемый период (-0,7%), и составил 1,4 (приложение Ж) [112].

Самая многочисленная специальность среди врачей – это врачи – терапевты (1180 человек), составляя 9,7% от общего числа, самая малочисленная – врачи – сурдологи – оториноларингологии – 12 (0,1%) (рисунок 10).

За период 2017-2021 г. произошло существенное снижение численности врачебных кадров в следующих специальностях: радиология – 61,3%, скорая медицинская помощь – 33%, физиотерапия – 23,9%, общая практика – 23,1%, психотерапия – 19,1% и дерматовенерология – 17,31%. Рост числа врачей за аналогичный период отмечен среди: врачей приемного покоя – 51,5%, врачей - стоматологов – 36,1%, колопроктологов – 15,4%, нефрологов – 15% и прочих (приложение № 5) [112].



- Врачи - терапевты
- Врачи - акушеры – гинекологи
- Врачи - анестезиологи – реаниматологи
- Врачи - неврологи
- Врачи – специалисты: руководители организаций и их заместители (организаторы здравоохранения)
- Врачи - хирурги
- Врачи - рентгенологи
- Врачи - травматологи – ортопеды
- Врачи - ультразвуковой диагностики
- Врачи - офтальмологи
- Врачи - кардиологи
- Врачи - функциональной диагностики
- Врачи - оториноларингологи
- Врачи - онкологи
- Врачи - дерматовенерологи
- Врачи - урологи
- Врачи - скорой мед. помощи
- Врачи - эндокринологи
- Врачи - гастроэнтерологи
- Врачи - хирурги сердечно – сосудистые
- Врачи - нейрохирурги
- Врачи - пульмонологи
- Врачи - нефрологи
- Врачи - ревматологи
- Врачи - гематологи
- Врачи - аллергологи – иммунологи
- Врачи - хирурги челюстно – лицевые
- Врачи - колопроктологи
- Врачи - сурдологи – оториноларингологии

Рисунок 10 – Численность врачей в Свердловской области, 2021 г., абс. врачей

Укомплектованность врачебными кадрами в 2021 г. не достигала 100% по всем специальностям. Общая укомплектованность по области в 2021 г. – 61%, со снижением на 4%, в сравнении с 2017 г. Наибольший показатель укомплектованности отмечен в учреждениях областного подчинения.

Максимальная укомплектованность врачебными кадрами наблюдалась в следующих специальностях: врачи - ревматологи – 79%, врачи - гастроэнтерологи – 77%, врачи - офтальмологи, врачи - гематологи, врачи - эндокринологи и врачи - дерматовенерологи - 75% (приложение Е).

Укомплектованность врачебными кадрами менее 50% была среди: врачей ультразвуковой диагностики – 48%, врачей – трансфузиологов – 48%, врачей - анестезиологов – реаниматологов – 47%, врачей - эндоскопистов – 44%, врачей - психотерапевтов – 44%, врачей - гериатров – 44%, врачей скорой медицинской помощи – 40% и врачей - профпатологов – 37% (рисунок 11) [112].

Рост исследуемого нами показателя в 2017-2021 гг. отмечен лишь в: радиотерапии – 19%, стоматологии – 5%, сердечно – сосудистой хирургии – 5%. Вместе с тем, была и отрицательная динамика в следующих врачебных специальностях: врачи - сурдологи – 17%, врачи - инфекционисты – 14%, врачи - дерматовенерологи – 13%, врачи - психиатры – 12%, врачи - онкологи – 11%, врачи – челюстно-лицевые хирурги – 11% (приложение Е).

К сожалению, динамика роста численности врачей по специальностям не обеспечивает должного роста укомплектованности врачебными кадрами в Свердловской области.

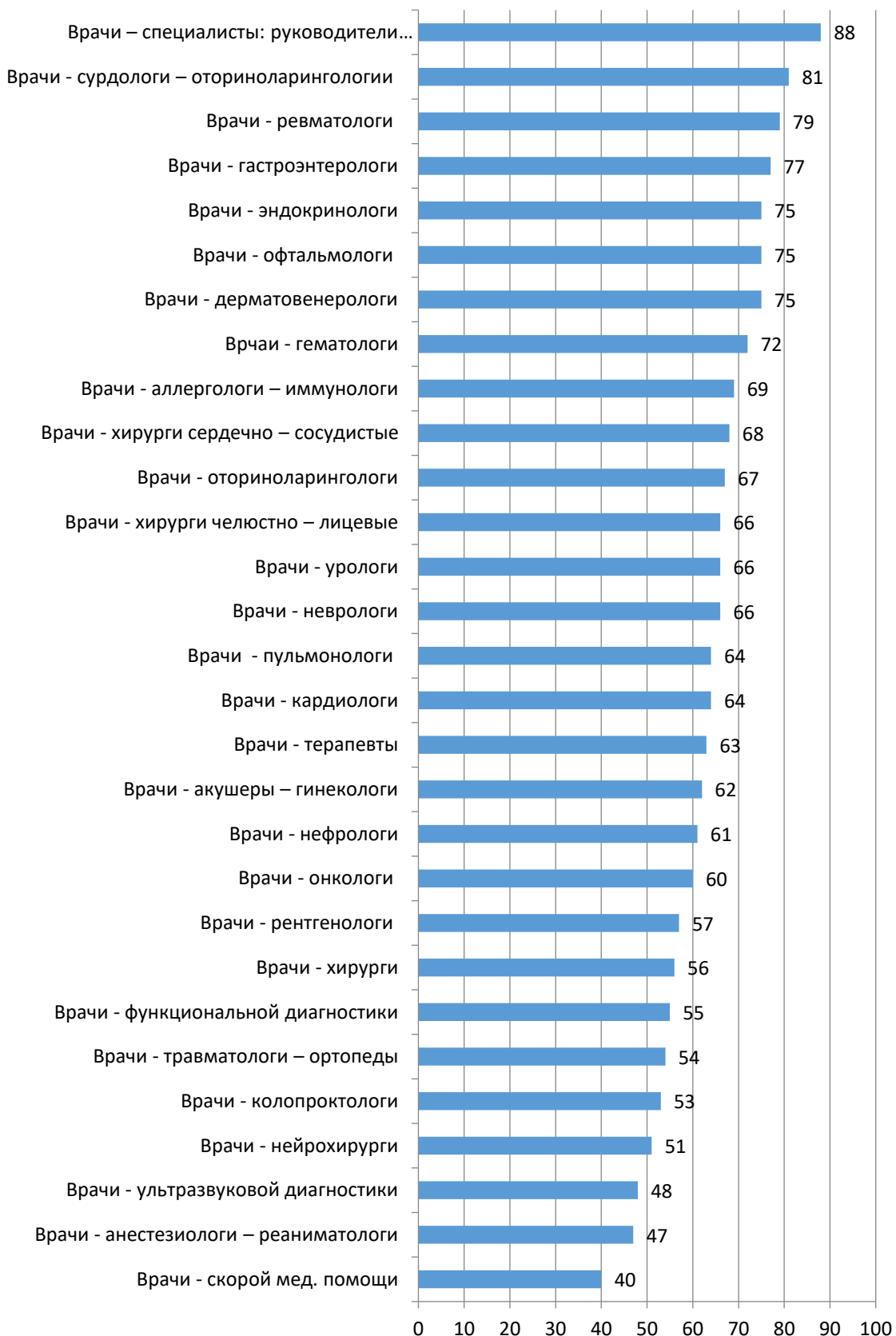


Рисунок 11 – Показатели укомплектованности врачебными кадрами по специальностям в Свердловской области, 2021 гг., %

3.2. Анализ уровня и структуры заболеваемости взрослого населения по основным ее характеристикам

При проведенном анализе первичной заболеваемости взрослого населения Свердловской области отмечено повышение ее уровня на 33,1% в 2021 г., в сравнении с 2017 годом (с 554,0 до 737,5 на 1 тыс. населения – $p < 0,05$) (таблица 12). Эта отрицательная динамика преимущественно связана с ростом заболеваемости по причине болезней системы органов дыхания на 65%, и развитием коронавирусной инфекции COVID-19, заболеваемость которой в 2021 г. составила 143,4 случая на 1 тыс. населения. Вместе с тем, при сравнении данного показателя в 2019 и 2017 гг., первичная заболеваемость взрослого населения снизилась на 2,1%. Но в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 увеличилась на 35% (в 2021 г. по отношению в 2019 г.) [112].

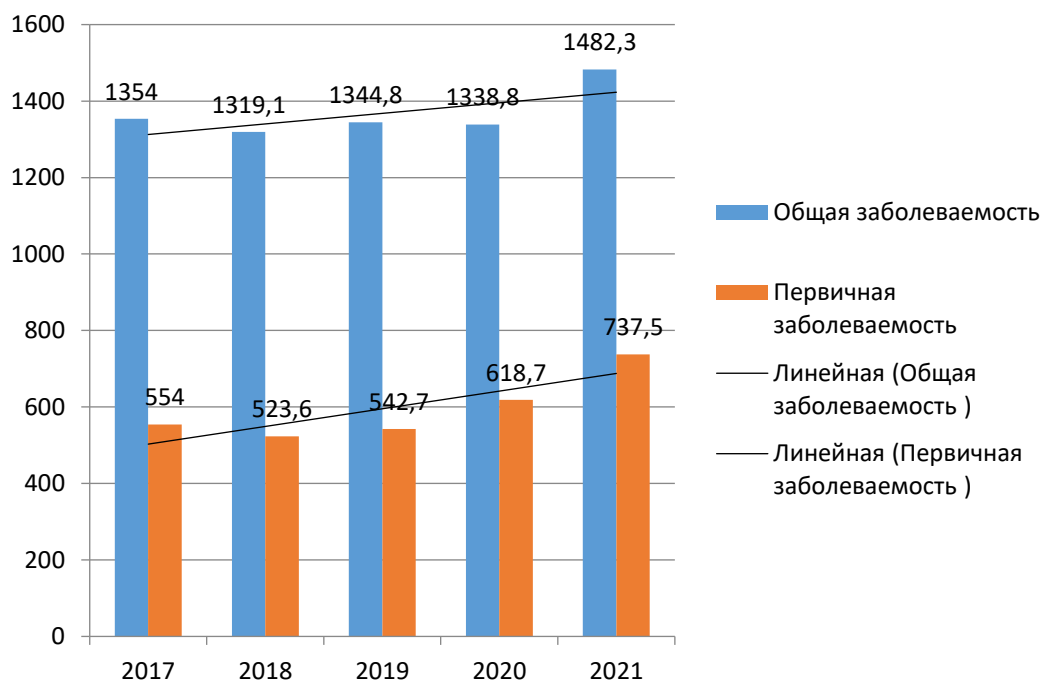


Рисунок 12 – Динамика первичной и общей заболеваемости взрослого населения Свердловской области, случаев на 1 тыс. человек, 2017 – 2021 гг.

Снижение числа случаев первичной заболеваемости отмечено в 2017 – 2021 гг. по следующим причинам: заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани на 51,6%, болезней мочеполовой системы на 22,7%, болезней системы органов пищеварения на 21,7%, инфекционных и паразитарных болезней на 18,5% и болезней, связанных с травмами и отравлениями на 12,9%. Реже жители Свердловской области стали болеть болезнями нервной системы, психическими расстройствами и расстройствами поведения. Вместе с этим, выявлен рост частоты случаев заболеваемости системы органов кровообращения (+7,6%) (приложение 3).

В 2017 году, анализируя причины первичной заболеваемости среди взрослого населения Свердловской области, выявлено, что наибольшую часть составили: болезни системы органов дыхания – 28,9% и травмы и отравления – 17,9%, вместе с заболеваниями мочеполовой системы (8,1%) и болезнями системы кровообращения (6,4%). В то время как в других российских регионах, новообразования и болезни системы органов пищеварения, ставшие причиной первичной заболеваемости, фиксировались лишь в 2,9% и 3,9% случаев [112].

В 2021 г. ситуация по причинам первичной заболеваемости практически не изменилась: первое место занимали болезни системы органов дыхания – 36,0%, второе место – COVID-19 (19,4%), травмы и отравления 11,3% третье, болезни системы кровообращения и мочеполовой системы четвертое и пятое, соответственно (5,2% и 4,6%).

Однако, обращает на себя внимание динамика первичной заболеваемости в 2017-2019 гг. В этот период был выявлен рост заболеваемости болезнями системы органов дыхания на 3,6%, числа случаев заболеваемости системы органов кровообращения на 1,4%. По остальным органам и системам динамика менее 1% ($p < 0,05$) (рисунок 13).

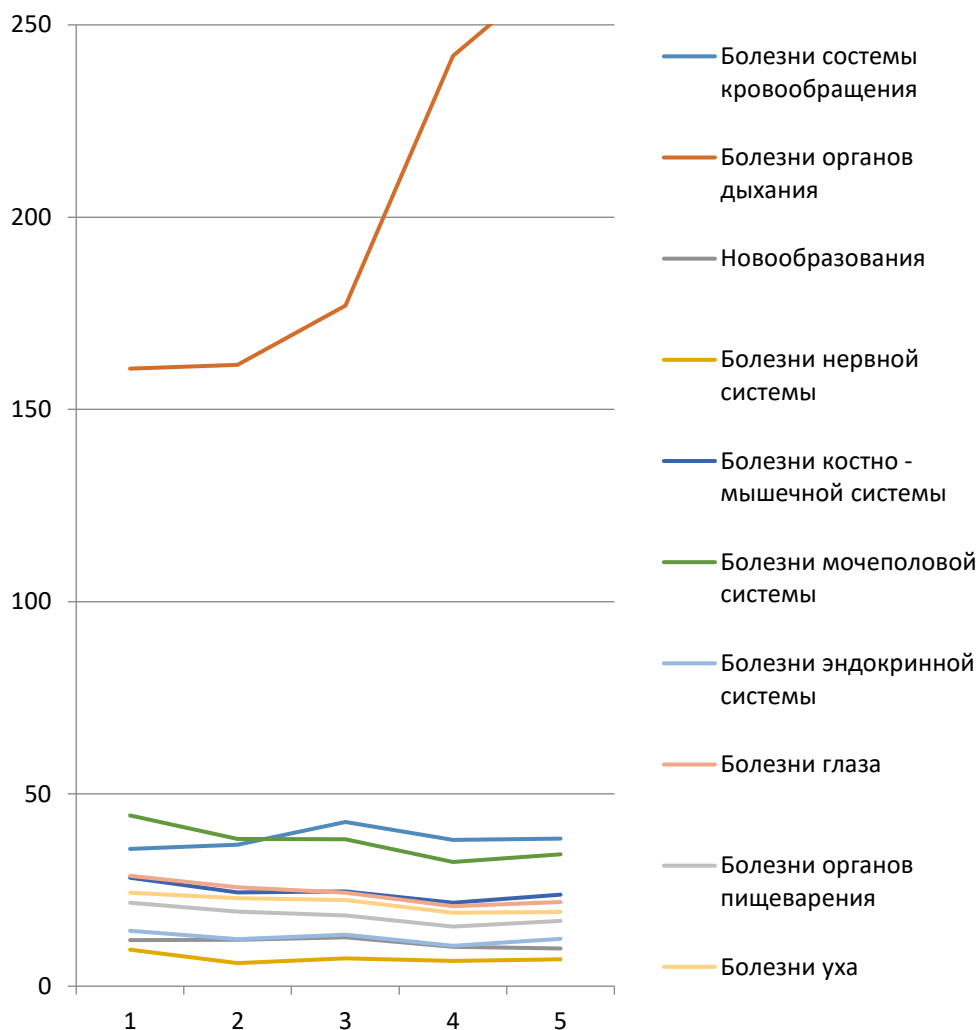


Рисунок 13 – Первичная заболеваемость взрослого населения Свердловской области 2017-2021 гг, случаев на 1000 населения

Также, в 2017-2019 гг. отмечен рост первичной заболеваемости по причине новообразований на 5,83%, но в последующие 2 года отмечено снижение данного показателя на 22,83%. Аналогичная ситуация при оценке заболеваемости болезнями системы органов кровообращения: рост на 19,61% в 2017-2019 гг., и снижение на 10,07% в 2020-2021 гг.

Выявлена разница в сравниваемых периодах в 2 и более раза при оценке болезней нервной системы, болезнях органа зрения, органа слуха, болезнях системы органов пищеварения, кожи и подкожно – жировой клетчатки, а также костно-мышечной системы (приложение 3).

Общая заболеваемость взрослого населения Свердловской области за 2017-2021 гг. увеличилась на 9,4% (с 1354 в 2017 г. до 1482,3 в 2020 г., на 1 тыс. населения – $p < 0,05$) (приложение II) (рисунок 14).

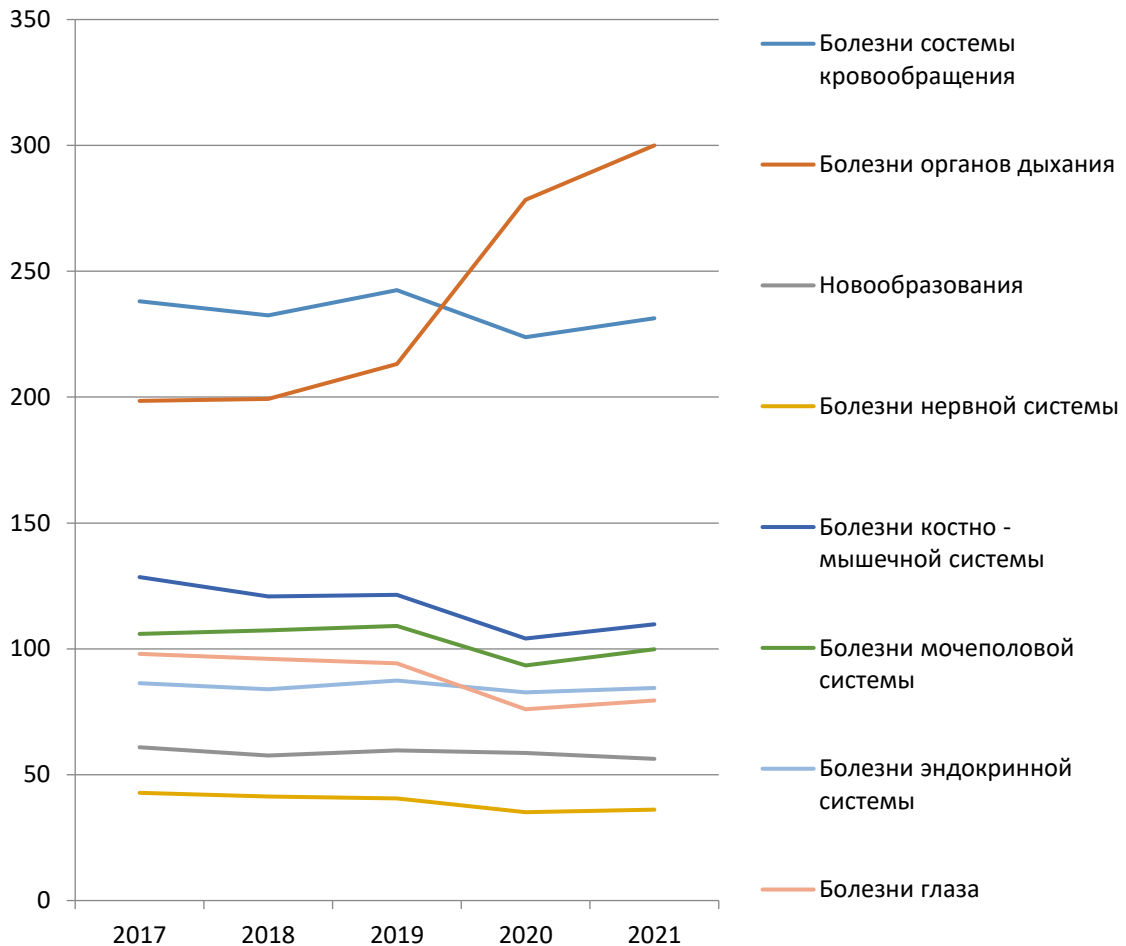


Рисунок 14 – Общая заболеваемость взрослого населения Свердловской области 2017-2021 гг., случаев на 1000 населения

По данным официальной статистики, общая заболеваемость взрослого населения Свердловской области болезнями органа зрения снизилась на 18,8%, заболеваниями пищеварительной системы на 18,2%, на 15,5% реже регистрировались заболевания нервной системы, заболевания костно – мышечной системы на 51,5%. Сократилось число случаев заболеваемости болезней органа слуха и болезней кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Параллельно, зафиксирован значительный рост случаев заболеваний системы органов дыхания (на 51,3%) и психические расстройства (на 2,3%).

В 2017 году, наблюдения за здоровьем взрослого населения Свердловской области показали, что в структуре причин общей заболеваемости чаще всего отмечены болезни системы кровообращения – их удельный вес составлял 17,5%, болезни системы органов дыхания – 14,6%, костно-мышечной системы – 9,4%. В то же время, менее распространенными стали болезни, связанные с травмами и отравлениями – 7,3%, болезнями органа зрения – 7,2%, болезнями системы органов пищеварения – 6,7%, болезнями эндокринной системы – 6,4%, при этом, этом все остальные классы болезней в сумме составили менее 30% [112].

Структура причин общей заболеваемости взрослого населения Свердловской области не изменилась, не смотря на изменения, произошедшие за исследуемый период, и чаще других отмечены болезни системы органов кровообращения – 15,6% случаев.

В 2017-2019 гг. на 7,4% увеличилось число случаев болезней органов дыхания, случаи болезней системы органов кровообращения встречались чаще на 1,8%. Однако, болезни органов пищеварения среди взрослого населения Свердловской области отмечены на 9,4% случаев реже, также как и болезни костно – мышечной системы (-5,5%). Также, среди причин общей заболеваемости реже встречались болезни нервной системы (-5,1%) и болезни кожи и подкожно – жировой клетчатки (-4,9%) ($p < 0,05$) (рисунок 12).

При сравнении причин и показателей общей заболеваемости в 2017-2019 гг. и 2020-2021 гг. выявлены следующие изменения. В период 2020-2021 гг. отмечен рост показателей общей заболеваемости системы органов дыхания в 5,5 раз, в сравнении 2017-2019 гг., так же, как и при оценке уровня и причин первичной заболеваемости. По остальным органам и системам выявлено снижение показателей общей заболеваемости в 2 и более раза [112].

Численность и кадровый состав врачебного персонала напрямую влияет на обеспечение населения Свердловской области востребованной доступной и качественной медицинской помощью. Нами изучена взаимосвязь уровня первичной и общей заболеваемости с численностью штатных, занятых

должностей и физических лиц работников, укомплектованности учреждений здравоохранения кадрами (таблица 9).

Таблица 9 – Коэффициент корреляции Пирсона и коэффициент детерминации тренда показателей заболеваемости и укомплектованности врачебными кадрами в 2017-2021 гг.

Показатель	Первичная заболеваемость	Общая заболеваемость
Количество штатных врачебных должностей (ф. 30 т.1100)	$r = 0,354935$ $R^2 = 0,126$	$r = -0,02514$ $R^2 = 0,0006$
Количество физических лиц на занятых врачебных должностях (ф. 30 т.1100)	$r = -0,83097$ $R^2 = 0,6905$	$r = -0,7478014$ $R^2 = 0,5592$
Обеспеченность населения врачами (по числу физических лиц основных работников на занятых должностях) (ф.30)	$r = -0,710199$ $R^2 = 0,4928$	$r = -0,63065$ $R^2 = 0,3977$
Укомплектованность врачебных должностей физическими лицами (ф.30)	$r = -0,85042$ $R^2 = 0,7232$	$r = -0,7865$ $R^2 = 0,6186$

В проведенном исследовании нами отмечена обратная значимая связь между уровнем первичной заболеваемости населения и количеством физических лиц на занятых врачебных должностях ($r = -0,830$), также как и с обеспеченностью населения врачами (по числу физических лиц основных работников на занятых должностях) ($r = -0,710$), и укомплектованностью врачебных должностей физическими лицами ($r = -0,8504$), положительная прямая связь с количеством штатных врачебных должностей ($r = 0,354$).

Аналогично, обратная значимая связь в нашем исследовании была выявлена и при оценке зависимости общей заболеваемости населения от количества физических лиц на занятых врачебных должностях ($r = -0,747$), также как и с обеспеченностью населения врачами (по числу физических лиц основных работников на занятых должностях) ($r = -0,630$), и укомплектованностью врачебных должностей физическими лицами ($r = -0,786$), количеством штатных врачебных должностей ($r = -0,025$).

3.3. Организация и характеристика первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Свердловской области, как приоритетного звена в РФ

В рамках реализации Постановления Правительства Свердловской области от 24 марта 2011 г. N 309-ПП «Об утверждении региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области на 2011-2013 года» внедрена трехуровневая система оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению Свердловской области [17, 111].

За период проводимого нами исследования (2017-2021 гг.) количество самостоятельных амбулаторно – поликлинических организаций в Свердловской области осталось неизменным и составило 37 (рисунок 15).

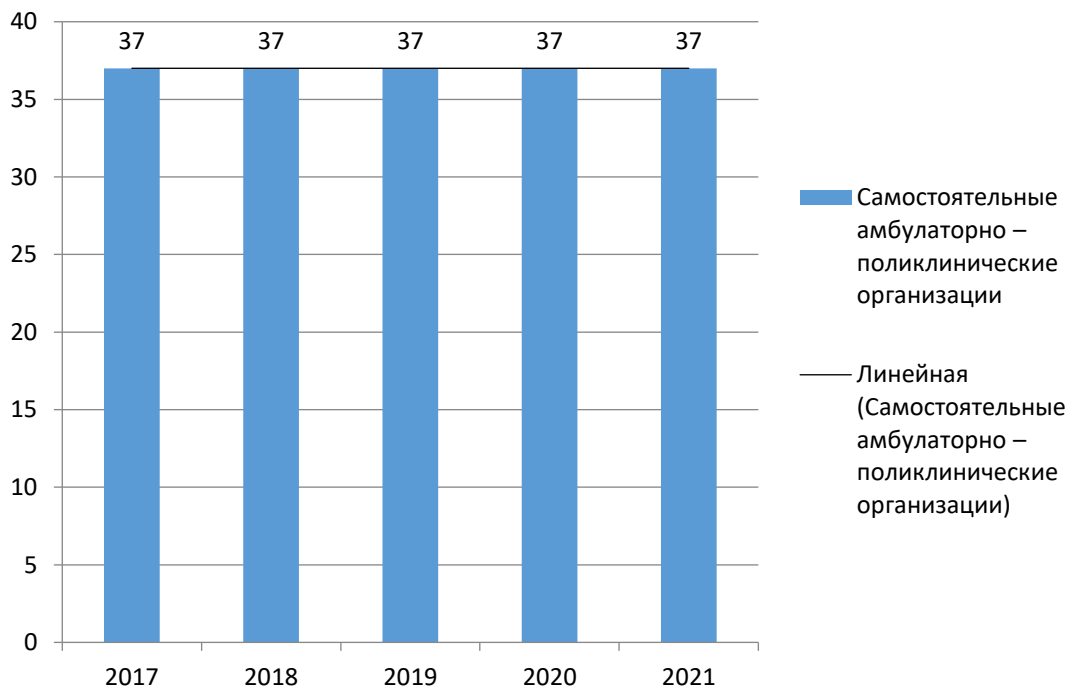


Рисунок 15 – Число самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций Свердловской области, 2017-2021 гг., абс. Организаций

Плановая мощность муниципальных медицинских организаций в 2021 г. снизилась на 9,5% по отношению к 2017, а фактическая на 3,6% за аналогичный период. За период 2017-2019 гг. плановая мощность муниципальных учреждений

здравоохранения снизилась на 11,1%, а фактическая на 10,6%, соответственно. Плановая мощность по областным медицинским учреждениям за аналогичный период увеличилась на 25,7%, а фактическая увеличилась на 48% [111, 265] (таблица 10).

Таблица 10 – Мощность поликлиник по муниципальным, областным медицинским организациям (без частных МО г. Екатеринбурга) на 10 тыс. населения

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
1	2	3	4	5	6	7
Плановая мощность по муниципальным медицинским организациям	138,6	125,5	123,2	120,5	125,4	-9,5
Фактическая мощность по муниципальным медицинским организациям	148,6	133,9	132,9	132,0	143,2	-3,6
Плановая мощность по областным медицинским организациям	182,7	182,8	183,6	183,7	229,7	25,73
Фактическая мощность по областным медицинским организациям	85,0	78,9	78,5	78,5	125,8	48,00
Плановая мощность по муниципальным и областным медицинским организациям	228,6	228,2	228,6	228,1	229,7	0,48
Фактическая мощность по муниципальным и областным медицинским организациям	135,0	127,3	127,0	127,1	125,8	-6,81

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$

Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций в 2021 г. осталась, практически, на уровне 2017 г. и составила 96601 посещение (рисунок 16).

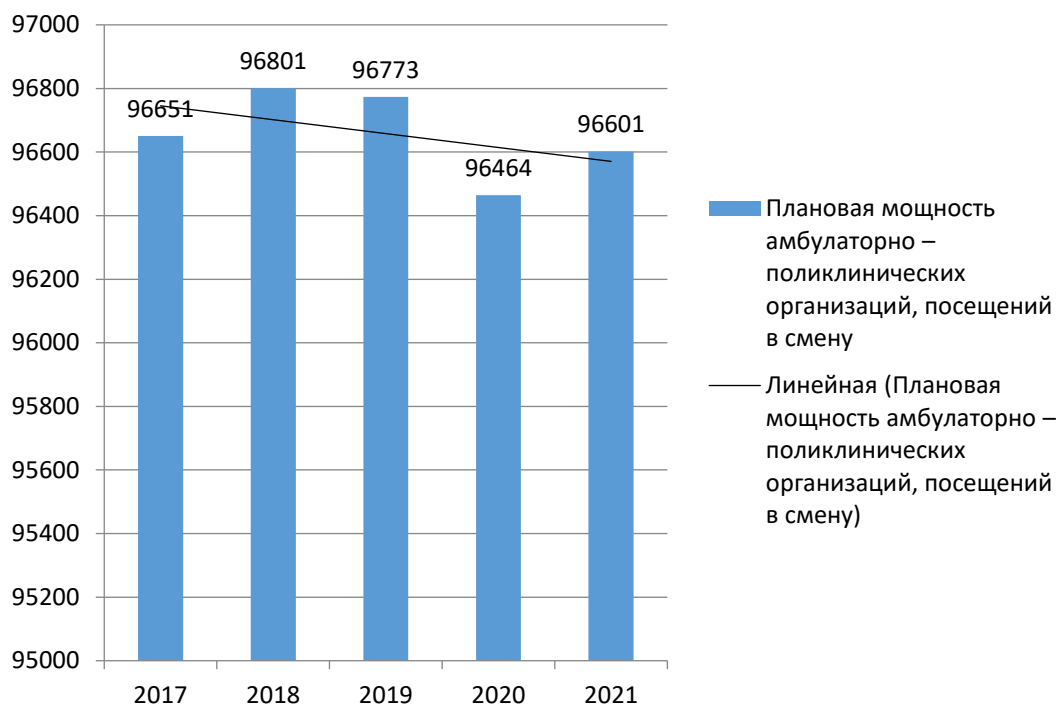


Рисунок 16 – Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену (2017-2021 гг.), абс. посещений

Анализ данных показал, что в 2021 г. среднее число посещений амбулаторного звена на одного жителя в год в Свердловской области стало на 3,4% ниже, чем в 2017 г. (29,1 против 30,2 на 10 тыс. населения). Доля врачей, имеющих категорию, за 5 лет снизилась на 11,4% [111] (таблица 11).

Таблица 11 – Основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических организаций Свердловской области 2017-2021 гг.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
1	2	3	4	5	6	7
Число больничных организаций	162	161	162	163	162	0,0
Больничные медицинские организации	98	99	99	99	99	1,0
Диспансеры	7	7	7	7	7	0,0
Число самостоятельных амбулаторно – поликлинических организаций	37	37	37	37	37	0,0
В т.ч. стоматологические поликлиники	29	29	29	29	29	0,0

Продолжение таблицы 11

1	2	3	4	5	6	7
Общеврачебные практики	259	241	230	222	222	-14,3
Фельдшерско-акушерские пункты	561	560	580	585	585	4,3
Мощность амбулаторно – поликлинических организаций, посещений в смену:						
Всего, тыс.	96651	96801	96773	96464	96601	-0,1
На 10 тыс. населения	232,3	232,7	233,7	232,7	224,3	-3,4
Численность врачей:						
Всего:	12882	12618	12471	125 37	122 39	-4,9
На 10 тыс. населения	30,2	29,8	29,6	29,7	29,1	-3,6
Численность среднего медицинского персонала:						
Всего:	36270	35544	35067	34818	33795	-6,8
На 10 тыс. населения	83,8	82,2	81,3	80,8	78,8	-5,9
Доля врачей, имеющих категорию, в %	44	43	41	39	39	-11,4

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$

Дневные стационары различной коечной мощности и профилей организованы в большей части медицинских учреждений Свердловской области. В результате реструктуризации учреждений амбулаторного и стационарного звена в Свердловской области происходили изменения в сети дневных стационаров региона. Так, если в 2017 г. число мест в дневных стационарах было 8325 то в 2021 г. – 5770 (на 30% меньше), что составляет 14,0 койки на 10 тыс. населения (таблица 12) [122].

Таблица 12 – Показатели работы дневных стационаров всех типов (медицинских организаций муниципального и областного подчинения)

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
1	2	3	4	5	6	7
Число мест	8325	5326	5265	5947	5770	-30,7
- в стационарных условиях	1126	827	823	728	725	-35,6
- в амбулаторных условиях	7139	4439	4382	4594	4875	-31,7
- на дому	60	60	60	262	170	183

Продолжение таблицы 12

1	2	3	4	5	6	7
На 10000 населения	20,0	12,8	12,7	19,2	14,0	-30,0
Пролечено больных	233680	228231	229538	231597	246081	5,3
На 100 населения	5,6	5,5	5,5	5,6	6,0	7,1
Число пациентов – день	2296110	2253263	2249275	2249927	2041120	-11,1
Число пациентов – дней на 1 жителя в год	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	-9,1

Примечание.*В 2021 г. в сравнении с 2017 г., $p < 0,05$

При этом, большая доля дневных стационаров организована в поликлиниках (84,5%), реже в городских больницах (12,5%).

Средняя занятость койки дневных стационаров в 2021 году - 353 дня в году, против 275 дней в 2017 г., что на 28% больше (приложение Л).

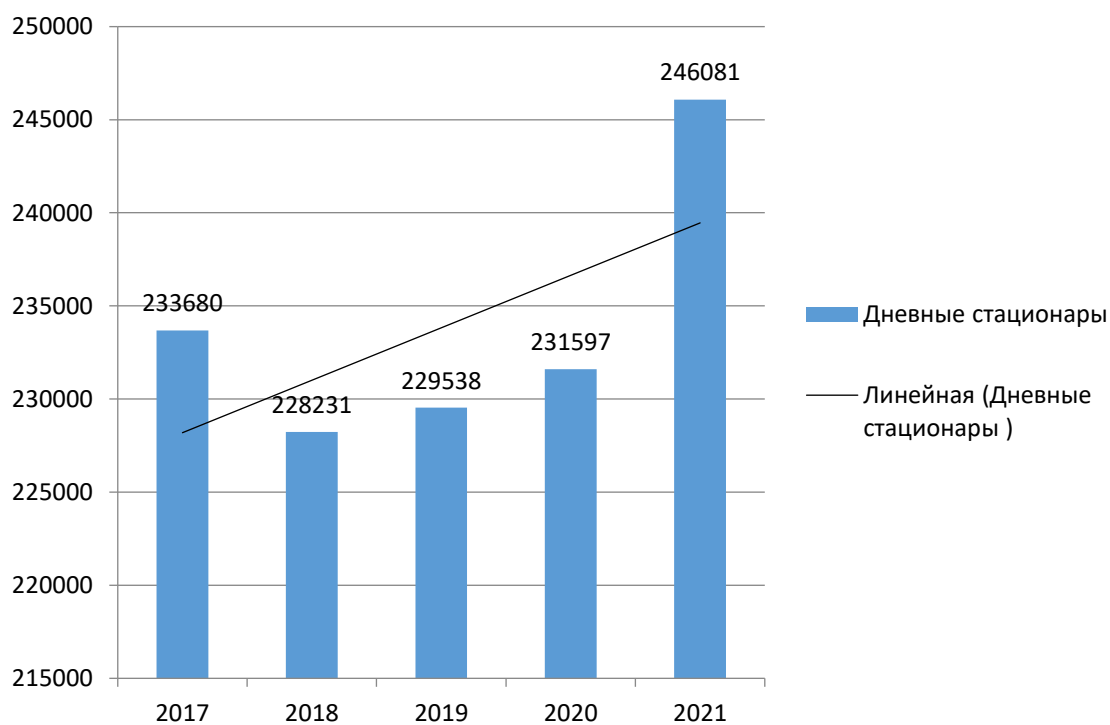


Рисунок 17 – Количество пациентов, пролеченных в дневных стационарах Свердловской области 2017-2021 гг., абс. пациентов

3.4. Анализ госпитализированной заболеваемости взрослого населения Свердловской области 2017-2021 гг.

Анализ госпитализированной заболеваемости является ключевым для оценки общего состояния здоровья населения и эффективности работы системы здравоохранения. Этот критерий не только отражает потребность в стационарной медицинской помощи у населения, но и позволяет судить об эффективности работы учреждений, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь [7, 327].

Нами проведен сравнительный анализ госпитализированной заболеваемости взрослого населения в Свердловской области в круглосуточных стационарах в период 2017 - 2021 гг. (рисунок 18).

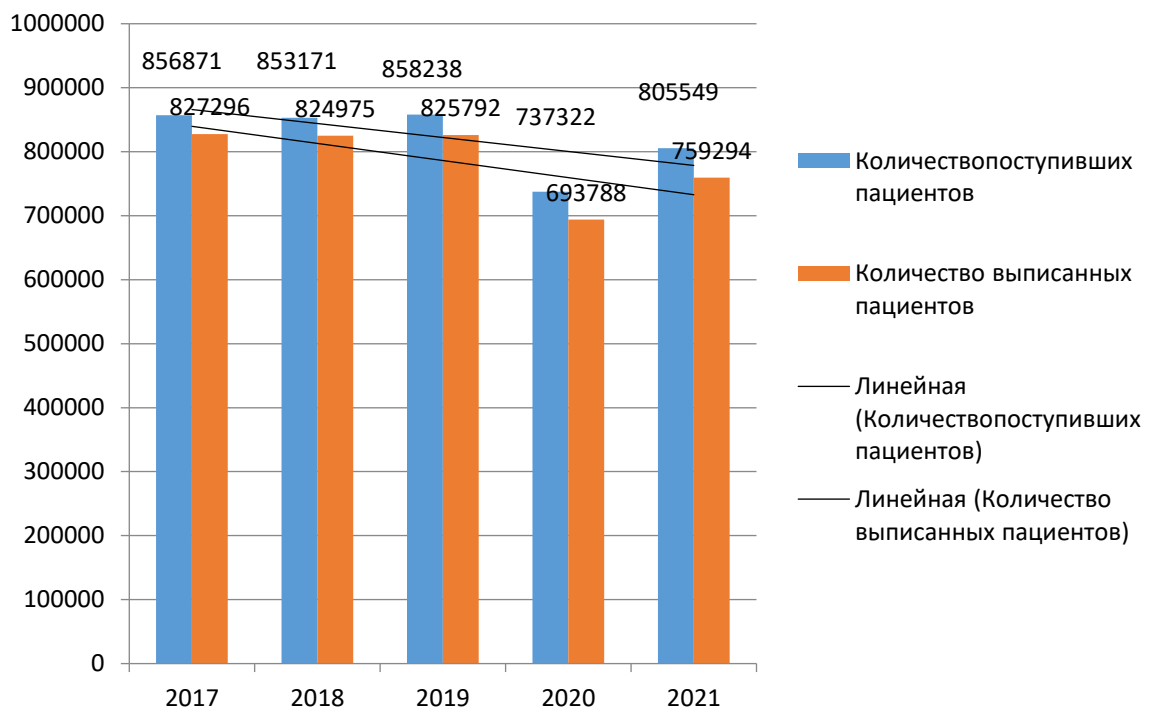


Рисунок 18 – Показатели работы круглосуточных стационаров Свердловской области, 2017-2021 гг., абс. человек

По данным годового отчета 2021 (ФФСН № 14), на стационарное лечение в государственные учреждения здравоохранения Свердловской области поступило

всего 80 559 пациентов. В 2017 году был пролечен на койках круглосуточного стационара 856 871 пациент (выписано + умерло). Общий коечный фонд стационарных учреждений Свердловской области в 2021 г. составил 30 678 коек, что на 1,3% меньше, чем в 2017 г. [7].

По сравнению с 2017 г., показатель госпитализированной заболеваемости существенно снизился в 2021 г., и составил 805 549 случаев, что на 5,9% меньше (856 871 случаев). Наибольший уровень госпитализации отмечен в 2019 г. – 858 238 случаев госпитализации, а наименьший – в 2020 г.: 737 322 случая.

Наибольшее значение в изменении показателей госпитализированной заболеваемости обусловлено влиянием ряда причин. В Свердловской области отмечено сокращение коечного фонда на -2,9% в исследуемый нами период, а также снижение абсолютной численности населения и удельного веса населения пожилого и старческого возраста, также послужило одной из причин сокращения медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара (рисунок 19).

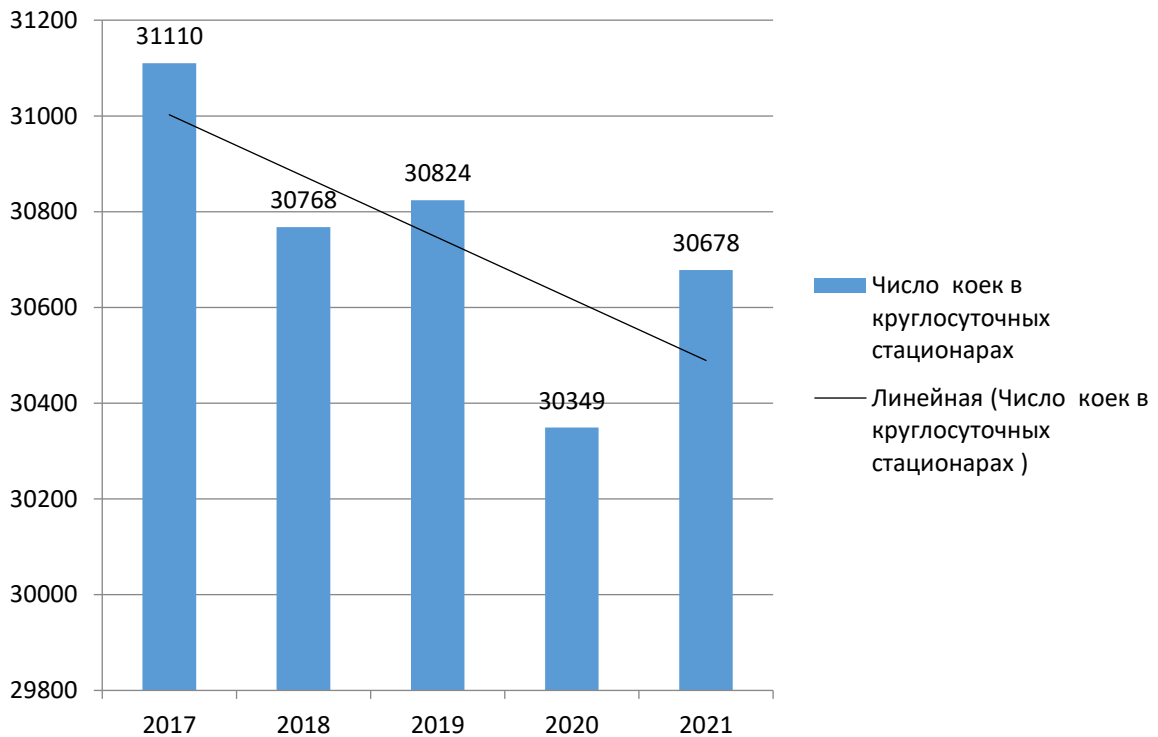


Рисунок 19 – Коечная мощность медицинских учреждений Свердловской области (2017-2021 гг.), абс. коек

Сократилось количество пролеченных и выписанных пациентов (таблица 13). Общее количество проведенных в условиях стационара койко-дней снизилось за период 2017 – 2021 гг. на 1338808 койко-дней (-14,25%). Увеличилось число умерших пациентов за аналогичный период (+105,34). Также отмечено снижение показателя оборота койки в 2021г. по отношению к 2017 г. на 3,2% [7].

Таблица 13 – Коечный фонд и его использование медицинскими организациями (ф. 30, табл. 3100)

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Число коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт	31572	31230	31237	30750	31145	-1,35
Поступило пациентов – всего (человек)	856871	853171	858238	737322	805549	-5,99
Выписано пациентов	827296	824975	825792	693788	759249	-8,23
В дневных стационарах	784	782	1948	1008	714	-8,93
Умерло (человек)	16959	18140	18935	23951	34823	105,34
Проведено пациентами койко – дней	9395540	9270776	9238579	7581075	8056732	-14,25
Оборот койки (человек в год)	27,3	27,5	27,8	24,2	26,4	-3,2

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$

При оценке структуры госпитализированной заболеваемости в, исследуемый нами, период 2017-2021 гг., отмечено выраженное снижение числа госпитализированных пациентов по профилям: заболеваний инфекционными болезнями, болезней нервной системы, болезней системы органов дыхания, болезней органа зрения и органа слуха (таблица 14). Увеличилось число госпитализаций по причинам: новообразований, беременности и родам. Также, в связи с начавшейся пандемией коронавирусной инфекции в 2020 г. зарегистрирована новая причина для оказания медицинской помощи в условиях стационара, которая составила 0,5% от всех случаев в 2020 г. и 22% в 2021 г., при общем снижении числа случаев госпитализации [7].

Таблица 14 – Случаи госпитализации взрослого населения по классам болезней (ф.14, табл.2000; на 100 человек населения)

Классы болезней	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Инфекционные болезни	1,2	0,7	0,8	2,0	0,5	-58,3
Новообразования	1,6	2,0	2,1	7,0	1,8	12,5
Болезни крови и кроветворных тканей	0,2	0,2	0,2	0,7	0,2	0,0
Болезни эндокринной системы	0	0,4	0,5	1,2	0,3	+0,3
Психические расстройства	0	1,4	1,4	4,0	1,0	+1,0
Болезни нервной системы	0,8	0,6	0,6	1,7	0,4	-50,0
Болезни глаза	0,6	0,7	0,7	1,5	0,4	-33,3
Болезни уха	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	-100,0
Болезни системы кровообращения	3,4	4,3	4,3	13,1	3,0	-11,8
Болезни органов дыхания	2,0	1,2	1,4	4,0	0,6	-70,0
Болезни органов пищеварения	1,8	2,0	2,0	6,0	1,5	-16,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,4	0,4	0,4	1,2	0,3	-25,0
Болезни костно – мышечной системы	0,7	0,8	0,8	1,8	0,5	-28,6
Болезни мочеполовой системы	1,6	1,8	1,8	5,3	1,4	-12,5
Беременность, роды и послеродовой период	2,1	2,5	2,6	8,8	2,3	9,5
Травмы и отравления	1,3	0,1	1,3	0,0	0,9	-30,8
COVID-19				0,1	4,4	4,4
Всего	19,9	20,3	20,7	17,5	19,6	-1,5

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

В структуре причин госпитализированной заболеваемости в 2021 г. самой распространенной была причина заболеваний инфекционными болезнями (25,6%), далее: заболевания хирургического (10,35) и терапевтического (9,1%) профилей. Болезни мочеполовой системы (7,9%), новообразования (6,5%),

болезни нервной системы (6,4%) и болезней системы кровообращения (6,1%) встречались реже (рисунок 20).

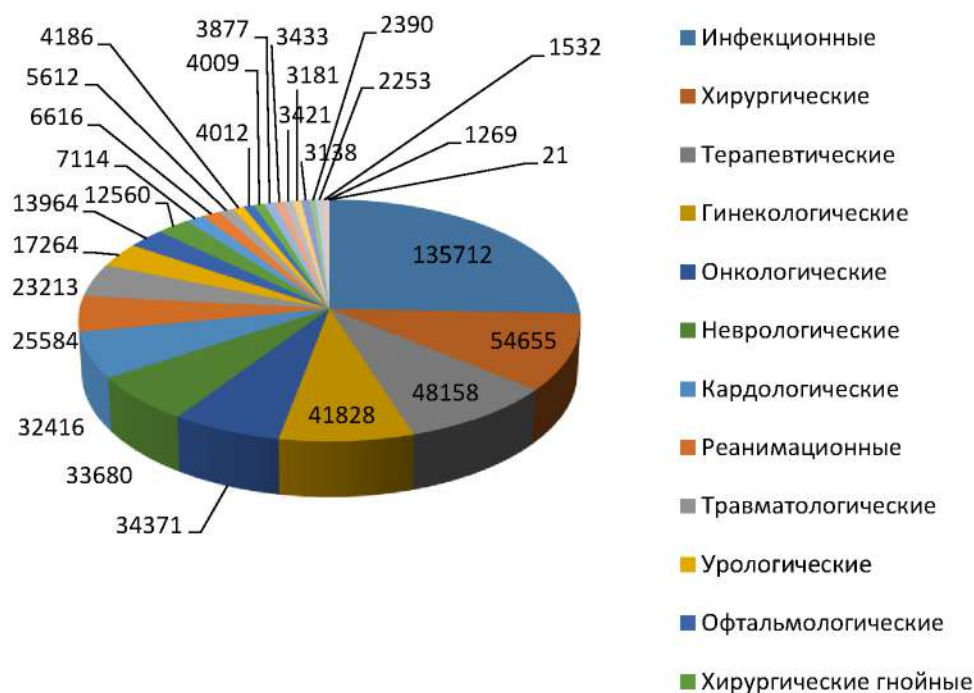


Рисунок 20 – Количество случаев госпитализации в 2021 г. по классам болезней (ф. 30, табл. 3100), абс. человек

РЕЗЮМЕ

В Свердловской области за 2017–2021 гг. отмечен рост общей заболеваемости на 9,5% и первичной заболеваемости на 33,1%. Укомплектованность врачебными кадрами снизилась на 4,1%.

Использованный нами метод корреляционно – регрессионного анализа позволил выявить сильную обратную связь между уровнями укомплектованности врачебными кадрами и заболеваемости. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости решения кадрового дефицита в Свердловской области, с учетом демографической ситуации в регионе и мощности учреждений здравоохранения.

Уровни первичной и общей заболеваемости в Свердловской области на протяжении рассматриваемого периода имеют тенденцию к росту и являются одним из показателей доступности медицинской помощи. В структуре причин

первичной и общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, системы органов кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни эндокринной системы.

Выявлен ряд неблагоприятных тенденций, которые требуют соответствующего внимания и принятия управленческих решений в регионе в вопросах подготовки и привлечения врачебных кадров, которые должны основываться на системных мероприятиях, направленных на устранение кадрового дефицита [112].

ГЛАВА 4. ХАРАКТЕРИСТИКА РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В период с начала 1990-х до конца 2000-х, в России происходило реформирование системы здравоохранения. Изначально, до наступления 90-х, легальное медицинское обслуживание ограничивалось только государственными учреждениями, тогда как теневой рынок медицинских услуг медицинскому персоналу был распространенной практикой. С развитием хозрасчетных отделений в составе государственных медицинских учреждений, начиная с 1990-х, началось постепенное признание и регулирование прежних теневых платежей. Далее, с улучшением благосостояния населения в течение 2000-2010 годов, наблюдался рост интереса к услугам частных клиник. Это, в свою очередь, привело к развитию законодательной базы и появлению, и укреплению сформированного сектора платных медицинских услуг [325, 403].

С целью совершенствования оказания медицинской помощи жителям региона была разработана Государственная программа «Развитие здравоохранения Свердловской области до 2027 года» (Постановление Правительства Свердловской области № 1267-ПП от 21.10.2013 г.). Основная цель этой программы заключается не только в поддержке государственных медицинских учреждений на фоне текущей экономической обстановки, но также в стимулировании роста конкуренции между частными и государственными медицинскими организациями, особенно в сфере предоставления платных услуг [287].

4.1. Оценка рынка платных медицинских услуг в Свердловской области

В настоящее время, доля частных медицинских учреждений составляет почти треть (29%) от общего числа всех медицинских организаций Свердловской области, в то время как в 2013 году их доля была значительно меньше – около

18,4%. С 2013 по 2015 год рынок платных медицинских находился в состоянии стагнации, но, тем не менее, в последующие годы, с 2017 по 2019, ежегодный спрос начал увеличиваться на 5-10%.

В течение четырехлетнего периода, начиная с 2017 года, объем предоставляемых медицинских услуг в области возрос на 19,2%, что в основном было обусловлено ростом в сегменте обязательного и добровольного медицинского страхования, где количество медицинских обращений увеличилось на 30,7% и 9,2% соответственно.

При этом, в бюджетном секторе произошло снижение числа проведенных приемов на 13,9 %, а в теневой этот показатель снизился на 8 %.

В Свердловской области, до марта 2020 года, спрос на платные медицинские услуги превышал уровень 2019 года. Однако, с введением карантинных ограничений в апреле 2020 года, рынок этих платных медицинских услуг сократился вдвое. Рост числа обращений за платной медицинской помощью возобновился лишь в июле и сохранялся до конца года 2020 г.

Таблица 15 – Численность совершенных медицинских приемов 2019-2021 гг. (тыс. приемов)

Сектор рынка медицинских услуг	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
ОМС	19 931,9	20 195,6	21 415,4	22 450,4	26070,2	30,7
Бюджет	2 892,0	2 704,4	2 530,8	2 637,7	2 488,2	-13,9
Легальный коммерческий сектор	3 474,8	3 431,8	3 407,9	3 504,4	3 717,8	6,9
ДМС	497,3	563,4	589,1	571,2	542,8	9,2
Теневой сектор	3 167,9	3 083,4	2 990,4	2 960,2	2 913,9	-8,1
Всего	29 964,0	29 978,6	30 933,6	32 124,0	35 732,9	19,2

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

Количество консультативных приемов в государственных учреждениях здравоохранения уменьшилось почти на 14%, в то время как коммерческие приемы уменьшились, и составили чуть более 8%. Несмотря на колебания в

коммерческом секторе, доля услуг, предоставленных в рамках программы обязательного медицинского страхования, оставалась постоянной и составляла приблизительно 72%. Доля медицинских приемов по программам ДМС снизилась – на 0,4% (таблица 15).

Процентное соотношение услуг в частном медицинском секторе, как легальном, так и в теневой, остается неизменным на уровне десяти процентов за отмеченные временные отрезки. Что касается государственного сектора медицины, его динамика показывает колебания от 10 до 12%.

С другой стороны, повышение общего количества медицинских обращений в системе ОМС было обусловлено ростом посещений пациентами медицинских учреждений из-за беспокойства, связанного с COVID-19, и необходимостью диагностики. В связи с этим, увеличился спрос на частные клиники, поскольку они не участвовали в государственных программах лечения коронавируса, что привело к росту их клиентской базы.

В соответствии с произошедшими изменениями на рынке медицинских услуг, мы наблюдаем существенный рост общей стоимости медицинских услуг, что на 39,3% превышает рост их натурального объема и указывает на повышение цен. Преимущественно, подъем цен обусловлен ростом в области легальных платных услуг на 33%, а также рост в сфере добровольного медицинского страхования, где наблюдается увеличение на 42%. Показатели обязательного медицинского страхования также демонстрируют значительный рост - 56%, в то время как бюджетный сектор показывает более скромное увеличение, лишь на 18,3%.

В структуре стоимостного объема, доминирующее положение занимает сектор обязательного медицинского страхования, доля которого в 2021 году выросла с 48% до 54% по сравнению с 2017 годом. В противоположность этому, удельный вес легального коммерческого сектора сократился на 1%. Тем не менее, стоимость услуг в рамках добровольного медицинского страхования осталась на прежнем уровне. Доля бюджетного сектора сократилась на 5,4%, а доля теневого частного сектора снизилась на 3% (с 11,2% до 8,8%) (приложении М).

Анализируя доходы ведущих медучреждений в Свердловской области, оказывающих платные медицинские услуги (таблица 16), зафиксировано изменение доходов в период с 2019 по 2021 годы. Наблюдается минимальный прирост в 0,1% у «Центра косметологии и пластической хирургии», в то время как ООО «Городская больница № 41» продемонстрировала рост в 9,6%. Особенно заметен скачок выручки у ООО «Европейский медицинский центр «УГМК – Здоровье», которая удвоилась благодаря расширению сети, включая открытие новых филиалов и родильного дома, а также предоставлению услуг высокотехнологичной медицинской помощи (таблица 16).

Таблица 16 – Рейтинг медучреждений по выручке от продаж, РФ, 2019-2021 гг. (млн. руб.)

Медицинское учреждение	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр им. В.В. Тетюхина, ООО	732,1	805,09	748,3	2,2
Медицинское объединение «Новая Больница», ООО	3370	3600	3670	8,9
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», АО	2030	1680	2040	0,5
Центр косметологии и пластической хирургии, ООО	710,4	557,6	711,4	0,1
Городская больница № 41, ООО	668,0	636,1	732,1	9,5
Клиническая больница «РЖД Медицина» г. Екатеринбург, ЧУЗ	930,7	912,4	1010	8,5
Уральский медицинский центр, ООО	993,0	1090	1030	3,7
Европейский медицинский центр «УГМК - Здоровье», ООО	1688,5	2550	3370	99,6

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2019 г. ($p < 0,05$)

Анализ изменений цен на медицинские услуги в Свердловской области за период с 2017 по 2021 год выявил общее увеличение стоимости во всех секторах рынка медицинских услуг. Средний темп прироста составил чуть более 30%, причем самый заметный рост цены на предоставляемые медицинские услуги затронул сектор ОМС и бюджетный, где цена на услуги выросла более чем на

40%. В теневом секторе рост оказался менее выраженным, составив всего 17%. Исследование не показало особых изменений в стоимости услуг до и во время пандемии COVID-19 (приложение М).

Также отмечен значительный рост расходов на ежегодное медицинское обслуживание во всех направлениях рынка в течение изучаемого периода. Общее значение +37,46%. В частности, наибольший рост затрат отмечен в секторе обязательного медицинского страхования (ОМС), где показатель достиг 54,32%. Это изменение обусловлено сдвигом в структуре медицинских услуг в пользу увеличившейся доли случаев лечения в условиях стационара. Развитие новой коронавирусной инфекции в 2021 году оказало дополнительную нагрузку на амбулаторные службы. В то же время, увеличение затрат в 2020 и 2021 годах было обосновано ростом курса валют. Неуклонное увеличение среднегодовых затрат является следствием регулярной индексации цен на медицинские услуги, а также ростом тарифов ОМС.

Средняя стоимость услуг по программам добровольного медицинского страхования также выросла, что коррелирует с ростом стоимости медицинских услуг на коммерческое обслуживание. Однако, самый незначительный прирост стоимости наблюдался в теневом секторе, где он составил всего 12,2%.

4.2. Структура потребителей медицинских услуг Свердловской области

Наблюдается стойкий интерес населения региона к получению медицинской помощи, причем, жители Свердловской области чаще выбирают программы обязательного медицинского страхования. Тем не менее, растет привлекательность и платных медицинских услуг. При выборе медицинского учреждения для обслуживания, определяющим критерием является высокое качество предоставляемой медицинской помощи.

Из анализа данных, представленных в главе 3, следует, что численность жителей Свердловской области уменьшилась на 0,9%, вместе с тем количество

доступных больничных коек снизилось на 2,9%. Эти изменения предвещают рост спроса на амбулаторные медицинские услуги в регионе.

Несмотря на предпочтение бесплатной медицинской помощи среди населения области, за период с 2017 по 2021 годы отмечается рост заинтересованности в услугах, предоставляемых на платной основе. Примечательно, что 70% населения обращались за помощью в рамках обязательного медицинского страхования.

В период с 2017 по 2021 годы, спрос на медицинские услуги в государственных учреждениях испытывал замедление роста, увеличившись всего на 1,78%, что, частично, связано с проблемами доступности медицинской помощи в государственном секторе.

В то же время, наблюдалось перераспределение интересов среди населения и организаций здравоохранения, что привело к уменьшению числа клиентов бюджетного сектора на 8,6%. Несмотря на это, динамика в сегменте добровольного медицинского страхования (ДМС) и в легальном коммерческом секторе была положительной, с ростом на 4,4% и 0,9% соответственно, в отличие от сокращения в теневом секторе на 4,2% (приложении М).

В исследуемый нами период времени, спрос на услуги в секторе легальной коммерческой медицины был стабильным, несмотря на стагнацию доходов граждан. Это было обусловлено проблемами, с которыми столкнулась государственная медицина: перегруженность врачей из-за COVID-19, дефицит узких специалистов и длительные сроки ожидания медицинской помощи. В свою очередь, в Екатеринбурге преобладает число частных клиник - они составляют 61% от общего числа в Свердловской области. Из этого количества, почти четверть (24,2%) предоставляют платные стоматологические услуги, а 25,4% специализируются на проведении медицинских осмотров и освидетельствовании.

Лишь небольшая доля медучреждений Свердловской области, именно 10,3%, предоставляет медицинские услуги в условиях стационара в 2021 году. В тот же период, подавляющее большинство частных клиник (89,3%), были сфокусированы на амбулаторных услугах, как видно из данных таблицы 17.

Таблица 17 – Количество медицинских организаций в Свердловской области и Екатеринбурге, оказывающих платные медицинские услуги, по состоянию на 2021 г.

Медицинские организации	Екатеринбург		Свердловская область		Всего по Свердловской области	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Стоматологии	429	38,8%	224	32,6%	653	24,2
Косметология	128	11,5%	39	39,1%	150	5,6
Медицинские осмотры и медицинские освидетельствования	254	23%	430	62,7%	684	25,3
Скорая медицинская помощь	3	0,27%	7	1,1%	10	0,4
Амбулаторная медицинская помощь	614	55,6%	302	44%	916	33,9
Стационарная медицинская помощь	181	16,4%	96	13,9%	277	10,3
Высокотехнологичная медицинская помощь	10	0,9%	2	0,3%	12	0,4
Всего частных МО	1104	100%	686	100%	1790	100

Статистические данные, полученные при изучении данной проблемы в 2017 по 2021 годах, отмечают значительный подъем интереса населения к платным медицинским услугам. Это отражается в увеличении их доли среди прочих услуг на 10,4%, а также в росте их финансового объема на 74,7% (приложение М). В совокупности, рынок медицинских услуг региона демонстрирует устойчивое увеличение как в натуральном объеме, так и в стоимостном выражении и количестве оказанных услуг, наряду с повышением цен на них. Тем не менее, учитывая условную стабильность численности населения, рост уровня смертности, с учетом того, что основную его часть составляют лица трудоспособного возраста, можно ожидать, что спрос на медицинские услуги, предоставляемые в амбулаторных условиях, в том числе, предоставляемые на платной основе, будет оставаться на уровне, который можно охарактеризовать как стабильный.

Развитие амбулаторной помощи в сфере здравоохранения региона предполагает усиление этого сектора медицинских услуг в будущем. С учетом таких предпосылок частным клиникам важно стратегически планировать свое развитие с целью укрепления своих позиций на рынке медицинских услуг. В то же время, государственные учреждения здравоохранения сталкиваются с необходимостью изучения и внедрения опыта, накопленного негосударственным сектором.

Прозрачность в сфере коммерческой медицины увеличивается с уменьшением доли теневых платежей. В 2020 году замечен незначительный рост в этом секторе, который, однако, следует рассматривать в контексте значительного спад всего рынка медицинских услуг, вызванного пандемией.

Наблюдается высокий уровень конкуренции как внутри, так и между медицинскими организациями различных форм собственности, благодаря аналогичному уровню доступности, спектру предоставляемых услуг и высокой квалификации персонала. Это гарантирует достаточное количество как государственных, так и частных учреждений для обслуживания населения.

4.3. Характеристика: доступность, качество и удовлетворенность платными медицинскими услугами потребителей платных медицинских услуг (анализ результатов по данным социологического опроса)

Реформирование системы здравоохранения, виды и качество медицинской помощи зависят от уровня удовлетворенности пациентов получаемыми услугами. В современном обществе пациенты рассматриваются как клиенты, оплачивающие медицинские услуги, и именно они определяют направления развития и улучшения качества получаемой медицинской помощи. Это влияет не только на общие тенденции в здравоохранении, но и на аспекты, связанные с платными услугами, зависящими от социально-экономических показателей, состояния здоровья населения и демографических изменений. В эру конкуренции на рынке медицинских услуг администрация медицинских организаций сталкивается с

необходимостью инициирования собственных стратегий развития и маркетинга для привлечения пациентов [253, 318, 348].

Для того, чтобы занять лидирующие позиции в этой конкурентной борьбе важно знать портрет пациента и то, какими критериями он руководствуется при выборе медицинской организации, чтобы предложить услуги высокого качества [83, 127, 224].

Было организовано и проведено анкетирование, с целью изучению мнения населения Свердловской области по вопросам оказания платных медицинских услуг.

Для достижения лидирующих позиций в этой конкурентной борьбе требуется понимать профиль пациента и факторы, которыми он руководствуется при выборе медицинской организации, чтобы предложить ему услуги высокого качества.

Нами был проведен социологический опрос, с целью изучения мнения жителей Свердловской области о платных медицинских услугах [110, 226].

Среди участников опроса, женщины составили 61,3% от числа всех опрошенных, в то время как мужчины – 38,7%. Распределение по возрасту было следующим: 47,2% пациенты трудоспособного возраста, 30,4% лиц возрастной группы от 18 до 35 лет и 23,6% опрошенных старше 55 лет (рисунок 21). Городские жители составили 72,4% опрошенных, в то время как жители сельской местности – 28,2%.

Все пациенты, принявшие участие в анкетирование на момент опроса, имели полис обязательного медицинского страхования.

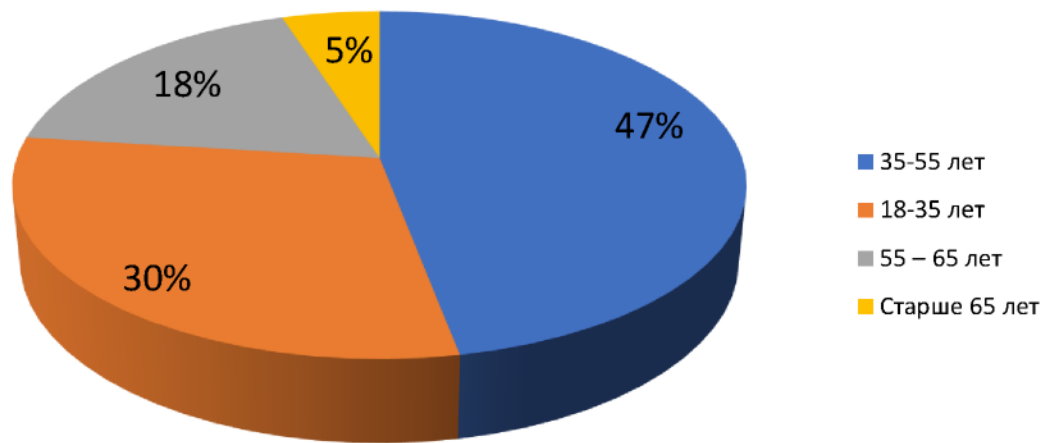


Рисунок 21 – Распределение опрошенных пациентов по возрасту, %

У всех респондентов был различный социальный статус: 3,2% – учащиеся учебных заведений, 43,8% – работники (служащие) государственных учреждений, 25,6% – работники негосударственных учреждений, 8,4% – работающие пенсионеры, 16,3% – неработающие пенсионеры и 4,8% – временно неработающие.

В ходе опроса выяснилось, что у большинства респондентов было высшее образование, а именно у 45,5%. Дополнительно, 8,3% участников опроса указали, что они не завершили высшее образование, в то время как 9,8% имели среднее образование и 37,7% – среднее специальное.

Изучение факторов, влияющих на динамику рынка коммерческих медицинских услуг, подчеркнуло, что доходы граждан не являются решающим фактором при выборе платных медицинских услуг. На основании результатов опроса стало ясно, что различия в доходах между теми, кто пользуется платными услугами, и теми, кто ими не пользуется, минимальны. Это может свидетельствовать о том, что проблема вынужденного обращения к платным медицинским услугам отсутствует.

Менее половины опрошенных (45,6%) отметили средний уровень дохода, который составляет от 20 до 45 тысяч рублей на одного члена семьи. 7,4% респондентов указали на высокий уровень дохода, превышающий 70000 рублей. 23,4% относятся к категории выше среднего дохода, который составляет от 45 до 70000 рублей на одного члена семьи. Остальные 25,5% поделились между категориями низкого и ниже среднего дохода, который составляет менее 20000 рублей на одного члена семьи.

По данным исследования, наиболее часто пациенты обращались к врачам следующих специальностей. Самыми популярными были терапевты, которых посетили 27,1% опрошенных. Гастроэнтерологи и акушеры-гинекологи также были востребованы пациентами, и были посещены в 15,6% и 10,2% опрошенными, соответственно. ЛОР врачи были посещены 8,9% пациентов. Посещение врачей: уролог, пульмонолог, аллерголог, травматолог, нефролог и офтальмолог составили в сумме 5,7% от всего количества опрошенных (рисунок 22).

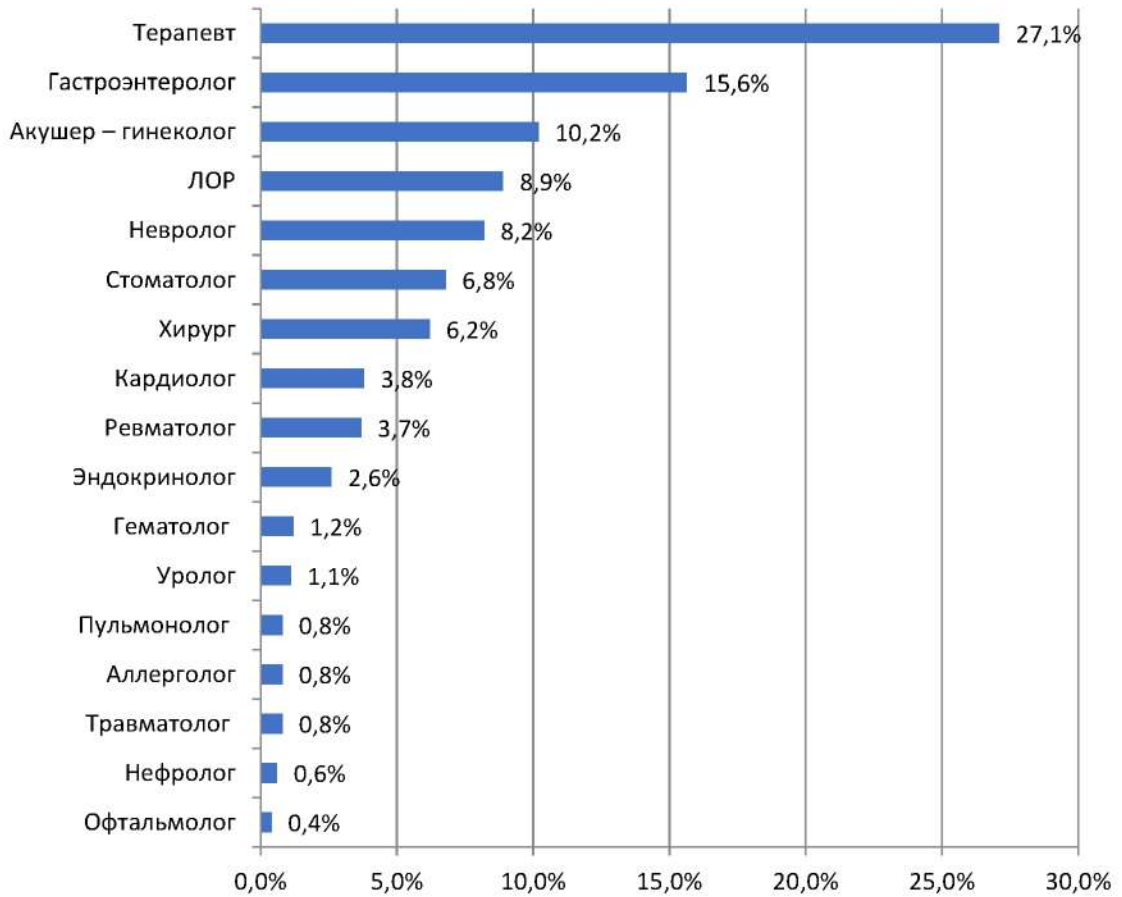


Рисунок 22 – Обращение респондентов к врачам различных специальностей, %



Рисунок 23 – Услуги, за которыми обращались респонденты на платной основе, %

В платной медицинской помощи, наиболее популярными услугами являются лабораторные исследования, которыми воспользовались 31,5% опрошенных. Консультации врачей составили 20,4% от общего количества опрошенных, ультразвуковые исследования были востребованы 15% пациентов. Платная стоматологическая помощь была оказана 15,7% опрошенных. Хирургическую помощь оказали 7,3% респондентов (рисунок 23).

Из анкетирования, в котором принимали участие пациенты, 74,3% выразили свое удовлетворение качеством платной медицинской помощи. В то же время, почти половина опрошенных (49,2%) предпочитает получать платные медицинские услуги в частных медицинских организациях, не видят разницы между категориями медицинских учреждений 30,2% респондентов.

Большая часть опрошенных (75,4%) положительно оценили медицинскую организацию, в которой получали платные медицинские услуги.

39,3% опрошенных, из той четверти пациентов, которые остались недовольны оказанием платной медицинской помощи, ожидали услышать альтернативное мнение от врача, но, к сожалению, этого не произошло. 29,7% отметили излишнюю дороговизну приема или услуги, 26,4% отметили ошибки в назначениях и диагнозе, а 6% опрошенных не оценили эффекта от назначенной терапии или проведенной манипуляции.

К показателям высокого качества платных медицинских услуг 29,1% опрошенных отнесли внимательность и вежливость врачебного персонала, 21,1% оценили профессионализм среднего медицинского персонала, и 26,8% пациентов выделили отличия в работе регистратуры и администрации отделов по оказанию платных медицинских услуг (рисунок 24).

Почти половина участников опроса, а точнее 45,1%, высказались в пользу того, что качество платных медицинских услуг превосходит те, которые оказываются в государственных учреждениях здравоохранения. С другой стороны, четверть опрошенных (24,7%), не согласилась с данным мнением, указав на нередкие случаи получения платных услуг неудовлетворительного качества. Меньшая часть опрошенных (13,1%), отозвались отрицательно на

вопрос об уровне платной медицины. В то же время, примерно каждый шестой, или 17%, не смогли определиться и предоставить конкретный ответ относительно данного вопроса [225].

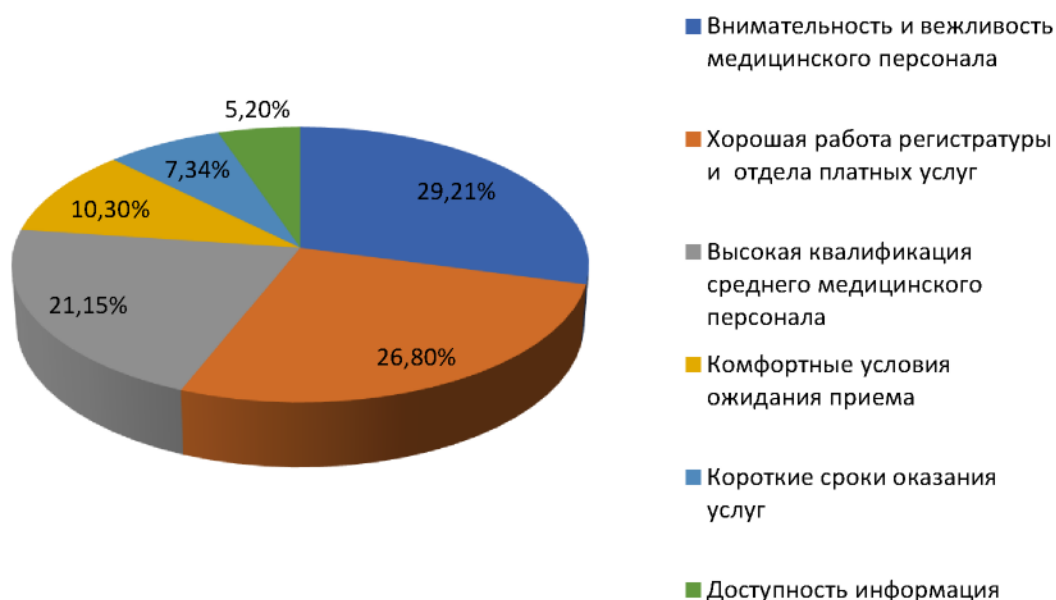


Рисунок 24 – Причины обращений респондентов за платными медицинскими услугами, %

Большая часть опрошенных, составляющая 75,4%, подтвердила, что в течение последнего года им приходилось оплачивать медицинские услуги. В контрасте с этим, лишь небольшая доля в 25% отметила, что они избегали расходов на медицинское обслуживание. Эти данные подчеркивают важную роль и развитие сектора платных медицинских услуг, в том числе и в рамках системы государственного здравоохранения.

Исследование также выявило, где пациенты предпочитают получать медицинское обслуживание. Так, 28,5% из них обратились за помощью в учреждения, где преимущественно предоставляются услуги в рамках государственных гарантий предоставления медицинской помощи, в то время как большинство, а именно 51,6%, выбрали частные медицинские организации. Меньшая часть (10,2%) обратилась за помощью к врачам, осуществляющим свою

деятельность вне стен медицинских учреждений, а 8,7% отдали предпочтение лечению на дому.

Однако только 35,4% опрошенных были информированы о возможности получения бесплатной медицинской помощи при обращении за платными услугами в государственных учреждениях. В связи с этим необходимо пересмотреть способы информирования пациентов об их правах на бесплатную медицинскую помощь.

Значительная часть пациентов предпочитает оплату медицинских услуг официально, «через кассу» – это 76,9%. Были среди опрошенных и пациенты, которые используют двойной метод оплаты: «и врачу, и через кассу» (15,3%). А 7,5% пациентов, как правило, предпочитают личную оплату врачу. В таких случаях оплата может быть выражена в виде небольшого подарка или услуги [110].

Опрос показал, что благодарности врачам разнообразны. Треть опрошенных (32,8%), проявляли благодарность врачу различными способами. Из них 26,1% предпочитали выразить благодарность в виде денежных средств, 63,4% - недорогим подарком, а 9,5% предлагали бытовые услуги. Оставшиеся 2,3% поделились ответами о помощи семье и содействии в трудоустройстве.

Из всех опрошенных, большинство пациентов (78,8%) заявили, что они обращаются за медицинской помощью только по необходимости, без какого-либо регулярного графика. Среди этой группы, 70,4% составляют пациенты, работающие в государственных и негосударственных учреждениях, а также работающие пенсионеры. Часть (8,8%) опрошенных обращается за платной медицинской помощью лишь один-два раза в год, 6,0% - один раз в год и реже, 5,6% - раз в месяц, а 0,5% – более двух раз в месяц. Более половины респондентов (68,1%) выразили готовность самостоятельно оплачивать дополнительные средства за качественное медицинское обслуживание ($p \leq 0,05$).

Оказалось, что в будущем, при обращении за медицинской помощью, 35,3% опрошенных предпочли бы иметь полис ДМС, в то время как 53,5% были готовы оплачивать медицинскую помощь самостоятельно. Также 12,6% изученной

группы выразили намерение выразить личную благодарность медицинским работникам.

Интересно, что 47,4% опрошенных были готовы обращаться за платной медицинской помощью только в государственные учреждения здравоохранения. Они обосновали свой выбор более строгим контролем со стороны надзорных органов и большим клиническим опытом специалистов. Интересно, что большая часть пациентов (63,5%), выбравших этот вариант ответа, имели высшее образование (71,5%), высокий уровень дохода (32,1%) и уровень дохода выше среднего (28,9%). Результаты представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Виды оплаты медицинских услуг, которыми пользовались респонденты

Выбор источников финансирования	Количество респондентов, %
1	2
Бесплатная медицинская помощь (ОМС)	43,6%
Добровольное медицинское страхование (ДМС)	15,9%
Наличные средства в кассу	38,7%
Оплата лично врачу	1,8%
Итого	100%

Важным вопросом, поднятым в конце опроса, была оценка целесообразности существования платных медицинских услуг. Согласно результатам опроса, 75,1% респондентов поддерживают идею платной медицинской помощи, однако 15,2% опрошенных считают, что такие услуги следует запретить. Некоторые пациенты (10,5%) затруднились ответить на этот вопрос.

Таким образом, проведенное анкетирование позволяет сделать вывод о высокой приверженности к платным медицинским услугам населением Свердловской области. Полученные результаты могут способствовать расширению видов и количества предлагаемых платных медицинских услуг в регионе. Руководителям медицинских учреждений следует уделить большее внимание не только качеству предоставляемой медицинской помощи, но и уровню сервиса, исходя из полученных ответов [110, 225].

4.4. Отношение к платным медицинским услугам врачебного контингента (по данным анализа результатов социологического опроса)

Важным аспектом, влияющим на качество услуг здравоохранения, является учет мнений медицинских работников о предоставлении платных медицинских услуг, что в будущем будет способствовать более высокому уровню доступности и качества медицинской помощи [135, 224].

Кроме того, оказание платных медицинских услуг в государственных и частных учреждениях здравоохранения становится ключевым для развития общественного здоровья, поскольку без этого невозможно эффективно решить существующие проблемы в данной социальной сфере [15].

Целью исследования, проведенного нами среди врачей, было выявление отношения врачей к их профессиональной деятельности, как в рамках предоставления платных услуг, так и в контексте работы по системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Опрос был анонимным, включал 19 разнообразных вопросов с множеством вариантов ответа.

В исследовании участвовали 655 медиков, большинство из которых (57,2%) представляли учреждения, работающие в системе обязательного медицинского страхования, а 43,4% участников анкетирования были сотрудниками частной системы здравоохранения. Анкетирование проводилось на территории восьми различных медицинских учреждений Свердловской области.

Опрос показал, что у большинства участников (32,6%) – была высшая квалификационная категория, тогда как первую и вторую категории имели соответственно 23,8% и 11,9% опрошенных медиков. Интересно, что 31,2% участников не имели квалификационной категории вовсе. В опросе принимали участие заведующие отделениями и подразделений, составившие 15,2% от общего числа ответивших. Среди респондентов были также врачи с имеющимися учеными степенями: 18,3% имели ученую степень кандидата медицинских наук, а 0,5% – ученую степени доктора медицинских наук. Средний возраст участвующих в опросе врачей был $47,3 \pm 1,2$ года, а профессиональный стаж в среднем составлял $17,4 \pm 2,5$ лет [109].

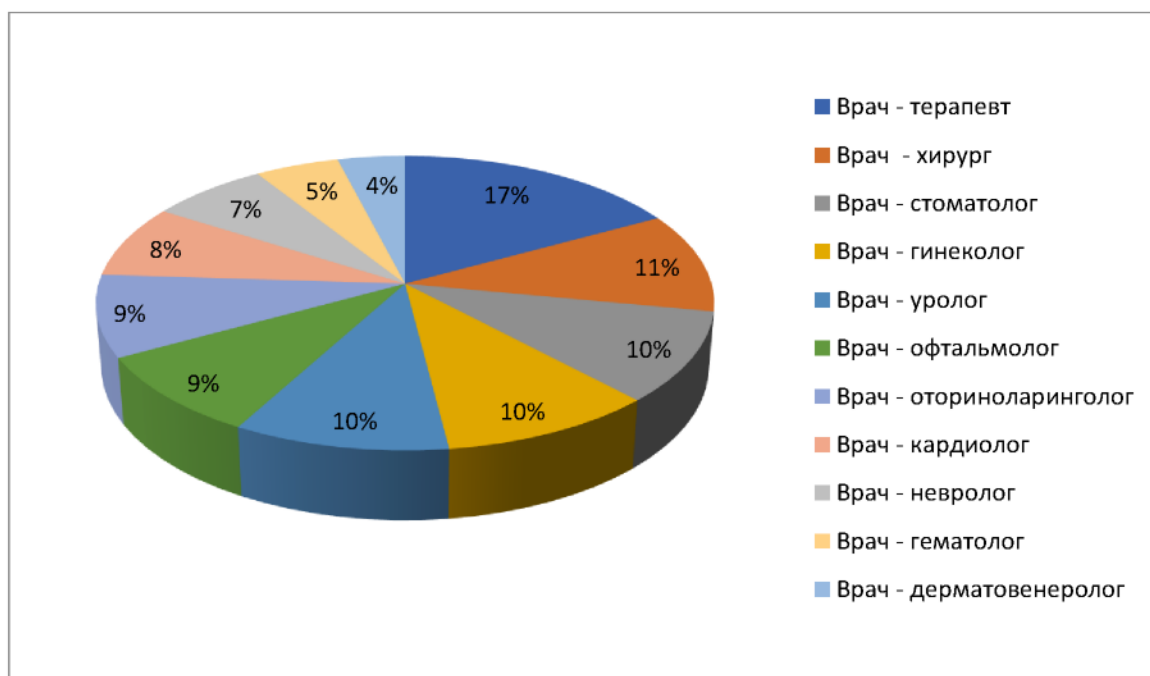


Рисунок 25 – Распределение опрошенных врачей по специальностям, %

Среди участников опроса, больше всего было врачей общей практики (17,3%), за ними следуют хирурги (11,4%), и далее такие специалисты как: стоматологи, гинекологи, и урологи, в сумме составляя 10,5% респондентов (рисунок 25).

Большинство опрошенных (68,7%) согласились с тем, что право предоставлять платные медицинские услуги должно быть у каждого врача вне зависимости от опыта и квалификации, а также доступно для всех врачей всех специальностей. В то время как каждый четвертый (27,8%) врач, принявший участие в опросе, ограничил бы эту возможность только для врачей с высокой квалификацией, и немногим более (5,6%) включили бы в эту категорию и медсестер и других медицинских работников среднего звена.

Что касается графика приемов врачей при оказании платных услуг, большинство (71,3%) предпочли бы оказывать такие услуги в основное рабочее время при наличии свободного окна в расписании. Четверть опрошенных (23,5%), выразили готовность работать сверхурочно. Оставшиеся 6,4% специалистов не смогли определиться с ответом на вопрос о времени оказания платных услуг [109].

В дискуссии об организации платных медицинских услуг в государственных клиниках, мнения специалистов разделились. Только 20,4% поддержали идею безоговорочно, в то время как почти половина (4,25%) высказались за их предоставление при условии сохранения бесплатного доступа к базовым услугам по обязательному медицинскому страхованию. Противоположную точку зрения заняли 29,8%, полагая, что платные услуги должны быть исключительно в частных клиниках, и 6% были категорически против платных услуг в принципе.

Примерно четверть медработников (24,7%) открыты к идее предоставления платных медицинских услуг в тех же кабинетах, что и приемы в рамках ОМС. В то же время, почти 60,4% участников опроса подчеркивают важность разделения потока пациентов, обращающихся за платными и бесплатными услугами. Только 15,3% опрошенных выражают мнение, что платное лечение должно

осуществляться либо в частных медицинских центрах, либо в отдельных подразделениях государственных медучреждений [224].

При этом, когда дело доходит до выбора платных услуг, треть участников опроса (39,2%) подчеркнули важность комфорта и коротких сроков предоставления услуг, указывая на эти аспекты как на преимущества по сравнению с услугами, предоставляемыми в рамках ОМС.

Из тех врачей, которые негативно отреагировали на наличие платных медицинских услуг в медицинских учреждениях государственной формы собственности, половина (54,1%) считает, что государству необходимо развивать бесплатные услуги в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, вторая половина (45,9%) против смешения потоков платных и бесплатных пациентов в учреждениях ($p \leq 0,05$).

В дискуссии о платных медицинских услугах в государственных учреждениях, мнения врачей разделились. Около половины из тех, кто высказался против (54,1%), утверждают, что правительство должно акцентировать внимание на расширении бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий. Остальные же (45,9%) выражают опасения по поводу совмещения платных и бесплатных пациентов в одних и тех же помещениях [109, 224].

Когда же речь заходит о критериях, которым должны соответствовать врачи при оказании платных услуг, большинство опрошенных медицинских специалистов (68,2%) настаивают на том, что такая возможность должна быть доступна для всех врачей, без учета их стажа и специализации.

В отношении факторов, побуждающих пациентов выбирать платные медицинские услуги, врачи дали разнообразные ответы: превосходное качество обслуживания было признано основной причиной 36% респондентами, в то время как 29,8% отметили короткие сроки оказания медицинской помощи и более комфортные условия, а 216% указали на низкую территориальную доступность к бесплатной медицинской помощи. Чуть более десяти процентов (14,8%) опрошенных подчеркнули важность всех вышеперечисленных аспектов.

Финансовое вознаграждение устраивает треть опрошенных врачей (30,4%). При этом значительное большинство из тех, кто удовлетворен этим показателем, составляют работники частных клиник (87,5%), в то время как лишь малую часть (13,1%) составляют врачи из государственных медицинских учреждений, при этом различие статистически значимо ($p \leq 0,05$). Небольшой процент (5,3%) выразил недовольство по поводу уровня своего дохода.

Около 40,5% респондентов подчеркивают важность постоянного профессионального обучения как ключевого звена их профессионального удовлетворения. С другой стороны, исследование выявило недовольство среди медицинских специалистов, где более четверти (28,7%) выразили неудовлетворенность высоким уровнем рабочей нагрузки, в то время как примерно каждый четвертый (25,6%) был крайне недоволен условиями труда. Тем не менее, в частных медицинских учреждениях врачи удовлетворены рабочей нагрузкой больше (85,3% удовлетворенных из 24,2% работающих в частном секторе), в то время как в государственных медучреждениях доля таких специалистов составляет всего 9,4% (2,1% от общего числа опрошенных врачей) с статистически значимыми различиями ($p \leq 0,05$).

Исследование показало, что врачи наиболее своей работой в контексте взаимоотношений с коллегами, где уровень удовлетворенности составил 77,2%, и с руководством, где данный показатель достиг 76,8%. Не было замечено значительных различий в удовлетворенности медицинских работников, независимо от того, трудятся они в государственных или частных медицинских учреждениях.

Что касается вознаграждения за оказание платных медицинских услуг, то половина опрошенных (50,4%) указала на получение премии к зарплате, 41,3% отметили наличие дополнительных стимулирующих выплат, в то время как 9,8% признались в получении «неофициальной» оплаты труда.

Из проведенного опроса выяснилось, что большинство медицинских работников, а именно 94,8%, подтвердили факт получения вознаграждения от своих пациентов, в то время как лишь малая часть опрошенных, составляющая

6%, решительно отвергли такую практику. Врачи обычно получали символические презенты или цветы от пациентов в 69,5% случаев, денежные вознаграждения в 27,6%, в то время как помощь в личных и домашних делах отметили в 4,2%.

Примерно половина опрошенных (45,3%) выразили поддержку идеи увеличения количества платных услуг в государственных медицинских учреждениях, обосновывая это необходимостью дополнительного финансирования и улучшения условий труда медицинского персонала. В то же время 33,1% признали важность развития платных медицинских услуг в рамках государственной системы здравоохранения, но при условии сохранения гарантий доступности бесплатной медицинской помощи для пациентов. В свою очередь, только десятая часть опрошенных (10,5%) считают, что платные медицинские услуги должны предоставляться исключительно в частных клиниках [109].



Рисунок 26 – Мнения врачей на вопрос о смене работы, %

Большинство врачей (52,4%) выразили приверженность к своему текущему месту работы, предпочитая оставаться в этом учреждении здравоохранения. Из тех, кто с энтузиазмом подтвердил свой выбор (83,3%), большая часть работает в

государственных медицинских учреждениях, в то время как меньшая часть (17,1%) практикует в частных клиниках.

Из опроса медицинских специалистов выяснилось, что более трети (37,5%) медиков рассматривают возможность трудоустройства на новом месте работы. При этом, почти половина из них (48,2%) склоняется к переходу в другие государственные медицинские учреждения, в то время как 51,8% рассматривают вариант работы в частных клиниках. Только 1% опрошенных врачей выразили желание полностью изменить сферу своей профессиональной деятельности (рисунок 26).

Таким образом, по результатам опроса мнения врачей, платные услуги в системе здравоохранения Российской Федерации должны существовать. Учитывая низкую степень удовлетворенности врачей размером материального стимулирования при оказании медицинских услуг в соответствии с территориальной программой оказания медицинской помощи, следует рассмотреть организацию оказания платных медицинских услуг при совмещении профессий и должностей для работников с соответствующим введением дополнительных форм стимулирующих выплат.

Наиболее оптимальна организация платных медицинских услуг в отдельно выделенных отделениях в медицинском учреждении, которые имели бы самостоятельную организационную структуру, площади, оборудование и штатные единицы медицинских работников, выделенные для этих целей [109].

4.5. Определение принципов и условий формирования направлений развития и повышения конкурентоспособности медицинской организации, оказывающей платную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения

В настоящее время органам государственной власти необходимо применять в государственных медицинских организациях стратегическое управление, которое должно включать процесс выработки и реализации целей, стратегий и

планов развития, основанный на учете изменений внешней среды, внутриотраслевом мониторинге сильных и слабых сторон и оценке потенциальных возможностей медицинской организации. Таким образом, тема стратегического управления государственными медицинскими организациями является особенно актуальной [374].

Сегодня для государственных органов власти крайне важно внедрять методы стратегического управления в государственных учреждениях здравоохранения. Стратегический подход предполагает активный анализ изменений внешних условий среды, экспертизу своих сильных и слабых сторон внутри сферы здравоохранения, а также оценку скрытого потенциала для развития и расширения клиник. В результате, разработка и осуществление эффективных стратегий и планов развития, становятся ключевыми составляющими для успешной деятельности медицинских учреждений, подчеркивая их значимость.

Чтобы укрепить позиции медицинских учреждений в секторе платных услуг и обозначить направление их последующего развития, были использованы инструменты стратегического планирования. В качестве экспертов выступали главные врачи государственных учреждений здравоохранения.

SWOT – анализ

Проведенная экспертная оценка мнения руководителей здравоохранения позволила выявить ключевые преимущества государственных медицинских учреждений, которые определяют их конкурентоспособность на рынке платных медицинских услуг: это интегрированная замкнутая система оказания медицинской помощи – от амбулаторно-поликлинической до стационарной – и широкие диагностические возможности [57,91].

Исходя из экспертного мнения о значимости внешних возможностей для государственных медицинских организаций и анализа их влияния на рынке медицинских услуг, был выполнен вероятностный анализ внешних возможностей

(таблица 19).

В ходе этого исследования выявились ключевые внешние возможности, которые имеют сильное влияние на развитие и могут значительно повысить конкурентное преимущество и развитие государственных учреждений здравоохранения при оказании платных медицинских услуг, ранжированные по степени их важности.

После проведенного исследования выяснилось, что внешними угрозами с высокой вероятностью реализации, угрожающими эффективности в борьбе за лидерство среди государственных медицинских учреждений, включают в себя: экономическая нестабильности и растущая конкуренция на рынке медицинских услуг, причем первое имеет наибольшее влияние. Использование SWOT-анализа способствовало выработке стратегии, направления развития и повышения конкурентоспособности на рынке медицинских услуг.

Таблица 19 – Основные внешние возможности и угрозы (О&Т).

Фактор	Влияние	Показатель	Возможные ответные меры
1	2	3	4
Контроль расходования бюджетных средств, персонализированный учет расходных материалов	Меньшая привлекательность рынка для новых производителей, санация рынка, небольшое снижение уровня конкуренции	О	Поиск освободившихся рыночных ниш Поиск потенциальных дистрибьюторов
	Сокращение прибыли, сокращение инвестиций в развитие, «Искусственные», нерыночные механизмы Снижается информационный фон Рост издержек на продвижение	Т	Внешняя аналитика, мониторинг Внутренний аудит: управление издержками, анализ бизнес-процессов, структуры расходов, с целью выявления потенциала экономии ресурсов, цифровизация, контроллинг, планирование, управление рисками – сценарное планирование Большой акцент в сторону частной медицины

Продолжение таблицы 19

1	2	3	4
<p>Неблагоприятная экономическая конъюнктура и общеэкономический спад, сложность прогнозирования сроков восстановления экономики:</p> <p>рост инфляции снижение платежеспособного спроса неравенство в располагаемых доходах населения</p>	<p>Меньшая привлекательность рынка для новых производителей, санация рынка, небольшое снижение уровня конкуренции Усиливается роль работодателя</p>	О	<p>Поиск освободившихся рыночных ниш Поиск потенциальных дистрибьюторов Поиск новых сотрудников, усиление штата</p>
	<p>Сокращение спроса, прибыли, инвестиций в развитие, снижение конкурентоспособности Замедление темпов роста частной медицины означает снижение спроса</p>	Т	<p>Внутренний аудит: поиск путей сокращения издержек, анализ бизнес-процессов, структуры расходов с целью выявления потенциала экономии ресурсов, цифровизация, контроллинг, планирование, управление рисками – сценарное планирование</p>
<p>«Зарегулированность» отрасли: высокая степень влияния государства в отношении приоритетов финансирования медпомощи, национальных проектов. Постоянный пересмотр и актуализация правовой базы: законы, регулирующие оказание медуслуг</p>	<p>Меньшая привлекательность рынка для новых производителей, для расширения портфолио существующих, некоторое снижение конкуренции</p>	О	<p>Постоянный мониторинг Поиск освободившихся рыночных ниш Оптимизация продуктового портфолио (шанс формирования «запаса прочности» благодаря обширному продуктовому портфелю) Пересмотр приоритетов развития бизнеса</p>

Продолжение таблицы 19

1	2	3	4
<p>Концентрация объема видов медицинской помощи, концентрация закупок, административный ресурс</p>	<p>Сильные позиции в ключевых клиниках могут повлиять положительно на прибыль и репутационный актив, на развитие CALL и референс-центров как предпосылку развития НИР</p> <p>Кривая обучения</p> <p>Небольшое сокращение издержек (логистика, командировки) и относительно проще работа менеджера по продажам</p>	<p>О</p>	<p>Только высококвалифицированный персонал</p> <p>в ключевых клиниках, обучение и оценка качества работы. Улучшение качества работы с клиентами, клиентского опыта</p> <p>Контроль затрат по клинике (упрощение процессов, сквозной ID клиники по всем базам планирования и отчетности)</p> <p>Интеграция продаж и маркетинга</p> <p>Работа с наиболее компетентными и имеющими рыночную силу дистрибьюторами (но риск зависимости от них, баланс ролей компании и дистрибьютора, ассоциации у клиента)</p>
	<p>Высокая зависимость бизнеса от ограниченного числа влиятельных клиентов, риски усиливаются при смене администрации</p>	<p>Т</p>	

В обобщенном виде исходные сильные стороны государственных учреждений здравоохранения могут быть представлены следующим образом (в порядке убывания значимости) (таблица 20).

Таблица 20 – Результаты SWOT-анализа: сильные стороны учреждения

Фактор	Влияние	Возможные ответные меры
<p>Качество продукта, прогнозируемый воспроизводимый долгосрочный положительный клинический результат.</p> <p>Статус государственного учреждения</p>	<p>Увеличение спроса</p> <p>Дифференциация</p> <p>Факторы формирования лояльности: уровень доверия, уровень воспринимаемых издержек переключения</p> <p>Привлекательность для пациентов</p>	<p>Уточнение, усиление позиционирования, концепции продвижения, контраргументы: снижение цены клиниками – конкурентами, предложений аналогичных пакетов и услуг</p>
<p>Возможность комплексного и/или расширенного предложения (не только оперативное вмешательство, но и постоперационное наблюдение, предоперационное обследование, консультации смежных специалистов)</p>		
<p>Репутация компании, ее интеграция в профессиональное сообщество рынка платных медицинских услуг (больше, чем просто поставщик медицинских изделий), знание о компании и продукции. Наилучшее оснащение медицинской техникой. Создание службы продаж, активная маркетинговая политика для целевой аудитории</p>		<p>Расширение спектра нозологий, активизация профильных отделений в плане оказания платных медицинских услуг.</p>
<p>Работа с ключевыми страховыми компаниями, предприятиями</p>		<p>Усиление: обучение сотрудников вопросам сервиса, продаж</p>
<p>Компетенции сотрудников, эффект накопленного опыта</p>		<p>Возможность трансфера опыта (разные направления)</p>

Экспертная оценка показала, что изначально государственные медучреждения полагались на свои материальные ресурсы и лечебно-диагностические возможности для поддержания и улучшения своей рыночной конкурентоспособности в сегменте платных медицинских услуг.

Изложенная в таблице 21 информация раскрывает, что по мнению руководителей, основными проблемами в учреждениях являются нехватка сотрудников, недостаточный уровень заработной платы, неудовлетворительные навыки коммуникации у медицинских работников, низкое качество ведения медицинской документации и недостаточно развитые условия для предоставления платных услуг.

Согласно мнению руководителей, ключевые факторы, снижающие способность государственных медицинских учреждений конкурировать с частными клиниками, касались вопросов управления кадрами, в частности, их обучения и мотивации.

Таким образом, можно выделить главные угрозы и возможности, сильные и слабые стороны.

Таблица 21 – Результаты SWOT-анализа: слабые стороны компании

Фактор	Влияние	Возможные ответные меры
1	2	3
Низкий уровень сервиса	Отток потенциальных пациентов в другие клиники	Обучение персонала, создание комфортных условий для пребывания платных пациентов
Недостаток помещений, предназначенных для пребывания платных пациентов	Снижение спроса, прибыльности, увеличение издержек	Контроль издержек, персонифицированный учет расходных материалов Создание отдельных подразделений для организации оказания платных медицинских услуг
Недостаточный уровень сотрудничества с ключевыми страховыми компаниями и предприятиями		Анализ потенциальных клиентов (возможности пакетных предложений, дисконтирования)
Первоочередность выполнения плана по ОМС		Создание отдельного платного отделения, пересмотр плановых объемов

Продолжение таблицы 21

1	2	3
Регламентированная работа в рамках Федерального закона от 05.04.2013 г. № 44-ФЗ		Правовое регулирование на уровне Правительства РФ
Обладающий потенциалом повышения уровень интеграции маркетинга и продаж, устранение информационных «провалов»	Увеличение издержек	Цифровизация, более активное использование CRM, корректировка KPI Обучение сотрудников, найм опытного специалиста, составление стратегии интернет продвижения + дистанционные форматы взаимодействия, трансфер опыта на другие направления, использование кадрового ресурса
Потребность в оптимизации процессов: аналитика, планирование, контроллинг, риск-менеджмент, управление издержками		Внутренний аудит, пересмотр процедур и бизнес-процессов

S (сильные стороны):

1. Наиболее широкий спектр амбулаторных, диагностических и стационарных услуг.
2. Контроль качества оказания медицинской помощи со стороны надзорных органов.
3. Высококвалифицированные кадры.
4. Многопрофильность учреждения.
5. Статус государственного учреждения.
6. Возможность консультирования со специалистами из ведущих региональных медицинских учреждений при помощи телемедицины.

W (слабые стороны):

1. Недостаток помещений, предназначенных для пребывания платных пациентов.
2. Первоочередность плана ОМС.
3. Низкий уровень сотрудничества с ключевыми страховыми компаниями и предприятиями.

4. Низкий уровень сервиса.
5. Низкий уровень интеграции маркетинга и продаж, устранение информационных «провалов».
6. Потребность в оптимизации процессов: аналитика, планирование, контроллинг, риск-менеджмент, управление издержками.
7. Регламентированная работа в рамках Федерального закона от 05.04.2013 г. № 44–ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», в отличие от конкурентов с частной формой собственности, где осуществляется прямой закуп необходимого оборудования и расходных материалов.

О (возможности):

1. Лояльность законодательства в сфере оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения.
2. Контроль расходования бюджетных средств, персонифицированный учет расходных средств.
3. Неблагоприятная экономическая конъюнктура и общеэкономический спад, сложность прогнозирования сроков восстановления экономики:
4. Рост инфляции.
5. Кадровый дефицит
6. Административный ресурс.
7. Комплексное влияние пандемии и геополитической обстановки (Отложенные плановые операции, ограничение выездного туризма, развитие дистанционных форм занятости и обучения, сокращение числа очных конференций и числа участников).

Т (угрозы)

1. Высокая конкуренция на рынке платных медицинских услуг в виде частных медицинских организаций.
2. Снижение платежеспособности населения.
3. Санкционные риски (расходные материалы, сервисное обслуживание оборудования).

4. Наличие рекламаций со стороны страховщиков.
5. Усиление регулирования и контроля, экономия расходования бюджетных средств.
6. Постоянный пересмотр и актуализация правовой базы: законы, регулирующие оказание медицинских услуг (изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Таблица 22 – Матрица SWOT-анализа

S	W
<ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее широкий спектр амбулаторных, диагностических и стационарных услуг; 2. Контроль качества оказания медицинской помощи со стороны надзорных органов; 3. Высококвалифицированные кадры; 4. Многопрофильность учреждения; 5. Статус государственного учреждения; 6. Возможность консультирования со специалистами из ведущих региональных медицинских учреждений при помощи телемедицины. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недостаток помещений, предназначенных для пребывания платных пациентов; 2. Первоочередность плана ОМС; 3. Низкий уровень сотрудничества с ключевыми страховыми компаниями и предприятиями; 4. Низкий уровень сервиса; 5. Низкий уровень интеграции маркетинга и продаж, устранение информационных «провалов»; 6. Потребность в оптимизации процессов: аналитика, планирование, контроллинг, риск-менеджмент, управление издержками; 7. Регламентированная работа в рамках Федерального закона от 05.04.2013 г. № 44–ФЗ, в отличие от конкурентов с частной формой собственности, где осуществляется прямой закуп необходимого оборудования и расходных материалов.

Продолжение таблицы 22

О	Т
<ol style="list-style-type: none"> 1. Лояльность законодательства в сфере оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения; 2. Контроль расходования бюджетных средств, персонифицированный учет расходных средств; 3. Неблагоприятная экономическая конъюнктура и общеэкономический спад, сложность прогнозирования сроков восстановления экономики; 4. Рост инфляции; 5. Отток кадров; 6. Административный ресурс; 7. Комплексное влияние пандемии и геополитической обстановки (Отложенные плановые операции, не приоритет государственного финансирования, ограничение выездного туризма, развитие дистанционных форм занятости и обучения, сокращение числа очных конференций и числа участников). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокая конкуренция на рынке платных медицинских услуг в частных медицинских клиник; 2. Снижение платежеспособности населения; 3. Санкционные риски (расходные материалы, сервисное обслуживание оборудования); 4. Наличие рекламаций со стороны Министерства здравоохранения; 5. Усиление регулирования и контроля, экономия расходования бюджетных средств; 6. Постоянный пересмотр и актуализация правовой базы: законы, регулирующие оказание медицинских услуг (изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

В результате аналитического исследования, включающего опрос руководителей государственных учреждений здравоохранения с применением SWOT-анализа, были определены четыре базовых направления развития и повышения конкурентоспособности государственных медицинских учреждений в сфере предоставления платных медицинских услуг (таблица 22). Ключевые направления включают разработку и внедрение внутренних систем непрерывного совершенствования контроля качества медицинских услуг и инновационное развитие; создание внутриорганизационной системы для непрерывного обучения и профессионального роста медперсонала; а также усовершенствование систем мотивации сотрудников для обеспечения их вклада в повышение качества медицинской помощи и прогрессивное развитие медицинской организации [57].

Объединение персонала и лечебно-диагностических возможностей в

учреждениях здравоохранения, в единые стандарты предоставления медицинских услуг без учета способов финансирования, укрепляет синергию между частными и государственными медицинскими учреждениями. Это позволяет экстраполировать подходы, применяемые в этих учреждениях, на различные медицинские центры, предлагающие услуги в амбулаторном звене, без оглядки на их принадлежность к форме собственности.

РЕЗЮМЕ

В завершении хочется отметить устойчивый рост рынка медицинских услуг в Свердловской области. Проанализировав демографическую ситуацию, можно предвидеть постоянный интерес населения к медицинским услугам, особенно к тем, которые предоставляются на платной основе, за счет преобладания населения трудоспособного возраста.

Ключевые направления в оказании медицинских услуг это консультативные приемы и диагностические исследования. Хотя многие жители Свердловской области предпочитают пользоваться медицинскими услугами в обязательном медицинском страховании, наметился рост интереса к услугам частных клиник. В процессе выбора медицинской организации, качество предоставляемых услуг и их репутация играют решающую роль. Частные медицинские учреждения являются наиболее заметными субъектами на этом рынке.

Частные и государственные медицинские учреждения предоставляют услуги на равном уровне доступности и качества, свидетельствуют о высокой внутри и межсекторной конкуренции. В ответ на текущую ситуацию, частные клиники направляют усилия на стратегическое планирование с целью улучшения своей конкурентоспособности на рынке медицинских услуг и повышения стандартов обслуживания. С другой стороны, государственные медицинские организации имеют возможность адаптировать опыт частного здравоохранения для совершенствования собственных возможностей.

В сфере медицинских услуг, при имеющемся уровне внешнего окружения

бизнеса, роста ценовой конкуренции и ограниченности ресурсы, возникает необходимость поиска новых стратегий для минимизации негативных воздействий данных факторов. Это потребует глубокого переосмысления и глобального пересмотра управленческих стратегий в государственных учреждениях здравоохранения. В этом контексте актуальна разработка стратегии роста и развития в данном направлении.

**ГЛАВА 5. ПУТИ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЛПУ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ
(НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ).
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ РИСКИ**

В настоящее время, значительное внимание уделяется использованию внебюджетным источникам финансирования в сфере здравоохранения, особенно когда речь идет о поддержке национальных проектов и программ, направленных на улучшение здоровья. Платные медицинские услуги, предоставляемые частным сектором, становятся ключевым элементом в системе здравоохранения, обеспечивая значительный вклад в достижение целей по улучшению благосостояния населения [12, 191, 274].

5.1. Характеристика пациентов, получающих платную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по результатам анкетирования и экономического анализа)

Среди пациентов, обратившихся за платной амбулаторной медицинской помощью в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» в 2017-2021 гг. большую половину составляли женщины (61-63%), мужчины, соответственно 37-39% (таблица 23).

Таблица 23 – Состав пациентов по полу в 2017-2021 гг.

Пол	2017	2018	2019	2020	2021
Мужчины	37%	37%	38%	38%	39%
Женщины	63%	63%	62%	62%	61%
ИТОГО	100%	100%	100%	100%	100%

При оценке возрастного состава пациентов, обратившихся за платной медицинской помощью, треть от всего числа пациентов (30-35%) составляют лица в возрасте 35-54 лет. Около четверти лица 18-34 лет, и аналогичный процент пациентов в возрасте 65 лет и старше (20-24%) (таблица 24).

Таблица 24 – Возрастной состав пациентов в 2017-2021 гг.

Возрастная категория	2017	2018	2019	2020	2021
18-34лет	21%	20%	21%	22%	22%
35-54 лет	31%	32%	34%	33%	34%
55-64лет	23%	23%	21%	21%	20%
65 и старше	24%	24%	23%	23%	24%
ИТОГО	100%	100%	100%	100%	100%

Большинство амбулаторных посещений реализованы пациентами из Свердловской области – 52-61%. Жители города Екатеринбурга обращались за медицинской помощью в 34-40% случаев. Пациенты, проживающие в других регионах Российской Федерации и зарубежья стабильно составляют менее 10% (5-8%), на протяжении всего периода наблюдений (таблица 25).

Таблица 25 – Распределение пациентов по территориям, получивших платные медицинские услуги в ГАУЗ СО «СОКБ № 1», за 2017-2021 гг.

Территория	2017	2018	2019	2020	2021
Екатеринбург	34%	36%	37%	38%	40%
Свердловская область	61%	58%	57%	54%	52%
Другие территории	5%	6%	6%	8%	7%
Всего:	100%	100%	100%	100%	100%

При оценке пациентов, обращающихся за амбулаторной платной медицинской помощью по источникам финансирования, большую часть составляют лица, оплачивающие медицинские услуги самостоятельно 84,6 – 86,3% соответственно. Ведомственные и юридические организации, а также

страховые компании, в сумме составляют чуть более 13%. Доля источников финансирования всех платных услуг оставалась неизменной за весь период исследования (таблица 26).

Таблица 26 – Структура распределения пациентов по видам плательщика, 2017-2021 гг.

Тип плательщика	2017	2018	2019	2020	2021
Организации	8,7%	10,3%	10,1%	10,6%	9,7%
Страховые компании	5,0%	5,2%	5,0%	5,3%	5,6%
Физические лица	86,3%	84,5%	84,9%	85,8%	84,6%
Всего:	100%	100%	100%	100%	100%

При изучении структуры обращений на платный прием ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» треть обращений за медицинскими услугами в 2021 году была связана с тремя классами заболеваний: болезни мочеполовой системы – 10,5%, болезни системы кровообращения – 8,9% и болезни нервной системы – 8,7%. Четверть пациентов обращались на приемы врача – терапевта – 7,17%, врача - офтальмолога – 6,8%, врача - акушера - гинеколога и врача - оториноларинголога. Наименьший интерес был проявлен к приемам врача - нейрохирурга, врача – челюстно-лицевого хирурга, врача - дерматовенеролога, врача - колопроктолога, что в сумме составило 4,3% (рисунок 27).

При оценке общей динамики количества оказанных платных амбулаторных приемов за период 2017-2021 г., отмечается тенденция к снижению на 8,8%, по сравнению с 2017 г. Но, за период 2019-2017 гг. отмечен рост числа оказанных приемов на 9,3%, в отличие от периода 2020-2021 г., где зафиксировано снижение на 16,6%. Пятилетний прирост количественных показателей отмечен среди врачей следующих специальностей: врач-гематолог (17,7%), врач-невролог (4,4%), врач - нейрохирург (22%), врач-пульмонолог (24,1%), а также врач-хирург (27,1%). Существенное снижение числа приемов врача-гастроэнтеролога отмечено в обоих интервалах наблюдения, итоговое снижение -19,2%.

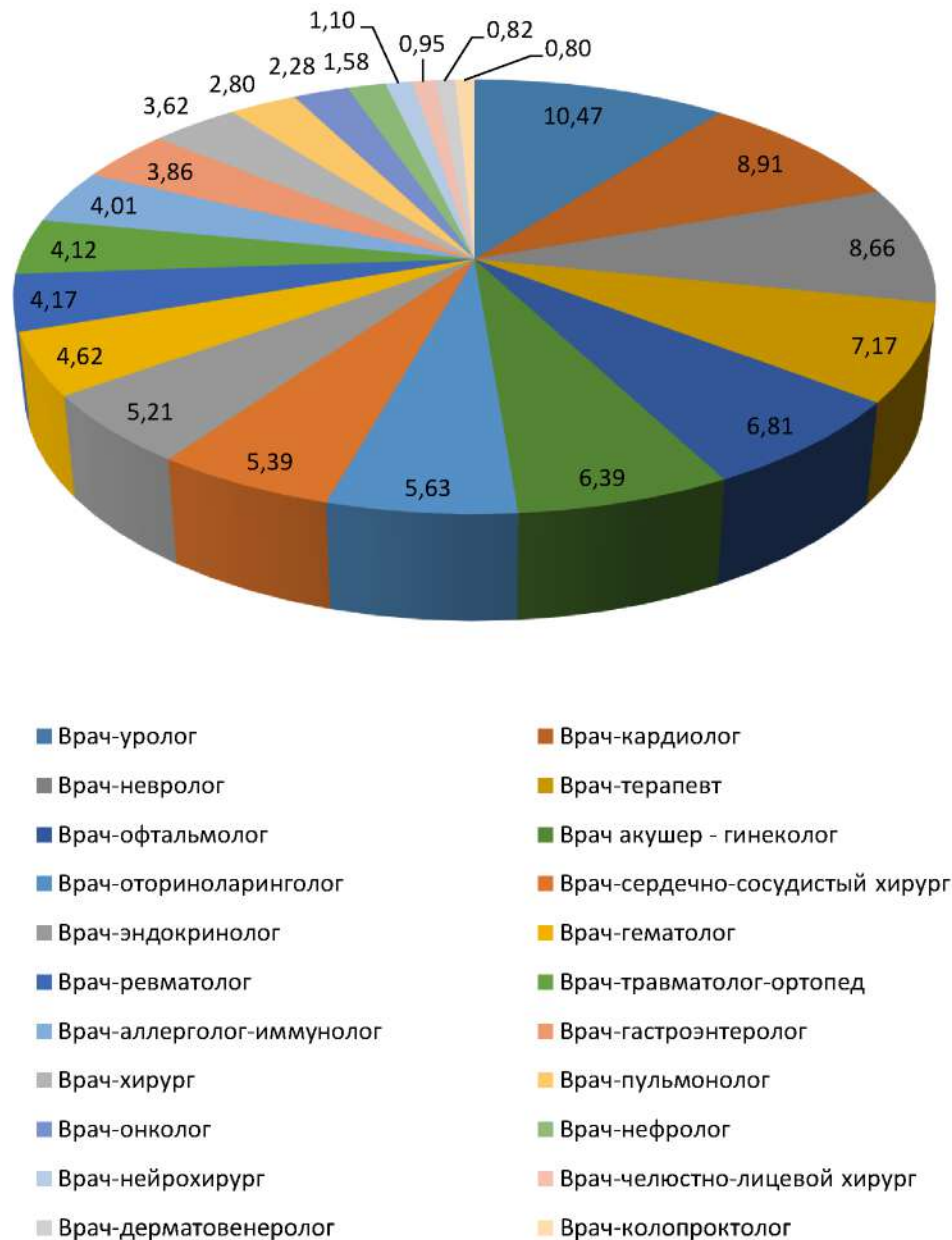


Рисунок 27 – Доля приемов врачей различных специальностей в 2021 г., %

В период ограничений, связанных с новой коронавирусной инфекцией (2020-2021гг.) наблюдается снижение числа приемов по всем специальностям, кроме: врача-гематолога (6,7%), врача - невролога (11,3%), врача-нейрохирурга (10,1%) и врача-хирурга (12,6%). Это обосновывается высокими рисками со стороны пациентов по заражению новой коронавирусной инфекцией в стенах крупных медицинских учреждений.

При оценке потребности пациентов в диагностических исследованиях в 2021 г., в структуре платных медицинских услуг чаще всего пациентам были оказаны услуги по лабораторной диагностике – 52,91%, значительно меньшую долю составили такие услуги как функциональная диагностика – 36,4%. На лучевую диагностику (МРТ, КТ, рентгенологические исследования) в сумме пришлось 10,8% (рисунок 28).



Рисунок 28 – Доля платных диагностических исследований в 2021 г., %

В таблице 27 отражена динамика проведенных платных диагностических исследований в период 2017-2021 гг. За 5-ти летний период отмечено снижение числа проведенных исследований по всем диагностическим службам (18-36%). Вместе с тем, в период 2017-2019 гг. увеличили свои показатели такие исследования, как: КТ и МРТ, а также функциональные методы исследования и ультразвуковой диагностики. Снижение числа исследований в лучевой диагностике в период 2020-2021 гг. связано также с высокой загруженностью

аппаратов КТ и МРТ потребностями отделений стационара, а также неотложными пациентами.

Таблица 27 – Количество проведенных платных диагностических исследований в 2017-2021 гг., %

Диагностические исследования	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %	Темп прироста **, %	Темп прироста ***, %
Магнито-резонансная томография	3,5	3,7	3,5	1,6	3,1	-32,2	1,1	-33,0
Компьютерная томография	3,5	3,6	3,5	4,4	3,9	-18,8	2,6	-20,8
Рентгенологические исследования	4,78	4,7	4,2	1,6	3,9	-36,4	-10,4	-29,0
Функциональные исследования, УЗИ	36,2	37,5	37,5	37,6	36,4	-23,3	4,7	-26,8
Лабораторная диагностика	52,1	51,2	51,2	54,7	52,8	-22,5	-0,4	-22,2
Всего	100%	100%	100%	100%	100%	-23,7	1,1	-24,6

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$); ** в 2019 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$), *** в 2021 по сравнению с 2019 г. ($p < 0,05$)

Вместе с тем, при оценке финансовых показателей платной амбулаторной службы ГАУЗ СО «СОКБ № 1» в структуре выручки обращает на себя внимание рост за счет консультативных приемов на 25,8%, при учете повышения цен на консультативные приемы в ноябре 2019 г. С данного момента ГАУЗ СО «СОКБ № 1» перешла из статуса «бюджетное» в «автономное» и получила возможность самостоятельно устанавливать цены на платные услуги. До этого момента, государственные учреждения здравоохранения были вынуждены работать по предельным тарифам, установленным министерством здравоохранения региона. Пересмотра цены за диагностические исследования в аналогичный период не произошло. Динамика их доли в выручке амбулаторной службы за исследуемый период оказалась отрицательной (таблица 28).

Наибольшее снижение в доле выручки показало отделение лучевой диагностики (-44,7%). В связи с этим, закономерно снижение среднего чека на 1 пациента на 8,8% (2270,9 рубля в 2021 г.), и увеличение среднего чека на 1 услугу на 32,5%, и составил 1009,8 рублей в 2021 г.

Таблица 28 – Финансовые показатели амбулаторной службы, 2017-2021 гг.

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Консультативные приемы, %	47,8	51,2	53,1	61,0	63,3	25,8
Клинико-диагностическая лаборатория, %	12,6	10,9	10,5	9,8	8,7	-34,8
Отделение функциональной диагностики, %	18,1	17,0	17,8	15,7	14,8	-21,7
Отделение лучевой диагностики, %	20,5	17,3	15,9	10,1	11,9	-44,7
Средний чек на 1 пациента, руб.	2489,0	2003,1	1992,1	2155,5	2270,9	-8,7
Средний чек на 1 услугу, руб.	762,1	805,7	817,9	915,1	1009,8	32,5

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

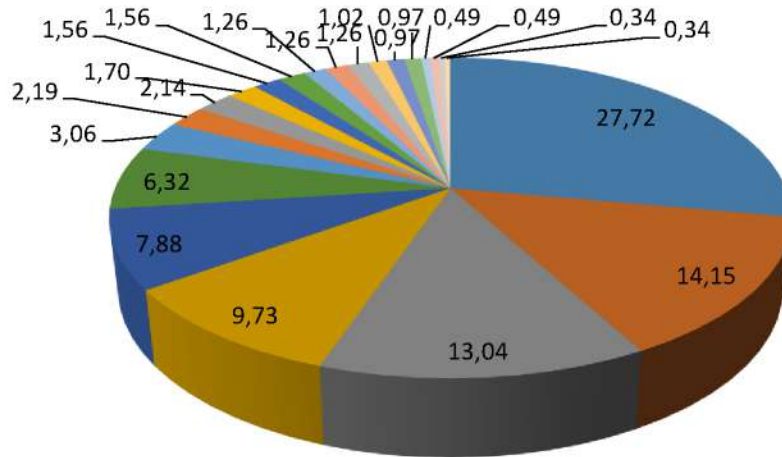
Изучив посещаемость платных медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ СО «СОКБ № 1», возможно предположить потребность в видах и объемах медицинских услуг как в учреждении, так и в регионе, выявить дефициты как материальных, так и кадровых ресурсов. С учетом потребности, сформировать последующих потоки пациентов.

Исходя из анализа полученных данных, становится возможным определить будущее развитие сферы здравоохранения не просто на уровне отдельных медицинских организаций, но и в масштабе всего региона. Это дает шанс не только повысить качество и доступность медицинских услуг для населения, но и способствует улучшению экономического положения медицинских учреждений через привлечение дополнительных финансовых ресурсов из не государственных источников.

5.2. Структура и экономическая характеристика оказания платной медицинской помощи в условиях стационара (по данным учета обращаемости и экономического анализа)

В 2021 году три класса заболеваний стали причиной более чем половины всех случаев платных госпитализаций в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1». Так, на долю болезней системы органа зрения приходилось 27,7%, гинекологии – 14,2 % и заболеваний ЛОР - органов – 13,0%. Четвертой, пятой и шестой позицией среди причин обращений за платной медицинской помощью в отделениях стационара стали: болезни мочеполовой системы – 9,7%, болезни хирургического профиля – 7,9% и колопроктологические заболевания – 6,3%. Около 10% всех случаев составили пациенты отделений терапевтического профиля: кардиология – 1,6%, неврология – 1,6%, гастроэнтерология – 1,3%, нефрология – 1,3%, ревматология – 1,3%, гематология – 1,0%, детская кардиохирургия – 0,5% (рисунок 28).

В пятилетней динамике за 2017-2021 гг. отмечается стабильная динамика. Лидерами по росту числа госпитализированных пациентов из отделений стационара стали: отделение оториноларингологии – 114,4%, отделение детской кардиохирургии – 83,3% (за счет иностранных граждан), отделение гемодиализа – 15,79%, гастроэнтерологическое отделение – 8,83% и отделения абдоминальной хирургии (+3,85%).



- Офтальмологические отделения
- Отделение гинекологии
- Отделение оториноларингологии
- Отделение урологии
- Хирургические отделения
- Отделение колопроктологии
- Отделение дистанционного дробления камней
- Отделение травматологии
- Отделение гемодиализа
- Отделение гнойной хирургии
- Кардиологические отделения
- Неврологические отделения
- Отделение гастроэнтерологии
- Отделение нефрологии
- Отделение ревматологии
- Отделение сердечно - сосудистой хирургии
- Отделение онкогематологии
- Отделение нейрохирургии
- Отделение лечения нарушений сердечного ритма

Рисунок 28 – Случаи платной госпитализации в отделения стационара в 2021 г., %

При оценке количества госпитализированных пациентов в период новой коронавирусной инфекции, обращает на себя внимание рост случаев платной госпитализации в 9 отделениях из 23, а именно отделение гастроэнтерологии + 73,3%, ЛОР-отделение + 69,6%, отделение дистанционного дробления камней + 23,5%, отделение гематологии + 17,6%, отделение гемодиализа + 15,7%, гинекологическое отделение + 3,6%, травматологическое отделение + 2,3% и отделения офтальмологии + 1,4%. Подобная ситуация была вызвана перепрофилированием многих отделений в государственных учреждениях

Свердловской области для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией, заполнение отделений неотложными пациентами соответствующего профиля. С целью получения своевременной медицинской помощи, пациенты были вынуждены обращаться за платной медицинской помощью.

Количество случаев госпитализации, в которых источниками оплаты являются физические лица стабильно около 80%, в остальных случаях, плательщиком является предприятие, обеспечивая ДМС, или юридическое лицо (ведомственные организации).

За период проведения исследования, отмечено увеличение доли госпитализаций пациентами, оплачивавшими медицинские услуги самостоятельно в 2020 г. на 7% (90%), с последующим снижением на 14% в 2021 г (76%). В отличие от случаев госпитализации, оплата которых проводилась за счет средств ДМС или юридических лиц, где в 2020 г. отмечено снижение на 6% и последующий рост на 14 % в 2021 г., и составило 24% от общего объема выручки за случаи платной госпитализации.

В течение 2017-2021 гг. отмечен рост пациентов, госпитализация которых была оплачена за счет средств страховых компаний или юридических организаций в следующих отделениях: отделение гинекологии 92%, гнойная хирургия 111,1%, отделения диализа – 32,0%, детская кардиохирургия – 163,9%, кардиохирургия – 181%, колопроктология – 104,3%, отделение оториноларингологии – 134,6%, нейрохирургическое отделение – 87,7%, отделение сердечно – сосудистой хирургии – 93,5%, отделения абдоминальной хирургии – 47,8%, соответственно. Рост случаев госпитализации, в которых плательщиком являлся непосредственно сам пациент, отмечен в 5 отделениях: отделение гастроэнтерологии, отделение гемодиализа, отделение детской кардиохирургии, ЛОР - отделение, отделение травматологии и ортопедии.

Таблица 29 – Финансовые показатели отделений стационара, 2017-2021 гг.

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
Доля отделений терапевтического профиля, %	15,5%	16,7%	12,3%	9,1%	10,6%	-4,9%
Доля отделений хирургического профиля, %	84,4%	82,2%	87,8%	90,8%	91,9%	7,4%
Средний чек, руб.	49961,4	69832,3	76185,2	66343	71386,1	42,8%
Средний чек, терапевтические отделения, руб.	31115,4	49719,5	46033,1	34701,4	45968,6	47,8%
Средний чек, хирургические отделения, руб.	59384,4	79888,8	91261,3	70240,5	84094,9	41,6%

Финансовые показатели отделений стационара по итогу наблюдений 2017-2019 г. повысились на 3,2%, с последующим снижением на 48,3% в 2020 г. по причине ограничений, вызванных пандемией новой коронавирусной инфекцией. Общий итог за 2017-2021 гг. – снижение суммы выручки на 11,2%. Вместе с тем, хочется отметить рост доли отделений хирургического профиля в выручке на 7,4% за исследуемый период. В размере структуры выручки по отделениям стационара, доля хирургических отделений в пределах 82,2 – 91,9%, доля отделений терапевтического профиля от 9,1 до 16,7%. Значение среднего чека в отделениях стационара увеличилось на 42,8%, при этом без значительной дифференциации между отделениями терапевтического (47,7%) и хирургического (41,6%) профилей, и составили 45968,6 рублей и 84094,9 рублей соответственно (таблица 29).

На базе стационара ГАУЗ СО «СОКБ № 1» в 1999 г., для обеспечения случаев платной госпитализации пациентов терапевтического профиля было организовано специализированное отделение. В отделение в плановом порядке госпитализируются пациенты с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, болезней системы кровообращения, заболеваний дыхательной

системы. Также поводом для госпитализации пациентов в данное отделение является профильное расширенное обследование.

В 2016 г. был проведен перевод отделения в новое помещение стационара, с отдельным входом, регистратурой, сервисным ремонтом. В отделении на сегодняшний день 20 коек. 8 двухместных палат, 4 одноместных палаты. Отдельный физиотерапевтической и диагностический блоки на территории отделения (рисунок 30). Создание отделения обеспечило повышение уровня сервиса пребывания, разделения потоков пациентов в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».



Рисунок 30 – Примеры организации пространства в терапевтическом отделении ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Примечание. а – двухместная палата, б – зона отдыха в палате, в – пост медицинской сестры

Создание условий для комфортного пребывания пациентов в терапевтическом отделении, широкий спектр предоставляемых услуг, высокое качество оказываемой медицинской помощи, консультирование ведущих специалистов региона, позволили обеспечить высокую востребованность данного направления среди пациентов.

За последние 5 лет отмечается тенденция к увеличению числа госпитализированных пациентов. Рост числа случаев госпитализации в 2021 г. составил 27,5%, по сравнению с 2017 г. (рисунок 31), при условии сохранения плановых случаев госпитализации пациентов различного профиля в отделениях стационара, в соответствии нозологиями, что позволило повысить доступность оказания медицинской помощи для всех пациентов, вне зависимости от условий территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

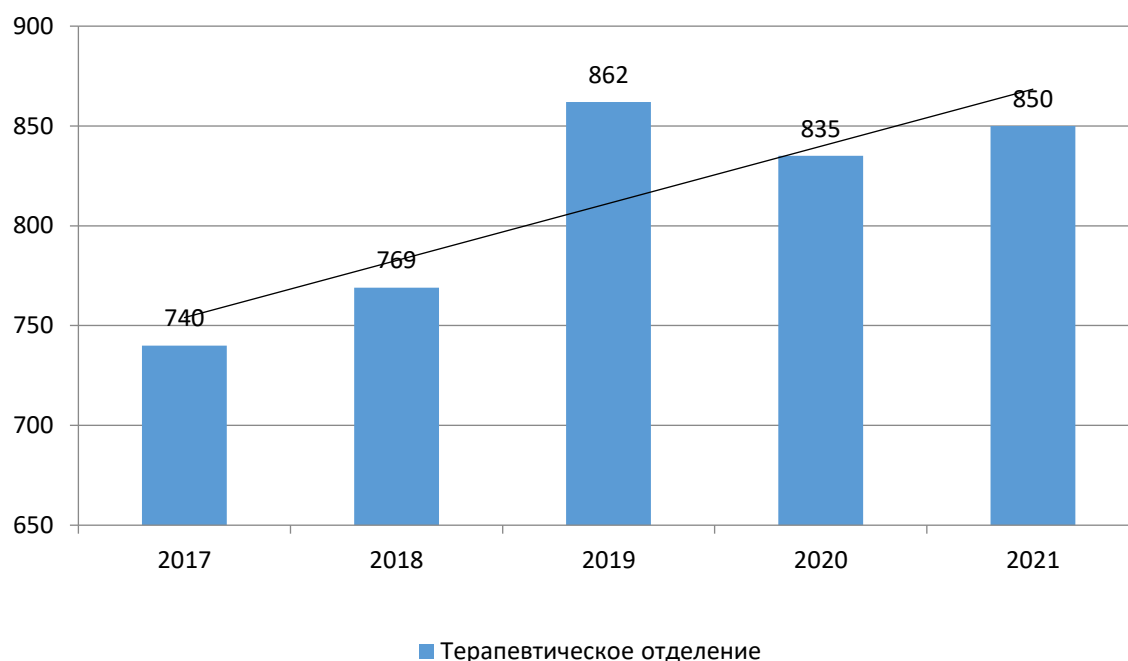


Рисунок 31 – Число случаев госпитализации в терапевтическое отделение, абс. 2017-2021 гг.

Динамика выручки от случаев госпитализации в терапевтическом отделении за 5 лет показывает уверенный рост. Прирост выручки за период 2017-2019 гг. составил 42,3%.

Значения среднего чека терапевтического отделения также показали тенденцию к росту, составив 38587,5 рублей в 2021 г., что на 7,8% больше значений 2017 г. Пересмотра цен на медицинскую помощь в терапевтическом отделении за исследуемый период не было. Увеличение размера среднего чека связано со снижением числа госпитализаций в данном отделении по типу «дневного стационара» в период пандемии COVID-19 (таблица 30).

Таблица 30 – Показатели терапевтического отделения, 2017-2021 гг.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
Число случаев госпитализации, абс.	678	769	862	698	895	32,1%
Средний чек, руб.	35 787,8	33 590,0	32 554,5	38 770,2	38 587,5	7,8%

При оценке источников оплаты случаев госпитализации в терапевтическое отделение, стабильно, около 10% составляли ДМС и юридические компании.

На долю отделения «хирургический стационар кратковременного пребывания» в 2021 г. пришлось – 19,5% от всего количества платных госпитализаций. В динамике за 2017-2021 гг. наметился устойчивый стабильный рост на 16,0%.

В структуре случаев госпитализации в 2021 г. 55% составили офтальмологические операции, 18% – оказание медицинской помощи пациенткам гинекологического профиля. Пациенты с заболеваниями ЛОР - органов, болезней челюстно-лицевой системы, колопроктологическими заболеваниями и заболеваниями сердечно-сосудистой системы суммарно составили 27% (рисунок 32).

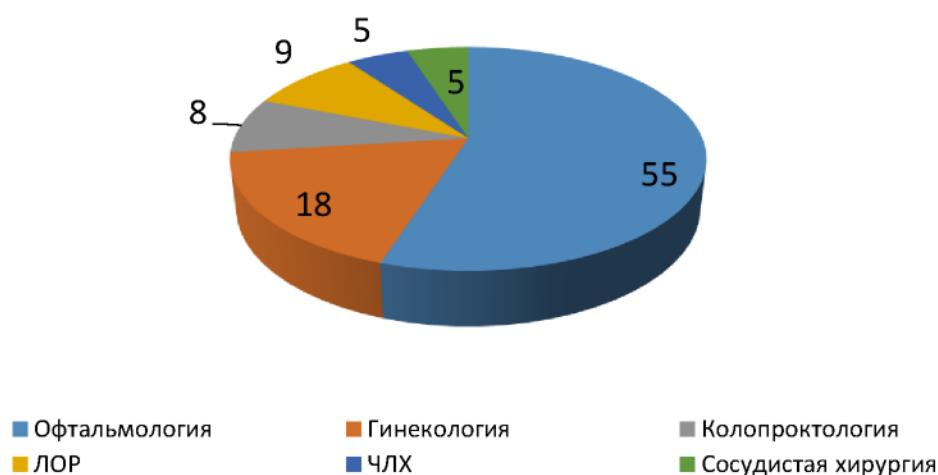


Рисунок 32 – Случаи платной госпитализации в хирургическом стационаре кратковременного пребывания в 2021 г. по профилям, %

Финансовые показатели хирургического стационара кратковременного пребывания за исследуемый период также показывают стабильный рост. Так, рост выручки за 2017-2021 гг. составил 66,7%. Вместе с увеличением значения среднего чека на 43,79% (16 097,64 рублей в 2021 г.), без пересмотра прейскуранта на медицинские услуги в данном отделении (таблица 31).

Таблица 31 – Финансовые показатели «хирургического стационара кратковременного пребывания», 2017-2021 гг.

Показатели	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Число случаев госпитализации, абс.	621	630	695	421	720	15,9
Средний чек, руб.	11 195,54	10 898,08	11 065,54	10 237,17	16 097,64	43,79

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

Профиль случаев госпитализации в отделение «хирургический стационар кратковременного пребывания» за весь период наблюдения существенно не изменился. Основным драйвером роста показателей данного отделения является оказание медицинской помощи по профилю – офтальмология +35,8%, что составляет 55% от всего количества случаев госпитализации. Также, динамику роста продемонстрировали врачи-колопроктологи (+16,0%), врачи - оториноларингологи (+49,2%) (таблица 32).

Таблица 32 – Доля случаев платной медицинской помощи в хирургическом стационаре кратковременного пребывания, по профилям, 2017-2021 гг.

Профиль	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Офтальмология	47,0%	47,9%	51,9%	50,0%	55,1%	35,8
Гинекология	22,9%	17,9%	20,0%	21,0%	18,1%	-9,2

Колопроктология	7,9%	6,9%	10,1%	9,0%	7,9%	16,0
ЛОР	6,9%	10,0%	10,9%	12,0%	8,9%	49,2
Челюстно-лицевая хирургия	7,9%	9,1%	4,0%	4,0%	4,9%	-27,5
Сосудистая хирургия	6,9%	7,9%	3,0%	4,0%	4,9%	-17,1
ВСЕГО	100%	100%	100%	100%	100%	16,0

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

Положительная динамика при оказании медицинской помощи в «хирургическом стационаре кратковременного пребывания» связана с переориентацией медицинской помощи в последние годы в амбулаторно-замещающие технологии и их развитие. С целью снижения нагрузки на отделения стационара возникает необходимость дальнейшего увеличения видов и объемов медицинской помощи, оказываемой в хирургическом стационаре кратковременного пребывания.

5.3. Формирование принципов и условий совершенствования путей развития платных медицинских услуг в условиях многопрофильного государственного учреждения здравоохранения

Рост численности населения, страдающих от хронических болезней, подчеркивает важность раннего выявления и предотвращения развития заболеваний, влияющих на разные системы организма, чтобы продлить жизнь и улучшить ее качество. Проведение комплексного медицинского осмотра значительно увеличивает шансы на выявление заболеваний в их начальной стадии, обеспечивая тем самым основу для здоровья на долгие годы. Это, в свою очередь, дает медицинским специалистам возможность начать своевременное и эффективное лечение, а пациентам - минимизировать риск серьезных осложнений и ускорить процесс восстановления [12, 270].

Программы Check up представляют собой интегрированный подход к мониторингу здоровья, нацеленный на минимизацию рисков для здоровья и раннее выявление заболеваний, до того, как они нанесут ощутимый урон здоровью. Они являются ключевым элементом в стратегии современной превентивной медицины, направленной на предотвращение заболеваний. Одним из заметных достоинств таких программ является их быстрота и простота в использовании, что делает их идеально подходящими для людей в возрасте активной трудовой деятельности, стремящихся поддерживать свое здоровье без значительного отрыва от работы. Эти программы уникальны тем, что оптимизируют время, потраченное как клиниками, так и пациентами, обеспечивая возможность проведения диагностики в кратчайшие сроки [12].

В результате проведенного маркетингового анализа, в 2021 году было решено внести новый продукт в платных услугах ГАУЗ СО «СОКБ № 1», внедряя комплексные программы Check up. Это отход от прошлой практики предоставления платных медицинских услуг, когда услуги предоставлялись пациентам в потоковом порядке, без учёта их взаимосвязи связи или количества.

Теперь же, при составлении программ Check up учитывается не только желание пациентов, но и профессиональные мнения врачей и клинические руководства, определяющие необходимый объем обследований.

Нами в 2021 г. было сформировано 11 программ. К каждой из профильных программ предусмотрено дополнение в виде обследований или консультаций специалистов. Программы включают от 8 до 30 услуг в комплексе, направлены на поддержание женского и мужского здоровья, обследованию сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, состоянию здоровья после перенесенного COVID-19 и прочие.

Для реализации программ в ГАУЗ СО «СОКБ № 1» было проведено обучение специалистов контакт – центра для записи пациентов, выбирающих Check up, составлению для них оптимальной маршрутной карты, с целью максимально комфортного, правильного, быстрого и эффективного прохождения комплекса. Врачи имеют возможность адаптировать базовый план обследований с учетом индивидуальных потребностей каждого пациента, предоставляя дополнительные процедуры после начальных консультаций и анализов. Это позволяет заранее узнать полную фиксированную цену за комплекс услуг, избегая неожиданных расходов [12].

За 2021 год было реализовано 347 программ Check up. Из них 77% были выполнены за счет средств страховых компаний, в рамках ДМС. Наибольшее количество пациентов, воспользовавшихся данной услугой, были лица в возрасте от 30 до 50 лет (63,2%). Женщины обращали внимание на здоровье сердца и сосудов, а также на состояние эндокринологической системы в 2 раза чаще мужчин (64% и 37% соответственно). Доля реализованных комплексных программ представлен в таблице 33.

Таблица 33 – Доля реализованных комплексных программ, 2021-2022 гг.

Наименование чекапа	2021, %	2022, %	Темп прироста*, %
«Эндокринологический»	22,5	20,1	106,4
«Неврологический»	23,9	24,2	133,7
«Кардио чекап»	20,2	19,1	118,6
«Гастроэнтерологический»	16,1	10,6	51,8
«Предоперационный чекап — базовый»	0,0	5,4	4300,0
«Здоровье мужчины 40+»	3,8	3,7	172,7
«Здоровье женщины 40+»	3,6	3,5	115,4
«Здоровье женщины до 40»	2,3	3,0	200,0
«Здоровье мужчины до 40»	2,3	2,2	125,0
«Экспресс диагностика здоровья»	4,6	4,1	106,3
Многопрофильный	0,0	1,2	1000,0
«Здоровье мужчины после COVID-19»	0,3	0,1	0,0
«Здоровье женщины после COVID-19»	0,3	0,7	500,0
Офтальмологический	0,0	0,9	700,0
Пульмонологический	0,0	1,1	900,0
ВСЕГО	347 абс., 100%	802 абс., 100%	131,1

Примечание. * В 2022 по сравнению с 2021 г. ($p < 0,05$)

Законченность случая обследования, окончательная постановка диагноза и назначение рекомендаций в короткие фиксированные сроки являются одним из ключевых решений пациентов при обращении за комплексными программами, с учетом коморбидности случая.

Когда рассматривается потоковый набор услуг, процент завершенных случаев составляет лишь 65%, в отличие от комплексной диагностики, где этот показатель достигает 97,5%. Это подчеркивает превосходство программ Check up в плане их эффективности как в медицинском, так и в социальном аспектах. Если смотреть на количество услуг, предоставляемых каждому пациенту, то в рамках комплексного обследования на одного человека приходится в среднем 8,3 услуги, в то время как при обращении по единичным случаям этот показатель составляет всего 1,7.

За 2 года реализации комплексных программ, оказанных в ГАУЗ СО «СОКБ № 1», их объем вырос в 10 раз и составил 10% от общего объема платных

амбулаторных услуг. Их экономическая эффективность оказалась на 23% выше, чем оказание единичных услуг. Темп прироста выручки в 2022 г. по сравнению с 2021 г. составил 233,2%. При стабильном значении среднего чека на 1 пациента в пределах 14055,5 рублей в 2022 г. (+0,9% по сравнению с 2021 г.) (таблица 34).

Таблица 34 – Финансовые показатели комплексных программ, 2021-2022 г.

Показатели	2021	2022	Темп прироста, *, %
Число пациентов, прошедших чекап, абс.	179,0	591,0	230,2
Средний чек на 1 пациента, руб.	13 926,9	14 055,5	0,9

Примечание. * В 2022 по сравнению с 2021 г. ($p < 0,05$)

Check up программы позволяют одновременно обеспечить медицинскую и социальную эффективность, благодаря завершенности обследования пациента, коротким срокам обследования и высокой эффективности. На современном этапе развития платных медицинских услуг введение и реализация комплексных программ является экономически выгодной стратегией для развития организации [12].

Также, кроме учета сервисности предоставляемых услуг, сроков их оказания, используемых маркетинговых инструментов, необходимо учитывать и вопросы контроля за учреждениями здравоохранения со стороны надзорных органов, а также возможность предоставления пациентам гарантированных государством льготных рецептов, участия в регистрах редких заболеваний, возможности участия в консилиумах. Учитывая преимущества и недостатки каждого из видов учреждений, можно на этапе планирования обращения за медицинской помощью определить наиболее подходящий вариант клиники (таблица 35).

Таблица 35 – Принципы и условия оказания медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения и частных

Показатель	Государственные учреждения	Частные учреждения
Преемственность регионального здравоохранения, региональная МИС	Да	Нет
Контроль со стороны надзорных органов	Да	Формальный
Внутренний контроль качества медицинской помощи	Да	Формальный
Единые стандарты, клинические рекомендации	Да	Да / Нет
Многопрофильность клиники	Да	Нет
Наличие отделения РАО	Да	Нет
Наличие клинической базы	Да	Нет
Возможность проведения консилиумов	Да	Нет
Возможность участия в международных клинических исследованиях	Да	Нет
Возможность неотложной госпитализации при наличии показаний	Да	Перемаршрутизация при участии скорой медицинской помощи
Выписка льготных рецептов	Да	Нет
Наблюдение в региональных регистрах	Да	Нет
Возможность оказания ВМП за счет средств государства (перевод с платных услуг)	Да	Нет

РЕЗЮМЕ

Анализ данных оказания платной медицинской помощи в крупнейшем медицинском учреждении Свердловской области, как в амбулаторном, так и стационарном звеньях показал растущий интерес к получению качественной медицинской помощи населением на платной основе.

Около 30% всех обращений на платный прием в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» приходится на три класса заболеваний:

болезни мочеполовой системы – 10,5%, болезни системы кровообращений – 8,91% и болезни нервной системы – 8,7%.

Треть всех случаев платной госпитализации составляют случаи госпитализации в отделения офтальмологии (27%), далее гинекология и ЛОР-отделение.

Реализованная в 2021 г программа комплексных программ диагностики в амбулаторных условиях показала свою эффективность и востребованность среди пациентов.

Организация платных медицинских услуг в учреждении является источником дополнительного финансирования и реализации гражданами своих конституционных прав на охрану здоровья.

ГЛАВА 6. ПУТИ И МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Для усиления позиций на рынке платных медицинских услуг, государственные медучреждения применяют подход, предусматривающий создание сети интегрированных бизнес-групп с централизованным управлением [191, 270].

Эта тактика особенно актуальна в регионах с низким спросом на платные услуги, где планируется не только органический рост, но и интеграция существующих клиник в эти бизнес-группы [139].

Многопрофильные медицинские учреждения находятся на передовых позициях по доходам от услуг, предоставляемых за счет внебюджета [55].

Привлечение пациентов к платным медицинским услугам в отдаленных районах осуществляется благодаря экспансии крупных медицинских учреждений регионального уровня, чей бренд ассоциируется с высоким качеством обслуживания и предоставляемых услуг [274].

С целью повышения эффективности медицинского обслуживания в районах области, значимым является создание индивидуализированных концептуальных подходов к организации платной медицинской помощи медицинскими учреждениями регионального уровня, учитывая специфику каждого населенного пункта. В этом контексте мы выдвигаем ряд стратегических инициатив, направленных на улучшение качества медицинских услуг [303].

Ключевыми направлениями являются:

- объединение возможностей всех медицинских учреждений в рамках региональной системы здравоохранения, что предполагает скоординированность действий;
- развитие государственно-частного партнерства;

– углубление ассортимента предоставляемых медицинских услуг путем внедрения новых программных решений, обеспечивающих более широкий спектр медицинской помощи, включая высокотехнологичные методы лечения и диагностики, а также улучшение лабораторных исследований и методов функциональной и лучевой диагностики.

В современных условиях вопрос целесообразности создания единой системы электронного здравоохранения на региональном уровне стоит особенно остро. Инициатива по созданию единой цифровой платформы для системы здравоохранения обретает значимость как для государственного, так и для частного сектора, в том числе для поддержки медицинских услуг в малых и отдаленных населенных пунктах.

С другой стороны, концентрация высокоспециализированных клиничко-диагностических центров в крупных городах не всегда экономически оправдана, учитывая российскую демографическую структуру с её многочисленными небольшими городами и сельскими территориями, где примерно четверть жителей остается без доступа к основным медицинским услугам. В этих условиях представляется целесообразным разработка и реализация трехуровневой системы оказания платных медицинских услуг на региональном уровне, что потребует адаптированной организационной структуры и соответствующей инфраструктуры [303].

Инициативы органов государственной власти и управления здравоохранением по модернизации системы здравоохранения, включая интеграцию передовых управленческих технологий были одобрены и стартовала их реализация [52]

6.1. Системный анализ существующих проблем оказания платных медицинских услуг на региональном уровне. Пути решения.

В ходе исследования новых методов финансирования, таких как внебюджетная деятельность и расширение сферы платных услуг, мы столкнулись

с некоторыми сложностями, затрагивающими региональное здравоохранение [214].

Решение кадровых вопросов

Мы предлагаем создавать новые рабочие места для медицинского персонала, привлекая многих врачей из всех регионов РФ для оказания медицинских услуг путем телемедицины.

Для того чтобы и персонал, и обеспеченность врачевными кадрами соответствовали предъявляемым требованиям, важно провести серию мероприятий, направленных на улучшение кадровой политики. Которая включает в себя приведение количества и квалификации медработников в соответствии с потребностями платных пациентов, а также привлечение высококвалифицированных специалистов для данного вида услуг.

Мы считаем, что для повышения уровня и качества платной медицинской помощи необходимо внедрить комплекс мероприятий, включающих:

- организацию специализированных обучающих мероприятий для повышения квалификации административного состава, врачей и среднего медицинского персонала, включая приглашение экспертов в различных медицинских специальностях;
- оценку уровня профессионализма и подтверждение квалификации медицинских работников через процедуры сертификации и аттестации;
- организацию образовательных стажировок для медицинского персонала в ведущих клиниках России и за рубежом.

Детали финансовых условий предоставления платных медицинских услуг должны быть четко зафиксированы в договорах с соответствующими работниками, включая:

- установление видов и форм оплаты,
- корректировку норм времени, нагрузки и других плановых показателей, служащих основой для расчета тарифов;

- платные услуги должны оказываться во внеурочное время, которое должно оплачиваться выше;
- учет рыночных факторов при планировании стоимости приема, отчислений на заработную плату.

Развитие телемедицины

Телемедицинские технологии, активно интегрированные в повседневную медицинскую практику, предоставляют возможность получения консультации квалифицированными специалистами на расстоянии.

Ряд объективных факторов способствуют широкому внедрению телемедицинских технологий. В числе этих причин - стремление предоставить жителям отдаленных и сельских территорий качественные медицинские услуги, чья потребность в них постоянно растет.

В то время как медицинские клиники не могут влиять на транспортную инфраструктуру региона, они могут облегчить доступ к своим услугам через технологии телемедицины. Внедрение средств связи, таких как мобильные телефоны, интернет и видеоконференции, а также инструментов для удаленного мониторинга здоровья, например, измерения пульса и давления, может стать решением проблемы доступности услуг для многих пациентов.

Наиболее распространенными телемедицинскими услугами являются:

- дистанционное консультирование по каналу «врач – врач»;
- дистанционное консультирование по каналу «пациент – врач»;
- дистанционный телемониторинг.

Это достигается несколькими путями, включая: оптимизацию управления потоками пациентов, обеспечивая им более короткий путь из учреждений первичного звена к областным медицинским центрам, кроме того, регулярное обучение врачей клиник первичного звена посредством консультаций от экспертов учреждений регионального и федерального значения позволит повысить их профессионализм в диагностике и лечении редких или атипично

протекающих заболеваний, а также создать архивную базу данных консультаций и консилиумов в образовательных целях.

Развитие медицинского туризма

В Свердловской области необходимо сформировать центр по развитию экспорта медицинских услуг на региональном уровне, который бы включал в себя различные уровни управления системой, включая въездной медицинский туризм, способствуя развитию внебюджетной деятельности. Для того чтобы успешно реализовать национальный проект в сфере здравоохранения, важно обеспечить эффективное взаимодействие между органами здравоохранения региона и Администрации Губернатора, задача которых будет заключаться в контроле и регулировании процессами, связанными с национальным проектом. Параллельно, если мы хотим привлекать иностранных граждан на лечение в рамках концепции медицинского туризма, нам необходимо будет искать сотрудничество и помощь от представителей туристического бизнеса.

6.2. Государственно-частное партнерство в совершенствовании оказания платных услуг в здравоохранении

В свете того, что медицинские учреждения всё чаще включают в свою практику платные услуги, выходящие за рамки бюджетного финансирования, необходимо детальнее рассмотреть коммерческую деятельность в разрезе государственно – частного партнерства (ГЧП).

Современные медицинские учреждения сталкиваются с необходимостью модернизации и улучшения качества услуг из-за возросшего спроса на высококачественное обслуживание и инновационные методы лечения. Это подталкивает к вовлечению инвестиций от частных инвесторов в сферу здравоохранения.

В Российской Федерации деятельность по сотрудничеству между государственными и частными структурами в этой области регулируется основным документом: Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 224-ФЗ), Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» (далее – Федеральный закон № 115-ФЗ).

В настоящее время государственно-частное партнерство представляет собой ключевое направление стратегического плана по улучшению системы здравоохранения в Российской Федерации, который рассчитан на период с 2015 по 2030 годы.

Таблица 36 – Проекты государственно-частной концессии в здравоохранении, в Свердловской области

Проект	Этап реализации	Публичный партнер	Частный партнер	Объем инвестиций (тыс. рублей)
1	2	3	4	5
Концессионное соглашение в отношении объекта здравоохранения – диализного центра, расположенного по адресу: Свердловская область, г. Березовский, ул. Шиловская, д. 28.	Предынвестиционны й	Министерство инвестиций и развития Свердловской области	ООО УМЦ	17 980

Продолжение таблицы 36

1	2	3	4	5
Концессионное соглашение в отношении объектов здравоохранения – помещений пунктов лечебного диетического и лечебно – профилактического питания (пищевых блоков) в Свердловской области	Конкурс и подписание соглашения (договора/контракта)	Министерство инвестиций и развития Свердловской области	ООО Комфорт Плюс	150 000
Концессионное соглашение в отношении объекта здравоохранения «Центр Микрохирургии глаза» в г.Екатеринбурге	Инвестиционный	Министерство здравоохранения Российской Федерации	АО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургии глаза»	2 392 000
Создание операционного блока ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»	Структурирование	Министерство здравоохранения Свердловской области	-	8 400 000

В Свердловской области можно наблюдать успешное применение такого вида сотрудничества, как концессионное соглашение, о чем свидетельствуют различные существующие концессионные проекты (таблица 36). Взаимодействие частного сектора с государственными структурами, особенно в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС), считается одной из наиболее перспективных моделей ГЧП в России. Примером могут служить учреждения Свердловской области, такие как АО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», медицинский центр «УГМК-Здоровье», клиника «Новая больница» и Уральский лечебно-реабилитационный центр имени В.В. Тетюхина, которые являются яркими примерами успешного взаимодействия бизнеса с государством.

Участие в подобных проектах дает медицинским учреждениям, независимо от их формы собственности, уникальную возможность для повышения уровня предоставляемых профилактических и лечебных услуг. Это способствует их активной интеграции в выполнение национальных медицинских программ, применению новаторских подходов и содействует их постоянному клинико-организационному развитию.

Однако, из-за существующего нормативно-правоприменительного хаоса в регулировании государственно-частного партнерства (ГЧП), личные инвесторы сталкиваются со определенными страхами и нежеланием участвовать в концессионных соглашениях [9].

Нами предложены стратегии для их эффективного использования в сфере здравоохранения. Эти стратегии включают в себя оценку проектов на предмет их технической осуществимости, экономической выгоды и социальной значимости до начала договоренностей. Также мы учли необходимость внедрения утвержденных законодательством форм сотрудничества, как государственно-частного, так и муниципально-частного партнерства. Эти формы должны подкрепляться финансовыми моделями, которые демонстрируют бюджетную целесообразность, социально-экономическую выгоду и стандартные проектные методики.

Инициатива введения инвестиционных составляющих в структуру тарифов обязательного медицинского страхования. Оценка потенциала неиспользуемого имущества медицинских учреждений государственных учреждений здравоохранения для включения их в государственно-частные проекты. Определение потенциала проектов в области государственно-частного партнерства для первичного звена здравоохранения требует комплексного подхода, включая анализ существующей медицинской инфраструктуры и оценку будущих потребностей в медицинских услугах. Это важный шаг в стратегическом планировании расширения сети медицинских учреждений.

Разработка и внедрение новой квазиконцессионной формы, включая создание методического фундамента для форм ГЧП, не основанных на

концессионных соглашениях, и последующей оптимизацией регионального законодательства. В здравоохранении существуют объективные отличия отраслевой специфики реализации проектов ГЧП, следовательно, содержательная часть кодексов этики может варьироваться в зависимости от области реализации ГЧП. На основании проведенного нами анализа форм и методов ГЧП, наиболее перспективным направлением является организация самостоятельных отделений на базе государственных учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи населению на платной основе, где частным партнером будет выступать физическое лицо при заключении гражданско-правового договора на оказание платной медицинской помощи [9].

6.3. Стратегические механизмы для развития платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения

С целью решения стратегических вопросов развития ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» в вопросах оказания платных медицинских услуг, в условиях конкуренции с частными медицинскими учреждениями, нами были использованы инструменты маркетинга.

Маркетинговый подход используется с целью определения приоритетных направлений развития учреждения, выявления проблем, препятствующих этому и разработки плана мероприятий. Нами были построены матрица Ансоффа, с оценкой вариантов развития видов стратегий: проникновения, развития рынка, развития товара и стратегии диверсификации, позволившие выделить перспективные направления деятельности; выделены конкурентные преимущества, которые учитывались при создании матрицы Ансоффа, разработан план мероприятий, который продемонстрирует свою эффективность. Также, проведенная оценка цепочки добавленной стоимости, поспособствовала определению позиции учреждения. «Модель пяти сил Портера» позволила оценить степень конкуренции в регионе и определить возможности снижения прибыльности и отразить объективное состояние конкурентного окружения

учреждения.

Использованный подход универсален и подходит для применения в любом регионе РФ, что может стать основой для устойчивого развития всех государственных учреждений здравоохранения.

Метод стратегических альтернатив - матрица И. Ансоффа

Создание концепции «стратегического маркетинга» в медицинской сфере было мотивировано нарастающими ожиданиями клиентов, желающих получить более разнообразный и качественный выбор медицинских услуг.

При разработке маркетинговых стратегий для учреждения здравоохранения, основное внимание необходимо уделять изучению и пониманию клиентской базы. Это изучение включает в себя как углубленной исследования уже имеющихся клиентов, так и исследование потенциальных новых клиентов, в дополнение к исследованию возможностей для расширения услуг на «новом рынке».

В этой связи, полезно применить такой инструмент, как, матрица И. Ансоффа, которая является ключевым элементом в стратегическом управлении. Эта матрица, предназначенная для определения стратегии позиционирования товара на рынке и представляющая собой поле, образованное двумя осями – горизонтальной осью – «товары компании» (подразделяются на «существующие» и «новые») и вертикальной осью – «рынки компании», которые также подразделяются на «существующие» и «новые» [7].

Матрица И. Ансоффа в нашем случае использована для того, чтобы помочь государственным медицинским учреждениям найти правильное позиционирование своих услуг на рынке, к которому они стремятся. Использование этого инструмента позволит государственным учреждениям здравоохранения определить стратегию развития и уменьшить степень неопределенности при решении важных задач.

Стратегия проникновения(существующий рынок – существующий товар)

В ситуациях, когда медицинское учреждение стремится расширить свое присутствие на уже знакомом рынке и наращивать объемы продаж медицинских услуг, она часто выбирает стратегию проникновения. В сфере платных медицинских услуг, где конкуренция достигает высокого уровня, медицинским организациям необходимо приложить максимум усилий для расширения своей рыночной доли, что ведет к необходимости стратегии роста.

Существующий рынок: платные медицинские услуги в Свердловской области (таблица 37).

Существующая товарная группа: платные медицинские услуги.

Таблица 37 – Стратегия проникновения

Стратегия проникновения	Перспектива роста на текущем рынке		
	Возможна	Вероятна	Невозможна
1	2	3	4
Динамика рынка	Замедление	Стагнация/ снижение	Рост
Размер рынка	Средний	Небольшой	Большой
Уровень доступа к товару	Среднерыночный	Ниже среднерыночных	Выше среднерыночных
Конкуренция на рынке	Низкая	Средняя	Высокая
Уровень дистрибуции товара на рынке	Ниже среднерыночных	Среднерыночный	Выше среднерыночных
Уровень знания бренда	Выше среднерыночных	Среднерыночный	Ниже среднерыночных
Экономия от масштаба	Есть	Есть	Нет
Медицинская услуга имеет конкурентное преимущество на рынке	Да	Да	Нет
Возможности инвестиций	Есть	Есть	Есть
Объем инвестиций	Средний	Средний	Высокий
Уровень риска возвратности инвестиций	Низкий	Низкий	Высокий

Стратегия развития рынка(существующий товар – новый рынок)

В рамках матрицы, созданной И. Ансоффом, один из подходов к увеличению доли на рынке заключается в выходе на новый рынок с уже знакомыми потребителям медицинскими услугами. К примеру, медицинское учреждение, имеющее узкую сферу влияния, может применить этот метод для того, чтобы начать предлагать свои услуги в районе, где ранее оно не было представлено (таблица 38).

Новый рынок: платные медицинские услуги для жителей регионов РФ и прочих государств.

Таблица 38 – Стратегия развития рынка

Стратегия развития рынка	Товар на новом рынке		
	Возможна	Вероятна	Невозможна
Успешность текущей деятельности	Среднерыночная	Выше среднерыночной	Ниже среднерыночной
Уровень насыщения товаром нового рынка	Низкий	Низкий	Высокий
Уровень входных барьеров	Высокий	Средний	Отсутствует
Динамика нового рынка	Стагнация	Стагнация	Рост
Товар имеет конкурентное преимущество на рынке	Да	Да	Нет
Возможность инвестиций	Нет	Нет	Да
Уровень риска возвратности инвестиций	Средний	Высокий	Низкий

Стратегия развития товара(новый товар – существующий рынок)

Медицинские учреждения с устоявшейся репутацией и широкой клиентской базой могут столкнуться с насыщением рынка своими текущими медицинскими услугами. Чтобы продолжать развитие, им может потребоваться внедрение инновационных медицинских технологий. Это согласуется с концепцией матрицы И. Ансоффа, которая акцентирует внимание на важности диверсификации

продукции для клиник, владеющих значительной долей рынка и желающих расширяться за счет развития новых продуктов (таблица 39).

Существующий рынок: платные медицинские услуги Свердловской области.

Таблица 39 – Стратегия развития товара

Стратегия развития товара	Расширение ассортимента на существующем рынке		
	Возможна	Вероятна	Невозможна
Динамика рынка	Замедление роста	Рост	Стагнация/ снижение
Размер текущего рынка	Большой	Средний	Низкий
Имеющиеся медицинские услуги устарели, имеют недостатки	Нет	Тенденции снижения спроса	Да
Внутриотраслевая конкуренция	Низкая	Средняя	Высокая
Угроза входа новых игроков	Низкая	Средняя	Высокая
Зависимость от инновационности и предложения новых продуктов	Нет	Да	Да
Уровень обновления ассортимента медицинских услуг и инноваций у ключевых конкурентов	Низкий	Средний	Высокий
Возможность инвестиций	Да	Да	Нет

Стратегия диверсификации

(новый товар – новый рынок)

Стратегия диверсификации в матрице И. Ансоффа применяется, когда вид медицинских услуг является совершенно новым и выводится на новую аудиторию пациентов и в новых территориях.

Новый рынок: платные медицинские услуги для жителей регионов РФ и прочих государств на базе учреждения здравоохранения регионального уровня (таблица 40).

Таблица 40 – Стратегия диверсификации

Стратегия диверсификации	Есть ли необходимость в диверсификации		
	Возможна	Вероятна	Невозможна
Динамика текущих рынков	Замедление роста	Рост	Стагнация/ снижение
Конкуренция на текущем рынке	Средняя	Средняя	Высокая
Наличие дополнительных свободных ресурсов для развития на новом рынке	Нет	Нет	Да
Компетенции (или возможность их получения) для ведения бизнеса на новом рынке	Нет	Нет	Да
Возможности роста на текущих рынках и с помощью текущих товаров	Да	Да	Нет
Уровень риска	Да	Да	Нет

Таблица 41 – Свод результатов стратегических альтернатив

Стратегия	Возможность реализации	Описание	Источники роста
1	2	3	4
Проникновения	Возможна	Сформированная репутация бренда и кадров. Отработанные каналы дистрибуции. Гарантированный и прогнозируемый поток потребителей. Фактич. отсутствие конкуренции. Мин. затраты на развитие и возможности дополнительных инвестиций. Мин. риски. Большая вероятность занятия доминирующей позиции на рынке. В перспективе 3-5 лет развитие рынка.	<ul style="list-style-type: none"> • совершенствование технологий; • повышение качества услуг и эффективности процессов; • повышение интенсификации отдачи потребителя; • увеличение частоты продаж; • повышение информированности потребителей; • привлечение новых потребителей; • новые каналы дистрибуции; • программы лояльности; • развитие сервисов; • возможности вытеснения конкурентов; • гибкость ценообразования; • пакетные предложения; • информационно-образовательные кампании.

Продолжение таблицы 41

1	2	3	4
Развития рынка	Вероятна	<p>Расширение географии присутствия.</p> <p>Сформированный и потенциальный спрос.</p> <p>Фактическое отсутствие конкуренции и предложения как такового. Значительный уровень входных барьеров (экономических и административных).</p> <p>Проблемы дополнительных инвестиций</p>	<ul style="list-style-type: none"> • уникальность предложения; • новые каналы дистрибуции; • новые потребители; • высокий спрос; • дифференциация цен; • маркетинговые технологии.
Развития товара	Возможна	<p>Узнаваемость бренда.</p> <p>Понятный, гарантированный и прогнозируемый поток потребителей.</p> <p>Незначительная конкуренция.</p> <p>Возможность дополнительных инвестиций.</p> <p>Минимальные риски.</p> <p>Большая вероятность занятия доминирующей позиции на рынке.</p> <p>В перспективе 3-5 лет развитие рынка.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • расширение ассортимента услуг; • развитие комплексных пакетов; • клинические испытания и апробации; • добавление новых свойств; • создание продуктов повышенного качества; • развитие сервисов; • внедрение новых профилей и безаналоговых услуг; • таргетная терапия, уникальные методики и реабилитация; • информационно-образовательные кампании; • маркетинговые технологии; • новые каналы дистрибуции.

Продолжение таблицы 41

1	2	3	4
Диверсификации	Невозможна	Сформированный профиль учреждения. Фактическая невозможность внесения новых направлений деятельности в уставные документы. Кадровые и финансовые проблемы. Фактическая возможность реализации исключительно информационных возможностей и немедицинских сервисов.	<ul style="list-style-type: none"> • расширение перечня оказываемых немедицинских услуг; • расширение ассортимента профилей телемедицины; • проработка перспективных и отсутствующих на рынке предложений.

Главной уязвимостью продукта является высокая конкуренция со стороны частных клиник, ценовая политика, а сильной стороной – качество продукта и возможность комплексного предложения благодаря широкому продуктовому портфелю (таблица 42).

Таблица 42 – Оценка стратегических альтернатив

Стратегические альтернативы	Проникновения	Развития товара
1	2	3
Пригодность	<ul style="list-style-type: none"> • сформированный спрос на квалифицированную высокотехнологичную медицинскую помощь; • гарантированный и прогнозируемый поток потребителей. • широкий круг потенциальных потребителей; • низкий уровень существующей конкуренции; • рецессия экономического развития; • снижение активности потенциальных конкурентов (отказ от выхода на рынок, от инвестиций т.д.); • высокие пороги для входа новых игроков • снижение финансирования на оказание бесплатной медицинской помощи; • высокая технологичность процессов и методик; • старение населения; • повышение уровня заболеваемости по всем нозологиям; • повышение информированности; • тенденции к повышению уровня ответственности отношения населения к здоровью и качеству жизни; • спрос на комплексность предложения; • отсутствие альтернатив; • тенденция к закреплению кадров в государственных учреждениях 	<ul style="list-style-type: none"> • сформированная репутация; • уникальность и запатентованность технологий; • спрос на квалифицированную высокотехнологичную медицинскую помощь; • наличие потенциальных потребителей; • отсутствие технологий в гарантированных государством программах оказания бесплатной медицинской помощи; • снижение финансирования на оказание бесплатной медицинской помощи; • централизация технологий на базах федеральных центров, очередность и квотирование; • отсутствие региональной конкуренции; • невозможность входа новых игроков; • высокая технологичность процессов и методик; • развитие методик диагностики и повышение выявляемости заболеваний; • повышение информированности • отсутствие альтернатив;

Продолжение таблицы 42

1	2	3
Осуществимость	<ul style="list-style-type: none"> • широкий спектр медицинских услуг; • высококвалифицированный и стабильный штат; • высокий уровень оснащенности технологичным оборудованием; • уникальные компетенции; • высокая репутация, узнаваемость и статус учреждения; • высокое качество оказываемых услуг; • незначительный объем инвестиций; • готовность к инвестициям; • сформированное у администрации осознание необходимости и востребованности; • высокая востребованность потребителем. 	<ul style="list-style-type: none"> • возможность внедрения; • высококвалифицированный и стабильный штат; • высокий уровень оснащенности технологичным оборудованием; • уникальные компетенции; • высокая репутация, узнаваемость и статус учреждения; • высокое качество оказываемых услуг; • незначительный объем и готовность к инвестициям; • востребованность потребителем; • наличие высококвалифицированных узкоспециализированных кадров.
Приемлемость	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие финансовых рисков; • увеличение финансового результата от комплиментарных услуг (консультативные приемы, диагностика, реабилитация); • длительность ожидания реализации всех заинтересованных сторон (администрации, штата, потребителей, учредителя, партнеров). 	<ul style="list-style-type: none"> • отсутствие финансовых рисков; • увеличение финансового результата от комплиментарных услуг (консультативные приемы, диагностика, реабилитация); • поощрение и содействие руководства.

Высокий уровень внешнего окружения бизнеса, усиление ценовой конкуренции на фоне ограниченности ресурсов определяет необходимость поиска стратегических решений, способных снизить негативное воздействие данных факторов. Структурные глобальные изменения детерминируют потребность в пересмотре и оптимизации подходов к организации оказания платной помощи в государственных учреждениях здравоохранения. В этом контексте актуальна разработка стратегии роста и развития в данном направлении.

На основе проведенного анализа внешнего окружения и отрасли мы можем выделить аргументы за и против применения стратегии роста. В пользу выбора

стратегии экспансии мы можем привести следующие аргументы, указывающие косвенно о потенциале роста рынка:

- высокая вовлеченность пациентов;
- потенциал государственных учреждений здравоохранения;
- развитие частной медицины.

Однако сильными контраргументами являются сложность прогнозирования объема продаж, ресурсоемкость стратегии и долгосрочный эффект отдачи вложенных ресурсов даже при оптимистическом сценарии.

Цепочка добавленной стоимости М. Портера

В научной литературе под цепочкой добавленной стоимости понимается полный спектр видов экономической деятельности, осуществляемых предприятиями для доведения товара или услуги от стадии разработки до конечного использования.

С целью решения задач проекта, с помощью цепочки добавленной ценности необходимо не только выявить помимо базовых характеристик качественной услуги, но и сформировать для пациента уникальную ценность предлагаемой услуги.

Анализируя каждое звено в цепочке ценности по основным видам деятельности, можно определить следующий ряд конкурентных преимуществ:

- экспертный статус учреждения, высокая квалификация персонала, лучшее качество оказания медицинской помощи;
- наличие амбулаторно-поликлинического звена и возможность наблюдения пациента в медицинском учреждении на дооперационном и послеоперационном этапах;
- возможность консультирования и наблюдения сопутствующих заболеваний в одном учреждении, ведение единой медицинской информационной системы (далее – МИС) с электронной медицинской картой пациента.

Проведенная оценка конкурентных возможностей на основе анализа цепочки ценностей, способствует определению позиции учреждения. Описанные

факторы уникальности в каждом виде действий при оказании плановой помощи позволяют взять курс на стратегию дифференциации ценности.

Таблица 43 – Цепочка создания ценности услуги при оказании плановой хирургической помощи

		А	В	С
	1	2	3	4
Компоненты ценности для пациента	Информирование	Порядок и сроки получения медицинской помощи; подготовка к проведению хирургического вмешательства; послеоперационное наблюдение	О текущем состоянии здоровья пациента; о необходимых дообследованиях; о необходимости диспансерного наблюдения	Информация обо всех обследованиях и консультациях специалистов в одной медицинской информационной системе
	Измерение		Осмотры врачей-специалистов; диагностические исследования, хирургическая помощь	Наблюдение и ведение сопутствующих заболеваний
	Доступ к медицинской услуге	Прием врача – специалиста в медицинском учреждении	Проведение хирургического вмешательства в медицинском учреждении	Послеоперационное наблюдение в медицинском учреждении
Основные виды деятельности		до оказания услуги	оказание услуги	после оказания услуги

Продолжение таблицы 43

1	2	3	4
Медицинское учреждение	Маркетинг и продажи	Госпитализация в платное плановое хирургическое отделение	Наблюдение у профильного специалиста в послеоперационном периоде
	Составление плана хирургического лечения и предоперационного обследования	Проведение хирургического вмешательства	Ведение сопутствующих заболеваний
	Прохождение предоперационного обследования	Выписка из отделения	Постановка на диспансерное наблюдение при необходимости
	Электронная маршрутизация пациента, направление к специалистам		направление на санаторно-курортное лечение при необходимости

Ресурсы в части высококвалифицированного штата медицинского персонала, новейшее оборудование, доступ к медицинской истории пациента в единой МИС, возможность сопровождения пациента до и после оказания хирургического вмешательства – все эти ресурсы позволяют учреждению долгое время сохранять ценность услуг и обеспечивать высокий ценовой уровень.

Модель пяти сил Майкла Портера

С целью оценки потенциальных рисков для учреждения в долгосрочной перспективе, с целью оценки неблагоприятных событий, которые могут оказать влияние на развитие платных медицинских услуг, была использована модель пяти сил Портера.

Модель пяти сил М. Портера отчетливо характеризует состояние внешней и внутренней среды учреждения. При явных преимуществах конкурентов на рынке медицинских услуг ввиду уникальности значительного количества продуктов существует высокий риск вероятности потери существующих клиентов ввиду

недостаточного развития сервисной составляющей услуг. Нестабильность поставщиков увеличивает риски возникновения неудовлетворенности клиентов, так как сервисная составляющая государственных медицинских учреждений в значительной степени зависит от уровня и ответственности партнерских организаций, самостоятельно выбрать которые она не в праве в силу требований существующего законодательства Российской Федерации.

Варианты стратегии изменения ситуации:

1. Рекомендуется придерживаться стратегии укрепления бренда и концентрации на таком целевом рынке, для которого важны качество оказания медицинских услуг, наличие высокой репутации, уникальных компетенций, экспертных мнений.

2. Основные усилия компания должна сосредоточить на построении высокого уровня сервиса и развития информированности пациентов о доступности данного вида услуг.

3. Для сохранения конкурентоспособности необходимо постоянно развивать существующие и нарабатывать новые компетенции, виды услуг.

В контексте адаптации стратегии для улучшения положения на рынке платных медицинских услуг, акцент должен быть сделан на следующие аспекты:

- первостепенное значение имеет укрепление имиджа клиники и концентрация усилий на тех сегментах рынка, где представлен высокий уровень медицинских услуг, уважаемая репутация и уникальный опыт, которые являются ключевыми критериями;

- вторым шагом является стремление повысить стандарты обслуживания и развития информированности пациентов о доступности данного вида услуг;

- наконец, для поддержания высокой конкурентоспособности, компания должна непрерывно совершенствовать имеющиеся медицинские услуги и вводить новые, укрепляя свои позиции на рынке;

- минимизировать влияние административных барьеров на пациентов;

- рекомендуется расширять рынок и пакеты предоставления медицинских услуг;

- разработка специальных пакетных продуктов для любого уровня потребителей.

Проведенный анализ социально-экономического развития региона, исследование слабых и сильных сторон внутренней среды системы здравоохранения;

- анализ возможностей и угроз внешней среды;
- разработка сценарных планов развития учреждений;
- разработка плана мероприятий развития учреждения и их реализация;
- определение направлений внутренних преобразований учреждения и разработка стратегий развития на основании использованных инструментов маркетинга, позволили нам разработать наиболее оптимальную модель реализации возможностей оказания платных медицинских услуг в государственном учреждении здравоохранения.

6.4. Проект (модель) создания платного на условиях организационно-правовой модели частно-государственного партнерства (на примере отделений офтальмологического и хирургического профилей)

На основании результатов анкетирования, проведенного среди врачей и пациентов в Свердловской области, выяснилось, что большинство опрошенных выразили желание получать платные медицинские услуги в специализированных подразделениях, которые функционируют на базе государственных медицинских учреждений. Это предпочтение подтверждается динамикой показателей терапевтического отделения, оказывающего платные услуги в стенах Свердловской областной клинической больницы № 1, особенно учитывая рост случаев неотложных госпитализаций в многопрофильные медицинские учреждения, которые наблюдались в последние два года.

Аргументами в пользу реализации проекта являются:

- Независимость от профильных отделений;
- Повышение уровня сервиса;

- Разведение потоков пациентов;
- Потенциал повышения уровня лояльности;
- Возможность развития пакетных продуктов;
- Увеличение объемов продаж;
- Контроль расходов;
- Повышение материальной заинтересованности персонала.



Рисунок 33 – Предполагаемый план организации отделения

6.4.1. Проект создания платного хирургического отделения

В связи с тем, что распространение COVID-19 внутри медучреждений создало препятствия для тех пациентов, которые хотели получить медицинскую помощь в стационаре, особенно в случае необходимости хирургического вмешательства на платной основе, возникла потребность в разработке новых бизнес - подходов. Они направлены на организацию специализированных платных хирургических отделений, которые функционируют на базе многопрофильного учреждения здравоохранения.

Профиль отделения - проекта: хирургический многопрофильный.

Коечный фонд – 20 коек.

Койко-день – 1-5 дня.

Нозологии: абдоминальная хирургия, гинекология, урология, колопроктология и другие.

Оснащение отделения в соответствии со стандартом оснащения хирургического отделения, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» [11].

К третьему году существования проекта, согласно нашим прогнозам, ожидается, рост операционной прибыли на 29%. Это произойдет на фоне стабильного уровня заработной платы, амортизации капитальных затрат и амортизации основных средств. При этом предвидится, что доходы учреждения увеличатся примерно на 31 миллион рублей в год к указанному периоду (таблица 44) [10,11].

таблица 44 – Плановые финансовые показатели отделения

P&L	2023	2024	2025
Revenue (Выручка)	81 301 500	98 645 820,0	112 738 080,0
Cost of sales *	38 625 000	46 865 000,0	53 560 000,0
Wages and salaries+Payrol taxes (ФОТ)	13 537 800	13 537 800,0	13 537 800,0
Other expenses**	5 691 105	6 905 207,4	7 891 665,6
Depreciation CAPEX (амортизация капитальных затрат)	7 980 000	7 980 000,0	7 980 000,0
Depreciation OPEX (амортизация основных средств)	3 028 167	3 028 167	3 028 167
ЕВITDA, net	23 447 595	31 337 812	37 748 614
ЕВITDA,%	29%	32%	33%
ЕВIT,net (операционная прибыль)	12 439 428	28 309 646	34 720 448
ЕВIT,% (операционная прибыль)	15%	29%	31%

Примечание. * Затраты на проведение оперативного вмешательства, расходный материал, лекарственные средства; ** затраты на общехозяйственные нужды, моющие, дезинфицирующие средства, коммунальные расходы, предметы и средства гигиены

В течение 3 лет работы, объем финансовых операций, поступление (приток) и выплаты (отток) достигнет отметки в 33%. Во второй год активности отделения прогнозируется возврат инвестиций на уровне до 32%. В то время как приток капитала к концу трехлетнего периода возрастет на 31 миллион рублей, расходы сократятся на 15 миллионов рублей, как показано в таблице 45.

Таблица 45 – Совокупность распределенных во времени поступлений (притока) и выплат (оттока) денежных средств

CF	2023 год	2024 год	2025 год
CF in	81 301 500,0	98 645 820,0	112 738 080,0
CF out	90 878 405,0	67 308 007,4	74 989 465,6
NCF, net	- 9 576 905,0	31 337 812,6	37 748 614,4
NCF, %	-12%	32%	33%

Коэффициент рентабельности инвестиций за 3 года составит 229%. Операционная прибыль за 3 года –75,5 млн. рублей. Чистая приведенная стоимость проекта – 33,0 млн. рублей (таблица 46).

Таблица 46 – Коэффициент рентабельности инвестиций

ROI (3 года)	229%
IC	33 024 500,0
ЕВИТ (3 года)	75 469 522

Чистая приведенная стоимость проекта – 50,2 млн. рублей, при ставке дисконтирования (r) 10%. Чистый денежный поток в первый год работы отделения составит 23,4 млн. рублей, к 3-му году работы он увеличится на 60%. Суммарный дисконтированный денежный поток составит 83,3 млн. рублей (таблица 47).

Таблица 47 – Чистая приведенная стоимость проекта

Период (годы)	IC (изнач. проектн. капитал)	CF in (вх. денежный поток)	CF out (исх. денежный поток)	NCF (чистый денежный поток)	Дисконтированный NCF (чистый денежный поток)	Дисконтированный NCF с нарастающим итогом
0	33 024 500	-	-	-	-	0
1	-	81 301 500	57 853 905	23 447 595	21 102 836	21 102 836
2	-	98 645 820	67 308 007	31 337 813	28 204 031	49 306 867
3	-	112 738 080	74 989 466	37 748 614	33 973 753	83 280 620

Внутренняя норма доходности составит 68%, что говорит о высокой прибыльности проекта (таблица 48).

Таблица 48 – Внутренняя норма рентабельности

Период (годы)	IC (изначальный проектн. капитал)	CF in (входящий денежный поток)	CF out (исходящий денежный поток)	NCF (чистый денежный поток)
0	33 024 500	-	-	- 33 024 500
1	-	81 301 500	57 853 905	23 447 595
2	-	98 645 820	67 308 007	31 337 813
3	-	112 738 080	74 989 466	37 748 614

Период окупаемости проекта 2 года. Проект начнет приносить прибыль на второй год существования (таблица 49).

Таблица 49 – Период окупаемости инвестиций

Период (годы)	IC (изначальный проектн. капитал)	NCF (чистый денежный поток) с нарастающим итогом
0	33 024 500	
1	-	23 447 595
2	-	54 785 408
3	-	92 534 022

Таким образом, исходя из представленных расчетов, предполагается, что введение проекта в действие принесет доход в размере 92,5 миллиона рублей за трехлетний период, ожидая полного возврата инвестиций через два года. В

дополнение к этому, проект не повлияет на плановые госпитализации в действующие хирургические отделения, которые будут доступны для пациентов в соответствии с их выбором и при наличии коечного фонда [11].

6.4.2. Проект создания платного офтальмологического отделения

Офтальмологическая служба является одной из активно развивающихся областей здравоохранения, особенно при оказании платных медицинских услуг. Это направление отмечено как самое высокодоходное, по сравнению с другими медицинскими специальностями. На сегодняшний день назрела проблема в том, что государственные учреждения здравоохранения не могут в полном объеме обеспечить население высокотехнологичной медицинской помощью при растущем спросе пациентов и высокой распространенностью заболеваний органа зрения. Отчеты ФФСН №12 и Росстата показывают, что зрительные нарушения занимают пятую позицию по частоте среди четырнадцати групп заболеваний в структуре общей заболеваемости.

Указанные факты формируют высокую привлекательность офтальмологии для оказания платных медицинских услуг.

Таблица 50 – Показатели заболеваемости органа зрения в структуре общей и первичной заболеваемости за 2017-2021 гг., случаев на 1000 населения

Показатели заболеваемости органа зрения	2017	2018	2019	2020	2021
Общая заболеваемость	105	103,4	111,8	88,1	94,8
Первичная заболеваемость	35,6	32,7	32,2	28,4	30,4

В структуре финансовых показателей, офтальмологическая служба в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» формирует 17% дохода от общего объема хирургических вмешательств, осуществляемых в рамках обязательного медицинского страхования, и 22% – от операций, выполняемых на платной основе. К тому же, именно офтальмологические операции составляют 31% от всех операций, проведенных на платной основе в хирургических

отделениях больницы. При этом данный вид медицинской помощи демонстрирует прибыльность в 30,1%.

За последние 5 лет произошло увеличение числа частных медицинских учреждений, оказывающих офтальмологическую помощь населению на платной основе. Пациенты стремятся получить медицинскую помощь платно в надежде на высокий уровень сервиса, который включает в себя качественную медицинскую помощь, быстрый доступ к медицинским услугам без очередей, внимательное отношение со стороны персонала, использование современного медицинского оборудования и разнообразие предлагаемых процедур. Население готово нести финансовые затраты в надежде получения, по их собственным субъективным ожиданиям, более качественной медицинской помощи [10].

Именно эти факторы стали причиной разработки бизнес - проекта создания платного офтальмологического отделения на базе многопрофильного медицинского учреждения.

Профиль отделения - проекта: офтальмологический.

Коечный фонд – 20 коек.

Койко-день – 1-3 дня.

Оснащение отделения в соответствии со стандартом оснащения офтальмологического отделения, утвержденного «Порядком оказания плановой медицинской помощи населению Российской Федерации при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 февраля 2010 г. № 115н».

К третьему году существования проекта, согласно нашим прогнозам, ожидается, рост операционной прибыли на 29%. Это произойдет на фоне стабильного уровня заработной платы, амортизации капитальных затрат и амортизации основных средств. При этом предвидится, что доходы учреждения увеличатся примерно на 31 миллион рублей в год к указанному периоду (таблица 51) [10,11].

Таблица 51 – Плановые финансовые показатели отделения

P&L	2023	2024	2025
Revenue (Выручка)	78 189 375,0	94 869 775,0	108 422 600,0
Cost of sales *	34 403 325,0	41 742 701,0	47 705 944,0
Wages and salaries+ Payrol taxes (ФОТ)	13 989 060,0	13 989 060,0	13 989 060,0
Other expenses**	5 473 256,2	6 640 884,2	7 589 582,0
Depreciation CAPEX (амортизация кап затрат)	1 196 250,0	1 196 250,0	1 196 250,0
Depreciation OPEX (амортизация осн средств)	4 781 220,0	4 781 220,0	4 781 220,0
EBITDA, net	24 323 733,7	32 497 129,7	39 138 014,0
EBITDA, %	31%	34%	36%
EBIT,net (операционная прибыль)	18 346 263,7	27 715 909,7	34 356 794,0
EBIT,% (операционная прибыль)	23%	29%	32%

Примечание. * Затраты на проведение оперативного вмешательства, расходный материал, лекарственные средства; ** затраты на общехозяйственные нужды, моющие, дезинфицирующие средства, коммунальные расходы, предметы и средства гигиены.

Совокупность распределенных во времени поступлений (притока) и выплат (оттока) денежных средств к 3-му году работы составит 36%, окупаемость ко второму году работы до 34%. Входящий денежный поток увеличивается на 30 млн. рублей к третьему году. Исходящий денежный поток к третьему году уменьшается 14 млн. рублей (таблица 52).

Таблица 52 – Совокупность распределенных во времени поступлений (притока) и выплат (оттока) денежных средств

CF	2023	2024	2025
CF in (входящий денежный поток)	78 189 375,0	94 869 775,0	108 422 600,0
CF out (исходящий денежный поток)	83 752 991,2	62 372 645,2	69 284 586,0
NCF, net (чистый денежный поток)	- 5 563 616,2	32 497 129,7	39 138 014,0
NCF, % (чистый денежный поток)	-7%	34%	36%

Коэффициент рентабельности инвестиций за 3 года составит 269%. Операционная прибыль за 3 года – 80,4 млн. рублей. Чистая приведенная

стоимость проекта – 29,1 млн. рублей (таблица 53).

Таблица 53 – Коэффициент рентабельности инвестиций

ROI (3 года)	269%
IC	29 887 350,0
ЕБИТ (3 года)	80 418 968

Чистая приведенная стоимость проекта – 55,01 млн. рублей, при ставке дисконтирования (r) 10%. Чистый денежный поток в первый год работы отделения составит 24,1 млн. рублей, к 3-му году работы он увеличится на 90%. Суммарный дисконтированный денежный поток составит 84,9 млн. рублей (таблица 54).

Таблица 54 – Чистая приведенная стоимость проекта

Период (годы)	IC (изнач. проектн ый капитал)	CF in (вх.денежн ый поток)	CF out (исх. денежный поток)	NCF (чистый денежный поток)	Дисконтиров анный NCF (чистый денежный поток)	Дисконтиров анный NCF с нарастающи м итогом
0	29 887 350	-	-	-	-	0
1	-	78189375	51637316	26552059	24138235	24138235
2	-	94869775	59668944	35200831	29091596	53229831
3	-	108422600	66194642	42227958	31726490	84956321

Внутренняя норма доходности составит 90%, что говорит о высокой прибыльности проекта (таблица 55).

Таблица 55 – Внутренняя норма рентабельности

Период (годы)	IC (изначальный проектн ый капитал)	CF in (входящий денежный поток)	CF out (исходящий денежный поток)	NCF (чистый денежный поток)
0	29 887 350	-	-	- 29 887 350
1	-	78 189 375	51 637 316	26 552 059
2	-	94 869 775	59 668 944	35 200 831
3	-	108 422 600	66 194 642	42 227 958

Период окупаемости проекта 2 года. Проект начнет приносить прибыль на второй год существования (таблица 56).

Таблица 56 – Период окупаемости инвестиций

Период (годы)	ИС (изначальный проектный капитал)	NCF с нарастающим итогом (чистый денежный поток) с нарастающим итогом
0	29 887 350,0	-
1	-	26 552 059
2	-	61 752 890
3	-	103 980 848

Таким образом, реализация данного проекта позволит получить доход в размере 92,534 млн. рублей в период за 3 года, с полной окупаемостью за 2 года. При этом, сохранится плановая госпитализация в существующие офтальмологические отделения, по желанию пациентов и наличии коечного фонда [10].

РЕЗЮМЕ

В последнее время Россия активно стремится улучшить качество и доступность медицинских услуг, государственная система здравоохранения всё еще испытывает трудности в выполнении своих задач. Наблюдается недостаточность медицинского обслуживания населения, а также значительные личные затраты на здоровье по сравнению с доходами граждан. Это сопровождается низким вкладом государства в финансирование здравоохранения и, как следствие, показатели здоровья и продолжительности жизни в стране отстают от мировых стандартов.

В ходе проведенного исследования, расширение внебюджетных источников финансирования в государственных учреждениях здравоохранения позволит решить вопросы кадрового дефицита, используя грамотную маршрутизацию пациентов, единую региональную медицинскую информационную систему, что

исключит дублирование медицинских услуг, а также введением телемедицинских сервисов.

Используя методы стратегического менеджмента, а именно цепочку добавленной стоимости М.Портера, доказано, что ключевыми звеньями ценности по основным видам деятельности, можно определить следующий ряд конкурентных преимуществ: экспертный статус учреждения, высокую квалификацию персонала, лучшее качество оказания медицинской помощи; наличие замкнутого цикла наблюдения пациента на амбулаторном и стационарном этапе.

«Модель пяти сил М. Портера» отчетливо характеризует состояние внешней и внутренней среды учреждения. В этом контексте актуальна разработка стратегии роста и развития в данном направлении.

Однако сильными контраргументами являются сложность прогнозирования объема продаж, ресурсоемкость стратегии и долгосрочный эффект отдачи вложенных ресурсов даже при оптимистическом сценарии.

Разработка и внедрение новой квазиконцессионной формы, включая создание методического фундамента для форм ГЧП, не основанных на концессионных соглашениях, и последующей оптимизацией регионального законодательства. В здравоохранении существуют объективные отличия отраслевой специфики реализации проектов ГЧП, следовательно, содержательная часть кодексов этики может варьироваться в зависимости от области реализации ГЧП. На основании проведенного нами анализа форм и методов ГЧП, наиболее перспективным направлением является организация самостоятельных отделений на базе государственных учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи населению на платной основе, где частным партнером будет выступать физическое лицо при заключении гражданско – правового договора на оказание платной медицинской помощи.

ГЛАВА 7. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

7.1. Показатели системы здравоохранения Свердловской области по управленческим округам

Руководители медицинских организаций проявляют глубокий интерес к тому, какие факторы управляют пациентами при выборе платных медицинских услуг. Понимание и возможность управлять этими данными позволяет оптимизировать сервис, повысить эффективность медицинского учреждения, что в итоге позволит увеличить доход от внебюджетной деятельности, и привлечь новых клиентов, при сокращении расходов на рекламу. Стремясь быть конкурентоспособными на рынке платных медицинских услуг, учреждения здравоохранения предлагают медицинские услуги, максимально удовлетворяющие желаниям пациентов.

Как правило, информация о качестве предлагаемой медицины остается за пределами понимания большинства пациентов. Когда они сталкиваются с необходимостью выбрать медицинское учреждение, их решения часто основываются на рекомендациях знакомых, доступности услуг и оперативности оказания помощи. В связи с этим, мы провели анализ, призванный выявить связь между такими параметрами, как: укомплектованность врачебными кадрами, уровни общей и первичной заболеваемости, обеспеченность коечным фондом, удаленность от столицы региона, рейтинг государственных медицинских учреждений и обращаемость за платными медицинскими услугами в ГАУЗ СО «СОКБ № 1» среди населения управленческих округов Свердловской области.

Всего в эмпирическое исследование в области было включено 164 медицинских учреждения, охватывающих шесть управленческих регионов.

В целях обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи населению, снижения смертности населения от основных причин, в 2013 г. принята трехуровневая система оказания медицинской помощи населению Свердловской области. В рамках этой системы в области и в городе Екатеринбурге были созданы 19 межмуниципальных центров. Межмуниципальные медицинские центры (далее – ММЦ) организованные в различных многопрофильных государственных медицинских учреждениях Свердловской области, призваны обеспечить доступность оказания медицинской помощи населению, соблюдение маршрутизации, рационального использования материально-технических и кадровых ресурсов медицинских организаций Свердловской области.

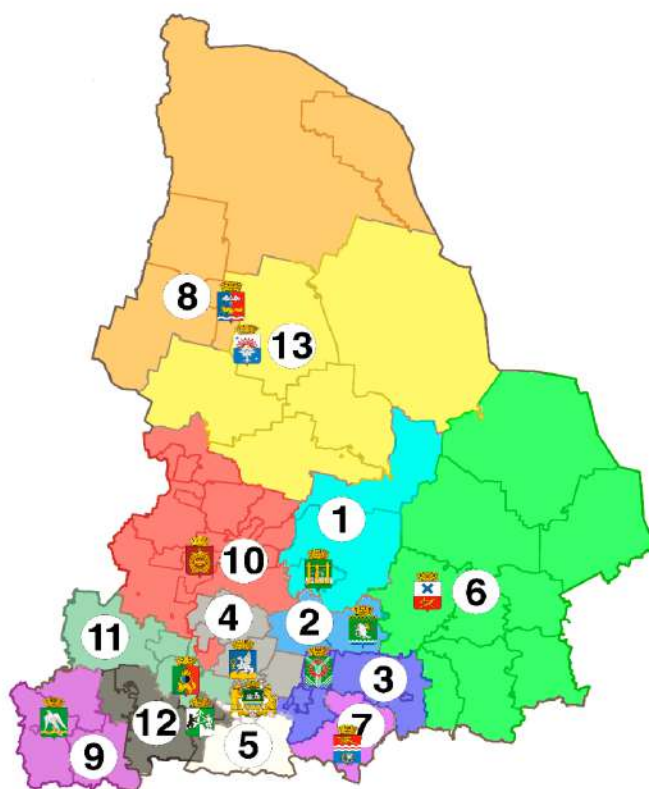


Рисунок 34 – Территориальное прикрепление районов Свердловской области к межмуниципальным медицинским центрам

Примечание. 1 – Алапаевск, 2 – Артемовский, 3 – Асбест, 4 – Верхняя Пышма, 5 – Екатеринбург, 6 – Ирбит, 7 – Каменск – Уральский, 8 – Краснотурьинск, 9 – Красноуфимск, 10 – Нижний Тагил, 11 – Первоуральск, 12 – Ревда, 13 – Серов

Самым удаленным от столицы Свердловской области, г. Екатеринбурга, является Северный управленческий округ, расстояние до административного центра составляет 326 км. Ближе всего расположен Западный управленческий округ. Расстояние от Екатеринбурга до административного центра г. Первоуральска – 40 км. Наибольшая численность населения в Горнозаводском управленческом округе (665975 человек) и Южном управленческом округе (640646 человек) (таблица 57).

Таблица 57 – Сравнительная характеристика управленческих округов Свердловской области

Управленческий округ	Административный центр	Расстояние до г. Екатеринбурга	Численность населения
Восточный управленческий округ	г. Ирбит	174 км.	467 931
Горнозаводской управленческий округ	г. Нижний Тагил	126 км.	665 975
Екатеринбург управленческий округ	г. Екатеринбург	-	1 526 384
Западный управленческий округ	г. Первоуральск	40 км.	579 549
Северный управленческий округ	г. Краснотурьинск	326 км.	460 196
Южный управленческий округ	г. Каменск-Уральский	93 км.	640 646

Укомплектованность врачебными кадрами в управленческих округах Свердловской области в пределах 55% в Горнозаводском округе в 2017 г. до 72% в Екатеринбурге. В динамике 2017-2021 г. наибольшее снижение укомплектованности врачебными кадрами произошло в Восточном управленческом округе (-13%). Наименьшее значение укомплектованности врачебными кадрами в 2021 г. отмечено в Северном управленческом округе (48%) (таблица 58).

Таблица 58 – Укомплектованность физическими лицами врачей в муниципальных образованиях, 2017-2021 гг., %

Муниципальные образования	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста, %*
Южный округ	64	65	62	57	58	-6
Горнозаводской округ	55	56	52	48	50	-5
Северный округ	57	55	53	50	48	-9
Западный округ	61	61	61	58	57	-4
Восточный округ	62	62	55	49	49	-13
МО г. Екатеринбург муниципальные	72	73	72	66	68	-4
Областные всего	63	63	61	56	61	-2
Свердловская область всего	65	66	64	60	61	-4

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

При оценке изменений показателей общей заболеваемости в управленческих округах Свердловской области, наибольший рост показателя отмечен в Горнозаводском УО (+26,7%), наименьший в Южном УО (22,4%). Снижение показателей общей заболеваемости отмечено в Западном управленческом округе (-2,9%) и в Екатеринбурге (-3,1%) (таблица 59).

Таблица 59 – Показатели общей заболеваемости населения по управленческим округам Свердловской области, 2017-2021 гг.

Управленческие округа	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
Восточный управленческий округ	1336,4	1365	1439,9	1421,8	1648,9	23,4
Горнозаводской управленческий округ	1424	1489,8	1602,8	1536,8	1804,7	26,7
Екатеринбург управленческий округ	1507,6	1492,6	1505,1	1384,8	1461,3	-3,1
Западный управленческий округ	1848,5	1549	1677,3	1668,1	1794,4	-2,9
Северный управленческий округ	1224	1243	1332,8	1323,4	1547,2	26,4
Южный управленческий округ	1424,2	1455,7	1564,8	1479,5	1743,9	22,4

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

При оценке изменений показателей первичной заболеваемости в управленческих округах Свердловской области, наибольший рост показателя отмечен в Горнозаводском УО (+41,7%), наименьший в Западном УО (+3,7%). Снижения показателей первичной заболеваемости ни в одном из управленческих округов не зарегистрировано (таблица 60).

Таблица 60 – Показатели первичной заболеваемости по управленческим округам Свердловской области, 2017-2021 гг.

Управленческие округа	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста *, %
Восточный управленческий округ	703,6	696,7	773,6	758,3	931,3	32,4
Горнозаводской управленческий округ	771,1	797	865,2	873,4	1093,3	41,7
Екатеринбург управленческий округ	798,5	764,7	804	827,9	922,2	15,5
Западный управленческий округ	945,9	810,9	858	866,9	980,5	3,7
Северный управленческий округ	635,9	626,1	699	715,1	881,1	38,5
Южный управленческий округ	746,6	754,8	815,5	819	1012,8	35,6

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

В период 2017-2021 гг. сокращение коечного фонда варьирует от 0,82% в Южном управленческом округе до 2,28% в Горнозаводском УО. Сокращение коечного фонда по остальным управленческим округам Свердловской области соизмеримо с общей тенденцией по области. Однако, в Северном управленческом округе произошло небольшое увеличение числа коек - на 0,23% (таблица 61).

Таблица 61 – Число коек на конец года в муниципальных образованиях (ф.30, таб. 3100)

Муниципальные образования	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста, %*
1	2	3	4	5	6	7
Южный округ	2669	2664	2658	2594	2647	-0,82
Горнозаводской округ	2764	2749	2736	2723	2701	-2,28
Северный округ	2181	2166	2149	2158	2186	0,23

Продолжение таблицы 61

1	2	3	4	5	6	7
Западный округ	2659	2520	2607	2570	2623	-1,4
Восточный округ	2174	2144	2139	2118	2153	-0,9
МО г. Екатеринбург муниципальные без частных	6312	6200	6243	6210	6210	-1,6
Свердловская область всего	30894	30546	30140	29706	29994	-2,9

Примечание. * В 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

7.2. Рейтинг медицинских учреждений Свердловской области

Цифровизация вносит кардинальные коррективы в процесс поиска данных, открывая двери к новым источникам и расширяя спектр доступных возможностей. Это влияет на то, как предоставляются медицинские услуги и какие факторы становятся решающими в потребительском выборе.

К тому же, внимание привлекают данные о том, что значительная доля пациентов коммерческой медицины, а именно 39%, активно используют интернет для сбора информации о медицинских учреждениях. Они исследуют отклики о медицинском персонале и клиниках не только на официальных страницах, но и в социальных сетях, а также на платформах, специализирующихся на обзорах и отзывах.

В рамках нашего исследования, нами был проведен анализ совокупного рейтинга государственных учреждений здравоохранения Свердловской области по управленческим округам по данным, полученным с сайта prodoctorov.ru для получения ранга для каждого района.

Портал ProDoctorov.ru, охватывающий всю Россию и оказывает помощь в выборе медицинских услуг или врача на основе отзывов пациентов и квалификации врачей, позволил нам составить рейтинговую таблицу медицинских учреждений управленческих округов Свердловской области. Кроме того, этот сайт оказался полезным в синергии с официальными страницами медучреждений, обеспечивая более полное представление об их сотрудниках и услугах.

Исследование рейтинга государственных медицинских учреждений показало, что лучшие учреждения здравоохранения, по мнению пациентов, находятся в Екатеринбурге, Южном и Западном управленческих округах. Так, рейтинг медицинских учреждений г. Екатеринбурге составил 3,6, в Южном управленческом округе 1,6 и Западном управленческом округе 1,5.

Это указывает на наличие квалифицированных медицинских специалистов и качественное оказание медицинских услуг различного профиля, что приводит к продуктивным результатам оказания медицинской помощи населению с учетом качества и доступности.

Медицинские учреждения в районе Восточного управленческого округа столкнулись с серьезными проблемами, которые отразились на их рейтинге, достигшем критической отметки в 0,7. Наблюдается острый дефицит квалифицированных медицинских работников, что негативно сказывается на различных показателях качества предоставляемой населению медицинской помощи. Это, в свою очередь, приводит к неудовлетворительным результатам лечения пациентов, с точки зрения их качества и доступности.

При этом, обращает на себя внимание распределение числа частных медицинских учреждений в округах. Также, как и высокий уровень рейтинга, самое большое число частных медицинских учреждений отмечено в Екатеринбурге (892), на втором месте – Южный управленческий округ (167), на третьем – Западный управленческий округ (149). Наименьшее число частных медицинских учреждений в Восточном управленческом округе (29). Все эти данные сопоставимы с ответами, как пациентов, так и врачей на вопрос о необходимости развития платных медицинских услуг (таблица 62).

Таблица 62 – Показатели управленческих округов Свердловской области

Управленческий округ	Рейтинг государственных учреждений	Число частных медицинских учреждений, абс.	Пациенты за платные услуги, %	Врачи за платные услуги, %
1	2	3	4	5
Восточный	0,7	29	48	57

Продолжение таблицы 62

1	2	3	4	5
Горнозаводской	0,8	106	43	56
Екатеринбург	3,6	892	62	60,2
Западный	1,5	149	39	42
Северный	0,9	43	54	41,5
Южный	1,6	167	37	45

При детальном анализе портрета пациентов, обратившихся на платный прием в ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», нами проведена оценка спроса на платные медицинские услуги крупнейшего государственного учреждения здравоохранения Свердловской области в зависимости от места жительства пациента в регионе. Так, большая часть обратившихся пациентов проживает в Западном управленческом округе (15,5%), реже обращаются пациенты из Северного управленческого округа, 7,67% (рисунок 35).

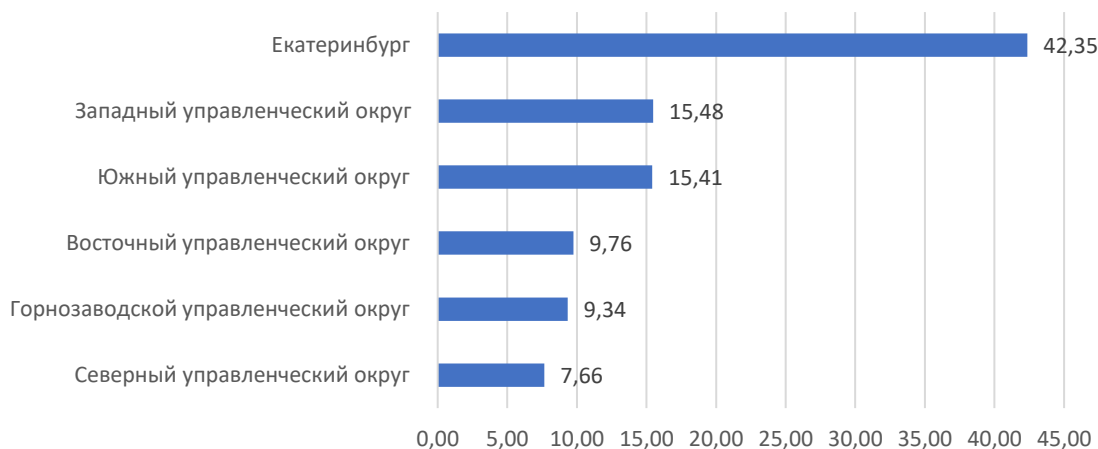


Рисунок 35 – Обращаемость жителей управленческих округов Свердловской области за платной медицинской помощью в ГАУЗ СО «СОКБ № 1», %

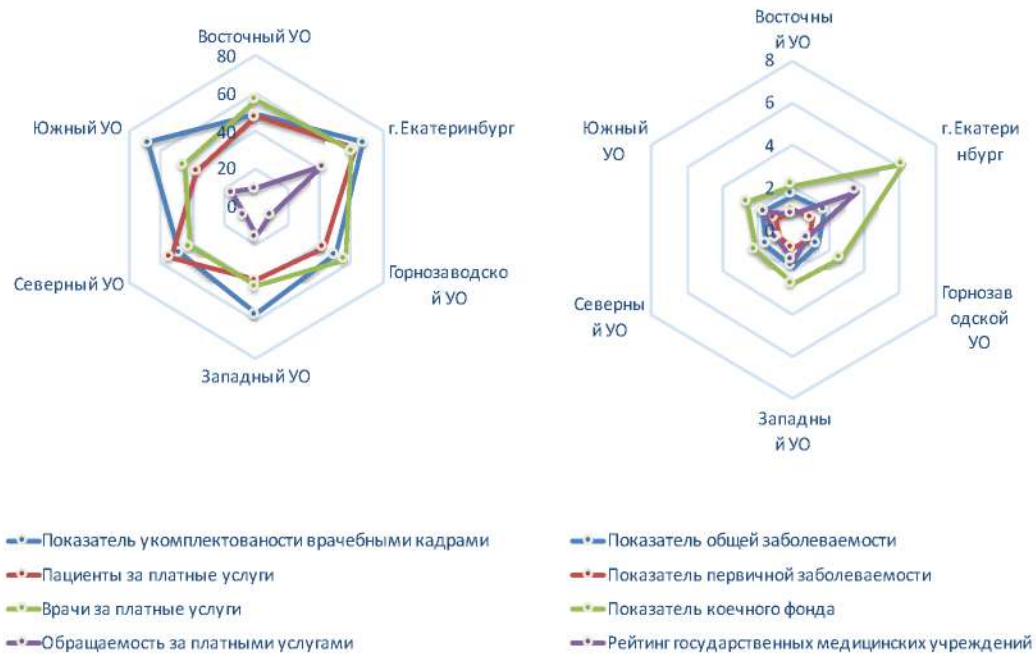


Рисунок 36 – Показатели по управленческим округам Свердловской области

7.3. Индекс лояльности пациентов на платном приеме в ГАУЗ СО «СОКБ № 1»

В настоящее время, в контексте развивающегося сектора платных медицинских услуг, нарастающей конкуренции, преимущество приобретает не классический маркетинг, а маркетинг, основанный на взаимоотношениях с клиентами. Ценность удержания пациентов и формирования их лояльности становится все более значимой. Такое изменение в приоритетах можно объяснить стремлением большинства медицинских организаций не только привлекать новых пациентов, но и сохранять текущих, строя с ними долгосрочные отношения. Понимание того, что забота о существующих пациентах может быть более экономически более выгодной стратегией, приводит к сокращению бюджета на маркетинговые кампании по привлечению новых клиентов. Более того,

удовлетворенные пациенты часто становятся источником рекомендаций, что способствует расширению клиентской базы.

Без стабильного потока как новых, так и постоянных клиентов, которые пришли по рекомендации, достижение ожидаемой экономической отдачи становится невозможным. В ходе нашего анализа было выявлено, что доля новых пациентов в 2021 году достигла 54,6% от общего количества принятых, однако к 2023 году этот показатель понизился на 8,9%. В то же время, количество пациентов, обращающихся два и более раза в год, возросло на 8,9% за тот же трехлетний период. Мы считаем, что подобные сдвиги являются результатом приверженности пациентов высокому качеству оказываемой медицинской помощи в учреждении (рисунок 37).

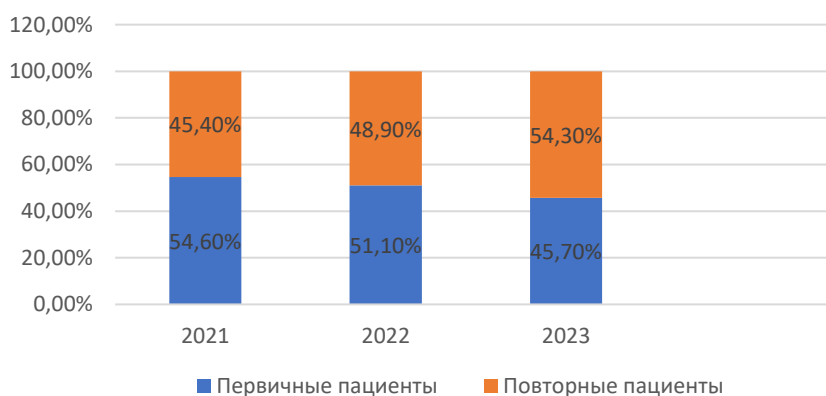


Рисунок 37 – Показатели лояльности пациентов ГАУЗ СО «СОКБ № 1», 2021-2023 гг., %

В период с 2021 по 2023 годы, обратившиеся впервые пациенты чаще всего, в 57,8% случаев, посещали врачей-специалистов. Меньшая часть, 16,4%, обращалась за лабораторными исследованиями, тогда как посещения отделений лучевой и функциональной диагностики составили по 11,5% каждая. В категории повторных обращений в течение года, самыми востребованными специалистами оказались врачи-акушеры-гинекологи (30%), врачи-пульмонологи и врачи-урологи (по 29%), за ними следуют врачи-терапевты (27%) и врачи-гематологи (25%). Интересно, что доля повторных обращений к этим специалистам оставалась стабильной на протяжении трех лет.

Соответственно, без формирования емкой базы пациентов, состоящей из лояльных пациентов, нельзя добиться стабильного развития и ожидаемых благоприятных экономических результатов в медицинском учреждении.

РЕЗЮМЕ

Анализ различных аспектов здравоохранения в разрезе административных округов помогает контролировать ситуацию в отдельных районах области, ясно отражает уровень медицинской помощи в регионе. Это необходимо для оценки эффективности политики в системе здравоохранения, акцентируя внимание на тех районах, где складываются неблагоприятные тенденции.

Обязанность руководителей системы здравоохранения включает в себя стремление к созданию одинаковых условий для развития медицинских учреждений во всех районах области. Это направлено на гарантию равных условий получения медицинской помощи на своей территории России.

Все вышесказанное послужило мотивом для формирования и внедрения региональной модели организации оказания платно медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения.

ГЛАВА 8. ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

8.1. Пути и методы совершенствования оказания платных медицинских услуг

Опрос потребителей медицинских услуг, врачей и экспертов – организаторов здравоохранения подтвердил, что первичное звено здравоохранения играет важную роль в развитии платных медицинских услуг.

С целью развития платных медицинских услуг в регионе и улучшения их качества, а также для более эффективного освоения новых рынков, расширения клиентской базы и повышения конкурентоспособности, мы предлагаем внедрить новую организационную модель оказания платных медицинских услуг в регионе. Эта модель основана на трехуровневой системе оказания медицинской помощи.

Возможности трехуровневой модели могут быть использованы для различных задач в сфере социально-экономического планирования на всех уровнях оказания платных медицинских услуг. Концепция трехуровневой модели применяется в решении вопросов регионального уровня, относящихся к анализу системы регионообразующих социально-экономических отношений: анализ системы здравоохранения, государственных учреждений здравоохранения, частных клиник в каждом населенном пункте региона [306].

Управление в данной модели должно соответствовать принципам управления, сформулированным Максом Вебером в начале XX века (линейно-функциональная структура).

Модель структуры представляет собой сеть, в которой медицинская клиника третьего уровня предлагает полный набор медицинских услуг, включая консультации специалистов, весь спектр диагностических исследований, оказание

медицинской помощи в условиях стационара, а также высокотехнологичную медицинскую помощь. Медицинские учреждения первого и второго уровней в сети предлагают более ограниченный спектр услуг. В данной модели применяются принципы иерархии уровней управления, где каждый нижестоящий уровень контролируется и подчиняется вышестоящему, а также принцип соответствия полномочий и ответственности работников управления их должностным обязанностям.

Организация медицинского учреждения 2 уровня (межмуниципальный медицинский центр) целесообразно при больших географических расстояниях между клиниками первого и третьего уровней, а также высокой загруженности клиники 3 уровня. Конкретный способ организации зависит от набора предоставляемых услуг и размера обслуживаемого рынка.

В клинике 3 уровня сосредоточены медицинские услуги, требующие применения новейших и дорогостоящих высоких технологий, экспертного мнения и осуществления всех управленческих функций. Здесь предоставляется полный спектр платных медицинских услуг: консультации специалистов, телемедицинские консультации как с врачами клиник 2 и 1 уровней, так и с пациентами, диагностические исследования (лабораторные, МРТ, КТ, функциональная и ультразвуковая диагностика, включая дистанционные), стационарная медицинская помощь (терапевтическая, хирургическая, высокотехнологичная).

В клинике 2 уровня (межмуниципальном центре) предоставляются различные медицинские услуги. Здесь можно получить консультативные приемы специалистов, а также телемедицинские консультации с врачами 1 и 3 уровней, как в формате «врач – врач», так и в формате «врач – пациент». Кроме того, в клинике проводятся различные диагностические исследования, включая лабораторные, МРТ, КТ, функциональную и ультразвуковую диагностику. Здесь также предоставляется медицинская помощь в условиях стационара.

В клинике 1 уровня находятся базовые медицинские услуги уровня первичной медико-санитарной помощи. Это позволяет удовлетворить большую

часть потребностей населения в медицинских услугах на уровне «рядом с домом». В клинике предоставляются консультативные приемы специалистов и телемедицинские консультации с врачами 2 и 3 уровней, как в формате «врач – врач», так и в формате «врач – пациент». Здесь также проводятся различные диагностические исследования, включая лабораторную, функциональную и ультразвуковую диагностику.

Клиника 3 уровня является хранилищем данных и осуществляет обработку первичной медицинской документации пациентов на протяжении всего периода их наблюдения. Благодаря централизованному хранению медицинских данных пациентов, получение информации об объемах и потоках пациентов становится возможным, планировать необходимое количество медицинского персонала, запасы расходных материалов, а также прогнозировать посещаемость и объемы выручки на будущие периоды. Это является неоценимым ресурсом для планирования и способствует организации потока пациентов в клиники различных уровней.

Благодаря оптимальной маршрутизации пациентов, клиники первого и второго уровней служат этапом привлечения пациентов для клиники 3 уровня. Клиника 3 уровня предоставляет все виды медицинской помощи, в основном специализированные и высокотехнологичные услуги, на платной основе. Однако, клиника 3 порядка самостоятельно может отбирать для себя пациентов на стационарную медицинскую помощь через амбулаторное звено.

Эффективность медицинских услуг в значительной мере зависит от интеграции современных медицинских технологий и профессионализма специалистов в специализированных учреждениях высшего уровня, а также от грамотной системы маршрутизации пациентов, которые нуждаются в высокотехнологичных услугах.

В Российской Федерации ключевым аспектом обеспечения высоких стандартов в сфере здравоохранения является надзор за качеством и безопасностью медицинских услуг, который осуществляется через три основные формы контроля: на государственном, ведомственном и внутреннем уровнях. Эти

виды контроля становятся ключевыми для поддержания эффективности системы здравоохранения РФ.

Механизмы, направленные на оценку соответствия действий медицинских учреждений установленным государственным требованиям и критериям качества предоставляемых медицинских услуг, являются ключевыми инструментами для обеспечения стандартов безопасности и качества в сфере здравоохранения. Отдельно стоит внутренний контроль, который проводится самими медицинскими учреждениями и отличается по своей сути от государственного надзора. При этом государственные органы и федеральные службы, занимающиеся реализацией данных процедур, в основном фокусируются на функциях контроля и надзора за деятельностью медицинских организаций.

Внедрение системы контроля за качеством в медицинских учреждениях выполняет несколько ключевых функций. Прежде всего, она направлена на минимизацию угроз для жизни и здоровья пациентов, включая меры по предотвращению рисков, а также на защиту прав пациентов в области здравоохранения. Также, система гарантирует, что медицинское обслуживание соответствует установленным стандартам и регламентам, предусмотренным на уровне каждого медицинского учреждения. Наконец, она позволяет проводить оценку качества предоставляемой медицинской помощи, убеждаясь, что она соответствует заранее определенным критериям качества.

В ее задачи входит не только повышение удовлетворенности пациентов и стандартизация процессов оказания помощи, но и внедрение наиболее продуктивных и безопасных практик в медицинской сфере. Особое внимание система должна уделять сокращению ненужных и малоэффективных процедур, предотвращению нарушений, а также улучшению организационных аспектов медицинской помощи. В итоге, главная цель внедрения такой системы — это создание условий для безопасного и качественного обслуживания пациентов и работы медперсонала, что в конечном итоге приведет к улучшению результатов оказываемой медицинской помощи.

Систематизация медицинских услуг в трехуровневой модели не только облегчает доступность услуг для населения, но и ведет к росту числа платных медицинских услуг на региональном уровне. Это, в свою очередь, уменьшает дублирование неэффективных и дорогих процедур, повышая тем самым доходность вложений и эффективность использования ресурсов. Централизованный подход к принятию решений дает медицинским организациям возможность быстрее реагировать на постоянно меняющиеся условия в области здравоохранения, учитывая политические, экономические, социальные и технологические изменения. Это значительно ускоряет инновационные процессы внутри системы здравоохранения, способствуя более эффективному внедрению и применению изменений [306].

Таблица 63 – Виды организации и оказания платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения

Вариант №1	Вариант №2
Предоставление медицинских услуг осуществляется в специализированных подразделениях, которые обладают отдельным персоналом, работающим как на полную ставку, так и по совмещению. Эти отделения располагают индивидуальными материальными активами.	В рамках действующих подразделений, используя их основные материальные активы. Штатные сотрудники оказывают платные медицинские услуги в основное рабочее время.
Вариант №3	
Смешанный подход, используя варианты №1 и №2.	

Каждый из имеющихся вариантов имеет свои преимущества, недостатки и особенности. Но выбор наиболее оптимального зависит от различных факторов, таких как территориальное местоположение, уровень медицинского учреждения, организационная структура организации, кадровый состав, материальные ресурсы и другие.

В процессе планирования организации платных медицинских услуг для клиник каждого уровня следует учитывать преимущества и недостатки каждого из предложенных вариантов.

Первый вариант предполагает использование свободных площадей для предоставления платных медицинских услуг. Однако, для его реализации

требуются значительные финансовые затраты в стартовом периоде. Тем не менее, такой подход позволит полностью выделить все ресурсы в отдельный учет и создать оптимальные условия для пациентов. Этот вариант более реалистичен для клиник 3 уровня, так как они обладают всеми необходимыми ресурсами и видами оказания медицинской помощи.

Вложение дополнительных ресурсов, включая кадры и материальные средства, не требуется для организации 2 варианта платных медицинских услуг. Поэтому в подобном варианте можно ограничиться узким спектром медицинских услуг, что можно осуществить в клинике 1 уровня.

8.2. Модель оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения

Реализация предложенной нами модели включает в себя следующие последовательные этапы (рисунок 38):

1 этап – пациент, желающий получить платную медицинскую услугу в государственном учреждении стационара обращается в единый региональный контакт – центр, в котором консолидирована информация по всем учреждениям здравоохранения региона. На этапе контакт – центра происходит знакомство с пациентом, определение запроса пациента по профилю его жалоб, или желания попасть на прием к врачу. Специалист предлагает на выбор пациента: очную консультацию или телемедицинское консультирование; далее – выбор медицинского учреждения, в зависимости от желания пациента, удаленности от места жительства и сроков ожидания приема.

2 этап – очный прием у врача или телемедицинская консультация в клинике 1,2 или 3 уровня. В результате этого этапа пациенту установлен диагноз, разработан план и объем диагностических исследований. Объем диагностических

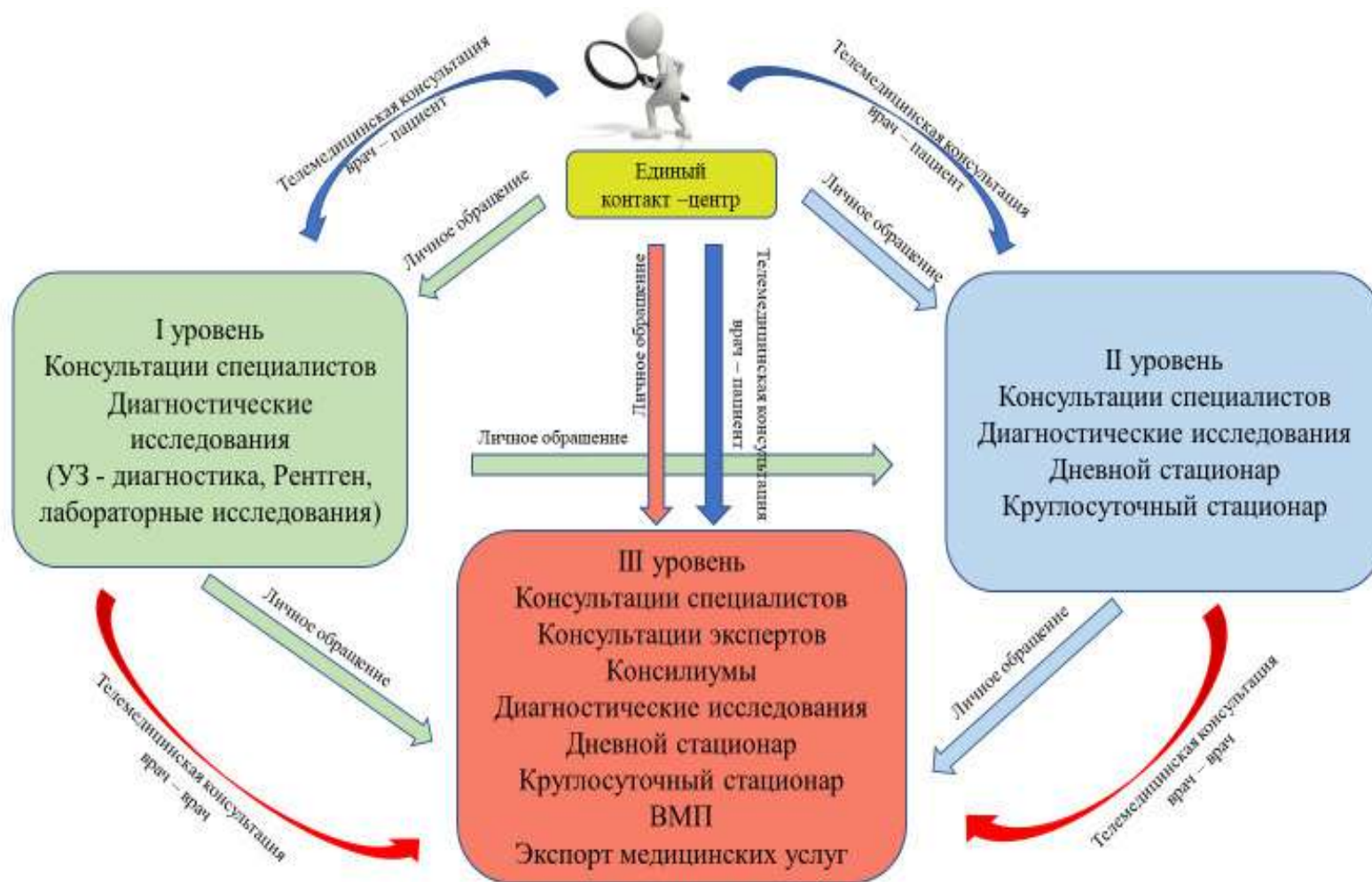


Рисунок 38 – Модель формирования системы оказания платных медицинских услуг на региональном уровне

исследований, в зависимости от степени сложности и трудоемкости, технической возможности, может быть проведен либо в клинике 1, или 2, или 3 уровней.

3 этап – обращение пациента в регистратурно-диспетчерский отдел клиники с целью записи на диагностические исследования, консультации смежных специалистов в данном учреждении, либо записать в медицинское учреждение 2 или 3 уровня.

4 этап – проведение пациенту диагностических исследований или консультаций смежного специалиста.

5 этап – повторная консультация у врача 1 этапа с результатами диагностических исследований. На данном этапе проводится уточнение / дополнение к диагнозу, назначение терапии в соответствии с клиническими рекомендациями. Если в результате повторной консультации выявлены показания для лечения в условиях стационара (хирургического / терапевтического), пациенту выдается соответствующее направление в клинику 2 или 3 уровня, в зависимости от желания пациента, сроков ожидания оказания медицинской помощи, оснащения клиники и технических возможностей.

6 этап – повторная консультация у врача 1 этапа для оценки эффективности назначенного лечения; обращение в клинику 2 или 3 уровня для медицинской помощи в условиях стационара (терапевтической или стационарной).

7 – динамическое наблюдение пациента после хирургического вмешательства в клинике 2 или 3 уровня.

Между клиниками 1 и 2 уровней, между клиниками 2 и 3 уровней, и между клиниками 1 и 3 уровней возможно проведение телемедицинских консультаций в режиме врач – врач, с целью верификации диагноза, назначения дополнительных диагностических исследований, коррекции назначенной терапии.

В клинике 1 уровне рекомендована организация платных медицинских услуг по 2 варианту, в виду узкого объема консультативно – диагностической помощи.

В клинике 2 уровня рекомендована организация платных медицинских услуг по 3 варианту. В стационарных условиях возможна организация платных

приемов специалистов в тех же отделениях, что и пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, при условии предоставления маломестных сервисных палат. В амбулаторном звене оказывать платную медицинскую помощь допускается как в отдельных помещениях (блоки, этажи), так и в тех же помещениях, что и медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования [306].

В клинике 3 уровня предпочтительно организовать платные медицинские услуги по 1 варианту – в самостоятельных отделениях как поликлиники, так и отделений стационара.

Сроки оказания медицинской помощи в клинике 1 уровня, включающий 1-5 этапы, должны составлять не более 3 дней.

Сроки оказания медицинской помощи в клинике 2 уровня, включающий 1-6 этапы должны составлять не более 1 недели.

Сроки оказания медицинской помощи в клинике 3 уровня, включающий 1-6 этапы должны составлять не более 2 недель.

В рамках добровольного медицинского страхования страхователь может самостоятельно выбирать, в какие медицинские учреждения ему обращаться для получения услуг, так как список доступных клиник и больниц предоставляется заранее. В отличие от системы обязательного медицинского страхования, где путь пациента определяется первичными медицинскими специалистами и предусмотрена маршрутизация пациента специалистами, в рамках ДМС пациент имеет свободу напрямую записываться на прием к нужным врачам и получать специализированную помощь без предварительного направления от терапевта, что делает медицинское обслуживание более доступным и удобным.

При реализации разработанной нами региональной модели организации оказания платных медицинских услуг соблюдается принцип преемственности и

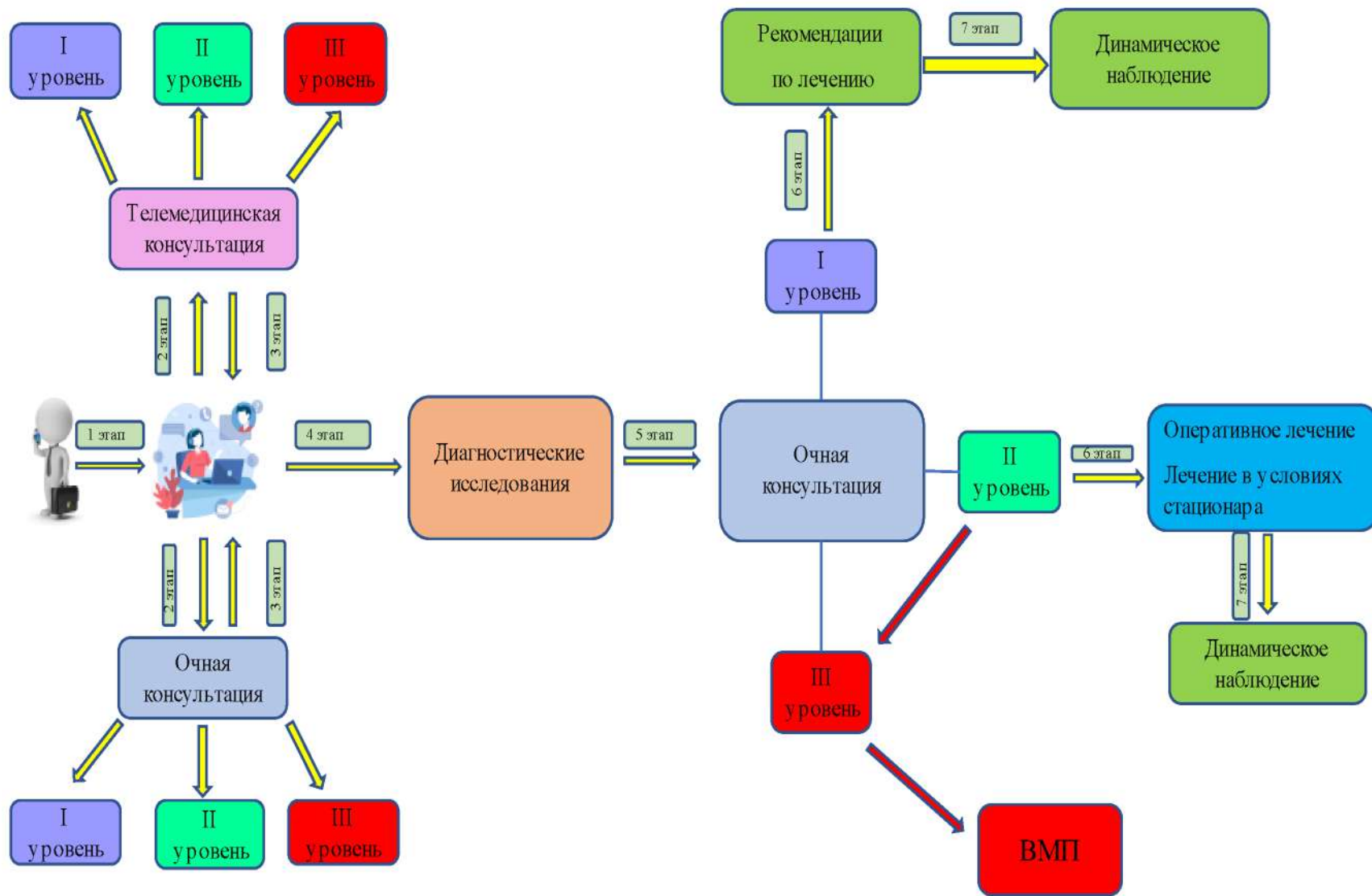


Рисунок 39 – Соблюдение принципа преемственности и связи с государственной системой в необходимых случаях

связи с государственной системой в необходимых случаях оказания медицинской помощи (рисунок 39).

В сфере медицинских услуг, особенно когда речь идет о госпитальном звене, доминирование государственных больниц было обусловлено их большим коечным фондом, квалификацией врачебного персонала и доступной стоимостью услуг. В то же время, в отдельных областях высокотехнологичной медицинской помощи, таких как сердечно-сосудистая хирургия и нейрохирургия, онкология, репродуктивные технологии, травматология и ортопедия, частные клиники успешно завоевали доверие пациентов с высоким уровнем доходов, предлагая услуги известных специалистов в этих отраслях.

РЕЗЮМЕ

Укрепление государственных медучреждений, особенно в региональных центрах, является результатом государственных усилий, направленных на модернизацию системы здравоохранения. Внедрение информационных технологий в медицине, стремление к пациентоориентированному подходу в медицине, преемственность подходов в оказании медицинских услуг, обеспечение замкнутого цикла между учреждениями всех уровней региона приведут к росту платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения. Это способствует созданию единой национальной системы здравоохранения, где частные и государственные медицинские учреждения работающих по единым правилам и стандартам.

В рамках стратегической инициативы были определены ключевые аспекты для трансформации учреждений, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь. Среди прочего, улучшение системы электронной записи к врачу, расширение условий для удобства пациентов, четкое разграничение сервисов для платных и бесплатных услуг, а также повышение активности сотрудников в процессах оптимизации работы учреждений. Эти меры

предполагают повышение конкурентоспособности государственных медицинских учреждений по отношению к частной медицине.

Расширяя спектр комплексных медицинских программ, таких как специализированные программы для сердечно-сосудистой системы, а также прицельное обследование для мужчин и женщин, заметно возросло количество диагностических процедур, консультаций и случаев стационарного лечения. Внедрение этих программ привело к более эффективному и экономически обоснованному подходу к выбору методов диагностики и лечения. К тому же, регулярно осуществляется критический анализ исходов лечения пациентов, использующих платные медицинские услуги, что способствует улучшению качества медицинского обслуживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Конституция Российской Федерации подчеркивает значимость развития потенциала частной медицины в совокупности с государственными гарантиями оказания медицинской помощи. На сегодняшний день, из-за острой нехватки финансирования и других необходимых ресурсов в учреждениях государственного здравоохранения, частные медицинские организации играют роль помощника системы обязательного медицинского страхования.

Состояние системы здравоохранения и вклад частных клиник в её развитие отражают экономическое благополучие страны, уровень развития и зрелости рынка медицинских услуг, а также соразмерность объемов государственного финансирования в данной сфере.

Чтобы успешно справляться с поставленными перед системой здравоохранения задачами, важно обеспечить синергию между медицинской инфраструктурой и социальными и экономическими отраслями, которые влияют на состояние здоровья населения и решают ключевые социально – экономические проблемы.

В текущем состоянии медицинской системы заметен дисбаланс между вкладами частного и государственного сегментов в объемы оказываемых медицинских услуг.

К тому же, развитие оказания платных медицинских услуг в значительной степени зависит от готовности общества активно участвовать и поддерживать этот процесс.

Исследование мнений медицинских работников и пациентов, а также оценка степени их готовности к развитию платных медицинских услуг, представляет собой важную научно – практическую задачу, в контексте текущего состояния и будущих ожиданий на рынке здравоохранения.

Изучение множества источников литературы выявило основные проблемы в системе оказания медицинской помощи, а именно: нехватки узких

специалистов, чрезмерных нагрузок на сотрудников системы здравоохранения, значительные затраты населения на лечение, а также неравенство в возможности получения высококачественной медицинской помощи различными слоями общества.

На фоне уникальности вопросов, связанных с платными медицинскими услугами, включающими противоречия между частным и государственным секторами, а также недостаток прозрачной и достоверной статистики, назрела необходимость в новом подходе к предоставлению данных услуг, особенно в учреждениях государственного здравоохранения.

Существующие противоречия и конкуренция между частными и государственными медицинскими учреждениями, а также недостаток достоверной статистической информации и низкий уровень прозрачности в сфере платных медицинских услуг, привели к необходимости разработки нового подхода к оказанию платных медицинских услуг, преимущественно в государственных учреждениях здравоохранения [8].

В ходе исследования, для достижения поставленной цели, был выполнен анализ основных показателей системы здравоохранения Свердловской области, охватывающий пятилетний период с 2017 по 2021 годы.

Оценивались динамика показателей заболеваемости взрослого населения и обеспеченность врачебными кадрами в регионе. Детальному анализу подвергся рынок медицинских услуг. Также, было проведено анкетирование пациентов и врачей, позволившее выявить основные факторы, определяющие их отношение к платным медицинским услугам. Дана характеристика оказываемых платных медицинских услуг в регионе на примере ГАУЗ СО «СОКБ № 1». В итоге, полученная информация стала основой для формулирования научно обоснованной модели организации системы платных медицинских услуг, на примере субъекта Российской Федерации.

На начальном этапе исследования была проведена оценка состояния системы здравоохранения Свердловской области.

Так, уровень заболеваемости населения в значительной мере характеризует состояние здоровья населения, свидетельствует о доступности и качестве организации медицинской помощи, степени ее специализации, уровнем санитарной культуры и медицинской активности населения.

В анализируемом периоде отмечен рост заболеваемости населения Свердловской области, что отчасти отражает степень доступности медицинской помощи в регионе.

В структуре причин первичной и общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, системы органов кровообращения, болезни органов пищеварения, эндокринной системы. Прямая взаимосвязь между наблюдаемым ухудшением здоровья населения и численностью врачебных кадров была подтверждена анализом данных. Использование статистических методов показало, что недостаток квалифицированных врачей в области коррелирует с повышением частоты заболеваний.

Полученные результаты показывают, что критически необходимо заняться решением вопроса нехватки врачебных кадров в регионе, принимая во внимание как численность и структуру населения, так и возможности существующей сети учреждений здравоохранения.

Важным фактором, влияющим на рост числа госпитализаций, является не только недостаточная доступность медицинской помощи, но и ее качество на уровне первичной медико-санитарной, прежде всего. Тем не менее, рынок медицинских услуг Свердловской области показывает умеренный рост, за счет увеличения числа приемов и цен на услуги, вместе с демографическим балансом, преимущественно трудоспособного населения. Что предполагает стабильный спрос на амбулаторную медицинскую помощь, в том числе и платную.

В сфере здравоохранения Свердловской области преобладают частные клиники, составляющие 72,1% от общего числа медицинских учреждений. Это подчеркивает сильную межсекторную конкуренцию не только внутри частного сектора, но и между государственными и частными клиниками, особенно в плане доступности услуг, предоставляемых видов лечения и квалификации персонала.

Заметный рост интереса к платным медицинским услугам отражается в увеличении их доли в общем объеме услуг и в росте их финансовых показателей за рассматриваемый период.

В системе здравоохранения Свердловской области наблюдается положительная динамика, указывающая на укрепление амбулаторного звена. С учётом текущей обстановки, частные клиники фокусируются на стратегическом развитии с целью улучшения своих позиций на рынке, в то время как государственные учреждения успешно внедряют практики, заимствованные из частного сектора.

Прозрачность коммерческой медицины увеличивается за счет сокращения теневых платежей за медицинские услуги, и приоритетными профилями оказания платной медицинской помощи остаются консультативные приемы и диагностические исследования.

Проведенное социологическое исследование выявило тенденцию: большинство опрошенных пациентов выразили готовность платить за медицинские услуги, учитывая их высокое качество и доступность по сравнению с бесплатной медицинской помощью. Клиенты коммерческой медицины отметили удовлетворенность результатами и не возражают против дополнительных расходов в обмен на качественное лечение. Основными мотивами для выбора платных медицинских услуг у опрошенных стали оперативность и комфорт обслуживания, а также сложности с записью к врачу и удаленность учреждений, предоставляющих бесплатную медицинскую помощь, что побуждает пациентов обращаться в частные клиники.

Опрос, проведенный среди врачей, выявил ряд проблем в государственном здравоохранении, включая несоответствие уровня заработной платы и материального стимулирования труда ожиданиям медиков. Остро ощущается недостаток современного оборудования и высокая рабочая нагрузка. Тем не менее, стабильность трудоустройства, хорошие взаимоотношения с коллегами и руководством, а также возможности профессионального роста, регулярное обучение отмечены как явные плюсы. Медики также признают важность

внедрения платных услуг в государственных медучреждениях с целью повышения качества и доступности оказываемой медицинской помощи.

Полученные данные при оказании платной медицинской помощи в крупнейшем медицинском учреждении Свердловской области, как в амбулаторном, так и стационарном звене показал растущий интерес к получению качественной медицинской помощи населением на платной основе.

Исследование методов статистики и отчетности в сфере здравоохранения указывает на значимые проблемы, которые мешают точно определить, возможную потребность населения в платных медицинских услугах. Отсутствуют достоверные статистические данные о причинах посещений медучреждений и невозможность отследить частоту платных приемов.

Анализ данных оказания медицинской помощи в ГАУЗ СО «СОКБ № 1», выявил динамику между оказываемыми в учреждении платными и бесплатными медицинскими услугами. Отчеты показывают, что платные услуги составляют 10,5% от общего числа медицинских обращений.

Нам также представилась возможность оценить, насколько велика потребность в различных видах медицинских услуг, как в учреждении, так и в регионе в целом. Помимо этого, выявлены недостатки в материальном, кадровом и финансовом обеспечении, что немаловажно для планирования будущего развития учреждения и оптимизации маршрутизации потока пациентов, исходя из их потребностей.

Исследование выявило необходимость сосредоточения усилий медицинскими учреждениями на ключевых аспектах своей маркетинговой стратегии. В первую очередь, это касается расширения спектра предлагаемых платных услуг, причем оно должно опираться на анализ заболеваемости населения и предусматривать введение в практику новых, современных методов лечения и диагностики. Кроме того, акцент должен быть сделан на разработку уникальных предложений, способных привлечь и удержать внимание пациентов, проявляющих приверженность к данному медицинскому учреждению. Это

предполагает и повышение уровня квалификации медицинского персонала; дальнейшее развитие сервисной составляющей и информационных технологий.

Необходимость разработки интегрированной платформы для предоставления медицинских услуг на коммерческой основе в пределах определенного региона, как в государственных, так и в частных учреждениях здравоохранения, является очевидной. Целью является обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи для всех слоев населения, в том числе в малых городах, удаленных от регионального центра. Это будет способствовать более эффективному использованию медицинских ресурсов и в дальнейшем должно быть интегрировано в национальную систему здравоохранения, с регламентированными и адаптированными едиными правилами и стандартами оказания медицинской помощи.

В ответ на этот вызов, нами разработана стратегия реформирования системы организации оказания платных медицинских услуг, опираясь на нормативно-правовую базу, локальную нормативную документацию, с учетом обеспечения доступности полного спектра медицинских услуг для разных групп населения, что в свою очередь способствует более эффективному использованию ресурсов в сфере здравоохранения. Для достижения оперативности и результативности в терапии больных критически важно наладить адекватную маршрутизацию пациентов в системе здоровья, чтобы медицинская помощь была начата своевременно, а ресурсы здравоохранения использовались максимально целесообразно.

Нами разработана трехуровневая система организации оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения на региональном уровне. Включающей систему управления и контроля за государственными медицинскими учреждениями, оказывающими платные медицинские услуги в регионе, консолидированной в медицинском учреждении регионального уровня. Данное учреждение осуществляет контроль:

- за интеграцией платных медицинских услуг, предоставляемых государственными учреждениями, в региональную систему здравоохранения;

- за оптимальным применением телемедицинских технологий крупными медицинскими центрами для расширения доступности своих услуг в отдаленных районах;

- адекватность маршрутизации пациентов в соответствии с нозологиями;

- оценкой числа и причин жалоб со стороны пациентов на качество или условия предоставляемых платных медицинских услуг;

- за своевременность и полноту статистических показателей видов и объемов предоставляемых платных медицинских услуг.

Подобная централизация оказания платных медицинских услуг в едином информационном контуре позволит исключить дублирование диагностических услуг для пациентов, осуществлять контроль за целесообразностью назначений, реализовать единую систему контроля качества и преемственности предоставляемой медицинской помощи.

На сегодняшний день ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» является таким организационно – регулирующим центром.

Развитие государственно-частного партнерства; новых направлений медицинских услуг, ориентированных на потребности пациентов, в том числе через создание комплексных медицинских программ; предоставление услуг в области лабораторных исследований и лучевой диагностики на аутсорсинге; оказание высокотехнологичных медицинских услуг в рамках ДМС и в рамках развития медицинского туризма должны стать ключевыми звеньями в государственных учреждениях здравоохранения. Увеличение числа пациентов и рост доходов может быть достигнут через активное участие в сфере медицинского туризма, что представляет собой значительный потенциал.

Для того чтобы государственные лечебные учреждения могли составить уверенную конкуренцию частным клиникам и занять доминирующее положение на рынке платных медицинских услуг, крайне важно изменить подход к предоставлению платных медицинских услуг. А именно: улучшение процесса записи к специалистам через интернет-ресурсы, расширение площадей для удобного пребывания пациентов, обновление системы оформления пациентов, а

также формирование четкой организации потоков пациентов, разделяя их на тех, кто получает медицинскую помощь платно и в рамках ОМС, вне зависимости от того, находятся ли они на амбулаторном лечении или в стационаре.

В результате проведенного нами исследования и анализа как отечественных, так и зарубежных источников литературы, мы не только достигли поставленной цели, но и сформулировали и подтвердили необходимость комплексного метода оценки целесообразности предоставления платных медицинских услуг в государственных многопрофильных учреждениях здравоохранения.

Была выявлена необходимость точного статистического контроля за платными медицинскими услугами, оказываемыми в медицинских учреждениях всех форм собственности и подчинения, что в последующем позволит спрогнозировать потребности населения в медицинской помощи различного вида и объема.

Внедрение разработанной нами модели предоставляет новые возможности для улучшения управления системой здравоохранения на региональном уровне, учитывая современные социально-экономические условия. Обоснованность поиска эффективных моделей развития как амбулаторного, так и стационарного звена, стоит на повестке дня. Они должны не только эффективно отвечать на возрастающие запросы населения по качеству предоставляемых медицинских услуг, но и стремиться к снижению финансовых затрат учреждений здравоохранения. Данная задача выходит за рамки местных властей, становясь проблемой национального масштаба.

ВЫВОДЫ

1. Показатели заболеваемости взрослого населения Свердловской области показали отрицательную динамику за период 2017 – 2021 гг., при этом показатель первичной заболеваемости увеличился с 2017 года на 33,1% к 2021 г., так же, как и показатель общей заболеваемости, который вырос на 9,4% в исследуемом периоде, что может быть обусловлено снижением уровня укомплектованности медицинскими кадрами в регионе на 4% с 2017 по 2021 г., снижением плановой мощности муниципальных амбулаторно – поликлинических учреждений на 9,5% и сокращением коечного фонда на 2,9% в этом периоде.

2. Выполненная оценка рынка платных медицинских услуг в Свердловской области продемонстрировала увеличение интереса у населения к платным медицинским услугам, а именно, число проведенных платных приемов выросло на 6,9% в период 2017-2021 годы, а число приемов в секторе ДМС увеличилось на 9,2%, в то же время отмечается сокращение числа приемов в «теневом секторе» на 8,1%. При этом, число приемов в теневом секторе составляет 8,2%, что в 3 раза выше, чем в секторе ДМС и соизмеримо с легальным сектором (10,4%).

3. Опрос мнения пациентов об оказании платных медицинских услуг выявил, что 45% опрошенных лиц довольны качеством оказываемых платных медицинских услуг, 86% в течение года оплачивали медицинскую помощь, а 53% респондентов готовы ее оплачивать в перспективе.

4. Социологический опрос врачей показал, что 65% опрошенных готовы оказывать платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения, а 23% врачей, участвовавших в опросе готовы работать дополнительно, сверхурочно.

5. В результате выполненных исследований установлена достоверная значимость ($p = 0,038$) необходимости пересмотра управленческих подходов к организации работы в государственных медицинских учреждениях, актуальность разработки стратегий их роста и развития, на что указывает применение метода

«SWOT – анализа», позволившего выявить высокий уровень внешнего окружения частными медицинскими учреждениями (29% от всего числа медицинских учреждений в Свердловской области) и усиление ценовой конкуренции на фоне ограниченности ресурсов.

6. Доказана эффективность системного комплексного подхода в оказании платных медицинских услуг, основанного на объединении ключевых звеньев эффективности здравоохранения, инструментов маркетинга и стратегического развития, введение комплексных программ обследования в амбулаторных условиях позволили увеличить размер среднего чека на 32,52% в 2022 г. по сравнению с 2021 г.

7. Реализация проекта государственно-частного партнерства в условиях стационара на базе государственных многопрофильных учреждений здравоохранения в виде самостоятельного планового отделения позволяет восполнить затраты на реализацию в 2-х летний период, при этом проект начинает приносить прибыль на второй год существования, а к третьему году существования ожидается рост операционной прибыли на 29%, коэффициент рентабельности инвестиций за 3 года составляет 269%.

8. Разработанная и внедренная модель трехуровневой системы организации оказания платных медицинских услуг показала медицинскую, социальную и экономическую эффективность в национальной системе здравоохранения, основываясь на едином организационном и управленческом подходе их оказания, соблюдении принципов преемственности с системой обязательного медицинского страхования, что соответствует целям и задачам формирования национальной системы здравоохранения в РФ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендовать руководителям медицинских учреждений пересмотреть стратегию развития учреждений, включив в нее развитие внебюджетной деятельности. Эти инструменты применимы как к учреждениям оказывающим первичную медико-санитарную помощь, так и специализированную, в том числе высокотехнологичную.

2. Инициировать создание специализированных форм статистической отчетности, которые будут отражать данные о предоставлении платных медицинских услуг на уровне региона учреждениями всех форм собственности. Эти отчеты должны учитывать как объемы и источники финансирования предоставляемых платных услуг, так и показатели, которые характеризуют оказание медицинской помощи как в амбулаторных условиях, так и условиях стационара, включая виды помощи, нозологию и кадровый состав.

4. Для успешной и оптимальной организации оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения необходимо использовать разработанную нами модель организации оказания платных медицинских услуг в субъекте Российской Федерации.

5. Реализовать проект Ассоциации частных клиник на уровне Свердловской области с целью консолидации данных об оказываемых в регионе платных медицинских услугах, а также стимулирование их расширения и развития в данном регионе.

6. Использование результатов проведенного диссертационного исследования в рамках образовательной программы для обучения специалистов по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» является целесообразным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абубакиров, А.С. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования / А.С. Абубакиров // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 1. – С. 6-15.
2. Агарков, Г.А. Минимизация негативного воздействия теневой экономики на социально-экономическое развитие региона : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (региональная экономика) : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук // Агарков Гавриил Александрович ; Институт экономики уральского отделения Российской академии наук. – 2008. – 74 с.
3. Адамович, В.В. Теневые явления сферы здравоохранения в период пандемии / В.В. Адамович, А.А. Лапина // Сборник трудов конференции Московского университета Министерства внутренних дел Российской Федерации им. В.Я. Кикотя – 2022. – С. 184.
4. Аитова, Ю.С. Взаимосвязь уровня развития и финансирования социальной инфраструктуры в Российской Федерации / Ю.С. Аитова, В.В. Орешников // Вестник НГИЭИ. – 2020. – № 11. – С. 160-174.
5. Айзинова, И.М. Платные услуги: дифференциация территории или территория дифференциации? / И.М. Айзинова // Проблемы прогнозирования. – 2000. – №5. – С. 20.
6. Аксенова, Е.И. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт / Е.И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А.Д. Хараз // Московская медицина. – 2021. – № 2. – С. 6-25.
7. Акулин, И.М. Анализ госпитализированной заболеваемости взрослого населения Свердловской области в 2017-2021 гг. / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина** // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2023. – № 4. Электронный ресурс.

URL: [http:// www. healthproblem. ru/ magazines ?text= 1161](http://www.healthproblem.ru/magazines?text=1161) (дата обращения: 10.01.2024). Режим доступа: свободный.

8. Акулин, И.М. Конкуренция как инструмент для изменений в современном здравоохранении (обзор литературы). / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина** // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 3. – С. 51-59.

9. Акулин, И.М. Проблемы и перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации (обзор литературы) / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина** // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 2. – С. 32-38.

10. Акулин, И.М. Проект создания платного офтальмологического отделения на базе государственного многопрофильного медицинского учреждения. / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина**, С.Б. Ирижепов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 2. – С. 13-18.

11. Акулин, И.М. Проект создания платного хирургического отделения на базе государственного многопрофильного медицинского учреждения. / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина** // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 3. – С. 30-34.

12. Акулин, И.М. Современные инструменты маркетинга для расширения платных медицинских услуг. / И.М. Акулин, **И.В. Ионкина** // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 3. – С. 49-51.

13. Александрова, О.А. Кризис российского здравоохранения: «эксцесс исполнителя» или запрограммированный результат? / О.А. Александрова // Экономическое возрождение России. – 2021. – №. 1 (67). – С. 63-71.

14. Алексеева, Г.С. Социологические опросы врачей и пациентов как этап изучения организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения / Г.С. Алексеева // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 1. – С. 16-35.

15. Алленов, А.М. Брендинг бюджетного медицинского учреждения амбулаторно-поликлинического звена как этап совершенствования организации

платных медицинских услуг (обзор литературы) / А.М. Алленов, А.А. Арестова, С.Г. Алехин // Научные исследования. – 2019. – № 7. – С. 110.

16. Альвианская, Н.В. Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020-2021 гг. / Н.В. Альвианская // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – № 1. – С. 63-79.

17. Анализ динамики заболеваемости населения Российской Федерации с учётом факторов, влияющих на доступность первичной медико-санитарной помощи. / В.П. Чигрина, О.В. Ходакова, Д.С. Тюфилин [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 67. – С. 275-480.

18. Анализ результатов внедрения подушевой оплаты с элементами фондодержания в Российской Федерации / Хальфин Р. А. [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 6. – С. 1333-1338.

19. Анализ ситуации в сфере оплаты труда работников здравоохранения за 9 месяцев 2020 года. Электронный ресурс. URL: http://www.przrf.ru/info/full/srednyaya_zarabotnaya_plata/Analizsituatcii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikov-zdravoohraneniya33/ (дата обращения: 17.05.2017). Режим доступа: свободный.

20. Ананьина, Ю.А. Особенности внебюджетной деятельности для бюджетных учреждений / Ю.А. Ананьина // Актуальные исследования. – 2020. – № 12. – С. 75-76.

21. Андреева, О.В. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации: анализ и результаты / О.В. Андреева, В.О. Флек, Н.Ф. Соковникова // Под редакцией В.П. Горегляда. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 162 с.

22. Андреева, О.В. Основные направления финансирования здравоохранения региона в условиях усиления реализации страховых принципов его организации / О.В. Андреева, А.С. Такмазян, М.О. Отришко // Финансовые исследования. – 2016. – № 4. – С. 171-181.

23. Ансофф, И. Стратегическое управление: учебное пособие. / И. Ансофф ; – Москва : Экономика, 2010. – 303 с.
24. Антропов, В.В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика / В. В. Антропов // Экономика. Налоги. Право. – 2019. – Т. 12. – №. 2. – С. 115-126.
25. Арбитайло, И.Я. Ситуация рынка медицинских услуг в мире: вчера, сегодня, завтра / И.Я Арбитайло, В.А. Давыденко // Вестник Тюменского государственного университета. – 2014. – №.8. – С. 64-73.
26. Арестова, А.А. Анализ отношения пациентов к оказанию платных медицинских услуг в городской поликлинике / А.А. Арестова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – №. 4. – С. 564-568.
27. Арингазина, А.М. Организация медико-социальной помощи пожилым больным с когнитивными расстройствами / А.М. Арингазина, Н.Е. Есенова, Д.С. Сейдуманов // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №. 1. – С. 637-641.
28. Арутюнова, А.Е. Социальная политика: актуальные проблемы, приоритетные направления и модель современного развития / А.Е. Арутюнова, Е.В. Смирнова // Естественно-гуманитарные исследования. – 2021. – №. 2. – С. 22-26.
29. Аскарлова, А.М. Роль развития и влияния новых медицинских технологий в принятии эффективных решений / А.М. Аскарлова, Л.К. Кошербаева, А.Б. Табаров //Наука и здравоохранение. – 2021. – №. 5. – С. 174-184.
30. Атанаев, Д.С. Информационные работы среди населения в рамках внедрения программы управления заболеваниями / Д.С. Атанаев // Актуальные проблемы современной науки: теория и практика. – 2020. – № 8. – С. 683-688.
31. Афонин, А.Н. Государственно-частное партнерство в российском здравоохранении / А.Н. Афонин, А.Ф. Тихомиров // Актуальные проблемы управления здоровьем населения. – 2020. – С. 165-173.

32. Бадмацыренова, Т.З. Статистические показатели заболеваемости населения и факторы, оказывающие влияние на нее. / Т.З. Бадмацыренова // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – № 5. – С. 65-67.
33. Баженова, С.А. Анализ медицинского рынка России за 2016-2018 гг.: основные экономические показатели и результаты исследований / С.А. Баженова, А.А. Андриянова, Л.С. Андриянова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 5. – С. 817-821.
34. Байгулова, А.А. Эффективность частных медицинских организаций в системе здравоохранения России / А.А. Байгулова, А.Б. Довлетов // Теоретическая и прикладная экономика. – 2023. – № 1. – С. 36-45.
35. Байнова, М.С. Бюджетно-страховое финансирование здравоохранения: проблемы и пути совершенствования / М.С. Байнова // Сотрудничество России и Китая в сфере образования, культуры и туризма в XXI в.: возможности и перспективы. – 2019. – С. 84-93.
36. Балакина, С.С. Роль местного самоуправления в развитии российского здравоохранения / С.С. Балакина // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. – 2021. – № 1. – С. 288-295.
37. Балацкий, Е.В. Регионально-отраслевые кадровые дисбалансы России: постиндустриальные вызовы / Е.В. Балацкий, Н.А. Екимова // Проблемы развития территории. – 2021. – № 4. – С. 24-42.
38. Баловсяк, И.М. Совершенствование государственного управления здравоохранением : специальность 38.04.04.01 «Управление общественным сектором» : магистерская диссертация // Баловсяк Иван Михайлович : ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет». – 2019. – 131 с.
39. Белостоцкий, А.В. Основные направления обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью. / А.В. Белостоцкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 25-27.
40. Бельская, Т. Есть ли у нас бесплатная медицина? / Т. Бельская, О. Котов // Родная газета. – № 12(4). – 2003. – С. 4.

41. Беляев, С.А. Платные услуги как направление улучшения экономической деятельности медицинского учреждения / С.А. Беляев // Карельский научный журнал. – 2017. – № 3. – С. 85-88.

42. Березин, И.Г. Совершенствование государственной политики в сфере охраны здоровья граждан в контексте нормативно-правового регулирования / И.Г. Березин // Вопросы российского и международного права. – 2022. – Т. 12, № 2. – С. 392-398.

43. Березин, С. Вступили в силу новые правила финансирования высокотехнологичной медпомощи. / С. Березин // РИА Новости. Электронная версия. URL: <https://ria.ru/20170101/1485051516.html> (дата обращения: 20.03.2018). Режим доступа: свободный.

44. Берендеева, А.Б. Анализ факторов смертности населения в трудоспособном возрасте в регионах Российской Федерации методом моделирования / А.Б. Берендеева, О.В. Сизова // Теоретическая экономика. – 2020. – №. 4. – С. 11-24.

45. Большие данные в мировом здравоохранении и клинической практике / Аксенова Е.И. [и др.] // Московская медицина. – №. 1. – С. 12-25.

46. Бояк, Т.Н. Здоровье как ценность / Т.Н. Бояк // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №9. – С. 142-146.

47. Братерский, А. Бюджет с медицинским скальпелем: расходы на здравоохранение уменьшатся. / А. Братерский // Финанс. Электронный ресурс. URL: <https://www.finam.ru/analysis/newsitem/byudzhets-meditsinskim-skalpelem-rasxodu-nazdravooxranenie-umenshatsya-20201001-104727/> (дата обращения: 20.02.2021). Режим доступа: свободный.

48. Бронштейн, А.С. Частная медицина в России и за рубежом. / А.С. Бронштейн, В.Л. Ривкин, И. Левин ; – Москва : Кворум, 2013. – 203 с.

49. Бугубаева, Р.О. Зарубежный опыт регионального управления системой здравоохранения. / Р.О. Бугубаева // Сборник статей XV Всероссийской научно-практической конференции. – 2020. – С. 2-5.

50. Бузимова, А.С. Стратегия развития частной медицинской организации : специальность 38.04.02 «Менеджмент» : магистерская диссертация. // Бузимова Анна Сергеевна : МНВО РФ Национальный исследовательский Томский государственный университет. – 2022. – 127 с.

51. Бутярова, А.В. Финансирование частных медицинских учреждений и экономические проблемы реформирования системы / А.В. Бутярова, Н.В. Гайдай // Социально-экономическое управление: теория и практика. – 2020. – №. 2. – С. 3-7.

52. Быковская, Т.Ю. Некоторые вопросы аналитики платных медицинских услуг в Российской Федерации / Т.Ю. Быковская, А.В. Панов // Медицинский совет. – 2018. – № 21. – С. 231-236.

53. Веретенникова, А.Ю. Инновационные модели цифровой экономики как фактор устойчивого развития умных городов / А.Ю. Веретенникова, К.А. Семячков // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. – 2022. – №. 3 (71). – С. 10.

54. Вертинская, Т.С. Государственно-частное партнерство как инструмент развития международного экономического сотрудничества в современных условиях: монография. / Т.С. Вертинская ; – Москва : Издательство «Юнити-Дана», 2020. – 367 с.

55. Власова О.В. Экономические аспекты формирования технического потенциала в здравоохранении как фактора повышения качества медицинских услуг / О.В. Власова // Вестник НГИЭИ. – 2020. – № 3. – С. 122-130.

56. Возможности совершенствования кадрового обеспечения медицинских организаций путем привлечения молодых специалистов / Михальченко О. С. [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2020. – №. 1. – С. 70-73.

57. Волнухин, А.В. Научное обоснование современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях: специальность 3.2.3. «Общественное здоровье и организация здравоохранения,

социология и история медицины»: диссертация на соискание степени доктора медицинских наук / Волнухин Артем Витальевич; ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» - 2018. – С. 110 – 115.

58. Воропинова, О.А. Конкурентоспособность медицинской услуги как товара / О.А. Воропинова, З. С. Попов // Новая наука: новые вызовы. – 2019. – С. 119-123.

59. Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи. // Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ. Электронный ресурс. URL: [http:// www. zdrav. ru/ articles/ practice/detail.php?ID=79106](http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=79106) (дата обращения: 10.02.2017). Режим доступа: свободный.

60. Вялых, Н.А. Институциональные условия и механизмы сглаживания социального неравенства потребителей медицинской помощи в российском обществе / Н.А. Вялых // Векторы благополучия: экономика и социум. – 2019. – №. 3 (34). – С. 32-47.

61. Габуева, Л.А. Механизмы эффективного реформирования финансирования в здравоохранении. / Л.А. Габуева, В.И. Стародубов. – Москва : Издательство: Международный центр финансово-экономического развития. – 2007. – С. 288.

62. Гавриленко, Т.Ю. Мониторинг удовлетворенности потребителей качеством исследование рынка платных медицинских услуг региона (на примере города Хабаровска) / Т.Ю. Гавриленко, О.В. Григоренко // Бухучет в здравоохранении. – 2017. – № 12. – С. 25-32.

63. Гадаборшев, М.И. Организация оценки эффективности и результативности оказания медицинской помощи. / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкович, Н.В. Рудлицкая ; – Москва : НИЦ Инфра-М, 2013. – 424 с.

64. Газимагомедова, П.К. Зарубежный опыт социальной работы в охране здоровья населения. / П.К. Газимагомедова // Дагестанский государственный университет – ИП Мухаметов Г.В. (Ливны), 2019. – С. 165-215.

65. Гайдаров, Г.М. Спорные вопросы, возникающие при оказании платной медицинской помощи населению в медицинских организациях / Г.М. Гайдаров, Н.В. Касаткина, Е.А. Ломакина // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 155-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863–2018). – 2018. – С. 190-194.

66. Гайфуллин, А.Н. Отраслевые особенности регионального здравоохранения и проблемные аспекты оценки его эффективности / А.Н. Гайфуллин // Вестник Российского университета кооперации. – 2021. – № 4. – С. 16-22.

67. Галимова, И.В. Влияние кризиса на российский страховой рынок. / Галимова И.В. // Сборник докладов Международной научной конференции XIX Царскосельские чтения ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2015. – С. 255–259.

68. Гапшевичюте, Р.С. К вопросу о правовом регулировании возмездных медицинских услуг / Р.С. Гапшевичюте // Наука, образование: предпринимательская деятельность в поведенческой экономике, формы реализации и механизмы обеспечения. Материалы Национальной научно-практической конференции. – 2020. – С. 54-59.

69. Гареева, И.А. Модернизация системы здравоохранения и дифференциация доступности к медицинским услугам / И.А. Гареева // Ученые заметки ТОГУ. – 2018. – № 4. – С. 699-705.

70. Гераскина, О.А. Проблемы и перспективы обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в России / О.А. Гераскина // Политика, экономика и инновации. – 2016. – № 7. – С. 3.

71. Глазов, К.Н. Развитие региональных рынков платных медицинских услуг (на примере Самарской области) / К.Н. Глазов // Региональная экономика и управление. – 2018. – № 54(2). – С. 1-13.

72. Глоссарий страховых терминов Международной финансовой корпорации (IFC) / Федеральная служба страхового надзора. Электронная версия.

URL: https://mgimo.ru/upload/docs2/Russia_Insurance_Glossary_2008.pdf?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com (дата обращения: 20.03.2018). Режим доступа: свободный.

73. Глотова, И.И. Страховой рынок России в современных условиях / И.И. Глотова, Е.П. Томилина, Е.В. Максимова // Экономическая среда. – 2020. – № 3. – С. 70-77.

74. Головань, С.А. Реформирование системы обязательного медицинского страхования в России / С.А. Головань, К.В. Десятниченко, А.Н. Шмакова // The Scientific Heritage. – 2021. – № 72. – С. 35-41.

75. Голощапова, Л.В. Состояние преобразований в системе здравоохранения РФ / Л.В. Голощапова // Главврач. – 2021. – № 8. – С. 71-78.

76. Голухова, Е.З. Первые результаты изменения финансирования федеральных центров в системе обязательного медицинского страхования на примере Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. АН Бакулева / Е.З. Голухова, В.Ю. Семенов // Национальное здравоохранение. – 2022. – № 2. – С. 13-19.

77. Горбунов, С.Н. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации: анализ нормативных документов. / С.Н. Горбунов, Е.Л. Никонов // Вестник Росздравнадзора. – 2008. – № 2. – С. 31-38.

78. Горностаева, Л.А. Привлечение иностранного капитала в период посткризисного восстановления экономики России / Л.А. Горностаева // Социально-экономические явления и процессы. – 2010. – № 6 (22). – С. 63-67.

79. Государственная медицина вызвала у россиян больше нареканий, чем частная. // Ридус. Электронный ресурс. URL: <https://www.arcsmed.ru/news/news-all/gosudarstvennaya-meditsina-vyzvala-u-rossiyanbolshe-narekaniy-chem-chastnaya/> (дата обращения: 09.03.2021). Режим доступа: свободный.

80. Громыко, Г.Л. Теория статистики: практикум / Г.Л. Громыко – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: Инфра-М, 2006. – 204 с.

81. Гудков, А.А. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. / А.А. Гудков, Л.Д. Попович, С.В. Шишкин // Социальное обеспечение экономических реформ: научные труды ИЭПП. – 2002. – № 44. – С. 45-50.

82. Гузева, В.И. Повышение качества медицинских услуг за счет развития частных клиник / В.И. Гузева, О.В. Гузева, В.В. Гузева //XXII Давиденковские чтения. – 2020. – С. 153-154.

83. Гуськова, И.В. Мотивация и стимулирование труда медиков: реалии и проблемы сегодняшнего дня / И.В. Гуськова, Н. Е. Серебровская, Н.О. Аблязова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29. – С. 630-635.

84. Давитадзе, А.П. Обращения в государственные и частные медицинские организации: выбор пациентов / А.П. Давитадзе, Е.А. Александрова // Народонаселение. – 2023. – Т. 26. – №. 2. – С. 139-152.

85. Давыдович, А.Р. Неценовые компоненты конкурентоспособности медицинской организации первичного звена / А.Р. Давыдович, Т.В. Шмелева, Н.С. Кресова //Экономика, предпринимательство и право. – 2020. – Т. 10, №. 10. – С. 2565-2578.

86. Данилова, А.Ф. Управленческий учет в медицинских организациях. Формирование ABC-системы. / А.Ф. Данилова // Инновационные процессы в современной науке. – 2021. – С. 93-99.

87. Демидова, О.А. Государственные расходы на здравоохранение и экономический рост в России: региональный аспект / О.А. Демидова, Е.В. Каяшева, А.В. Демьяненко // Пространственная экономика. – 2021. – № 1. – С. 97-122.

88. Дерябин, А.В. Совершенствование организационно-экономических механизмов развития рынка медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения: специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (региональная экономика)»: диссертация на соискание степени

кандидата экономических наук / Дерябин Андрей Владимирович ; НОУ ВПО «Кисловодский институт экономики и права» – 2011. – 196 с.

89. Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой в Государственной Думе на «Правительственном часе» 22 октября 2013 г. // Министерство здравоохранения Российской Федерации. Электронный ресурс. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/108?page=2> (дата обращения: 20.02.2014). Режим доступа: свободный.

90. Долгих, Е.А. Статистический анализ состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения / Е.А. Долгих, И.А. Игнатов // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 4. – С. 46-52.

91. Друкер, П.Ф. Задачи менеджмента в XXI веке. / П.Ф Друкер ; – Москва : Вильямс, 2004. – 272 с.

92. Дубовой, И.И. Совершенствование качества диспансеризации населения в амбулаторно-поликлиническом учреждении на основе применения информационных технологий / И.И. Дубовой, К.А. Антонов, М.С. Грин // Врачи и информационные технологии. – 2020. – № 3. – С. 31-40.

93. Егиазарян, К.А. Особенности нормативно-правового регулирования оказания платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения / К.А Егиазарян, Л.Ж. Атаева // Медицинское право. – 2014. – № 1. – С. 25-39.

94. Епишев, П.Н. Личное страхование граждан / П.Н. Епишев, Т.А. Епишева, И.А. Мохов // Управление социально-экономическим развитием регионов: проблемы и пути их решения. – 2020. – С. 163-165.

95. Есина, Е.А., Цифровизация как один из способов эффективного управления медицинской организацией и отраслью здравоохранения в целом / Е.А. Есина, Е.Г. Калабина // Урал-драйвер неиндустриального и инновационного развития России. – 2021. – С. 98-102.

96. Загоруйко, И.Ю. Совершенствование регулирования оказания платных медицинских услуг в предпринимательской деятельности / И.Ю.

Загоруйко // Экономика и предпринимательство. – 2017. - № 12-1(89). – С. 500-503.

97. Замолаева, И.С. Добровольное медицинское страхование: сущность, проблемы и перспективы развития в РФ / И.С. Замолаева, И.И. Ямалиев // Актуальные вопросы развития современного общества. – 2020. – С. 200-203.

98. Захарова, Ю.В. Быть просто хорошим врачом уже мало – врачи должны учиться управлять / Ю.В. Захарова // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. – С. 65-69.

99. Захарова, Я.М. Внешнеполитический имидж Российской Федерации / Я.М. Захарова, Н.Р. Балынская // Экономика и политика. – 2019. – № 2. – С. 7-10.

100. Злотникова, Е.В. Проблемы развития государственно-частного партнерства в Российской Федерации / Е.В. Злотникова, Е.Н. Ванелик, А.Д. Стренин // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. – 2019. – № 3. – С. 123-129.

101. Зубова, О.Г. Структура ценностей населения России: теоретико-методологический анализ и эмпирические результаты / О.Г. Зубова // Образование и право. – 2019. – № 8. – С. 182-189.

102. Зудин, А.Б. Удовлетворенность работников программами ДМС, реализуемыми в рамках корпоративной социальной ответственности / А.Б. Зудин, А.С. Абубакиров // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – № 1. – С. 43-46.

103. Ибяттов, Ф.М. Зарубежный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения и образования / Ф.М. Ибяттов // Управление. – 2019. – № 1. – С. 35-39.

104. Ивкин, А.Н. Добровольное медицинское страхование в России / А.Н. Ивкин // Корпоративная газета ГОССТРАХ. – 2015. – № 171. – С. 4-5.

105. Игнатьева, А.М. Проблема дефицита медицинских кадров / А.М. Игнатьева, Л.Ю. Гарин // Актуальные проблемы управления здоровьем населения. – 2020. – С. 140-144.

106. Изиева, В.С. Внебюджетные фонды и их роль в социально-экономическом развитии Российской Федерации / В.С. Изиева // Академическая публицистика. – 2021. – № 3. – С. 144-150.

107. Индикаторы образования: 2020: статистический сборник / Н.В. Бондаренко, Д.Р. Бородина, Л.М. Гохберг [и др.] ; – Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – М. : НИУ ВШЭ, 2020. – 496 с.

108. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики / Козлов В. А. [и др.] //Research'n Practical Medicine Journal. – 2019. – № 3. – С. 138-145.

109. **Ионкина, И.В.** Анализ результатов социологического опроса врачей по вопросам оказания платных медицинских услуг. / И.В. Ионкина, И.М. Акулин // Медицинская наука и образование Урала. – 2023. – Т. 24. – № 4. – С. 90-93.

110. **Ионкина, И.В.** Анализ результатов социологического опроса пациентов по вопросам оказания платных медицинских услуг. / И.В. Ионкина, И.М. Акулин // Медицинская наука и образование Урала. – 2023. – Т. 24. – № 4. – С. 94-97

111. **Ионкина, И.В.** Организация первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Свердловской области / И.В. Ионкина // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2023. – №4. Электронный ресурс. URL: <http://www.healthproblem.ru/magazines?text=1196> (дата обращения: 10.01.2024). Режим доступа: свободный.

112. **Ионкина, И.В.** Оценка взаимосвязи заболеваемости взрослого населения Свердловской области с укомплектованностью врачебными кадрами. / И.В. Ионкина, И.М. Акулин // Здравоохранение РФ. – 2023. – Т. 67 (6) – С. 494-501.

113. Исследование рынка коммерческой медицины в России 2018-2019 // ООО «Эрнст энд Янг – оценка и консультационные услуги». Электронный ресурс.

URL: [https:// www. eu. com/ Publication/ vwLUAssets/ eu-health-care-report-2017](https://www.eu.com/Publication/vwLUAssets/eu-health-care-report-2017) (дата обращения 11.02.2019). Режим доступа: свободный.

114. Итоги 2020: события, люди, оценки, ожидания от 2021. // ВЦИОМ. Электронный ресурс. URL: [https:// old. wciom. ru/ index. php?id =236&uid =10672](https://old.wciom.ru/index.php?id=236&uid=10672) (дата обращения: 19.03.2021). Режим доступа: свободный.

115. Кадыров, Ф.Н. «Иные условия» как основание для платности оказываемой медицинской помощи. Часть 1 / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 71-78.

116. Кадыров, Ф.Н. «Иные условия» как основание для платности оказываемой медицинской помощи. Часть 2 / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 73-80.

117. Кадыров, Ф.Н. Отдельные вопросы оказания платных медицинских услуг / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2019. – №. 10. – С. 72-76.

118. Кадыров, Ф.Н. Способы противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» при оказании платных медицинских услуг / Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 2. – С. 63-74.

119. Казанцев, В.С. О возможностях использования пакета квазар прикладных программ распознавания образов в решении задач медицины и здравоохранения / В.С. Казанцев // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2022. – №. 5. – С. 533-546.

120. Калашников, К.Н. Платные медицинские услуги: бремя или альтернатива? / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов // Проблемы развития территории. – 2017. – № 3. – С. 109-127.

121. Калугина, С.В. Мировой опыт развития и регулирования теневой экономики в сфере медицины и здравоохранения / С.В. Калугина // Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. – 2019. – С. 414-415.

122. Карайланов, М.Г. Научное обоснование эффективности амбулаторнодополняющих технологий при оказании первичной медико – санитарной помощи: специальность 3.2.3 «Общественное здоровье и организация

здравоохранения, социология и история медицины»: диссертация на соискание степени доктора медицинских наук / Карайланов Михаил Георгиевич; Военно – Медицинская академия имени С.М. Кирова – 2021. – 215-219 с.

123. Карпова, О.В. Социологические исследования в системе управления качеством медицинской помощи / О.В. Карпова, М.А. Татарников, Е.Б. Марочкина // Социология медицины. – 2013. – № 22. – С. 11-15.

124. Касапов, К.И. Специализированная стационарная медицинская помощь и вопросы ее реорганизации в специализированные медицинские центры. / К.И. Касапов // Научно-практический рецензируемый журнал. – 2015. – № 3. – С. 50-53.

125. Касимовский, К.К. Основные подходы к государственному регулированию частной системы здравоохранения Российской Федерации / К.К. Касимовский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 6. – С.40-43.

126. Качанов, Д.А. Нормативно-правовые аспекты регулирования оказания платных медицинских услуг в муниципальных учреждениях здравоохранения / Д.А. Качанов, А.К. Гумбатова, А.С Меглей., А. Махфуз, А.С. Кунаховец // Вопросы устойчивого развития общества. – 2020. – № 4. – С. 131-135.

127. Кислицына, О.А. Национальный индекс деятельности системы здравоохранения в России / О.А. Кислицына // IV Российский экономический конгресс. – 2020. – № 2. – С. 31-45.

128. Кислицына, О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения / О.А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 2. – С. 66.

129. Ключева, А.Ю. Перспектива обновления медицинского оборудования за счет развития платных медицинских услуг / А.Ю. Ключева // Научные исследования и современное образование. – 2020. – С. 19-22.

130. Клямкин, И. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование / И. Клямкин, Л. Тимофеев ; – Москва : РГГУ, 2000. – С. 165.

131. Кобяцкая, Е.Е. Перспективные направления развития предпринимательства в здравоохранении Российской Федерации / Е.Е. Кобяцкая, Т.Н. Жилина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, №. 4. – С. 856-860.

132. Ковалевский, С.М. Проблемы реализации гражданами права на выбор медицинской организации и лечащего врача по договорам оказания медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования / С.М. Ковалевский, А.А. Шманцарь, Н.Н. Тимофеева // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2022. – Т. 17. – №. 2. – С. 123-131.

133. Ковтун, Н.А. Правовые аспекты регулирования трудовых отношений медицинских работников в условиях пандемии в России и за рубежом / Н.А. Ковтун, Ю.О. Тимохин // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. – 2021. – №. 6. – С. 96-99.

134. Козыренко, Е.И. Современное состояние финансирования здравоохранения в России / Е.И. Козыренко, Л.О. Авдеева // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2019. – №. 1. – С. 153-164.

135. Коломийченко, М.Е. Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование / М.Е. Коломийченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 46-51.

136. Кому сегодня доступна высокотехнологичная медицинская помощь. // Росминздрав. Электронный ресурс. URL: [https:// www. rosminzdrav. ru/ reception/ help/ vmp/ 1](https://www.rosminzdrav.ru/reception/help/vmp/1) (дата обращения: 10.02.2017). Режим доступа: свободный.

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

138. Концепция пациентоориентированного подхода как ключевой инструмент социально-экономического развития / Харисов А. М. [и др.] //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 4. – С. 379-383.

139. Конюкова, О.Л. Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения РФ / О.Л. Конюкова, М.А. Мирошкина // Актуальные проблемы общества, экономики и права в контексте глобальных вызовов. – 2022. – № 7. – С. 227-231.

140. Кораблев, В.Н. Экономические проблемы медицинского страхования в Российской Федерации / В.Н. Кораблев, И.Д. Филимончикова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2020. – №. 4. – С. 22-28.

141. Кораблев, В.Н. Экономические проблемы медицинского страхования в Российской Федерации / В.Н. Кораблев, И.Д. Филимончикова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2020. – №. 4. – С. 22-28.

142. Королюк, Е.Г. Национальный проект «Здравоохранение» как один из путей сохранения здоровья россиян / Е.Г. Королюк, И.А. Жмакин, А.Г. Иванов // Тверской медицинский журнал. – 2021. – №. 1. – С. 137-144.

143. Корпоративные программы укрепления профессионального здоровья работников в Российской Федерации / Ковалев С.П. [и др.] // Экология человека. – 2020. – № 10. – С. 31-37.

144. Костырин, Е.В. Управление ценой на платные медицинские услуги и ее влияние на валовую прибыль работы медучреждения / Е.В. Костырин // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2017. – № 2. – С. 56-66.

145. Красова, Е.В. Коммерческая медицина в России: тенденции развития и факторы спроса / Е.В. Красова, А.Д. Сверчкова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 4. – С. 8-14.

146. Кривенко, Н.В. Направления эффективного взаимодействия субъектов региональной политики в сфере здравоохранения в целях обеспечения экономической безопасности регионов / Н.В. Кривенко // Уровень жизни населения регионов России. – 2022. – № 3. – С. 354-367.

147. Кривополенова, М.А., Современные проблемы обязательного медицинского страхования. / М.А. Кривополенова, А.С. Васильева // Экономика и социум. – 2018. – №2. – С. 563-566.

148. Крицкая, О.М. Особенности финансирования деятельности организаций государственного сектора : специальность 38.03.01 «Экономика» : выпускная бакалаврская работа // Крицкая Ольга Максимовна : МНВО РФ Национальный исследовательский Томский политехнический университет. – 2021. – 80 с. \

149. Кудайбергенова, М.К. Анализ деятельности больниц в зависимости от формы собственности в больничном секторе стран Европы / М.К. Кудайбергенова // Editorial board. – 2022. – С. 178.

150. Кудряшова, Л.В. Анализ динамики объемов и структуры высокотехнологичной медицинской помощи в города Москва. / Л.В. Кудряшова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2018. – № 5. – С. 16-21.

151. Кузнецова, А.И. Развитие платной медицины в России: основные причины и возможные пути решения проблем / А.И. Кузнецова // Актуальные вопросы становления российской государственности: генезис, проблемы, тенденции. Материалы региональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием. – 2019. – С. 200-205.

152. Кузнецова, Е. И. Экономическая безопасность: учебник и практикум для вузов. / Е. И. Кузнецова ; – Москва : Юрайт, 2018. – 294 с.

153. Кузьмин, Б.Н. Комплексное развитие системы медицинского страхования в современных условиях : специальность 38.03.01 «Экономика» : бакалаврская работа // Кузьмин Борис Николаевич : МНВО РФ Национальный исследовательский Томский политехнический университет. – 2020. – 81 с.

154. Кулинич, В.С. Совершенствование механизма управления финансированием медицинских учреждений в современных условиях (на примере медицинского учреждения ОГБУЗ «Верхнекетская районная больница») : специальность 38.03. 01 «Экономика» : выпускная бакалаврская работа // Кулинич

Василий Сергеевич : МНВО РФ Национальный исследовательский Томский политехнический университет. – 2020. – 73 с.

155. Купрещенко, Н. П. Теневая экономика: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция». / Н.П. Купрещенко ; – Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 199 с.

156. Куркина, М.П. Инструменты трансформации систем управления в здравоохранения. / М.П. Куркина // Государство и общество: вчера, сегодня, завтра. – 2018. – № 10. – С. 10-17.

157. Кучеренко, В.З. Кризис здравоохранения - диалектика решений: от «бизнеса на болезнях» и «медицинского коммунизма» к рентабельной экономике общественного здоровья / В.З. Кучеренко, Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин // Экономика здравоохранения. – 2010. – №3. – С.5-16.

158. Ларионов, А.В. Развитие системы государственного финансирования обязательного медицинского страхования / А.В. Ларионов, С.В. Русских, С.В. Масленников // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2021. – №. 4. – С. 480-492.

159. Латенкова, А.В. Микроэкономика: курс лекций. / Латенкова А. В. – Минск : БИП, 2022. – 225 с.

160. Латкин, А.П. Стратегии развития индустрии здравоохранения Китая / А.П. Латкин, О. В. Корнейко, Л.И. Сяотао // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – №. 1. – С. 185-188.

161. Латов, Ю. В. Неформальная экономика: тайны трех миров. Рецензия на работу Эрнандо де Сото «Иной путь». / Ю.В. Латов // Экономическая теория преступлений и наказаний. Электронный ресурс. URL: <http://corruption.rsuh.ru/magazine/2/n2-01.shtml> (дата обращения: 31.10.2018). Режим доступа: свободный.

162. Латышова, А.А. Основные тенденции динамики обеспеченности средним медицинским персоналом в Российской Федерации за период 2015–2019 гг / А.А. Латышова, Н.Я. Несветайло, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 4. – С. 341-353.

163. Лебедева, Е.И. Взаимодействие государства и частного предпринимательства в РФ на примере здравоохранения / Е. И. Лебедева, А. А. Присекин // Инновации и инвестиции. – 2022. – №. 2. – С. 249-254.

164. Лев, М.Ю. Бедность и прожиточный уровень населения в обеспечении социально-экономической безопасности / М.Ю. Лев // Экономическая безопасность. – 2021. – №. 3. – С. 549-570.

165. Левашова, Е.К. Проблема обеспеченности учреждений здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами / Е.К. Левашова // Фундаментальная наука и клиническая медицина-человек и его здоровье. – 2020. – С. 160-161.

166. Ли, М.Н. Высокотехнологичная медицинская помощь и оптимизация затрат на ее осуществление. / М.Н. Ли // Проблемы учета и финансов. – 2012. – № 3. – С. 22-26.

167. Линденбратен, А.Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения / А.Л. Линденбратен // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – №. 3. – С. 60-71.

168. Липчанская, М.А. Социальные права граждан в условиях использования искусственного интеллекта: правовые основы и пробелы законодательного регулирования в России / М.А. Липчанская, Т.В. Заметина // Журнал российского права. – 2020. – № 11. – С. 78-96.

169. Литвак, С.Г. Система финансирования в Российской Федерации и в зарубежных странах: виды и источники финансирования / Литвак С. Г. // Постулат. – 2023. – № 1. – С. 23-63.

170. Лутцев, А.Б. Экономика здравоохранения / А.Б. Лутцев, А.В. Чернышев; – Тамбов: Издательский дом Тамбовского государственного университета им. Г.Р. Державина, 2012.

171. Лысенко, И.Л. Качественные характеристики медицинского персонала как основная составляющая эффективности первичной медико-санитарной

помощи / И.Л. Лысенко, В.А. Чирков, А.В. Бреусов // Практическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 65–68.

172. Любарская, О. Предварительный прогноз развития страхового рынка на 2022 год / О. Любарская, А. Янин // РА Эксперт. Электронный ресурс. URL: https://raexpert.ru/researches/insurance/ins_2021 (дата обращения: 02.10.2022). Режим доступа: свободный.

173. Максимова, Л.В. Особенности коррупционных проявлений в сфере здравоохранения. / Л.В. Максимова // Молодой ученый. Электронный ресурс. URL: <https://moluch.ru/archive/105/24876/> (дата обращения: 25.03.2021). Режим доступа: свободный.

174. Максимова, Т.Г. Состояние и перспективы финансового обеспечения российского здравоохранения: краткий статистический обзор / Т.Г. Максимова, Ю.Н. Антохин // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2017. – № 2. – С. 173-178.

175. Маличенко, В.С. Международно-правовые механизмы регулирования доступа к технологиям здравоохранения / В.С. Маличенко // Право. Журнал Высшей школы экономики. – 2021. – № 5. – С. 256-285.

176. Малышева А.А. Финансово-правовое регулирование деятельности субъектов обязательного медицинского страхования : специальность 12.00.04 «Финансовое право; налоговое право; бюджетное право» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук // Малышева Анастасия Андреевна : ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия». – 2021. – 29 с.

177. Манухина, Е.В. Современные подходы к оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 г. / Е.В. Манухина, С.В. Юрина, О.А. Нагибин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 3. – С. 25-29.

178. Махдиева, Ю. М. Проблемы и направления развития добровольного медицинского страхования в России и регионах / Ю. М. Махдиева, Н. Р. Асекова // Финансовые инструменты регулирования социально-экономического развития

регионов: материалы V Всероссийской (национальной) научно-практической конференции. – 2020. – С. 107-113.

179. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ : учебное пособие / В.А. Медик, А.М. Осипов ; – Москва : ИНФРА-М, 2012. – 358 с.

180. Международный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи и возможности его использования в России / Ахметова А. И. [и др.] // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2021. – №. 4. – С. 137-158.

181. Мелехин, А.С. Финансово-организационные инновации в системе обязательного медицинского страхования : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : магистерская диссертация. / Фоменко Валерия Викторовна ; ФГОУ ВО «Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина». – 2019. – 113 с.

182. Мельник, Н.А. Обязательное медицинское страхование: современные реалии, проблемы и перспективы развития / Н.А. Мельник, Н.С. Сафонова // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции. – 2019. – № 3. – С. 77-84.

183. Мельников, В.Ю. Роль государства в обеспечении прав и свобод человека: учебное пособие / В.Ю. Мельников ; – РОСЖЕЛДОР : Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный университет путей сообщения», 2020. – 308 с.

184. Методические подходы к формированию рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций и систем здравоохранения в России и за рубежом / Бударин С. С. [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 4. – С. 459-463.

185. Мигунова, Ю.В. Доступное и качественное здравоохранение как ключевая потребность населения / Ю.В. Мигунова // Известия Уфимского научного центра РАН. – 2019. – №. 2. – С. 88-93.

186. Минеев, А.Н. Исследование рынка платных медицинских услуг и имиджа медицинской организации / А.Н. Минеев // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2017. – № 6. – С. 7-11.

187. Мировые системы здравоохранения и лекарственное обеспечение населения / Глушанко В. С. [и др.] // Вестник фармации. – 2019. – № 4. – С. 96-109.

188. Митин, А.Н. Некоторые вопросы государственного регулирования системы здравоохранения в Российской Федерации / А.Н. Митин // Международный форум «Медицинское право». Сборник статей. – 2021. – С. 261-273.

189. Михайлова, Ю.В. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации / Ю.В. Михайлова, Н.С. Матинян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №3. – С.18-21.

190. Мишина, И. Бюджет – 2021: как государство сокращает расходы на медицину / И. Мишина // Высшая школа организации и управления здравоохранением. Электронный ресурс. URL: <https://www.vshouz.ru/smi/byudzhnet-2021-kak-gosudarstvo-sokrashchaet-raskhody-nameditsinu/> (дата обращения: 09.02.2021). Режим доступа: свободный.

191. Миятлиева, Э.Д. Проблемы финансового обеспечения системы здравоохранения России в условиях рыночных отношений / Э.Д. Миятлиева, М.М. Саадиева // Экономика устойчивого развития. – 2019. – № 2. – С. 67-69.

192. Мобильность населения в поисках качественной и недорогой медицинской помощи растет. // Российская Газета.ру. Электронный ресурс. URL: <https://rg.ru/2018/03/12/obemu-medicinskogo-turizma-v-rf-vyrosli.html> (дата обращения: 06.08.2019). Режим доступа: свободный.

193. Мониторинг прогресса в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения на уровне отдельных стран и на глобальном уровне: система, показатели и цели. // Всемирная организация здравоохранения. – 2014. – С. 23-56.

194. Морозова, Ю.А. Стратегические приоритеты реализации программы модернизации первичного звена здравоохранения на региональном уровне / Ю.А. Морозова // Экономическое возрождение России. – 2022. – №. 3 (73). – С. 140-153.

195. Москвичева, М.Г. Результаты реализации пилотного проекта по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности / М.Г. Москвичева, М.М. Полинов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – № 2. – С. 5-17.

196. Московский городской фонд обязательного медицинского страхования. Электронный ресурс. URL: http://www.mgfoms.ru/?page_id=3038 (дата обращения: 10.04.2014). Режим доступа: свободный.

197. Муфтиева, Г.Х. Медико-организационные и экономические аспекты платных услуг в здравоохранении и научное обоснование их совершенствования : специальность 14.00.33. «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Муфтиева Гузель Хаматрахимовна ; ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации». – 2005. – 183 с.

198. Набережная, И.Б. Роль областных учреждений в оказании высокотехнологичной медицинской помощи / И.Б. Набережная, Д.А. Захаров // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 664-678.

199. Набережная, И.Б. Эволюция региональных нормативно-правовых актов по вопросам организации и финансирования высокотехнологичной медицинской помощи / И.Б. Набережная // Менеджер здравоохранения. – 2022. – №. 10. – С. 23-32.

200. Наджафова, М.Н. О перспективах развития сектора платной медицины / М.Н. Наджафова // Иннов: электронный научный журнал. – 2017. – № 4. Электронный ресурс. URL: <http://www.innov.ru/science/economy/o-perspektiva-khrazvitiya-sektora-p/> (дата обращения: 05.09.2021). Режим доступа: свободный.

201. Налчаджи, Т.А. Исследование потребителей рынка медицинских услуг / Т.А. Налчаджи, Н.Х. Пшукова, Р.А. Шаваева // Материалы Международной научно-практической конференции. Сборник статей. – 2017. – С. 44-47

202. Нацун, Л.Н. Инвалидизация населения стран Европы как индикатор результативности их политики в сфере здравоохранения / Л.Н. Нацун // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2019. – №. 4. – С. 200-219.

203. Нестерова, О.Л. Глобальные факторы риска для общественного здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные основными факторами риска. / О.Л. Нестерова // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 3-8.

204. Нилов, А. Цеховики. Рождение теневой экономики. / А. Нилов ; – Москва: Вектор, 2006. – 158 с.

205. Новая система контрольных мероприятий в отношении медицинских организаций в рамках обязательного медицинского страхования / О.С. Кобякова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 5. – С. 72-79.

206. О мероприятиях, направленных на повышение доступности и качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи. // Правительство Российской Федерации. Электронный ресурс. URL: [http:// government.ru/ info/ 9136](http://government.ru/info/9136) (дата обращения 20.02.2014). Режим доступа: свободный.

207. О решениях по итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике о развитии высокотехнологичной медицинской помощи, 6 января 2014 г. // Правительство Российской Федерации. Электронный ресурс. URL: <http://government.ru/news/9569> (дата обращения: 20.02.2014). Режим доступа: свободный.

208. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование / В.В. Гришин, В.Ю. Семенов, И.В. Поляков [и др.] ; под редакцией И.В. Полякова. – Москва : ТОО «Воля», 1995. – 166 с.

209. Овсиенко, Ю.А. Развитие платных услуг в сфере здравоохранения Российской Федерации / Ю.А. Овсиенко // Проблемы и перспективы развития России: Молодежный взгляд в будущее. – 2023. – С. 183-188.

210. Овсиенко, Ю.А. Развитие платных услуг в сфере здравоохранения Российской Федерации / Ю.А. Овсиенко // Проблемы и перспективы развития России: Молодежный взгляд в будущее. – 2023. – С. 183-188.

211. Овчарова, Л.Н. Мониторинг социально-экономического положения и социального самочувствия населения. / Л.Н. Овчарова // Специальный выпуск «Потребление медицинских услуг и лекарств в период экономического спада». НИУ ВШЭ. – 2017. – С. 46.

212. Омелянов, В.В. Совершенствование системы ведомственной статистической отчетности в сфере здравоохранения: монография / В.В. Омелянов, И.А. Железнякова ; – Москва : Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХИГС), 2019. – 58 с.

213. Оптимизация системы оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению региона в современных условиях / С.И. Трибунский, В.Б. Колядо, Е.В. Колядо, Т.А. Асанова, В.А. Лещенко // Общественное здоровье: мониторинг, организация медицинской помощи : материалы ХLI научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию ГУ НИИ комплекс. проблем гигиены и проф. заболеваний СО РАМН. – 2016. – С. 132-135.

214. Опыт работы хозрасчетного отдела по организации платных услуг и связи с общественностью / Белкина Е.И. [и др.] // Здравоохранение. – 2019. – № 3. – С. 85-86.

215. Орлова, Е.И. Особенности одноканального финансирования здравоохранения в новых экономических условиях / Е.И. Орлова, Ю.Ю. Толмачева // Современные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2021. – № 5. – С. 122-124.

216. Осипова, Н.Г. Российское общество после пандемии COVID-19: взгляд в будущее / Н.Г. Осипова // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2021. – № 4. – С. 7-32.

217. Основные тенденции первичной заболеваемости населения в субъектах Российской Федерации в 2008-2017 гг. / А.А. Савина, С.А. Леонов, И.М. Сон, [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27. – С. 118-122.

218. Особенности оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи жителям Южного и Северо-Кавказского округов / Н.Г. Карнышева, Е.С. Бережная, Е.А. Максимкина, С.А. Парфейников // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – № 3. – С. 92-95.

219. Ошкордина, А.А. Развитие платных медицинских услуг в системе управления государственных учреждений / А.А. Ошкордина, Н.Н. Кивелева, Н.В. Брыксина // Экономика и предпринимательство. – 2017. – № 9. – С. 589-593

220. Павлова, Т.О. Проблемы и перспективы медицинского страхования в России / Т.О. Павлова // Актуальные направления научных исследований: от теории к практике. Материалы X Международной научно-практической конференции. – 2016. – № 2 – С. 221-226.

221. Павлова, Ю.В. Взаимодействие государственного и частного сектора здравоохранения: региональный опыт правовых проблем / Ю.В. Павлова, М.Б. Шарков // Медицинское право. – 2016. – № 6. – С. 43-45.

222. Панов, А.В. Организационно-правовое регулирование системы оплаты труда врачей при оказании платных медицинских услуг / А.В. Панов, Т.Ю. Быковская // Национальное здоровье. – 2019. – № 1. – С. 51-55.

223. Панов, А.В. Современные подходы к совершенствованию института платных медицинских услуг в России / А.В. Панов, Т.Ю. Быковская // Исследования и практика в медицине. – 2019. – № 1. – С. 119-131.

224. Панов, А.В. Удовлетворенность врачей своей профессиональной деятельностью при оказании платных медицинских услуг / А.В. Панов, Т.Ю. Быковская // Сборник материалов Всероссийской научно-практической

конференции. Эффективный менеджмент здравоохранения региона: стратегия инноваций. – 2018. – С. 156-159.

225. Панов, А.В. Научное обоснование совершенствования организации оказания платных услуг в здравоохранении: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук / Панов Анатолий Владимирович; ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» - 2022. – С. 49-58.

226. Панов, А.В. Научное обоснование совершенствования организации оказания платных услуг в здравоохранении: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук / Панов Анатолий Владимирович; ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» - 2022. – С. 162-164.

227. Панов, А.В. Научное обоснование совершенствования организации оказания платных услуг в здравоохранении: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук / Панов Анатолий Владимирович; ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» - 2022. – С. 165-166.

228. Партнерство в контексте устойчивости систем здравоохранения и их сопротивляемости кризисам: анализ российской системы здравоохранения. / Аксенова Е. И. [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – № 5. – С. 560-571.

229. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты / Р.А. Хальфин [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2019. – Т. 23, №. 1. – С. 104-114.

230. Перепелова, О.В. Вопросы совершенствования системы оказания платных медицинских услуг населению в государственной медицинской организации. / О.В. Перепелова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 61. – С. 49-53.

231. Перечень медицинских организаций, оказывающих ВМП за счет бюджета / Врачи большого города. Электронный ресурс. URL: <https://med->

kvota.ru/med_kvota/perechen_clinik (дата обращения: 20.03.2018 г.). Режим доступа: свободный.

232. Перлина, К.В. Удовлетворенность пациентов государственных и муниципальных ЛПУ Барнаула качеством платных медицинских услуг / К.В. Перлина // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2012. – № 4. – С. 309-313.

233. Перспективы объединения финансовых источников в здравоохранении / Акулин И. М. [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 3. – С. 12-23.

234. Перхов, В.И. Актуальные проблемы организации высокотехнологичной медицинской помощи / В.И. Перхов, Ю.Ю. Юркин, С.Г. Горин // Здравоохранение. – 2015. – №11. – С. 26-33.

235. Перхов, В.И. О проблемах в вопросах обеспечения населения Российской Федерации бесплатной высокотехнологичной медицинской помощью. / В.И. Перхов // Здравоохранение. – 2009. – № 2. – С. 36-45.

236. Перхов, В.И. От мульти- к моноплательщику в российской системе обязательного медицинского страхования / В.И. Перхов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – №. 5. – С. 4-11.

237. Перхов, В.И. Современные аспекты обеспечения населения РФ высокотехнологичной медицинской помощью / В.И. Перхов // Здравоохранение. – 2014. – № 2. – С. 29-38.

238. Петрачков, И.В. Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 гг. / И.В. Петрачков, Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – № 1. – С. 80-91.

239. Петрина, О.А. Итоги реформ здравоохранения в Российской Федерации / О.А. Петрина, М.В. Николаева // Актуальные проблемы управления. – 2022. – С. 356-360.

240. Петров, А.М. Российская и зарубежная модель устойчивого развития на основе данных статистики социально-экономических измерений: практические аспекты / А.М. Петров // *Modern Economy Success*. – 2019. – № 5. – С. 126-133.

241. Петрова, Н.Г. Основы экономической теории / Н.Г. Петрова, И.В. Додонова, М.В. Полюкова // *Экономика и управление в здравоохранении*. ; – М.: Спецлит, 2015. – 324 с.

242. Пехтерева, Е.А. Реформирование системы здравоохранения Китая и развитие рынка медицинских услуг в период пандемии COVID-19 / Е.А. Пехтерева // *Экономические и социальные проблемы России*. – 2021. – №. 2. – С. 12-32.

243. Пирожкова, А. Д. Достигнутые результаты и основные риски реализации национального проекта «Здравоохранение» / А.Д. Пирожкова// *Россия молодая*. – 2022. – С. 84232.1-84232.6.

244. Плесовский, П.А. Теневые финансы как основа теневого рынка медицинских услуг / П.А. Плесовский // *Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского государственного университета*. – 2009. – № 2. – С. 70-78.

245. Плугарь, Е.В. Регуляторная политика в стимулировании взаимодействия участников рынка медицинских услуг / Е.В. Плугарь, О.В. Растригина // *Дискуссия*. – 2020. – № 2. – С. 29-38.

246. Погребняк, А.Г. Финансирование здравоохранения населения: Сингапурский опыт : : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (региональная экономика) : магистерская диссертация. / Погребняк Анаид Гарегиновна ; ФГОУ ВО «Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина». – 2019. – 108 с.

247. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи / С.Н. Черкасов, К.А. Егиазарян, М.С. Курносиков [и др.] // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. – 2017. – № 5. – С. 78-86.

248. Положенцева, Ю.С. Анализ эффективности системы здравоохранения: основные тенденции развития и перспективы модернизации / Ю.С. Положенцева, Н.С. Муштенко, А.Д. Хомутишникова // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. – 2020. – №. 3. – С. 123-139.

249. Полянин, А.В. Развитие системы здравоохранения на основе кластерного подхода / А.В. Полянин, Л.И. Проняева, А.В. Павлова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 1. – С. 694-702.

250. Попов, Е.В. Финансовые инструменты развития социального предпринимательства / Е.В. Попов, А.Ю. Веретенникова, К.М. Козинская // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2019. – №. 5. – С. 91-108.

251. Попова, Л.А. Состояние здоровья населения старшего возраста в регионе как фактор увеличения продолжительности жизни / Л.А. Попова, Е.Н. Зорина // Россия: тенденции и перспективы развития. – 2019. – № 14. – С. 700-705.

252. Попова, Н.Е. Особенности конкурентной среды на рынке обязательного медицинского страхования / Н.Е. Попова, Т.С. Сергиенко // Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий. – 2020. – № 4. – С. 383-389.

253. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / Ярашева А. В. [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2020. – Т. 13. – №. 1. – С. 174-190.

254. Прусакова, А.В. Оценка медико-экологического компонента качества жизни по уровню риска заболеваемости массовыми неинфекционными заболеваниями / А.В. Прусакова, В.М. Прусаков // Acta Biomedica Scientifica. – 2019. – № 2. – С. 44-50.

255. Рагимова, Н.Р. Важные аспекты международного опыта по государственному регулированию системы частного здравоохранения / Н.Р.

Рагимова // Современные проблемы цивилизации и устойчивого развития в информационном обществе. – 2022. – С. 216-223.

256. Рагозин, А.В. Новая классификация национальных систем финансирования общественного здравоохранения / А.В. Рагозин, В.В. Гришин, А.А. Ицелев // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 1. – С. 43-53.

257. Рагозин, А.В. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования / А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов // Здравоохранение. – 2012. – № 12. – С. 30-39.

258. Радж, А. Текущее состояние здравоохранения в Индии / А. Радж // Политика, экономика и инновации. – 2023. – №. 3(50). – С. 3-9.

259. Раджабов, Р.М. Гражданско-правовое регулирование оказания платных медицинских услуг: историко-правовой аспект / Р.М. Раджабов, А.Н. Азизова // Государственная служба и кадры. – 2022. – № 2. – С. 123-127.

260. Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации. / Л.В. Авраменко, В.Н. Карташев, В.Б. Колядо [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – № 2. – С. 53-56.

261. Разработка требований к системе управления медицинской организации в условиях цифровой трансформации / А.Д. Борреманс [и др.] // Наука и бизнес: пути развития. – 2019. – №. 8. – С. 92-96

262. Рамазанов, И.А. Прогнозирование перспектив развития российского рынка платных медицинских услуг / И.А. Рамазанов, Е.С. Григорьева // Практический маркетинг. – 2019. – №. 5. – С. 29-36.

263. Растригина, О.В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика / О.В. Растригина // Вестник евразийской науки. – 2020. – № 3. – С. 49-54.

264. Реальные доходы россиян показали снижение четвертый год подряд // РБК. Электронный ресурс. URL: [https:// www.rbc. ru/ economics/ 25/ 01/ 2018/ 5a69dc3b9a7947621f973468](https://www.rbc.ru/economics/25/01/2018/5a69dc3b9a7947621f973468) (дата обращения 04.03.2019). Режим доступа: свободный.

265. Региональное общественное здоровье: оценка вклада кадровой обеспеченности здравоохранения. / О.В. Медведева, Л.И. Меньшикова, Н.В. Чвырева, А.В. Гажева, И.Н. Большов // Экология человека. – 2021. – № 12. – С. 4-13.

266. Редькина, Т.М. Обоснованность выбора страхователем вида добровольного медицинского страхования / Т.М. Редькина, О.И. Пудовкина, А.М. Аль-Самави // Наука и бизнес: пути развития. – 2021. – № 12. – С. 161-164.

267. Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова, Е.Г. Потапчик, С.В. Сажина ; – Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». – М. : Издательский дом Высшей школы экономики, 2019. – 96 с.

268. Репринцева, Е.В. Исследование ассортимента платных медицинских услуг в учреждении здравоохранения / Е.В. Репринцева // Региональный вестник. – 2019. – №. 17. – С. 53-54.

269. Решетников, В.А. Развитие методологических основ организации здравоохранения, заложенных Н.А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению. : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение») : автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук / Арсентьев Евгений Вадимович // ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ. – 2020. – 25 с.

270. Рихмайер, Е.В. Формирование здорового образа жизни российских граждан через призму влияния социокультурных факторов / Е.В. Рихмайер // Мир науки. Социология, филология, культурология. – 2019. – № 1. – С. 20-28.

271. Рогозин, Д.М. Оценка эффективности государственных и муниципальных услуг. Социальная критика и профессиональная экспертиза: учебное пособие. / Д.М. Рогозин, И.А. Шмерлина ; – Москва : Дело. Российская академия государственной службы при Президенте Российской Федерации. – 2014. – 102 с.

272. Родионова, Н. А. Экономические возможности и угрозы развития блокчейн-технологий : специальность 38.04. 01 «Экономика» : магистерская диссертация // Родионова Наталья Андреевна : МНВО РФ Национальный исследовательский Томский государственный университет – 2019. – С. 43-75.

273. Роднянский, Д.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: региональный анализ / Д.В. Роднянский, Г.Ф. Валеева // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2019. – № 1. – С. 133-139.

274. Романова, Т.Ф. Проблемы финансирования учреждений здравоохранения в современных условиях / Т.Ф. Романова, К.А. Герасимова // Финансовые исследования. – 2021. – № 4. – С. 121-128.

275. Российская Федерация. Законы. Конституция Российской Федерации : текст с изменениями и дополнениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 : [принята всенародным голосованием 12.12.1993]. Москва : Собрание законодательства РФ, 2009. – 36 с.

276. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации : Федеральный закон № 286-ФЗ : [принят Государственной Думой Российской Федерации 03 июля 2016 г.] – Гарант. Информационно-правовая система. Электронный ресурс. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/775298/#ixzz4H20cBXEk> (дата обращения: 12.05.2019). Режим доступа: свободный.

277. Российская Федерация. Законы. О концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Распоряжение Правительства Российской Федерации № 1662-р : текст с изменениями и дополнениями от 28 сентября 2018 г. [утверждено Правительства Российской Федерации 17 ноября 2008 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: [https:// www. consultant. ru/ document/ cons_ doc_ LAW_ 82134/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/)

f62ee45faefd8e2a11d6d88941ac66824f848b2/ (дата обращения: 04.09.2020). Режим доступа: свободный.

278. Российская Федерация. Законы. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : Указ Президента Российской Федерации № 597 : [утвержден Президентом Российской Федерации 07 мая 2012 г.] – Гарант. Информационно-правовое обеспечение. URL: <http://base.garant.ru/70170950/#ixzz6mgUxeIey> (дата обращения: 20.05.2017). Режим доступа: свободный.

279. Российская Федерация. Законы. О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 916н : [утвержден Министерством здравоохранения Российской Федерации 10 декабря 2013 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157176/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1dda fdad df5 18/ (дата обращения: 20.05.2017). Режим доступа: свободный.

280. Российская Федерация. Законы. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год : Постановление Правительства Российской Федерации № 1382 : [принято Правительством Российской Федерации 21 ноября 2011 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018 (дата обращения: 20.02.2014). Режим доступа: свободный.

281. Российская Федерация. Законы. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов : Постановление Правительства Российской Федерации № 1273 : [принято Правительством Российской Федерации 28 ноября 2014 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018/e10f9a4ff87c3dd8c020988e3bddbff1493fa29c/ (дата обращения: 23.07.2020). Режим доступа: свободный.

282. Российская Федерация. Законы. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2010 г. № 180-ФЗ.

Федерации № 326-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями от 19.12.2019 : [утвержден Государственной Думой Российской Федерации 29 ноября 2010 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 20.12.2019). Режим доступа: свободный.

283. Российская Федерация. Законы. Об организации страхового дела в Российской Федерации : Федеральный Закон Российской Федерации № 4015-1 текст с изменениями и дополнениями от 29.12.2022 : [утвержден Государственной Думой Российской Федерации 27 ноября 1992 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1307/ (дата обращения: 20.02.2023). Режим доступа: свободный.

284. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон № 323-ФЗ : текст с изменениями и дополнениями на 01 сентября 2023 г : [принят Государственной Думой Российской Федерации 21 ноября 2011 г.] – Москва : Законы и Кодексы, 2023. – 160 с.; ISBN: 978-5-392-38002-2. – Текст: непосредственный.

285. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства Российской Федерации № 1640 : [принято Правительством Российской Федерации 26 декабря 2017 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения: 25.06.2022). Режим доступа: свободный.

286. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Распоряжение Правительства Российской Федерации № 2511-р : текст с изменениями и дополнениями на 30 мая 2023 г. [утверждено Правительства Российской Федерации 24 декабря 2012 г.] – Гарант. Информационно-правовое обеспечение. Электронный ресурс. URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения: 30.05.2023). Режим доступа: свободный.

287. Российская Федерация. Законы. Об утверждении государственной программы Свердловской области «Развитие системы здравоохранения Свердловской области до 2024 года» : Постановление Правительства Свердловской области № 1267-ПП : [принято Правительством Российской Федерации 21 октября 2013 г.] – Гарант. Информационно-правовая система. Электронный ресурс. URL: <https://base.garant.ru/46821323/> (дата обращения: 27.10.2021). Режим доступа: свободный.

288. Российская Федерация. Законы. Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1631н : [утвержден Министерством здравоохранения Российской Федерации 29 декабря 2012 г.] – Гарант. Информационно-правовая система. Электронный ресурс. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/70365858/paragraph/1:2> (дата обращения 16.07.2018). Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

289. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России № 158н : [утвержден Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 28 февраля 2011 г.] – Консультант плюс. Электронный ресурс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_111285/53e594fa9959a6f3cc9102187b879fca43100fa8/ (дата обращения: 20.05.2017). Режим доступа: свободный.

290. Российская Федерация. Законы. Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг : Постановление Правительства Российской Федерации № 1006 : [принято Правительством Российской Федерации 04 октября 2012 г.] – Гарант. Информационно-правовая система. Электронный ресурс. URL:

<http://ivo.garant.ru/#/document/70237118/paragraph/1:10> (дата обращения 09.10.2017). Режим доступа: свободный.

291. Российская Федерация. Законы. Об утверждении Правил финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в федеральных государственных бюджетных и автономных учреждениях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, в 2014 году : Постановление Правительства Российской Федерации № 1278 : текст с изменениями и дополнениями на 15 августа 2014 г. : [принято Правительством Российской Федерации 26 декабря 2013 г.] – Гарант. Информационно-правовая система. Электронный ресурс. URL: <https://base.garant.ru/70585884/> (дата обращения 09.10.2017). Режим доступа: свободный.

292. Росстат. 2021. Здравоохранение. Электронный ресурс. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 14.06.2020). Режим доступа: свободный.

293. Рощепко, Н.В. Распределенные объемы предоставления медицинской помощи как критерий правомерности ее оказания в системе ОМС / Н.В. Рощепко // Вестник ЯрГУ. Серия Гуманитарные науки. – 2021. – № 3. – С. 3-9.

294. Рощина, И.В. Регулирование ценообразования платных медицинских услуг в регионах / И.В. Рощина, Д.Б. Мальцева // Материалы III Всероссийской конференции «Активизация интеллектуального и ресурсного потенциала регионов: новые вызовы для менеджмента компаний». Иркутск. – 2017. – С. 234-238.

295. Руголь, Л.В. Проблемы кадровой обеспеченности в аспекте доступности и качества первичной медико-санитарной помощи. / Л.В. Руголь, И.М. Сон, Л.И. Меньшикова // Профилактическая медицина. – 2019. – № 22. – С. 49-56.

296. Румянцев, П.О. Как создать современный медицинский центр в текущих условиях? / П.О. Румянцев, Д.А. Черкасов // Digital Diagnostics. – 2022. – № 4. – С. 404-412.

297. Рыбальченко, И.Е. Государственные задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, ведомственные и региональные аспекты / И.Е. Рыбальченко // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 36-42.

298. Рыбальченко, И.Е. Государственные задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, ведомственные и региональные аспекты. / И.Е. Рыбальченко // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С.36-42.

299. Рынок коммерческой медицины в России: тенденции и перспективы развития. // Деловой профиль. Электронный ресурс. URL: <https://delprof.ru/press-center/open-analytics/rynok-kommercheskoy-meditsiny-v-rossii-tendentsii-i-perspektivy-razvitiya/> (дата обращения 15.08.2021). Режим доступа: свободный.

300. Рынок медицинских услуг: современное состояние и перспективы развития в условиях санкций / А.Р. Давыдович [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 5. – С. 740-745.

301. Самсонова, В. Какие перспективы у рынка частных медуслуг / В. Самсонова // Здравоохранение. – 2017. – № 6. – С. 90-96.

302. Самсонова, М.А. Эволюция национальной системы здравоохранения / М.А. Самсонова // Горизонты биофармацевтики. – 2020. – № 5. – С. 158-161.

303. Сауткина, В.А. Перспективы развития кластерной модели в сфере здравоохранения / В.А. Сауткина // Мировая экономика и международные отношения. – 2019. – № 4. – С. 96-103.

304. Сахаров, В.Н. Отдельные вопросы защиты исполнителя медицинских услуг от «потребительского экстремизма» / В.Н. Сахаров, А.В. Сахарова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2018. – № 76. – С. 31-33.

305. Сахибгареева, Э.Х. Совершенствование деятельности медицинской организации, оказывающей платные стоматологические услуги на основании маркетинговой концепции / Э.Х. Сахибгареева, А.Ю. Брагин, А.В. Федяева // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2018. – № 4. – С. 61-71

306. Свидетельство о регистрации базы данных №2023624482. Формы организации оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях по методу Ионкиной И.В.: №023624482: заявл. 24.11.2023: опублик. 08.12.2023 / И.В. Ионкина; заявитель, обладатель Ионкина И.В. – 3 с.

307. Свиридова, Т.А. Сравнительный анализ моделей здравоохранения в мире / Т.А. Свиридова, Т.В. Орлова // Врач. – 2012. – № 4. – С.112-115.

308. Сергеева, Н.М. Методология разработки бизнес-плана в системе здравоохранения / Н.М. Сергеева, Е.В. Репринцева // Региональный вестник. – 2019. – № 2. – С. 2-4.

309. Сергеева, Н.М. Факторы повышения качества медицинских услуг: ресурсное обеспечение / Н.М. Сергеева // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – №. 1 (30). – С. 309-312.

310. Серегина, И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линденбратен, Н.К. Гришина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 5. С. 3-7.

311. Сибурина, Т.А. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью / Т.А. Сибурина, Г.Н. Барскова, Л.В. Лактионова // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный ресурс. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/454/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.02.2017). Режим доступа: свободный.

312. Синявский, Н.Г. Теневая экономика и экономическая безопасность государства: учеб. пособие / В.И. Авдийский, В.А. Дадалко, Н. Г. Синявский. – Москва : ИНФРА-М, 2017. – 538 с.

313. Сквирская, Г.П. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству / Г.П. Сквирская, А.В. Волнухин, А.Г. Резе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 2. – С. 275-280.

314. Смирнова, Е.А. Анализ конкурентной среды на рынке обязательного медицинского страхования / Е.А. Смирнова, Е.В. Шульга // Инновационные научные исследования: теория, методология, практика. – 2019. – С. 90-92.

315. Смирнова, Е.В. О необходимости стандартизации организации учета и контроля качества медицинской помощи при оказании платных медицинских услуг / Е.В. Смирнова, О.А. Волкова, С.Н. Черкасов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – №. 5-6. – С. 3-16.

316. Смоленская, М.А. Удовлетворенность пациентов качеством оказания платных медицинских услуг в муниципальном и частном ЛПУ г. Барнаула / М.А. Смоленская // Синергия наук. – 2017. – № 9. – С. 381-386.

317. Соболева, Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России / Е.А. Соболева // Финансы: теория и практика. – 2021. – №. 3. – С. 127-149.

318. Совершенствование системы оказания платных услуг в государственной медицинской организации. / Н.К. Гришина, Н.Б. Соловьева, О.В. Перепелова, Е.В. Песенникова // Основные проблемы в современной медицине. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 30-42.

319. Современное состояние проблемы качества оказания медицинской помощи / А.Е. Орлов [и др.] //Наука и инновации в медицине. – 2022. – Т. 7. – №. 2. – С. 116-123.

320. Современные особенности рождаемости и смертности населения Центральной России. / Э.Н. Мингазова, В.О. Щепин, П.В. Железова, Р.Н. Садыкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27. – С. 858-864.

321. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов здравоохранения (обзор) / Хальфин Р. А. [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – №. 4. – С. 3-12.

322. Современные тенденции в сфере непрерывного профессионального образования / Е.И. Аксенова [и др.] //Московская медицина. – 2019. – №. 3. – С. 12-21.
323. Соколов, А. Деньги не лечат: к чему ведет реформа здравоохранения. / А. Соколов // Ведомости. Электронный ресурс. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/14/843300-dengi-lechat> (дата обращения: 09.02.2021). Режим доступа: свободный.
324. Соколов, Ю.И. Острый кризис российского здравоохранения / Ю.И. Соколов // Проблемы анализа риска. – 2023. – № 5. – С. 44-59.
325. Соколова, М.Г. Формирование коммерческих медицинских центров: экономические аспекты / М.Г. Соколова, А.О. Снежкова // Экономика и эффективность организации производства. – 2021. – № 33. – С. 88-91.
326. Соколова, О.В. Частные медицинские организации: вопросы регистрации, лицензирования и гражданско-правового положения при оказании медицинской помощи и медицинских услуг / О.В. Соколова, Е.А. Абросимова // Вестник Томского государственного университета. – 2022. – №. 479. – С. 258-272.
327. Соловьева, Т.В. Анализ состояния и показателей общественного здоровья населения в РФ. / Т.В. Соловьева, Д.А. Бистяйкина, Е.Г. Панькова // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2021. – № 1. – С. 78-83.
328. Солодкий, В.А. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи: проблемы и пути решений. / В.А. Солодкий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2006. – № 3. – С. 28-31.
329. Сомоев, Р.Г. Зарубежный опыт страхового метода финансирования пенсионных обязательств государства / Р.Г. Сомоев, И.П. Денисова, С.Н. Рукина // Учет и статистика. – 2020. – №. 1(57). – С. 102-109.
330. Социальные, криминологические и правовые проблемы профилактической медицины : монография. / Акулин И. М. [и др.] ; – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский государственный университет, 2022. – 460 с.

331. Социологический анализ факторов, влияющих на восприятие медицинскими работниками своей профессиональной деятельности / Латыпов А. Б. [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 68. – С. 5.

332. Социологический опрос пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь / И.Б. Набережная, Д.А. Захаров, Ж.Б. Набережная, Э.Н. Сурхаева // Здоровье и образование в XXI в. 2016. – № 3. – С. 34-64.

333. Стажарова, Д.М. Инновационное развитие медицинской сферы Российской Федерации на современном этапе / Д.М. Стажарова // Сборник статей XXVII Международной научно-практической конференции. European reserch. – 2020. – С. 12-15.

334. Сталькина, У.М. Перспективы внедрения модели информационного сопровождения деятельности компаний государственного и частного секторов / У.М. Сталькина, О.В. Малахова // Вестник Пермского национального исследовательского политехнического университета. Социально-экономические науки. – 2020. – № 3. – С. 182-196.

335. Стандартизация порядков оказания медицинской помощи в Российской Федерации / Серяпина Ю. В. [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 3. – С. 36-43.

336. Станет ли старение населения концом социального государства? Обзор фактических данных и варианты политики. // Всемирная организация здравоохранения. – 2021. – С. 23-56.

337. Стародубов, В.И. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации / В.И. Стародубов, В.О. Флек ; – Москва: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2006. – 192 с.

338. Старых, Н.П. Значение целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» в оценке эффективности регионального здравоохранения / Н.П. Старых, А.В. Егорова // Среднерусский вестник общественных наук. – 2020. – Т. 15. – № 1. – С. 143-161.

339. Суворова, И. Чужие среди своих. / И. Суворова // РоссийскаяГазета.ру. Электронный ресурс. URL: <https://rg.ru/2020/08/18/regpfo/sotrudnichestvo-gosudarstvennoj-i-chastnoj-mediciny-vozmozhno.html> (дата обращения 11.02.2019). Режим доступа: свободный.

340. Сулакшин, С.С. Доктрина государственной политики противодействия коррупции и теневой экономике в Российской Федерации (макет-проект) / С.С. Сулакшин. – Москва : Научный эксперт, 2016. – 219 с.

341. Суслин, С.А. Удовлетворенность населения медицинской помощью: современные понятия и подходы. / С.А. Суслин, П.В. Тимяшев, О.В. Кирьякова // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – 2021. – С. 493-498.

342. Сченснович, В.Н. Внутренняя политика современной России / В.Н. Сченснович // Россия и мусульманский мир. – 2021. – № 1. – С. 5-14.

343. Тагаева, Т.О. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья. / Т.О. Тагаева, В.М. Гильмундинов // Проблемы прогнозирования. – 2015. – № 1. – С. 106-110.

344. Темницкий, А.Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России / А.Л. Темницкий // Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – № 4. – С. 30-52.

345. Тимаков, И.В. Институциональные особенности финансирования российского здравоохранения / И.В. Тимаков // Дискуссия. – 2020. – №. 3. – С. 6-14.

346. Тимаков, И.В. Реформа российского здравоохранения – угроза безопасности социальных групп или эволюция охраны здоровья? / И.В. Тимаков // Социодинамика. – 2020. – № 11. – С. 28-46.

347. Тимофеева, А.С. Современные модели управления поликлиникой: литературный обзор / А.С. Тимофеева // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 2. – С. 34-56.

348. Токарева, Ю.А. Мотивация трудовой деятельности персонала: комплексный подход : монография / Ю.А. Токарева, Н.М. Глухенькая, А.Г. Токарев ; ФГОУ ВО «Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2021. – 216 с.

349. Гостановская, Ю.Т. Как понять, какие платные услуги нужны пациентам? / Ю.Т. Гостановская // Здоровоохранение. – 2016. – № 9. – С. 38-43.

350. Трансформация социально-экономических процессов в условиях цифровизации: монография. / Абрамова К. С. [и др.] ; – Орёл : Картуш, 2021. – 180 с.

351. Третьяков, Н.В. Социально-психологическое обеспечение медицинского персонала в период пандемии / Н.В. Третьяков, А.А. Меденков, Н.Л. Фетисова // Психология. историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – № 3. – С. 39.

352. Трехлебова, И.В. Рынок платных медицинских услуг в России / И.В. Трехлебова, Е.В. Ермолаева // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2016. – № 6. – С. 190-198.

353. Угольников, В.В. Организационно-экономические аспекты развития высокотехнологичной медицинской помощи в современных социально-экономических условиях. / В.В. Угольников // Теория и практика общественного развития. – 2015. – №3. – С. 139-141.

354. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложение 2019 – 2024 гг. / Г.Э. Улумбекова ; – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С.132-134.

355. Улумбекова, Г.Э. О доступности высокотехнологичной медицинской помощи в России / Г.Э. Улумбекова // Заместитель главного врача. – 2015. – № 3. – С. 6-15.

356. Улумбекова, Г.Э. Программа неотложных мер в здравоохранении РФ для выхода из системного кризиса / Г.Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. – № 1. – С. 4-16.

357. Улумбекова, Г.Э. Ситуация в здравоохранении стала критической / Г.Э. Улумбекова // Полит.ру. Электронный ресурс. URL: http://polit.ru/news/2015/12/25/zdravookhr_com (дата обращения 13.08.2019). Режим доступа: свободный.

358. Управление объёмами медицинской помощи и процессом госпитализации в профильном федеральном центре с применением цифровых технологий / Колядо Е. В. [и др.] // Гений ортопедии. – 2023. – №. 2. – С. 127-136.

359. Урываева, О.Е. Проблемы современной системы обязательного медицинского страхования в России и пути ее совершенствования / О.Е. Урываева, А.Ш. Галимова // Проблемы экономики и менеджмента. – 2017. – № 7 (35). – С. 41-44.

360. Фактор теневой экономики: почему глобальная стратегия сдерживания затрат на здравоохранение построена на ошибочном предположении? / Балынин И.В. [и др.] // Финансовый менеджмент. – 2023. – № 1. – С. 188-196.

361. Фатеева, С. Как получить квоту на операцию и лечение в 2018 году: кому положена, как получить и оформить, необходимые документы. / С. Фатеева // Дерматолог. Сайт о заболеваниях кожи. Электронный ресурс. URL: <https://tihuzlpoliklinika.ru/zhelezy/kvota-na-operatsiyu-i-lechenie-v-2018-godu-komu-polozhena-kak-poluchit-i-oformit-neobhodimye-dokumenty.html> (дата обращения: 09.03.2018). Режим доступа: свободный.

362. Федонников, А.С. Медико-правовые особенности функционирования системы здравоохранения Республики Индия / А.С. Федонников, Н.И. Махонько // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. – 2023. – №. 6. – С. 142-150.

363. Федорова, И.Ю. Качество медицинских услуг и факторы, влияющие на изменение его параметров в условиях социальной рыночной экономики / И.Ю. Федорова, Д.Н. Решетов // Экономика и социум: современные модели развития. – 2018. – №4. – С. 92-102.

364. Федорова, Н.В. Одноканальная система финансирования здравоохранения в Российской Федерации: преимущества и недостатки / Н.В. Федорова // Научное обозрение. Экономические науки. – 2016. – № 3. – С. 61-63.
365. Федотов, А.Н. Рынок потребительских товаров: учебное пособие. / А.Н. Федотов ; – Иркутск : Байкальский государственный университет, 2019. – 114 с.
366. Федотова, В.В. Влияние ценностных ориентаций и экономического благополучия россиян на установки по отношению к здоровью / В.В. Федотова // Общественные науки и современность. – 2020. – №1. – С. 22-38.
367. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, А.В. Калашникова, Н.В. Альвианская // Оргздрав. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – №4. – С. 4-20.
368. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. М. Кутцин. : – Москва : Издательство Весь мир, 2002. – 352 с.
369. Фиоктистов, К.С. Проблемы оказания платных медицинских услуг населению РФ / К.С. Фиоктистов // Менеджмент и маркетинг. – 2018. – № 2. – С. 31-33.
370. Фирсова, П.А. Проблемы российской системы обязательного медицинского страхования / П.А. Фирсова // Научно-практические исследования. – 2020. – № 2. – С. 121-128.
371. Фомичева, Е. Маленькие частные клиники уходят с рынка. / Е. Фомичева // Новый проспект. Электронный ресурс. URL: <https://newprospect.ru/news/articles/malenzie-chastnyie-kliniki-ukhodyat-s-rynka/> (дата обращения: 25.08.2021). Режим доступа: свободный.
372. Фурсенко, С.Н. Совершенствование системы ценообразования на платные медицинские услуги : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Фурсенко Сергей Николаевич : ФГУБУ «ЦНИИ организации и информатизации Минсоцразвития России». – 2012. – 25 с.

373. Хамицева, И.С. Правовое регулирование оказания платных медицинских услуг / И.С. Хамицева, А.В. Хадарцева // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – № 62. – С. 5-10.

374. Хансуварова, Е.А. Разработка метода оценки деятельности государственных медицинских организаций с целью совершенствования стратегического управления / Е.А. Хансуварова, Н.И. Яшина, Е.С. Малышева // Вопросы управления. – 2020. – № 3. – С. 78-87.

375. Ходакова, О.В. Влияние социально-экономического уровня жизни населения региона на рынок платных медицинских услуг / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 32-40.

376. Цветова, Г.В. Рынок медицинских услуг в региональном измерении / Г.В. Цветова, Е.К. Полонникова // Власть и управление на Востоке России. – 2021. – №. 1 (94). – С. 93-100.

377. Цыпленкова, Л.П. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга / Л.П. Цыпленкова, И.В. Слюсарь, К.В. Шуть // Социология медицины. – 2012. № 2. – С. 32–34.

378. Чекмарев, В.Е. Динамика развития международного сотрудничества в противодействии теневым финансовым потокам. / В.Е. Чекмарев // Финансовый бизнес. – 2016. – N 3. – С.3-7.

379. Черных, Е.А. Динамика смертности от болезней системы кровообращения в Воронежской области / Е.А. Черных // Наука молодых–Eruditio Juvenium. – 2021. – №. 4. – С. 533-542.

380. Чернышев, В.М., Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990-2020 гг.). Проблемы и предложения. / В.М. Чернышев, Стрельченко О.В., И.Ф. Мингазов // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – №. 2 (24). – С. 86-102.

381. Чилилов, А.М. Актуальные вопросы организации и финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи / А.М. Чилилов // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 10-15.

382. Чистик, О.Ф. Статистический анализ заболеваемости и смертности. / О.Ф. Чистик // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2019. – №9. – С. 65-72.

383. Чорный, О.В. Эффективность государственной политики реформ системы здравоохранения для благополучия гражданского общества: социальный контекст / О.В. Чорный // Sciences of Europe. – 2020. – № 53. – С. 67-70.

384. Шадымов, А.Б. К вопросу о видах и задачах контроля качества оказания медицинской помощи / А.Б. Шадымов, Н.И. Лютикова, А.О. Колесников // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. – 2020. – Т. 7. – С. 68-74.

385. Шаймарданова, С.Н. Проблема модернизации системы страховой медицины в США // Научный журнал «Modern Science». – 2020. – №. 4. – С. 375-379.

386. Шалыгина, Л.С. Оценка доступности высокотехнологичной медицинской помощи жителям Сибирского федерального округа по результатам социологического исследования / Л.С. Шалыгина // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный ресурс. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/567/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.02.2017). Режим доступа: свободный.

387. Шахабов, И.В. Ключевые аспекты пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией / И.В. Шахабов, Ю.Ю. Мельников, А.В. Смышляев // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – №. 3. – С. 34-38.

388. Шевченко, Р. Усилилась конкуренция за врачей между государственными и частными клиниками. / Р. Шевченко // Медвестник. Электронный ресурс. URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Usililas-konkurenciya-za-vrachei-mejdu-gosudarstvennymi-i-chastny-mi-klinikami.html> (дата обращения: 23.05.2021). Режим доступа: свободный.

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

390. Шейман, И.М. Сроки ожидания медицинской помощи: зарубежный опыт и российская практика / И. М. Шейман, С. В. Шишкин // XX Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. Сборник докладов. – 2019. – С. 65-87.

391. Шейман, И.Н. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. / И.Н. Шейман, С.В. Шишкин // Менеджер здравоохранения. – 2009. –Ч. 1 – № 6. – С. 7-30.

392. Шерешева, М.Ю. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России. / М.Ю. Шерешева, А.А. Костанян // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Менеджмент. – 2015. – № 4. – С. 74-114.

393. Шилов, Д.В. Проблемы и перспективы развития рынка добровольного медицинского страхования Пермского края. / Д.В. Шилов // Страховые интересы современного общества и их обеспечение. Материалы XIV Международной научно-практической конференции. – 2013. – С. 164-171.

394. Шилова, Ю.И. Основные проблемы платных медицинских услуг в РФ / Ю.И. Шилова // Экономика и предпринимательство. – 2018. – № 96. – С. 297-299.

395. Широкова, Д.Е. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России: характеристика, проблемы, нормативно-правовое регулирование / Д.Е. Широкова // Трибуна ученого. – 2020. – № 10. – С. 302-311.

396. Шишкин, С. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития / С. Шишкин, Е. Потапчик, Е. Селезнева // Вопросы экономики. – 2013. – №4. – С. 94-112.

397. Шишкин, С.В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения. / С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева. – Москва : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. – С. 238-247.

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

399. Шкиперова, Г.Т. Оценка медико-демографических тенденций в контексте стратегических приоритетов социально-экономического развития России и Западной Европы / Г. Т. Шкиперова, Е. В. Молчанова // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2019. – №. 10. – С. 145-153.

400. Шхагошева, Д.Л. Статистический анализ динамики заболеваемости и смертности в субъектах РФ. / Д.Л. Шхагошева, С.К. Протасова // Инновационные направления развития в образовании, экономике, технике и технологиях: национальная научно-практическая конференция. Сборник статей. – 2020. – С. 138-42.

401. Щукина, Т.В. Совершенствование финансирования здравоохранения в регионе / Т.В. Щукина, С.Н. Плюта // Вестник университета. – 2019. – № 5. – С. 48-55.

402. Экономические аспекты предоставления платных медицинских услуг в России в период пандемии / Андриянова А.А. [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 1. – С. 673-679.

403. Эрендженова, Д.Б. Особенности развития коммерческой медицины в России / Д.Б. Эрендженова, С.В. Намысов // Социально-экономическое развитие России и Монголии: проблемы и перспективы. – 2022. – С. 248-252.

404. A Public-Private Partnership Improves Clinical Performance In A Hospital Network In Lesotho / N. McIntosh [et al.] // Health Aff (Millwood). – 2015. – № 6. – P.954-962.

405. Analysis tools and documentation. // Russia Longitudinal Monitoring Survey of HSE. Электронный ресурс. URL: www.cpc.unc.edu/rlms (дата обращения: 24.04.2021). Режим работы: свободный.

406. Andersen, L.B. Does ownership matter for the provision of professionalized services? Hip operations at publicly and privately owned clinics in

Denmark / L.B. Andersen, M.L. Jakobsen // *Public Admin.* – 2011. – № 89. – P. 956-974.

407. Arrow, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care / K. Arrow // *Am Econ Rev.* – 1963. – № 3. – P. 141-149.

408. Barbetta, G.P. Behavioral differences between public and private not-for-profit hospitals in the Italian National Health Service / G.P. Barbetta, G. Turati, A.M. Zago // *Health Econ.* – 2007. – № 16(1). – P. 75-96.

409. Barney, J.B. *Gaining a Sustainable Competitive Advantage* / J.B. Barney // Pearson Prentice Hall. – 2007. – № 7. – C. 19-36.

410. Berwick, M. The Triple Aim: Care, Health, And Cost Donald / M. Berwick, Thomas W. Nolan, John Whittington // *Health Affairs.* – 2008. – № 27(3). – P. 759-769.

411. Bosch, X. The painful effects of the financial crisis on Spanish health care / X. Bosch, P. Moreno, A. Lorez-Soto // *Int J Health Serv.* – 2014. – № 44. – P.25-51.

412. Bradby, H. *Medicine, Health and Society.* / H. Bradby // SAGE Publications. – 2012. – P. 4-9.

413. Busse, R. Germany: Health system review / R. Busse, M. Blumel // *Health Sust Transit.* – 2014. – № 16. – P. 1-296.

414. Callander, E.J. Out-of-pocket healthcare expenditure in Australia: trends, inequalities and the impact on household living standards in a high-income country with a universal health care system / E.J. Callander, H. Fox, D. Lindsay // *Health Econ Rev.* – 2019. – № 10. – P. 34-56.

415. Callander, E.J. Out-of-pocket healthcare expenditure in Australia: trends, inequalities and the impact on household living standards in a high-income country with a universal health care system / E.J. Callander, H. Fox, D. Lindsay // *Health Econ Rev.* – 2019. – № 10. – P. 12-23.

416. Cheng, T. Why it's time to remove private health insurance rebates / T. Cheng // *The Conversation.* Электронная версия. URL: <http://theconversation.com/infographic-asnapshot-of-private-health-insurance-in->

australia-39237 (дата обращения 10.06.2015). Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

417. Cseh, A. Hospital Utilization and Universal Health Insurance Coverage: Evidence from the Massachusetts Health Care Reform Act / A. Cseh, BC Koford, RT Phelps // *Appl Health Policy*. – 2015. – № 11. – P.1179-1186.

418. Does hospital ownership affect patient experience? An investigation into public-private sector differences in England / V. Perotin, B. Zamora, R. Reeves, W. Bartlett, P. Allen // *Health Econ*. – 2013. – № 32. – P. 633-646.

419. Dynamics of Organizational Routines: A Generative Model / M. Becker, B. Pentland, P. Liu, M. Feldman // *Journal of Management Studies*. – 2012. – № 49(5). – P. 1484-1508.

420. Effectively engaging the private sector through vouchers and contracting – a case for analysing health governance and context / M. Nachtnebel [et al.] // *Soc Sci Med*. – 2015. – № 5. – P.116-135.

421. Evaluating the Intention and Behavior of Private Sector Participation in Healthcare Service Delivery via Public-Private Partnership: Evidence from China / J. Yang, L. Song, X. Yao [et al.] // *Journal of Healthcare Engineering*. – 2020. – № 2. – P. 34-56.

422. Gabueva, L. Primary Health Care Accessibility Management in Russian Regions With a High Share of the Rural Population / L. Gabueva, N. Pavlova, N. Zubareva // Available at SSRN. – 2020. – № 10. – C. 32-41.

423. Galvagno, M. Theory of value co-creation: a systematic literature review / M. Galvagno, D. Dalli // *Manag Serv Qual*. – 2014. – № 24. – P. 643-683. DOI 10.1108/MSQ-09-2013-0187.

424. Hau, L.N. The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: a study of health care service / L.N. Hau, A. P. N. Tram, P.N. Thuy // *Serv Bus*. – 2017. – № 11(2). – P. 253-277. DOI 10.1007/s11628-016-0307-4

425. Health care customer value cocreation practice styles / J.R. McColl-Kennedy, S.L. Vargo, T.S. Dagger, J.C. Sweeney [et al.] // J Serv Res. – 2012. – № 15(4). – P. 370-389. DOI 10.1177/1094670512442806.

426. Health reform requires policy capacity /PG Forest [et al] // Int J Health Manag. – 2015. – № 5. – P.265-266.

427. Health system characteristics survey 2010 and OECD Secretariat's estimates. // OECD. Электронный ресурс. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm> (дата обращения: 17.10.2019). Режим доступа: свободный.

428. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. Электронный ресурс. URL: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/44117530.pdf>. (дата обращения: 16.03.2021). Режим доступа: свободный.

429. Hoegl, M. Financial constraints in innovation projects: When is less more? / M. Hoegl, M. Gibbert, D. Mazursky // Research Policy. – 2008. – № 37. – P. 1382-1391.

430. Holahan, J. Massachusetts Health Care Reform: A Look at the Issues / J. Holahan, L. Blumberg // Health Affairs. – 2006. – № 25(6). – P. 432-443.

431. Hollingsworth, B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery / B. Hollingsworth // Health Econ. –2008. – № 17. – P.1107-1128.

432. How Business Cycles Affect the Healthcare Sector: a Cross-country Investigation / K. Cleeren [et al.] // Health Economics. – 2015. – № 4. – P. 58-89.

433. International Profiles of Health Care Systems (June 2010) // The Commonwealth Fund. Электронная версия. URL: <http://www.commonwealthfund.org/~/>

434. Kaplan, R.S. The Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage / R.S. Kaplan, D.P. Norton // Boston: HBS Press. – 2008. – № 15. – С. 129-136.

435. Kasthuri, A. Challenges to Healthcare in India - The Five A's / A. Kasthuri // Indian J Community Med. – 2018. – № 43(3). – P.141-143.

436. Knapp, C.A. Healthcare provider perspectives on fertility preservation for cancer patients / C.A. Knapp, G.P. Quinn // *Cancer Treat Res.* – 2010. – № 156. – P. 391-401. DOI 10.1007/978-1-4419-6518-9_30.

437. Mai, S.-M. Patient Value Co-creation Behavior Scale Based on the DART Model / S.-M. Mai, S.-W. Su, D. Wang // *Am J Manag Care.* – 2020. – № 26(9). – P. 282-288. DOI 10.37765/ajmc.2020.88493.

438. McCabe, H.A. Social work expertise: an overlooked opportunity for cuttingedge system design under the Patient Protection and Affordable Care Act /H.A. McCabe, W.P. Sullivan // *Health Soc Work.* – 2015. – № 2. – P.155-157.

439. McCarthy, C. The future of private health insurance. a review of the implications of economic and demographic trends and government policy proposal / McCarthy, C. // AVIVA. Электронная версия. URL: <http://www.avivahealth.ie/why-aviva/newsand-press-releases/story1> (дата обращения 06.06.2015). Режим доступа: свободный.

[media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf](#) (дата обращения: 16.06.2015). Режим доступа: свободный.

440. Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England / I. Kirkpatrick, P.K. Jespersen, M. Dent, I. Neogy // *Sociol Health Illn.* – 2009. – № 31(5). – P. 642-658. DOI 10.1111/j.14679566.2009.01157.x.

441. Michael, W. King. Health Care Efficiencies: Consolidation and Alternative Models vs. Health Care and Antitrust Regulation – Irreconcilable Differences? / W. King. Michael // *American Journal of Law & Medicine.* – 2017. – № 43. - P. 426-467.

442. Neustadt, I. Development and Application of Quantitative Methods for Assessing Citizens' Preferences in Relation to Public Projects. / I. Neustadt // Available at SSRN. – 2020. – № 8. – С. 56-77.

443. Nordgren, L. Value creation in health care services – developing service productivity experiences from Sweden / L. Nordgren // *Int J Public Sector Manag.* – 2009. – № 22. – P. 114-127. DOI 10.1108/09513550910934529.

444. Osei-Frimpong, K. Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: the influence of online access to healthcare information / K. Osei-Frimpong, A. Wilson, F. Lemke / *Technol Forecast Soc Change*. – 2018. – № 126. – P. 14-27. DOI 10.1016/j.techfore.2016.04.009.

445. Panda, A. The health-care crisis in India - Can urology remain untouched? / A. Panda // *Indian journal of urology: IJU: journal of the Urological Society of India*. – 2019. – №35(3). – P. 177-178.

446. Pollard, K. The future of private health: Views and opinions from the AMII Conference / K. Pollard // *Privatehealth*. Электронная версия. URL: <http://www.privatehealth.co.uk/blog/futureprivate-healthcare-views-and-opinions-amii-conference-89211> (дата обращения 01.06.2015). Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

447. Porter, M. E. What is value in healthcare? / M. E. Porter // *N Engl J Med*. – 2010. – № 363(26). – P. 2477-2481. DOI 10.1056/NEJMp1011024.

448. Public and private health service in Norway: a comparison of patient characteristics and surgery criteria for patients with nerve root affections due to disc herniation / M. Grotle, T. Solberg, K. Storheim, E. Lærum, J.A. Zwart // *Eur Spine J*. – 2014. – № 23. – P. 1984-1991.

449. Russo, G. Empowering Patients to Co-Create a Sustainable Healthcare Value / G. Russo, M. Tartaglione, Y. Cavacece // *Sustainability*. – 2019. – № 1. – P. 1315.

450. Schmid, A. Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin / A. Schmid, V. Ulrich // *Health Policy*. – 2016. – № 109.

451. Situation of India in the COVID-19 Pandemic: India's Initial Pandemic Experience / A.F. Siddiqui, M. Wiederkehr, L. Rozanova, A. Flahault // *International journal of environmental research and public health*. – 2020. – № 17. – P. 89-94.

452. Slipicevic, O. Public and private sector in the health care system of the Federation bosnia and herzegovina: policy and strategy / O. Slipicevic, A. Malicbegovic // *Mater Sociomed*. – 2012. – №24(1). – P. 54-57.

453. Teece, D.J. Explicating Dynamic Capabilities: The Nature and Micro Foundations of (Sustainable) Enterprise Performance / D.J. Teece, // *Strategic Management Journal*. – 2007. – № 28. – P. 1319-1350.

454. The Affordable Care Act's payment and delivery system reforms: a progress report at five years / M. Abrams [et al] // *Issue Brief (Commonw Fund)*. – 2015. – №12. – P.1-16.

455. The private healthcare systems in Europe. What can we learn from Russia? / I.M. Akulin [et al] // *Ig Sanita Pubbl*. – 2014. – № 6. – P. 607-623.

456. The private sector, universal health coverage and primary health care. // *World Health Organization 2018*. Электронный ресурс. URL: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/private-sector.pdf?sfvrsn=36e53c69_2 (дата обращения: 14.01.2020). Режим доступа: свободный.

457. Tiemann, O. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany / O. Tiemann, J. Schreyögg, R. Busse // *Health Policy*. – 2012. – № 104. – P.163-171.

458. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. // *Sustainable development knowledge platform*. Электронный ресурс. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (дата обращения: 17.10.2019). Режим доступа: свободный.

459. Trinh, H.Q. Strategic management in local hospital markets: service duplication or service differentiation / H.Q. Trinh // *BMC Health Serv Res*. – 2020. – № 20. – P. 880.

460. Understanding healthcare innovation through a dynamic capabilities lens. / E. Karali, F. Angeli, J. S. Sidhu, H. Volberda // *Healthcare entrepreneurship*. – 2018. – P. 108-143.

461. Value co-creation in healthcare: evidence from innovative therapeutic alternatives for hereditary angioedema / R. Spanò, N. Di Paola, M. Bova [et al.] // *BMC Health Serv Res*. – 2018. – № 18. – P. 571. DOI 10.1186/s12913-0183389-y.

462. Von Eiff, W. International benchmarking and best practice management: in search of health care and hospital excellence / W. Von Eiff // *Adv Health Care Manag.* – 2015. – № 17. – P.223-252.

463. Wagstaff, A. Out-of-Pocket Expenditures on Health: A Global Stocktake / A. Wagstaff, P. Eozenou, M. Smitz // *The World Bank Research Observer.* – 2020. – № 35. – P. 123-157.

464. Wang, W. Levels and Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditures in the Democratic Republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda / W. Wang, G. Temsah, E. Carter // *DHS Analytical Studies.* – 2016. – № 59. – P. 56-201.

465. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. // World Health Organization. Электронная версия. URL: http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf. (дата обращения: 06.08.2019). Режим доступа: свободный.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. Анкета

Уважаемый коллега!

Руководство ГАУЗ СО «СОКБ № 1» просит Вас заполнить предлагаемую анкету. Учет Вашего мнения поможет в разработке мероприятий по повышению качества и эффективности работы учреждения. Отметьте, пожалуйста, подходящие на Ваш взгляд, варианты ответов или, при необходимости, допишите. Опрос проводится анонимно. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарим за участие в опросе!

- 1. Укажите Ваш возраст (число полных лет, от и до?) _____**
- 2. Ваш пол:**
 - а) мужской
 - б) женский
- 3. Ваша специальность (указать?) _____**
- 4. Укажите, пожалуйста, Ваш стаж работы (от и до?) _____**
- 5. Укажите, пожалуйста, Вашу квалификационную категорию:**
 - а) нет категории
 - б) вторая категория
 - в) первая категория
 - г) высшая категория
- 6. Есть ли у Вас ученая степень?**
 - а) нет ученой степени
 - б) кандидат медицинских наук
 - в) доктор медицинских наук
- 7. Скажите, кто на Ваш взгляд может оказывать платные медицинские услуги?**
 - а) все врачи могут оказывать платные медицинские услуги
 - б) только высококвалифицированные врачи
 - в) средний медицинский персонал

в) другое _____

8. Как Вы считаете, в какое время необходимо оказывать платные медицинские услуги?

а) только в нерабочее время

б) только в рабочее время

в) возможно совмещение рабочего времени, в случае свободного от приема?

в) не знаю

9. Как Вы думаете, нужно ли оказывать платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских организациях? (Ваше отношение к платным медицинским услугам)

а) нужно из - за недостаточности финансового обеспечения фонда оплаты труда

б) можно оказывать, но только при условии соблюдения прав пациентов на оказание безвозмездной медицинской помощи

в) думаю, что платные услуги должны оказываться только в коммерческих медицинских организациях

г) не надо, отношусь отрицательно

9А. Если относитесь отрицательно, укажите основную причину.

а) необходимо Государству развивать бесплатные услуги на основании Государственных гарантий предоставления медицинской помощи

б) не надо смешивать платные и бесплатные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских учреждениях

в) другая причина укажите _____

10. Какие, по вашему мнению, возможные причины обращения пациента к платным медицинским услугам?

а) высокое качество оказания медицинской помощи

б) быстрота и комфортность медицинского обслуживания

в) отдаленность медицинских организаций, оказывающих помощь бесплатно

г) проблемы с записью на прием к врачу в нужное время в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на безвозмездной основе

д) все вышеперечисленное

11. Удовлетворены ли Вы размером заработной платы?

а) совершенно не удовлетворяет

б) скорее удовлетворяет, чем нет

в) не могу сказать, удовлетворяет или нет

г) скорее не удовлетворяет

д) совершенно не удовлетворяет

12. Присутствует ли в Вашей организации наличие соц. пакета (оплачиваемый отпуск, предоставление больничного, оплачиваемое обучение, предоставление питания)?

а) не присутствует

б) присутствует

13. Каким образом Вы получаете вознаграждение за участие в платных медицинских услугах?

а) непосредственно в форме доплаты к заработной плате

б) премия

в) стимулирующая надбавка

г) «серая» заработная плата

д) другое

13А. Приходилось Вам получать вознаграждение от пациентов в различной форме?

а) да.

б) нет

в) затрудняюсь с ответом.

13 В. В какой форме получали вознаграждение от пациента?

а) недорогой подарок, цветы

б) сумма в конверте

в) помощь в решении бытовых и семейных проблем

- г) другое
- в) благодарность от пациентов в конверте

14. Удовлетворены ли Вы условиями труда (ремонт, санитарно – гигиенические условия работы и т.д.)?

- а) совершенно не удовлетворен
- б) скорее удовлетворен, чем нет
- в) не могу сказать, удовлетворен или нет
- г) скорее не удовлетворен
- д) совершенно не удовлетворен

15. Удовлетворены ли Вы сложившимися отношениями с Вашими коллегами?

- а) совершенно не удовлетворен
- б) скорее удовлетворен, чем нет
- в) не могу сказать, удовлетворен или нет
- г) скорее не удовлетворен
- д) совершенно не удовлетворен

16. Удовлетворены ли Вы сложившимися отношениями с Вашим руководством?

- а) совершенно не удовлетворен
- б) скорее удовлетворен, чем нет
- в) не могу сказать, удовлетворен или нет
- г) скорее не удовлетворен
- д) совершенно не удовлетворен

17. Есть ли у вас возможность регулярного обучения и повышения квалификации?

- а) совершенно отсутствует
- б) скорее есть, чем нет
- в) да, конечно

18. Удовлетворены ли Вы рабочей нагрузкой (количеством пациентов в день)?

- а) совершенно не удовлетворен
- б) скорее удовлетворен, чем нет
- в) не могу сказать, удовлетворен или нет
- г) скорее не удовлетворен
- д) совершенно не удовлетворен

19. Рассматриваете ли Вы для себя возможность перехода на другую работу, изменения характера работы?

- а) нет, не хотел(а) бы никуда переходить
- б) да, хотел(а) бы перейти в другое государственное /муниципальное мед. учреждение
- в) да, хотел(а) бы перейти в частное/коммерческое медицинское учреждение
- г) да, хотел(а) бы организовать свою частную практику
- д) да, хотел(а) бы сменить профессию на другую

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Анкета

Уважаемый пациент!

Руководство ГАУЗ СО «СОКБ № 1» просит Вас заполнить предлагаемую анкету. Учет Вашего мнения поможет в разработке предложений по улучшению качества и доступности платных медицинских услуг населению области. Отметьте, пожалуйста, подходящие на Ваш взгляд, варианты ответов или, при необходимости, допишите. Опрос проводится анонимно. Подписывать анкету не нужно.

Заранее благодарим за участие в опросе!

1. Укажите Ваш возраст (число полных лет):

- а) до 18 лет
- б) 18-35 лет
- в) 35-55 лет
- г) 55-65 лет
- д) 65 и старше

2. Ваш пол:

- а) мужской
- б) женский

3. Ваше место жительства:

- а) город
- б) сельская местность

4. Ваш уровень образования:

- а) неполное среднее
- б) среднее
- в) среднее специальное
- г) незаконченное высшее
- д) высшее

5. Ваш социальный статус:

- а) служащий (рабочий) государственного учреждения

- б) служащий (рабочий) негосударственного учреждения
- в) учащийся (студент)
- г) неработающий пенсионер
- д) работающий пенсионер
- е) временно не работаю
- ж) прочее _____

6. Как Вы оцениваете уровень материальной обеспеченности Вашей семьи?

- а) высокий
- б) выше среднего
- в) средний
- г) ниже среднего
- д) низкий

6А. Средний уровень дохода на человека в семье?

- а) до 20 тысяч.
- б) от 20-до 45
- в) от 45 до 70 тыс.
- г) Свыше 70 тыс.

7. Имеете ли Вы полис обязательного медицинского страхования?

- а) да
- в) нет

8. К каким специалистам Вы обращались за платными медицинскими услугами?

_____ (укажите, пожалуйста)

9. Какие услуги Вы получали

- а) лабораторные исследования
- б) консультации специалистов
- в) лучевая диагностика (КТ, МРТ)
- г) стационарная медицинская помощь
- д) хирургические вмешательства

е) реабилитация

10. Как на Ваш взгляд, отличается ли качество платного медицинского обслуживания от бесплатного?

а) да, и очень сильно

б) да

в) нет, не отличается

г) затрудняюсь ответить

10 А. Если отличается, то в чем отличия?

а) более внимательные и вежливее врачи

б) квалифицированный средний мед.персонал

в) лучшая работает регистратура и администрация отдела платных услуг

г) лучшие условия в холе и местах ожидания приема

д) более наглядная информация о предоставляемых услугах

е) другое

11. Обращались ли Вы в систему платной медицины за последние 12 месяцев?

а) да

б) нет

11А. В какие медицинские организации обращались?

а) в государственные и муниципальные медицинские организации

б) в частные медицинские организации

в) к врачу, работающему вне медицинской организации (частная практика)

г) медицинской сестре для медицинских мероприятий (уколы или капельницы на дому, и др.)

д) другое

11В. Приходилось ли Вам благодарить врачей в следующей форме?

а) денег в конверте

б) недорогого подарка

в) бытовой услуги.

г) содействию в трудоустройстве

- д) помощи семье
- е) другое

12. При обращении к системе организованной платной медицинской помощи Вас информируют о возможности получить медицинскую помощь бесплатно?

- а) да
- б) нет

13. Каким способом Вы оплачиваете медицинские услуги?

- а) через кассу
- б) непосредственно врачу
- в) и врачу, и через кассу

14. Какими видами медицинских услуг, в основном, Вы пользуетесь?

- а) бесплатная медицинская помощь (ОМС)
- б) страховка ДМС
- в) плачу сам за медицинские услуги в кассу медицинской организации
- г) плачу лично врачу, медицинскому работнику

15. Довольны ли вы медицинской организацией, в которой получали необходимые платные медицинские услуги?

- а) да
- б) нет

16А. Если Вы остались недовольны, в чем причины недовольства?

- а) плохое качество оказанной медицинской помощи
- б) неудовлетворительный уровень сервиса
- в) услуга не отличалась от подобной в государственном медицинском учреждении
- г) слишком дорого

17. Довольны ли Вы качеством оказания платной медицинской помощи?

- а) да
- б) нет

17А. Почему Вы остались недовольны качеством оказанной медицинской услуги?

- а) не получил новых данных
- б) допущена ошибка в постановке диагноза и назначенном лечении
- в) нет результата от назначенного лечения

18. В каких медицинских организациях Вы предпочитаете получать платные медицинские услуги?

- а) коммерческие
- б) государственные
- в) не вижу разницы
- г) не обращался

19. Как часто вы обращаетесь за платной медицинской помощью?

- а) по мере необходимости?
- б) раз в неделю
- в) раз в месяц
- г) раз в полгода
- д) раз в год и реже
- е) не обращался

20. Вы готовы доплачивать за качественное медицинское обслуживание?

- а) да
- б) нет

21. При каких условиях Вы готовы выделить средства для обращения в платную систему здравоохранения?

- а) через ДМС, т.к. обеспечен контроль за качеством
- б) прямые платы (не хочу иметь посредников)
- в) при условии обращения только в государственные медицинские организации
- г) при условии жесткого контроля за качеством со стороны надзорных органов

22. Согласитесь Вы с мнением, что платную медицину надо запретить?

А) не соглашусь

Б) соглашусь

В) затрудняюсь ответить

ПРИЛОЖЕНИЕ В. Общие показатели по Свердловской области

Показатели	Всего по Свердловской области (областные + муниципальные с частными медорганизациями г. Екатеринбурга + федеральные медицинские организации, включенные в отчет в Министерство здравоохранения Российской Федерации)				
	2017	2018	2019	2020	2021
Число медицинских организаций	159	158	159	160	158
Больничные медицинские организации	99	100	99	99	99
Диспансеры	7	7	7	7	7
Самостоятельные амбулаторно – поликлинические организации	37	37	37	37	37
в т.ч. стоматологические поликлиники	28	28	28	28	28
Общеврачебные практики	259	241	230	222	222
Фельдшерско – акушерские и фельдшерские пункты	561	560	580	585	585
Число коек в круглосуточных стационарах	31110	30768	30824	30349	30678
Обеспеченность койками, на 10 тыс. постоянного населения	74,8	74,0	74,3	73,2	74,4
Уровень госпитализации, на 100 человек	20,3	20,2	203,7	174,7	192,2
Средняя занятость койки в году, дней	299,6	299,1	299,9	250,8	265,5
Средняя длительность пребывания больного в стационаре, дней	11,1	11,0	11,0	10,6	10,6
Оборот койки, человек в год	27,1	27,3	27,6	24,0	26,3
Летальность, %	2,0	2,15	2,24	3,36	4,4
Число коек в дневных стационарах, всего	8331	5329	5268	7950	5773
Из общего числа коек в дневных стационарах:					
- в стационарных условиях	1126	827	823	728	728
- в амбулаторных условиях	7145	4442	4385	4597	4875

- на дому	60	60	60	2625	170
Обеспеченность койками, на 10 тыс. населения	20,0	12,8	12,7	19,2	14,0
Плановая мощность амбулаторно – поликлинических организаций, посещений в смену	95117	95243	95215	94906	95043
Обеспеченность АПУ, на 10 тыс. постоянного населения (согласно плановой мощности)	228,6	229,0	229,4	228,9	230,5
Фактическая мощность АПУ, на 10 тыс. постоянного населения	135,0	132,1	132,1	101,3	121,8
Число посещений врача, на 1 жителя	6,8	6,7	6,7	5,5	6,5
Численность врачей	12822	12618	12471	12537	12239
Обеспеченность врачами, на 10 тыс. постоянного населения, без ЗАТО ФМБА	30,8	30,3	30,0	30,2	29,7
Обеспеченность врачами, на 10 тыс. постоянного населения с ЗАТО ФМБА	29,6	29,2	28,9	29,1	28,5
Численность средних медицинских работников	36115	35386	34882	34590	33583
Обеспеченность средним медицинским персоналом, на 10 тыс. постоянного населения без ЗАТО ФМБА	86,8	85,1	84,0	83,4	81,5
Обеспеченность средним медицинским персоналом, на 10 тыс. постоянного населения с ЗАТО ФМБА	83,4	81,8	80,8	80,2	78,3
Доля врачей, имеющих категорию, в %	44	44	41	39	40
Доля средних медицинских работников, имеющих категорию, %	65	64	62	58	58

**ПРИЛОЖЕНИЕ Г. Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти по Свердловской области
2017-2021 гг. (на 100000 человек населения)**

Коэффициент	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %	Темп прироста**, %
Болезни системы кровообращения	27789	28272	27763	31750	29599	6,51	-0,09
Новообразования	9455	10067	10060	9864	9022	-4,58	6,40
Травмы и отравления	5536	5389	5236	5152	5155	-6,88	-5,42
Неточно-обозначенные состояния	4245	4559	4291	4487	4448	4,78	1,08
Болезни органов пищеварения	3276	3430	3559	3623	3585	9,43	8,64
Болезни органов дыхания	1785	1558	1321	1689	1322	-25,94	-25,99
Инфекционные и паразитарные болезни	2162	2275	2050	1923	1700	-21,37	-5,18
Болезни нервной системы и органов чувств	733	781	883	972	906	23,60	20,46
Туберкулез	440	405	368	338	313	-28,86	-16,36
Болезни мочеполовой системы	458	495	470	511	450	-1,75	2,62

Болезни эндокринной системы	652	794	943	1036	778	19,33	44,63
Болезни перинатального периода	124	110	104	93	82	-33,87	-16,13
Врожденные аномалии	88	80	94	90	76	-13,64	6,82
Болезни кожи и подкожной клетчатки	148	150	175	128	159	7,43	18,24
Болезни крови и кроветворных тканей	49	52	49	39	29	-40,82	0,00
Болезни костно – мышечной системы	64	62	57	50	53	-17,19	-10,94
Психические расстройства	19	19	38	22	16	-15,79	100,00
Осложнения беременности и родов	7	4	6	4	4	-42,86	-14,29
Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID - 19	-	-	-	5927	19182		

Примечание. *В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$; ** в 2019 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$

**ПРИЛОЖЕНИЕ Д. Врачебные кадры по основным должностям в
медицинских организациях муниципального, областного и федерального
подчинения Свердловской области 2017-2021 гг.**

Наименование	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Врачи - всего	12822	12618	12471	12537	12239	-4,55
Врачи – специалисты: руководители организаций и их заместители (организаторы здравоохранения)	475	465	459	460	465	-2,11
Акушеры – гинекологи	869	847	819	782	753	-13,35
Аллергологи – иммунологи	33	33	33	30	30	-9,09
Анестезиологи – реаниматологи	771	775	762	757	749	-2,85
Гастроэнтерологи	82	84	85	81	84	2,44
Гематологи	34	34	33	34	37	8,82
Дерматовенерологи	208	191	192	181	172	-17,31
Инфекционисты	184	177	186	181	193	4,89
Кардиологи	265	282	287	271	260	-1,89
Кардиологи детские	29	29	30	32	37	27,59
Клинической лабораторной диагностики	364	348	328	324	322	-11,54
Колопроктологи	13	16	16	15	15	15,38
Методисты	114	120	128	130	132	15,79
Неврологи	580	564	557	544	515	-11,21
Нейрохирурги	67	65	67	57	62	-7,46
Неонатологи	176	176	164	160	147	-16,48
Нефрологи	45	47	51	54	50	11,11
Общей практики (семейные)	160	143	135	123	123	-23,13
Онкологи	152	155	166	179	187	23,03
Онкологи детские	14	14	15	15	16	14,29
Оториноларингологи	212	197	194	192	195	-8,02
Офтальмологи	298	290	287	281	268	-10,07
Патологоанатомы	97	96	97	95	96	-1,03
Педиатры - всего	1107	1099	1088	1095	1082	-2,26
Приемного отделения	66	64	66	158	100	51,52
Профпатологи	16	18	16	15	16	0,00
Психиатры	326	314	303	299	279	-14,42

Психиатры – наркологи	97	95	92	86	84	-13,40
Психотерапевты	21	20	19	17	17	-19,05
Пульмонологи	58	61	58	53	52	-10,34
Радиологи	31	27	29	9	12	-61,29
Радиотерапевты	8	11	12	32	33	312,50
Ревматологи	46	50	52	49	49	6,52
Рентгенологи	441	436	422	4115	417	-5,44
Скорой мед. помощи	206	195	171	154	138	-33,01
Стоматологи	166	178	193	211	226	36,14
Судебно – медицинские эксперты	99	92	94	93	88	-11,11
Сурдологи – оториноларингологии	14	14	13	13	12	-14,29
Терапевты	1226	1196	1162	1134	1180	-3,75
Травматологи – ортопеды	289	299	294	278	280	-3,11
Трансфузиологи	71	64	62	64	60	-15,49
Ультразвуковой диагностики	274	273	280	263	272	-0,73
Урологи	147	139	142	136	141	-4,08
Физиотерапевты	88	83	82	74	67	-23,86
Фтизиатры	206	201	204	193	186	-9,71
Функциональной диагностики	232	232	213	213	206	-11,21
Хирурги	480	470	470	435	431	-10,21
Хирурги сердечно – сосудистые	58	59	63	65	65	12,07
Хирурги торакальные	13	14	14	16	16	23,08
Хирурги челюстно – лицевые	30	31	31	30	29	-3,33
Эндокринологи	133	132	132	131	126	-5,26
Эндоскописты	94	92	95	92	90	-4,26
Эпидемиологи	131	131	135	133	130	-0,76

Примечание. *В 2021 г. в сравнении с 2017 г., $p < 0,05$

**ПРИЛОЖЕНИЕ Е. Укомплектованность физическими лицами штатных
должностей врачебного персонала в медицинских организациях
муниципального, областного, федерального подчинения Свердловской
области, %**

Наименование должности	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Врачи - всего	65	66	64	60	61	-4
Врачи – специалисты: руководители организаций и их заместители (организаторы здравоохранения)	91	95	91	91	88	-3
Акушеры – гинекологи	69	70	68	64	62	-7
Аллергологи – иммунологи	77	73	75	68	69	-8
Анестезиологи – реаниматологи	53	53	51	45	47	-6
Гастроэнтерологи	86	87	83	80	77	-9
Гематологи	83	76	66	68	72	-11
Генетики	80	80	70	78	75	-5
Гериатры	0	40	45	14	44	44
Дерматовенерологи	88	82	80	75	75	-13
Инфекционисты	71	68	71	50	57	-14
Кардиологи	74	78	76	67	64	-10
Кардиологи детские	71	72	74	75	90	19
Клинической лабораторной диагностики	61	62	60	58	57	-4
Колопроктологи	50	55	62	52	53	3
Лаборанты	47	49	36	12	-	-
Мануальной терапии	40	70	70	73	50	10
Методисты	58	62	65	65	61	3
Неврологи	72	72	71	68	66	-6
Нейрохирурги	55	54	58	45	51	-4
Неонатологи	68	69	68	65	60	-8
Нефрологи	57	63	68	71	61	4
Общей практики (семейные)	67	59	59	59	60	-7
Онкологи	71	67	67	61	60	-11
Онкологи детские	79	119	77	88	85	6

Оториноларингологи	70	67	66	65	67	-3
Офтальмологи	77	76	77	75	75	-2
Патологоанатомы	55	54	53	49	51	-4
Педиатры всего	71	73	73	71	72	1
Приемного отделения	25	25	21	40	27	2
Профпатологи	37	41	36	36	37	0
Психиатры	70	65	63	59	58	-12
Психиатры – наркологи	57	56	53	45	54	-3
Психотерапевты	41	44	43	43	44	3
Пульмонологи	69	73	67	57	64	-5
Радиологи	79	77	75	64	83	4
Радиотерапевты	46	56	62	60	65	19
Ревматологи	76	87	88	81	79	3
Рентгенологи	63	64	61	55	57	-6
Скорой мед. помощи	50	50	45	44	40	-10
Стоматологи	77	80	78	78	82	5
Судебно – медицинские эксперты	75	72	77	73	71	-4
Сурдологи – оториноларингологии	98	97	84	84	81	-17
Терапевты	64	65	64	54	63	-1
Травматологи – ортопеды	59	60	58	53	54	-5
Трансфузиологи	49	46	48	49	47	-2
Ультразвуковой диагностики	53	51	51	47	48	-5
Урологи	65	64	66	61	66	1
Физиотерапевты	71	69	73	70	64	-7
Фтизиатры	55	54	58	52	51	-4
Функциональной диагностики	62	62	58	56	55	-7
Хирурги	61	61	61	54	56	-5
Хирурги сердечно – сосудистые	63	67	70	68	68	5
Хирурги торакальные	54	57	52	44	58	4
Хирурги челюстно – лицевые	77	85	75	71	66	-11
Эндокринологи	78	81	80	74	75	-3
Эндоскописты	52	51	49	49	44	-8
Эпидемиологи	77	78	79	75	75	-2

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017 г., $p < 0,05$

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж. Медицинские кадры здравоохранения Свердловской области (медицинские организации областного, федерального, муниципального подчинения, с частными медицинскими организациями г. Екатеринбурга)

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Количество штатных врачебных должностей (ф.30 т 1100)	20171,50	19753,75	19970,0	21604,50	20654,0	2,39
Количество занятых врачебных должностей (ф.30 т. 1100)	18689,0	18394,25	17944,75	18898,25	17755,00	-5,00
Количество физических лиц на занятых врачебных должностях (ф.30 т. 1100)	13260	13081	12957	13008	12674	-4,42
Обеспеченность населения врачами (по занятым должностям) на 10 тыс. населения (ф.30)	44,9	44,2	43,2	45,6	43,1	-4,01
Обеспеченность населения врачами (по числу физич. лиц основных работников на занятых должностях) на 10 тыс. населения (ф.30)	31,9	31,4	31,2	31,4	30,7	-3,76
Укомплектованность врачебных должностей (по занятым должностям) (ф.30)	93	93	90	87	86	-7,53

Укомплектованность врачебных должностей физич. лицами (ф.30)	66	66	65	60	61	-7,58
Коэффициент совместительства врачей (ф.30)	1,41	1,41	1,38	1,45	1,40	-0,71

Примечание. * В 2021г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Первичная заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) по классам болезней
(форма 12, т. 3000, на 1000 соответствующего населения)**

Классы болезней	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %	Темп прироста**, %	Темп прироста***, %
Всего	554,0	523,6	542,7	618,3	737,5	33,1	-2,04	35,89
Инфекционные болезни	16,2	15,8	14,8	13,0	13,2	-18,5	-8,64	-10,81
Новообразования	12,0	12,1	12,7	10,2	9,8	-18,3	5,83	-22,83
Болезни крови и кроветворных тканей	2,1	2,0	1,9	1,6	1,7	-19,0	-9,52	-10,53
Болезни эндокринной системы	14,4	12,2	13,4	10,5	12,3	-14,6	-6,94	-8,21
Психические расстройства	3,7	3,8	3,7	3,1	3,1	-16,2	0,00	-16,22
Болезни нервной системы	9,5	6,0	7,2	6,6	7,0	-26,3	-24,21	-2,78
Болезни глаза	28,7	25,7	24,3	20,8	21,9	-23,7	-15,33	-9,88
Болезни уха	24,3	22,9	22,4	19,1	19,3	-20,6	-7,82	-13,84
Болезни системы кровообращения	35,7	36,8	42,7	38,0	38,4	7,6	19,61	-10,07
Болезни органов дыхания	160,6	161,6	177,0	241,9	265,5	65,3	10,21	50,00
Болезни органов пищеварения	21,7	19,4	18,4	15,5	17,0	-21,7	-15,21	-7,61
Болезни кожи и подкожной клетчатки	29,8	29,9	25,5	21,1	24,3	-18,5	-14,43	-4,71
Болезни костно – мышечной системы	28,2	24,4	24,6	21,7	23,8	-15,6	-12,77	-3,25

Болезни мочеполовой системы	44,4	38,3	38,2	32,3	34,3	-22,7	-13,96	-10,21
Осложнения беременности и родов	21,6	16,4	16,7	15,9	15,9	-26,4	-22,69	-4,79
Врожденные аномалии	0,02	0,1	0,0	0,0	0,0	-100,0	-100,00	-
Неточно обозначенные состояния	1,7	2,0	2,7	1,6	0,0	-100,0	58,82	-100,00
Травмы и отравления	99,3	94,2	96,6	83,3	86,5	-12,9	-2,72	-10,46
COVID – 19				61,9	143,4			-

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$, ** в 2021 г. в сравнении с 2019, $p < 0,05$, **В 2019 г. в сравнении с 2017 г., $p < 0,05$

ПРИЛОЖЕНИЕ II. Общая заболеваемость взрослого населения (18 лет и старше) по классам болезней (форма 12, т. 3000, на 1000 соответствующего населения)

Классы болезней	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %	Темп прироста**, %	Темп прироста***, %
Всего	1354,0	1319,1	1344,8	1337,8	1482,3	9,48	-0,68	10,22
Инфекционные болезни	39,2	38,9	38,2	33,5	33,3	-15,05	-2,55	-12,83
Новообразования	60,9	57,6	59,7	58,6	56,3	-7,55	-1,97	-5,70
Болезни крови и кроветворных тканей	8,5	8,1	8,4	7,5	7,6	-10,59	-1,18	-9,52
Болезни эндокринной системы	86,3	84,0	87,4	82,7	84,5	-2,09	1,27	-3,32
Психические расстройства	39,1	39,4	38,5	36,6	40,0	2,30	-1,53	3,90
Болезни нервной системы	42,8	41,3	40,6	35,1	36,2	-15,42	-5,14	-10,84
Болезни глаза	98,0	96,0	94,3	76,0	79,5	-18,88	-3,78	-15,69
Болезни уха	36,8	35,4	36,7	28,3	32,1	-12,77	-0,27	-12,53
Болезни системы кровообращения	238,1	232,5	242,5	223,8	231,3	-2,86	1,85	-4,62

Болезни органов дыхания	198,5	199,3	213,1	278,4	300,0	51,13	7,36	40,78
Болезни органов пищеварения	92,0	85,9	83,4	69,7	75,3	-18,15	-9,35	-9,71
Болезни кожи и подкожной клетчатки	48,1	48,9	45,7	37,3	41,2	-14,35	-4,99	-9,85
Болезни костно – мышечной системы	128,5	120,8	121,4	104,1	109,8	-14,55	-5,53	-9,56
Болезни мочеполовой системы	105,9	107,4	109,1	93,4	99,8	-5,76	3,02	-8,52
Осложнения беременности и родов	29,1	26,9	25,9	25,4	24,7	-15,12	-11,00	-4,63
Врожденные аномалии	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	-14,29	0,00	-14,29
Неточно обозначенные состояния	2,3	2,0	2,7	1,6	0,0	-100,00	17,39	-100,00
Травмы и отравления	99,3	94,2	96,6	83,3	86,5	-12,89	-2,72	-10,46
COVID-19				61,9	143,4			

Примечание. * В 2021 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$, ** в 2019 г. в сравнении с 2017, $p < 0,05$, *** в 2021 г. в сравнении с 2019 г., $p < 0,05$

ПРИЛОЖЕНИЕ К. Показатели работы коечного фонда медицинских организаций (Ф.30, табл.3100)

Год	Коечный фонд медицинских организаций по подчинению	Коек на 10 тыс. населения	Работа койки (дней в год)	Оборот койки (человек в год)	Средняя длительность пребывания в стационаре (дней)	Выбывшие больные (человек)
2017	Всего по области	75,89	299,3	27,1	11,1	844255
	Муниципальные	45,51	288,8	35,6	8,2	238540
	Областные	90,27	302,6	24,9	12,2	593014
	Федеральные	1,63	286,6	18,8	15,3	12701
2018	Всего по области	75,08	298,6	27,3	11,0	843115
	Муниципальные	44,36	287,9	36,0	8,0	241245
	Областные	89,87	301,7	25,1	12,1	588709
	Федеральные	1,64	294,4	19,1	15,3	13161
2019	Всего по области	75,3	299,9	27,6	10,9	844727
	Муниципальные	43,5	292,5	36,7	8,0	241353
	Федеральные	1,6	293,9	19,4	15,1	13281
	Областные	57,6	302,1	25,3	12,0	590093
2020	Всего по области	74,2	251,1	24,1	10,6	717739
	Муниципальные	43,3	258,1	32,2	8,2	206199
	Федеральные	1,6	292,4	19,7	14,8	13127
	Областные	56,7	247,8	21,9	11,4	498413

2021	Всего по области	75,5	264,4	26,3	10,1	794072
	Муниципальные*	-	-	-	-	-
	Областные	57,7	261,6	23,9	11,0	551881
	Федеральные	1,7	261,9	21,1	12,4	14154
Темп прироста **,%	Всего по области	-0,51	-11,66	-2,95	-9,01	-5,94
	Муниципальные ***	-4,86	-10,63	-9,55	0,00	-13,56
	Областные	-36,08	-13,55	-4,02	-9,84	-6,94
	Федеральные	4,29	-8,62	12,23	-18,95	11,44

Примечание. *В официальных источниках информация не предоставлена, ** в 2021 г. по сравнению с 2017 г., $p < 0,05$, *** в 2020 г. по сравнению с 2017 г., $p < 0,05$

**ПРИЛОЖЕНИЕ Л. Динамика основных показателей рынка медицинских услуг Свердловской области
2017-2021 гг.**

Сектор рынка медицинских услуг	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %
Численность совершенных медицинских приемов 2019-2021 гг. (тыс. приемов)						
ОМС	19 931,90	20 195,60	21 415,40	22 450,40	22 070,20	10,73
Бюджет	2 892,00	2 704,40	2 530,80	2 637,70	2 488,20	-13,96
Легальный коммерческий сектор	3 474,80	3 431,80	3 407,90	3 504,40	3 517,80	1,24
ДМС	497,28	563,44	589,09	571,21	542,86	9,17
Теневой сектор	3 167,90	3 083,40	2 990,40	2 960,20	2 913,90	-8,02
Всего	29 964,00	29 978,60	30 933,60	32 124,00	31 533,00	5,24
Оборот рынка медицинских услуг 2017-2021 (млн. руб.)						
ОМС	20 639,90	24 872,20	27 569,20	30 951,70	32 331,30	56,64
Бюджет	7 588,70	8 265,90	8 508,80	9 564,40	8 978,60	18,32
Легальный коммерческий сектор	8 961,40	9 412,90	9 877,10	11 086,00	11 924,00	33,06
ДМС	977,12	1167,78	1307,83	1377,05	1389,55	42,21
Теневой сектор	4 800,30	4 890,10	4 943,10	5 115,60	5 252,10	9,41
Всего	42 967,40	48 609,10	52 205,90	58 094,60	59 875,80	39,35
Средняя цена медицинских приемов (руб. за прием)						
ОМС	1026,9±78	1218,9±96,6	1273,6±102,5	1377,1±51,9	1457,4±57,7	41,92

Бюджет	2612,2±261	3080,1±288,2	3415,8±306,1	3668,8±336,7	3657,3±332,4	40,01
Легальный коммерческий сектор	2479,0±213,3	2636,3±227,0	2785,3±239,9	3023,8±271,8	3225,4±299,9	30,11
ДМС	1783,1±319,8	1875,5±343,8	2002,1±377,0	2171,3±410,3	2302,2±437,4	29,11
Теневой сектор	1465,6±58,9	1525,6±65,7	1582,1±72,3	1649,9±76,1	1716,2±80,6	17,10
Всего	1411,1±105,6	1606,9±85,1	1677,7±77,5	1789,1±86,6	1870,6±94,6	32,58
Среднегодовые затраты на медицинское обслуживание (тыс. руб. на человека)						
ОМС	10,1±0,09	12,2±0,07	13,4±0,1	15,0±0,21	15,7±0,13	54,32
Бюджет	12,1±1,06	13,8±0,95	14,9±1,0	16,2±1,17	15,8±1,07	30,19
Легальный коммерческий сектор	14,9±1,78	15,7±1,92	16,4±2,1	18,0±2,44	19,2±2,57	28,77
ДМС	9,1±0,47	10,1±0,5	11,0±0,61	11,8±0,61	12,2±0,61	33,78
Теневой сектор	6,3±0,56	6,4±0,65	6,5±0,69	6,8±0,66	7,0±0,77	12,22
Всего	21,1±0,66	23,8±0,07	25,5±0,19	28,2±0,24	29,1±0,26	37,46
Численность потребителей медицинских услуг 2019-2021 гг. (тыс. чел)						
ОМС	2013,9	2023,3	2032,7	2041,2	2049,8	1,78
Бюджет	590	567	545	559,3	539,5	-8,56
Легальный коммерческий сектор	610,6	607	605	614,4	616,1	0,90
ДМС	109,65	117,17	120,2	117,91	114,49	4,41
Теневой сектор	717	707,2	696,6	692,9	687,2	-4,16
Всего	2017,2	2026,5	2035,6	2045,3	2054,9	1,87

Примечание. * в 2021 г. по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

ПРИЛОЖЕНИЕ М. Сравнительный рейтинг специальностей по доле принятых пациентов в 2017-2021 гг. (платные консультативные приемы)

Специальность	2017	2018	2019	2020	2021	Доля 2017 г., %	Доля 2021 г., %	Темп прироста *, %	Темп прироста**, %	Темп прироста ***, %
Врач акушер - гинеколог	2441	2738	3057	2091	2349	6,05	6,39	25,24	-23,2	-3,8
Врач-аллерголог- иммунолог	1545	1629	1648	941	1474	3,83	4,01	6,66	-10,6	-4,6
Врач- гастроэнтеролог	1756	1851	1430	1088	1419	4,35	3,86	-18,55	-0,8	-19,2
Врач-гематолог	1444	1522	1593	726	1699	3,58	4,62	10,34	6,7	17,7
Врач- дерматовенеролог	361	381	432	286	300	0,90	0,82	19,54	-30,6	-17,0
Врач-кардиолог	3386	3570	3601	2963	3278	8,39	8,91	6,34	-9,0	-3,2
Врач-колопроктолог	1135	1197	1584	555	296	2,81	0,80	39,51	-81,3	-73,9
Врач-невролог	3051	3217	2863	2360	3186	7,56	8,66	-6,18	11,3	4,4
Врач-нейрохирург	332	350	368	259	405	0,82	1,10	10,85	10,1	22,0
Врач-нефролог	982	1035	1312	604	580	2,43	1,58	33,64	-55,8	-40,9
Врач-онколог	1554	1638	1524	818	839	3,85	2,28	-1,91	-44,9	-46,0

Врач-оториноларинголог	2352	2480	2680	1747	2069	5,83	5,63	13,93	-22,8	-12,0
Врач-офтальмолог	2912	3070	3240	2045	2504	7,22	6,81	11,26	-22,7	-14,0
Врач-пульмонолог	830	875	1278	512	1030	2,06	2,80	53,98	-19,4	24,1
Врач-ревматолог	1667	1757	2077	1239	1532	4,13	4,17	24,63	-26,2	-8,1
Врач-сердечно-сосудистый хирург	2746	2895	2970	1838	1983	6,81	5,39	8,16	-33,2	-27,8
Врач-терапевт	2513	2649	2681	1944	2636	6,23	7,17	6,70	-1,7	4,9
Врач-травматолог-ортопед	1558	1643	1572	1053	1514	3,86	4,12	0,87	-3,7	-2,9
Врач-уролог	3991	4208	4137	3130	3851	9,89	10,47	3,65	-6,9	-3,5
Врач-хирург	1048	1105	1183	742	1332	2,60	3,62	12,87	12,6	27,1
Врач-челюстно-лицевой хирург	409	431	433	224	349	1,01	0,95	5,91	-19,4	-14,6
Врач-эндокринолог	2066	2178	2321	1644	1915	5,12	5,21	12,35	-17,5	-7,3
Всего	40345	42534	44119	28918	36776	100	100	9,35	-16,6	-8,8

Примечание. * В 2019 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$), ** в 2021 по сравнению с 2019 г. ($p < 0,05$), *** в 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$)

ПРИЛОЖЕНИЕ Н. Количество платных госпитализаций в отделения стационара, 2017-2021 гг.

Отделение	2017	2018	2019	2020	2021	Темп прироста*, %	Темп прироста**, %	Темп прироста***, %
Офтальмология	646	671	562	275	570	-11,76	-13,00	1,42
Аллергологическое и пульмонологическое	18	18	11	3	7	-1,64	-38,89	-36,36
Аритмологическое	21	21	19	7	10	-52,38	-9,52	-47,37
Гастроэнтрология	24	23	15	19	26	8,33	-37,50	73,33
Гематология	61	64	17	9	20	-67,21	-72,13	17,65
Гинекология	296	309	281	134	291	-1,69	-5,07	3,56
Гнойная хирургия	39	40	41	18	35	-10,26	5,13	-14,63
ДДК	73	77	51	26	63	-13,70	-30,14	23,53
Диализ	38	40	38	12	44	15,79	0,00	15,79
Кардиологическое	68	71	64	36	32	-52,94	-5,88	-50,00
Кардиохирургическое	18	19	13	7	10	-44,44	-27,78	-23,08
КПО	196	204	158	60	130	-33,67	-19,39	-17,72
ЛОР	125	130	158	111	268	114,40	26,40	69,62
Неврологическое	54	57	53	24	32	-40,74	-1,85	-39,62
Нейрохирургическое	30	31	27	10	20	-33,33	-10,00	-25,93

Нефрологическое	27	29	33	9	26	-3,70	22,22	-21,21
Ревматология	26	27	31	19	26	0,00	19,23	-16,13
Сердечно-сосудистая хирургия	31	32	36	10	21	-32,26	16,13	-41,67
Травматология	45	47	44	14	45	0,00	-2,22	2,27
Урология	255	265	254	119	200	-21,57	-0,39	-21,26
Хирургическое отделение	156	162	170	83	162	3,85	8,97	-4,71
Эндокринологическое отделение	20	21	11	12	7	-65,00	-45,00	-36,36
ВСЕГО	3617	3763	3645	1921	3107	-0,22	0,77	-0,99

Примечание. * В 2021 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$), ** в 2019 по сравнению с 2017 г. ($p < 0,05$), *** в 2021 по сравнению с 2019 г. ($p < 0,05$)

ПРИЛОЖЕНИЕ О. Модель пяти сил Портера

КОМПАНИЯ	ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ			
РЫНОК:	ЕКАТЕРИНБУРГ, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ			
ТОВАР:	ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ			
1.1. Конкурентоспособность товара компании и уровня конкуренции на рынке				
Товары – заменители	Платные медицинские услуги в частных клиниках г. Екатеринбурга, Свердловской области			
Параметр оценки	Комментарии	Оценка параметра		
		3	2	1
Товары-заменители «цена-качество»	Способные обеспечить тоже самое качество по тем же ценам	существуют и занимают высокую долю на рынке	существуют, но только вошли на рынок и их доля мала	не существуют
		3		
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ		3		
1 балл		низкий уровень угрозы со стороны товаров-заменителей		
2 балла		средний уровень угрозы со стороны товаров-заменителей		
3 балла		высокий уровень угрозы со стороны товаров-заменителей		
1.2 Оценка уровня внутриотраслевой конкуренции				
Параметр оценки	Комментарии	Оценка параметра		
		3	2	1
Количество игроков	Чем больше игроков на рынке, тем выше уровень конкуренции и риск потери доли рынка	Высокий уровень насыщения рынка	Средний уровень насыщения рынка (3-10)	Небольшое количество игроков (1-3)
			2	
Темп роста рынка	Чем ниже темп роста рынка, тем выше риск постоянного передела рынка	Стагнация или снижение объема рынка	Замедляющийся, но растущий	Высокий
			2	

Уровень дифференциации продукта на рынке	Чем ниже дифференциация продукта, чем выше стандартизация продукта - тем выше риск переключения потребителя между различными компаниями рынка	Компании продают стандартизированный товар	Товар на рынке стандартизирован по ключевым свойствам, но отличается по дополнительным преимуществам	Продукты компаний значительно отличаются между собой
				1
Ограничение в повышении цен	Чем меньше возможностей в повышении цен, тем выше риск потери прибыли при постоянном росте затрат	Жесткая ценовая конкуренция на рынке, отсутствуют возможности и в повышении цен	Есть возможность к повышению цен только в рамках покрытия роста затрат	Всегда есть возможность к повышению цены для покрытия роста затрат и повышения прибыли
				1
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ		6		
4 балла		Низкий уровень внутриотраслевой конкуренции		
5-8 баллов		Средний уровень внутриотраслевой конкуренции		
9-12 баллов		Высокий уровень внутриотраслевой конкуренции		
1.3 Оценка угрозы входа новых игроков				
Параметр оценки	Комментарии	Оценка параметра		
		3	2	1
Экономия на масштабе при производстве товара или услуги	Чем больше объем производства, тем ниже стоимость закупки материалов для производства товара, тем в меньшей степени постоянные издержки производства влияют на единицу продукции	отсутствует	существует только у нескольких игроков рынка	Значимая
			2	

Сильные марки с высоким уровнем знания и лояльности	Чем сильнее чувствуют себя существующие торговые марки в отрасли, тем сложнее новым игрокам в нее вступить.	отсутствуют крупные игроки	2-3 крупных игрока держат около 50% рынка	2-3 крупных игрока держат более 80% рынка
			2	
Дифференциация продукта	Чем выше разнообразие товаров и услуг в отрасли, тем сложнее новым игрокам вступить на рынок и занять свободную нишу	низкий уровень разнообразия товара	существуют микро-ниши	все возможные ниши заняты игроками
			2	
Уровень инвестиций и затрат для входа в отрасль	Чем выше начальный уровень инвестиций для вступления в отрасль, тем сложнее войти в отрасль новым игрокам.	низкий (окупается за 1-3 месяца работы)	средний (окупается за 6-12 месяцев работы)	высокий (окупается более чем за 1 год работы)
				1
Доступ к каналам распределения	Чем сложнее добраться до целевой аудитории на рынке, тем ниже привлекательность отрасли	доступ к каналам распределения полностью открыт	доступ к каналам распределения требует умеренных инвестиций	доступ к каналам распределения ограничен
				1
Политика правительства	Правительство может лимитировать и закрыть возможность входа в отрасль с помощью лицензирования, ограничения доступа к источникам сырья и другим важным ресурсам, регламентирования уровня цен	нет ограничивающих актов со стороны государства	государство вмешивается в деятельность отрасли, но на низком уровне	государство полностью регламентирует отрасль и устанавливает ограничения
				1
Готовность существующих игроков к снижению цен	Если игроки могут снизить цены для сохранения доли рынка — это значимый барьер для входа новых игроков	игроки не пойдут на снижение цен	крупные игроки не пойдут на снижение цен	при любой попытке ввода более

				дешевого предложения существующие игроки снижают цены
		3		
Темп роста отрасли	Чем выше темп роста отрасли, тем охотнее новые игроки желают войти на рынок	высокий и растущий	замедляющийся	стагнация или падение
				1
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ		12		
8 баллов		Низкий уровень угрозы входа новых игроков		
9-16 баллов		Средний уровень угрозы входа новых игроков		
17-24 балла		Высокий уровень угрозы входа новых игроков		
УГРОЗЫ УХОДА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ				
2.1 Рыночная власть покупателя				
Параметр оценки	Комментарии	Оценка параметра		
		3	2	1
Доля покупателей с большим объемом продаж	Если покупатели сконцентрированы и совершают закупки в больших масштабах, компания будет вынуждена постоянно идти им на уступки	более 80% продаж приходится на нескольких клиентов	Незначительная часть клиентов держит около 50% продаж	Объем продаж равномерно распределен между всеми клиентами
				1
Склонность к переключению на товары субституты	Чем ниже уникальность товара компании, тем выше вероятность того, что покупатель сможет найти альтернативу и не понести дополнительных рисков	товар компании не уникален, существуют полные аналоги	товар компании частично уникален, есть отличительные характеристики, важные для клиентов	товар компании полностью уникален, аналогов нет
			2	

Чувствительность к цене	Чем выше чувствительность к цене, тем выше вероятность того, что покупатель купит товар по более низкой цене у конкурентов	покупатель всегда будет переключаться на товар с более низкой ценой	покупатель будет переключаться только при значимой разнице в цене	покупатель абсолютно не чувствителен к цене
			2	
Потребители не удовлетворены качеством существующего на рынке	Неудовлетворенность качеством порождает скрытый спрос, который может быть удовлетворен новым игроком рынка или конкурентом	неудовлетворенность ключевыми характеристиками товара	неудовлетворенность второстепенными характеристиками товара	полная удовлетворенность качеством
			2	
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ		7		
4 балла		Низкий уровень угрозы ухода клиентов		
5-8 баллов		Средний уровень угрозы ухода клиентов		
9-12 баллов		Высокий уровень угрозы потери клиентов		
Угрозы для бизнеса со стороны поставщиков				
Параметр оценки	Комментарии	Оценка параметра		
		2	1	
Количество поставщиков	Чем меньше поставщиков, тем выше вероятность необоснованного повышения цен	Незначительное количество поставщиков или монополия	Широкий выбор поставщиков	
			1	
Ограниченность ресурсов поставщиков	Чем выше ограниченность объемов ресурсов поставщиков, тем выше вероятность роста цен	ограниченность в объемах	неограниченность в объемах	
		2		
Издержки переключения	Чем выше издержки переключения, тем выше угроза к росту цен	высокие издержки к переключению на других	низкие издержки к переключению на других	

		поставщик в	поставщик ов	
			1	
Приоритетность направления для поставщика	Чем ниже приоритетность отрасли для поставщика, тем меньше внимания и усилий он в нее вкладывает, тем выше риск некачественной работы	низкая приоритетность отрасли для поставщика	высокая приоритетность отрасли для поставщика	
			1	
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ		5		
4 балла		низкий уровень влияния поставщиков		
5-6 баллов		средний уровень влияния поставщиков		
7-8 баллов		высокий уровень влияния поставщиков		

Параметр	Значение	Описание	Направление работы
Угроза со стороны товаров - заменителей	Высокий уровень угрозы со стороны товаров-заменителей	Наличие на рынке конкурентов, предлагающих идентичные услуги по сопоставимым ценам, качеству и более высоким уровнем сервиса являются высокой угрозой для продукта.	1. Рекомендуется придерживаться стратегии укрепления бренда и концентрации на таком целевом рынке, для которого важны качество оказания медицинских услуг, наличие высокой репутации, уникальных компетенций, экспертных мнений.
Угрозы внутриотраслевой конкуренции	Средний уровень внутриотраслевой конкуренции	Рынок является высоко конкурентным и перспективным. Отсутствует возможность полного сравнения товаров разных компаний.	2. Основные усилия компания должна сосредоточить на построении высокого уровня сервиса и развития информированности пациентов о доступности данного вида услуг.
Угрозы со стороны новых игроков	Средний уровень угрозы входа новых игроков	Средний риск входа новых игроков. Новые компании появляются редко из-за высоких барьеров входа и высокого уровня первоначальных	3. Для сохранения конкурентоспособности необходимо постоянно развивать существующие и набирать новые

		инвестиций.	компетенции, виды услуг.
Угроза потери текущих клиентов	Средний уровень угрозы ухода клиентов	Средний уровень угрозы ухода клиентов, так как высокая репутация учреждения, доступные цены способствуют продолжающемуся сохранению потока пациентов.	4. Снизить влияние административных барьеров на потребителя. 5. Рекомендуются расширять рынок и пакеты предоставления услуг. 6. Разработка специальных пакетных продуктов для любого уровня потребителей.
Угроза нестабильности поставщиков	Средний уровень влияния поставщиков	Система конкурсных закупок в государственном учреждении здравоохранения гарантирует наличие расходных материалов и оборудования, в отличие от частного здравоохранения, работающего вне Федерального закона от 04.05.2013 г. № 44-ФЗ, обеспечения более низкую цену расходных материалов.	

ПРИЛОЖЕНИЕ П. Положение об отделении по оказанию платных медицинских услуг

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее положение об отделении платных медицинских услуг «Медицинский центр» ГАУЗ СО «СОКБ №1» (далее – Положение) разработано в соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Оказание платных медицинских услуг населению организуется с целью более полного удовлетворения спроса населения на отдельные виды медицинской помощи, а также восполнения дефицита финансирования к нормативу программы государственных гарантий, обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Платные медицинские услуги осуществляются дополнительно, а не взамен видов деятельности, финансируемых из бюджета и средств обязательного медицинского страхования.

1.1. «Медицинский центр» (далее – Центр) является структурным подразделением государственного учреждения здравоохранения и подчиняется заместителю главного врача по внебюджетной деятельности;

1.2. Центр организован на основании приказа главного врача медицинского учреждения;

1.3. Центр в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами Российской Федерации, Указам и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, правовыми актами Министерства здравоохранения региона, Уставом государственного учреждения

здравоохранения, приказами и распоряжениями главного врача медицинского учреждения, настоящим Положением.

2. ЦЕЛИ ЗАДАЧИ «ОТДЕЛЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

2.1. Цели

Обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи на договорной основе, сверх «Территориальной программы Государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи».

2.2. Задачи

- организация предоставления населению медицинской помощи на платной основе при наличии добровольного желания гражданина, отсутствия у пациента: гражданства РФ, полиса обязательного медицинского страхования, направления врача;

- увеличение объема оказываемой медицинской помощи населению;

- оказание медицинской помощи сверх установленного гарантированного объема, определенного программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью;

- расширение структуры медицинских услуг населению;

- привлечение дополнительных источников средств финансирования, для производственного и социального развития государственного учреждения здравоохранения.

2.3. Функции «Отделения по оказанию платных медицинских услуг»

- Сотрудничество со страховыми компаниями, административными территориями и предприятиями по вопросам оказания медицинской помощи в государственном учреждении здравоохранения, в том числе, по вопросам добровольного медицинского страхования;

- Взаимодействие со структурными подразделениями и специалистами медицинского учреждения по вопросам оказания медицинской помощи;

- Предоставление пациентам благоприятных условий для проведения консультаций и обследований за счет соблюдения расписания работы в две смены, по субботам, а также услуг сопровождения;

- Ведение оперативного учета, составление и предоставление отчетов, справок по вопросам, связанных с деятельностью медицинского центра.

3. СТРУКТУРА «МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА»

5.1. Общее руководство деятельностью отделения по оказанию платных медицинских услуг населению осуществляет главный врач медицинского учреждения, который в установленном порядке:

- утверждает штатное расписание отделения, должностные обязанности на каждого сотрудника;

- осуществляет прием на работу, увольнение персонала подразделения, в т.ч. и совместителей в порядке, определенном трудовым законодательством;

- несет ответственность за организацию работы по оказанию платных услуг, финансово - хозяйственную деятельность подразделения;

- заключает необходимые для деятельности отделения договоры, соглашения, контролирует деятельность подчиненных по соблюдению ими финансовой и трудовой дисциплины, сохранности собственности, материальных и иных ценностей, отработки времени и объемов по основной работе;

5.2. Непосредственное руководство деятельностью отделения по оказанию платных медицинских услуг населению осуществляет заместителем главного врача по внебюджетной деятельности, назначаемый главным врачом учреждения.

5.3. Права и обязанности руководителя отделения определяются в зависимости от объема и видов оказываемых услуг и отражаются в должностных обязанностях, утверждаемых руководителем учреждения.

3.4. Платные медицинские услуги оказываются штатными сотрудниками отделения в основном, а совместителями и специалистами других отделений учреждения в дополнительное от основной работы время.

3.5. Отделение платных медицинских услуг государственного учреждения здравоохранения обязано обеспечить население бесплатной, достоверной и доступной информацией:

- о режиме работы отделения платных медицинских услуг;
- о порядке предоставления и получения платных медицинских услуг;
- о порядке предоставления и получения платных медицинских услуг;
- о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости и порядка оплаты;
- о других обстоятельствах, касающихся получения платной медицинской помощи.

3.6. При оказании платных медицинских услуг сохраняется установленный режим работы учреждения, объем, доступность и качество медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ, проживающих на территории региона.

4. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

4.1. Источниками финансирования отделения являются:

- средства, поступающие по договорам от физических и юридических лиц;
- средства, поступившие в качестве оплаты за медицинские услуги, считаются доходом учреждения.

4.2. Полученные средства расходуются учреждением в соответствии со сметой расходов, утвержденной в соответствии с действующим законодательством.

5. ПОРЯДОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАРАБОТАННЫХ СРЕДСТВ

5.1. Фонд заработной платы «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» ежемесячно формируется в виде процентного отчисления заработанных

средств, согласно приказу главного врача учреждения здравоохранения, на основании решения экономического совета.

5.2. Заработная плата сотрудникам отделения начисляется в соответствии с Положением об оплате труда сотрудников «Отделения по оказанию платных медицинских услуг».

6. РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

6.1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6.2. Федеральный закон от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

6.3. Правила оказания платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736.

6.4. Положение о порядке организации и осуществления приносящей доход деятельности в учреждении здравоохранения.

6.5. Положение об отделении по оказанию платных консультативно – диагностических и лечебных медицинских услуг населению в государственном медицинском учреждении.

6.6. Правила предоставления платных медицинских услуг населению в «Отделении по оказанию платных медицинских услуг» государственного учреждения здравоохранения.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Контроль за соблюдением настоящего Положения осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

ПРИЛОЖЕНИЕ Р. Правила предоставления платных медицинских услуг населению в отделении по оказанию платных медицинских услуг

Местонахождение:

Правила составлены на основании:

1. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Закона Российской Федерации от 07 Февраля 1992 г. № 2300 – 1 «О защите прав потребителей»;
3. Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению в государственном учреждении здравоохранения.

1.2. Основные понятия, используемые в правилах:

«платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее – Договор);

«потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям по договору возмездного оказания услуг, в данном случае ГАУЗ СО «СОКБ № 1»;

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются государственным учреждении здравоохранения в соответствии с перечнем видов работ (услуг), указанных в лицензии путем заключения договора возмездного оказания услуг.

1.4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. График работы «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», а также график работы врачей (часы и дни приема) утверждаются главным врачом учреждения здравоохранения, и доводится до сведения пациентов путем размещения информации на официальном сайте и информационных стендах, расположенных в регистратуре «Отделения по оказанию платных медицинских услуг».

Режим работы «Отделения по оказанию платных медицинских услуг»:

ПН – ПТ с 7:30 до 20:00, двухсменный (первая смена с 7:30 до 14:00, вторая смена с 14:00 до 20:00).

СБ с 8:30 до 14:00.

В праздничные дни режим работы регламентируется приказом главного врача, который размещается на информационном стенде и на сайте учреждения, для доступа неограниченному кругу лиц.

Фиксированное время консультативного приема на 1 пациента как для первичного, так и повторного приема в расписании медицинской информационной системы не более 30 минут, не более 20 минут для ультразвукового исследования.

2.2. Приём врачей всех специальностей осуществляется по графику,

составляемому и утверждаемому заместителем главного врача по внебюджетной деятельности государственного учреждения здравоохранения. График работы на следующий месяц подается до 15 числа текущего месяца старшему администратору «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», согласовывается и утверждается заместителем главного врача по внебюджетной деятельности.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются пациентам на основании действующего на день оказания медицинских услуг прейскуранта, утверждаемого главным врачом, содержание которого доводится до сведения пациентов путем размещения информации на официальном сайте учреждения и информационных стендах, расположенных в регистратуре «Отделения по оказанию платных медицинских услуг».

2.4. Государственное учреждение здравоохранения предоставляет платные медицинские услуги:

– на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой государственных гарантий, действующей на территории региона, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

– гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающих постоянно на ее территории и не являющихся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

– при самостоятельном обращении граждан за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

2.5. При предоставлении платных медицинских услуг медицинское

учреждение соблюдает порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством Здравоохранения Российской Федерации.

2.6. Платные медицинские услуги оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполненного стандарта медицинской помощи.

2.7. Информация о медицинском учреждении, находящаяся на сайте медицинской организации, информационных стендах, находящихся на территории больницы, доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени и содержит следующие сведения:

- наименование и фирменное наименование медицинского учреждения, адрес места нахождения;
- Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц;
- Лицензия на осуществление медицинской деятельности;
- Прейскурант на медицинские услуги, оказываемые населению по их желанию в медицинском учреждении;
- Территориальная программа государственных гарантий, действующая на территории области;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы учреждения здравоохранения, график работы медицинского персонала, участвующего в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека.

2.8. По требованию потребителя или заказчика предоставляется копия лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих эту деятельность.

2.9. Платные медицинские услуги оказываются учреждением здравоохранения в рамках заключаемых в письменной форме договоров:

- с физическими лицами;
- с юридическими лицами – организациями, предприятиями, страховыми компаниями, индивидуальными предпринимателями и т.д.

2.10. При заключении договора, по требованию потребителя и (или) заказчика, им в доступной форме предоставляется информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.11. До заключения договора учреждение здравоохранения в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.12. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится в медицинском учреждении, второй у заказчика, третий – у потребителя. В случае,

если договор заключается потребителем и учреждением здравоохранения, он составляется в 2-х экземплярах.

2.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, медицинское учреждение предупреждает об этом потребителя (заказчика).

2.14. Без согласия потребителя (заказчика) учреждение не предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.15. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается. Учреждение здравоохранения информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по его инициативе, при этом потребитель (заказчик) оплачивает учреждению фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.16. Оплата за предоставленные медицинские услуги осуществляется потребителем (заказчиком) в сроки и в порядке, которые определены договором, наличными денежными средствами через кассу учреждения с применением контрольно – кассовых машин, либо путем безналичного перечисления денежных средств на счет медицинского учреждения.

2.17. Учреждением после исполнения договора потребителю (законному представителю потребителя) выдаются медицинские документы (копии медицинских документов), выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.18. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

2.19. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного

представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.20. Учреждение здравоохранения предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии здоровья потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.21. Учреждения здравоохранения при оказании платных медицинских услуг соблюдают установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

2.22. При подписании договора пациент дает свое добровольное согласие на сбор, обработку, хранение, распространение и использование исполнителем персональных данных пациента (заказчика), которые станут ему известны в процессе исполнения договора, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных». Все действия с персональными данными необходимы исключительно в целях исполнения предмета договора – оказание медицинских услуг, а также требований законодательства РФ.

3. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Договор на оказание платных медицинских услуг является договором возмездного оказания услуг;

3.2. При первичном обращении в «Отделение по оказанию платных медицинских услуг» пациент информируется о возможности получения

аналогичных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий ОМС в лечебном учреждении по месту своего прикрепления;

3.3. До подписания договора на оказание платных медицинских услуг согласно п. 15 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 пациент подписывает форму уведомления о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации;

3.4. Заключения договоров на оказание платных медицинских услуг, подписание информированных согласий и уведомлений оформляются администраторами «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» при первом обращении пациента. Для этого используются типовой бланк договора и информированного согласия, утвержденные приказом главного врача медицинского учреждения;

3.5. Со стороны учреждения здравоохранения договор подписывает уполномоченное на совершение этого действия ответственное лицо. Со стороны пациента договор подписывается пациентом лично, кроме случаев подписания договора родителем пациента до 18 лет или законным представителем пациента частично или полностью недееспособного;

3.6. Пациент (заказчик) обязан оплатить предоставленные медицинским учреждением медицинские услуги в полном объеме. В случае заключения договора на программные продукты «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», предварительная оплата вносится на условиях заключенного договора;

3.7. Оплата за медицинские услуги производится путем наличных или безналичных расчетов в «Отделении по оказанию платных медицинских услуг» с применением контрольно-кассовой машины, электронных платежных терминалов.

3.8. Пациенту (заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг в виде контрольно-кассового чека.

4. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

4.1. Основными документами по оказанию медицинских услуг пациенту являются амбулаторная карта, договор на оказание платных медицинских услуг и приложения к договору об оказании медицинских услуг. Данные документы отражают историю обследования и лечения пациента и являются собственностью клиники;

4.2. Информация о состоянии здоровья пациента, в том числе о факте обращения его за медицинской помощью является врачебной тайной, ее неразглашение охраняется законодательством РФ;

4.3. Информация о состоянии здоровья пациента может быть предоставлена по основаниям, установленным в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а именно в целях проведения медицинского обследования и лечения, если гражданин не может выразить свою волю, при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений, по запросу органов дознания и следствия, суда, по запросу органов прокуратуры, органов уголовно-исполнительной системы;

4.4. Амбулаторная карта пациента хранится в архиве «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» в течение 25 лет с момента последнего обращения пациента;

4.5. Хранение медицинской карты самим пациентом на дому, передача её в другие лечебные учреждения, третьим лицам не допускается;

4.6. По предварительному запросу пациенту могут быть сформированы документы для налогового вычета. Изготовление и выдача необходимого пакета документов осуществляется на основании порядка выдачи справки об оплате медицинских услуг для получения налогового вычета;

4.7. По письменному заявлению на имя главного врача медицинского учреждения пациенту может быть выдана копия медицинской карты. Такое заявление может быть подано пациентом лично, либо его законным представителем с обязательным предъявлением документа, подтверждающего

полномочия на представление интересов пациента. Изготовление надлежащей копии производится в течение 10 (десяти) рабочих дней не считая дня подачи заявления.

5. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА

5.1. При обращении в «Отделение по оказанию платных медицинских услуг» пациент имеет право на:

5.1.1. Выбор врача, получение консультаций врачей-специалистов;

5.1.2. На выбор даты и времени визита к врачу-специалисту «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», включая перенос ранее согласованных даты и времени визита на иные, согласованные сторонами, дату и время, при наличии объективной возможности со стороны медицинского учреждения;

5.1.3. На достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья;

5.1.4. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

5.1.5. Отказ от медицинского вмешательства;

5.1.6. Возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

5.1.7. За реализацию прав пациента в «Отделении по оказанию платных медицинских услуг» отвечает главный врач учреждения здравоохранения;

5.2. При обращении в «Отделение по оказанию платных медицинских услуг» пациент обязан:

5.2.1. Соблюдать настоящие правила;

5.2.2. При посещении «Отделение по оказанию платных медицинских услуг» соблюдать правила пребывания пациентов и посетителей. Указанные правила в свободном доступе для ознакомления размещены непосредственно в «Отделении по оказанию платных медицинских услуг»;

5.2.3. Выполнять назначения, предписания и рекомендации врача;

5.2.4. Соблюдать правила гигиены, порядок и режим, санитарные нормы во время нахождения в «Отделении по оказанию платных медицинских услуг»;

5.2.5. Уважительно относиться к другим пациентам и посетителям «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», к медицинскому и немедицинскому персоналу учреждения здравоохранения, соблюдать общепринятые правила этики и поведения;

5.2.6. Заботиться о своем здоровье;

5.2.7. Предоставить врачу «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» до оказания медицинских услуг полную информацию и имеющиеся документы (копии документов), касающиеся состояния своего здоровья, которыми он располагает на момент заключения договора оказания платных медицинских услуг и в течение его действия, а именно имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсия и проч.), вирусных гепатитах, сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, переливаниях крови, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, перенесенный инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, атеросклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностей анамнеза жизни и заболевания, требующихся для медицинского вмешательства, включая информацию о постоянно применяемых лекарственных, гомеопатических препаратах и биологически-активных добавках;

5.2.8. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить сотрудников «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» (администратора или врача) не позднее,

чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы «Отделения по оказанию платных медицинских услуг», указанные в разделе 2.1. настоящих правил.

5.2.9. Оплатить фактически оказанные медицинские услуги, включая дополнительные услуги, в срок и размере, установленные договором оказания платных медицинских услуг;

5.2.10. Принять оказанные услуги, строго соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача, а также соблюдать настоящие правила;

5.2.11. Сообщать врачу обо всех изменениях в деятельности его организма (самочувствие и видимые изменения), если даже пациент считает, что эти изменения не влияют на оказание медицинской услуги;

5.2.12. Пациент вправе отказаться в любое время от получения медицинской услуги и получить внесенную сумму с возмещением медицинскому учреждениям фактически оказанных медицинских услуг согласно действующему прейскуранту на момент оказания услуг;

5.2.13. Предоставить учреждения здравоохранения разрешение привлекать для оказания медицинских услуг любого медицинского работника из персонала, а также иных внешних специалистов, необходимость в профессиональном мнении которых возникает во время проведения обследования, лечения;

5.3. Пациенты, находящиеся в помещении учреждения здравоохранения обязаны соблюдать настоящие правила и рекомендации врача.

5.3.1. Нарушение настоящих правил, лечебно-охранительного, санитарно-противоэпидемического режимов и санитарно-гигиенических норм влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации;

5.3.2. Под нарушениями в настоящих правилах понимается следующее поведение пациентов:

5.3.2.1. грубое или неуважительное отношение к персоналу медицинского учреждения, нецензурная речь;

5.3.2.2. неявка или несвоевременная явка на прием к врачу без уважительной причины;

5.3.2.3. несоблюдение требований и рекомендаций врача;

5.3.2.4. прием лекарственных препаратов без назначения врача;

5.3.2.5. другой медицинской организации без ведома и разрешения врача;

5.3.2.6. создание угрозы жизни и/или здоровью работников или пациентов медицинского учреждения;

5.3.2.7. неисполнение или не надлежащее исполнение своих обязанностей пациентом, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, снимает ответственность врача за качество медицинской услуги;

5.3.2.8. за порчу мебели, оборудования и инвентаря произошедшую по вине пациентов, последние несут материальную ответственность в размере стоимости испорченной вещи.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ КЛИНИКИ

6.1. При осуществлении медицинской деятельности учреждение здравоохранения вправе:

6.1.1. Самостоятельно определять график консультаций, процедур и график работы врачей;

6.1.2. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания пациента и/или занятости врача, непосредственно осуществляющего лечение, отменить прием и/или перенести его на другое время;

6.1.3. Заменить врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным врачом-специалистом, а также при необходимости направить пациента для консультации к другим врачам-специалистам;

6.1.4. Самостоятельно в лице врачей-специалистов осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенологических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии наличия необходимости их осуществления;

6.1.5. Производить назначение медицинских препаратов, как включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, так и медицинских препаратов, не включенных в указанный перечень.

6.1.6. Рекомендовать пациенту определенные материалы и (или) медикаменты, стоимость которых превышает аналогичные материалы (медикаменты) при наличии для их применения (использования) медицинских показаний и (или) большего лечебного эффекта;

6.1.7. Отказаться от предоставления услуг пациенту в случаях, если тот хотя бы дважды безосновательно отказался от назначений врачей-специалистов учреждения здравоохранения;

6.1.8. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях нарушения пациентом условий настоящих правил с обязательной фиксацией отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у пациента острой стадии состояния здоровья;

6.1.9. Отказать в предоставлении пациенту планового приема врача, при условии опоздания пациента на прием более, чем на 50% времени продолжительности приема без уважительной причины, или перенести время приема на другое время, по согласованию сторон;

6.1.10. Получить от пациента соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства в случае его отказа от услуг, которые могли бы, по мнению медицинского учреждения, уменьшить или снять опасность для его здоровья.

6.1.11. Не допустить на приём несовершеннолетнего ребёнка, недееспособного/частично дееспособного гражданина без законного представителя (родители, опекуны, попечители, иные законные представители на основании должным образом оформленной доверенности).

6.1.12. Не допустить на приём пациента в случае отказа от подписания информированных добровольных согласий на медицинские вмешательства.

6.2. При оказании медицинских услуг учреждение здравоохранения обязано:

6.2.1. Уважительно и гуманно относиться к пациенту;

6.2.2. Согласовать с пациентом характер и объем оказания медицинских услуг;

6.2.3. Предоставить пациенту услуги согласно прейскуранту, качество которых соответствует современным достижениям медицинской науки, и не может быть ниже установленных стандартов качества и порядков оказания медицинской помощи;

6.2.4. В полном объеме информировать пациента, его поверенного или законного представителя о выявленном состоянии его здоровья с учетом согласия пациента на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством;

6.2.5. Посредством открытого размещения документов на информационном стенде и на сайте учреждения здравоохранения ознакомить пациента с лицензией на оказание медицинских услуг, с настоящими правилами, а также с иной информацией о медицинском учреждении, как об исполнителе медицинских услуг, по содержанию и в объеме, объективно позволяющей принять осознанное решение об обращении в учреждение здравоохранения, в том числе информацию о юридическом статусе, о режиме работы, контактный телефон, информацию о врачах-специалистах, непосредственно оказывающих медицинские услуги;

6.2.6. Давать пациенту указания (рекомендации), носящие обязательный характер, предоставить пациенту доступную и достоверную информацию о предоставляемой услуге;

6.2.7. Учитывая индивидуальные особенности пациента, самостоятельно выбирать оздоровительные меры, необходимые пациенту, а также устанавливать график посещений медицинского учреждения после проведенного лечения.

7. ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА

7.1. При оказании медицинских услуг медицинское учреждение гарантирует:

– безопасность, которая обеспечивается строгим соблюдением всех этапов дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов и медицинского оборудования путем санитарно-эпидемиологических мероприятий в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами, а также использованием разрешенных к применению Минздравом РФ технологий и материалов;

– предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья пациента с учетом его права и желания получать ее по доброй воле;

– оказание видов медицинских услуг в соответствии с собственной лицензией, в случае привлечения соисполнителей с лицензией соисполнителей;

– проведение лечения врачами-специалистами, имеющими соответствующее образование и сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской деятельности;

- тщательное соблюдение технологий лечения, что предполагает профессиональную подготовку врачей и медицинских сестёр;

– мероприятия по устранению и снижению степени осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после оказания услуги;

– проведение контрольных осмотров – по показаниям, после сложного лечения или при необходимости упреждения нежелательных последствий;

– динамический контроль за процессом выздоровления, реабилитации и результатов оказания медицинской услуги.

8. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Контроль за деятельностью учреждения здравоохранения и качеством оказания платных медицинских услуг осуществляют в пределах своей компетенции государственные органы и организации, на которые в соответствии

с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинской организации;

8.2. При возникновении конфликта между пациентом и врачом, средним или младшим медицинским персоналом спорный вопрос выносится на рассмотрение Врачебной Комиссии. Врачебная комиссия формируется на основании и в порядке, определённом в Положении о врачебной комиссии учреждения здравоохранения и Приказе Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

8.3. На основании Федерального закона «Об информации» граждане и организации имеют право на получение и использование информации любым законным способом, в том числе и путем проведения аудиозаписи и видеозаписи. В том случае, если пациент планирует производить видеозапись (аудиозапись) приема, такое проведение видеозаписи (аудиозаписи) необходимо согласовать с администрацией учреждения здравоохранения, а также пациент должен предупредить всех присутствующих во время съемки лиц о том, что их разговоры и действия фиксируются им на видеоноситель (аудионоситель);

8.4. Во избежание раскрытия врачебной тайны аудиозапись (видеозапись) может нести информацию исключительно о пациенте, ведущим такую запись. Присутствие на записи иных пациентов медицинского учреждения строго запрещено;

8.5. В регистратуре «Отделения по оказанию платных медицинских услуг» в открытом доступе имеется Книга отзывов и предложений;

8.6. Любые изменения в настоящие правила оформляются в письменном виде, утверждаются приказом главного врача медицинского учреждения и являются неотъемлемой частью настоящих правил.

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И КОНТРОЛЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору медицинское учреждение несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

9.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению медицинского учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.3. Пациенты несут ответственность за причинение вреда учреждению в порядке, установленном законодательством.

9.4. Претензии и споры, возникшие между потребителем и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

В целях осуществления контроля за организацией и предоставлением платных медицинских услуг в учреждении здравоохранения назначены следующие ответственные лица:

Руководители структурных подразделений медицинского учреждения по вопросам оказания платных медицинских и немедицинских услуг непосредственно в структурных подразделениях.

ПРИЛОЖЕНИЕ С. Положение о региональном контакт-центре по предоставлению населению платных медицинских услуг

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Контакт-центр (далее – Центр) является самостоятельной организацией и Министерству Здравоохранения региона.

1.2. Центр организован на основании приказа Министра здравоохранения региона.

1.3. Центр в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами, Указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства здравоохранения региона, приказами и распоряжениями руководителя Контакт-центра, настоящим Положением.

1.4. Центр принимает, обрабатывает и совершает звонки на базе стационарной телефонной связи.

1.5. Центр использует для осуществления своей деятельности единый телефонный номер – 8 – 800

2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ФУНКЦИИ КОНТАКТ-ЦЕНТРА

2.1 Цели.

2.1.1. Обеспечение реализации прав граждан на получение необходимой и достоверной информации о порядке получения платной медицинской помощи на территории региона, особенностях и правилах приема пациентов, а также о специалистах медицинских учреждений региона, оказывающих платные медицинские услуги.

2.2. Задачи.

2.2.1. Создание и поддержание системы единого информационного поля системы здравоохранения региона по вопросам оказания платных медицинских услуг.

2.2.2. Своевременное предоставление гражданам информации о порядке оказания платных медицинских услуг посредством телефонного обслуживания и Интернет-технологий.

2.2.3. Содействие в работе государственным учреждениям здравоохранения региона в увеличении объемов внебюджетной деятельности.

2.2.4. Эффективное управление потоками пациентов, желающих получить платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения региона.

2.3. Функции.

2.3.1. Обработка запросов, полученных от граждан посредством телефонной связи и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» о порядке оказания платных медицинских услуг в регионе.

2.3.2. Разбор запросов по теме: телефонных звонков, электронных писем, заявок с сайта, из мессенджеров и других каналов коммуникации. Перевод обращения на сотрудника или учреждение, которые владеют необходимой информацией для ответа.

2.3.3. Предоставление пациентам справочной информации, касающейся платных медицинских услуг, правил и сроков их оказания, возможной стоимости.

2.3.4. Регулирование потока обратившихся граждан для создания равномерной нагрузки на врачей, а также более оперативного оказания медицинской помощи и распределение его по видам оказываемой помощи, на основании «Трехуровневой модели оказания платных медицинских услуг на региональном уровне».

2.3.5. Предоставление пациентам информации о порядке записи на прием врачей, правилах предварительной дистанционной записи жителей региона, режиме работы учреждений здравоохранения региона, специалистах и графике их работы.

2.3.6. Запись граждан РФ жителей города на прием к врачам-специалистам учреждений здравоохранения региона в соответствии с «Трехуровневой моделью оказания платных медицинских услуг на региональном уровне»..

2.3.7. Информирование населения о платных услугах больниц, их стоимости, расписании работы специалистов, видах оказываемой медицинской помощи.

2.3.8. Предварительная запись пациентов на прием врачей-специалистов, диагностические исследования, медицинские процедуры на возмездной основе.

2.3.9. Ежедневное оповещение пациентов с целью напоминания о консультативном приеме и предупреждении пациентов об изменении расписания.

2.3.10. Ведение журнала «Лист ожидания» граждан к узким специалистам на платный прием и запись пациента, нуждающегося в приеме врача, на освободившееся место в расписании.

2.3.11. Участие в создании и редактировании справочно-информационной документации.

2.3.12. Сбор информации для формирования «Единого структурированного справочника-каталога медицинских учреждений региона».

2.3.13. Формирование отчетов по результатам деятельности Центра: статистика поступающих и обработанных звонков, потребностей пациентов в специалистах, анализ поступающей информации.

2.3.14. Сбор информации: предложений, пожеланий, жалоб от пациентов, партнеров и сотрудников учреждений здравоохранения.

2.3.15. Информация по телефону предоставляется как в автоматическом режиме, так и путем непосредственного общения с обратившимся по телефону.

3. СТРУКТУРА КОНТАКТ-ЦЕНТРА

3.1. Контакт-центр возглавляет директор, подчиняющийся министру здравоохранения региона. Директор контакт - центра назначается на должность и освобождается от должности приказом министра здравоохранения региона.

3.2. В отсутствие директора отдела его обязанности исполняет лицо, назначенное приказом Министра здравоохранения.

3.3. Структура и штатное расписание Центра утверждается директором, исходя из условий и особенностей деятельности учреждений здравоохранения региона по представлению директора.

3.4. В состав Центра входят и непосредственно подчиняются директору диспетчеры. Сотрудники Центра принимаются на должность и освобождаются от должности приказом директора.

4. ПРАВА КОНТАКТ-ЦЕНТРА

Работники Центра имеют право:

4.1. участвовать в разработке информационных программ, планов и графиков, связанных с оказанием платных медицинских и сервисных услуг, а также принимать участие в их внедрении;

4.2. участвовать в заседаниях, совещаниях по вопросам, относящимся к деятельности Центра;

4.3. запрашивать и получать от всех медицинских учреждений региона информацию, необходимую для осуществления своей деятельности;

4.4. давать разъяснения, рекомендации и указания по вопросам, входящим в компетенцию Центра;

4.5. запрашивать у директора центра содействия в исполнении своих функций и прав;

4.6. вносить предложения администрации медицинских учреждений по вопросам улучшения качества предоставления платных медицинских услуг, а также организации условий труда сотрудников отдела;

4.7. сотрудничать с учреждениями здравоохранения для обмена информацией в процессе работы Центра;

4.8. сотрудники Центра не предоставляют информацию о пациенте, находящемся на лечении в медицинской организации по телефону:

- сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (п.1 ст.13 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);

- информация о состоянии здоровья пациента может быть сообщена близким родственникам при отсутствии запрета пациента (п.2 ст.22 Федерального

закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КОНТАКТ-ЦЕНТРА

Центр несет ответственность за:

5.1. своевременное предоставление информации Министерству здравоохранения и главным врачам учреждений здравоохранения по результатам деятельности Центра;

5.2. своевременное и качественное выполнение функциональных обязанностей сотрудниками Центра;

5.3. соблюдение действующего законодательства, производственной, трудовой дисциплины, правил внутреннего распорядка и охраны труда;

5.4. разглашение сведений, составляющих служебную или коммерческую тайну учреждений здравоохранения региона;

5.5. невыполнение приказов, распоряжений министерства здравоохранения;

5.6. нанесение ущерба деловой репутации учреждений здравоохранения региона;

5.7. разглашение личных данных пациентов.

6. ОСНАЩЕНИЕ

Для осуществления своей деятельности Центру предоставляется помещение, оборудование, организационная техника, средства связи и канцелярские принадлежности.

ПРИЛОЖЕНИЕ Т. Должностная инструкция директора регионального «Контакт-центра»

1. ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ

1.1. Настоящая должностная инструкция определяет функциональные обязанности, права и ответственность директора Контакт-центра (далее – Центр).

1.2. Директор Центра подчиняется непосредственно министру здравоохранения региона.

1.3. Директор Центра осуществляет руководство персоналом Центра, несет ответственность за работу отдела. Его распоряжения являются обязательными для сотрудников центра.

1.4. В своей работе директора Центра руководствуется:

- Гражданским кодексом РФ;
- Трудовым кодексом РФ;
- Уставом «Контакт-центра»;
- внутренними положениями, приказами и распоряжениями министерства здравоохранения региона и директора «Контакт-центра»;
- положением о Контакт-центре;
- настоящей должностной инструкцией.

2. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

2.1. Директор Центра осуществляет руководство коллективом Центра в соответствии с действующим законодательством для решения стоящих перед Центром задач:

- обеспечивает эффективную работу Центра;
- организует и руководит работой диспетчеров, контролирует ведение ими телефонных переговоров, координирует работу Центра;
- определяет стратегию деятельности Центра, ведет разработку и подготовку перспективных планов развития работы;
- осуществляет контроль за качеством работы сотрудников Центра;

- организует необходимое профессиональное обучение новых сотрудников и проводит регулярные обучающие семинары для повышения квалификации операторов;

- контролирует обеспечение центра необходимыми для работы материальными ресурсами;

- распределяет обязанности между сотрудниками центра, структурирует деятельность Центра;

- осуществляет подбор сотрудников, принимает на работу и увольняет с соблюдением трудового законодательства;

- отвечает за создание благоприятной рабочей обстановки;

- составляет рабочий график;

- контролирует соблюдение сотрудниками центра правил внутреннего трудового распорядка больницы;

- составляет и утверждает график отпусков сотрудников Центра.

2.2. Контролирует заполнение «Единого структурированного справочника-каталога Министерства здравоохранения региона» и «Листа ожидания к специалистам учреждений региона».

2.3. Осуществляет взаимодействие со всеми учреждениями здравоохранения региона, а также с руководителями учреждений здравоохранения региона по вопросам оказания медицинской помощи на возмездной основе населению региона (физическим и юридическим лицам), РФ и других государств, согласование дат приема на консультацию или госпитализацию.

2.4. Участвует в формировании и корректировке расписания работы специалистов учреждений региона.

2.5. Ведет ежемесячную отчетность о деятельности центра (статистика звонков, анализ потока записи к специалистам и информации по поступающим запросам).

2.6. Обучает сотрудников работе в программе «МИС» и виртуальной АТС для предварительной записи пациентов на платные виды услуг (консультативный прием и диагностические манипуляции).

2.7. Организует сбор информации: предложения, пожелания, жалобы от пациентов, партнеров и сотрудников больницы.

2.8. Владеет полным функционалом диспетчера.

2.9. Вносит предложения министерства здравоохранения, руководителей учреждений здравоохранения по вопросам улучшения качества предоставления платных медицинских услуг, организации условий труда сотрудников центра, изменения и дополнения в Положение о Контакт-центре (функциональные обязанности сотрудников, основные функции, финансирование и т.д.).

2.10. Осуществляет контроль над входящей информацией: телефонными звонками, электронными письмами, заявками с сайта, из мессенджеров и других каналов коммуникации.

3. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

На должность директора Центра назначается лицо, имеющее высшее профессиональное образование и имеющее стаж работы не менее 3-х лет, в том числе работы в медицинском учреждении не менее 1 года.

4. ПРАВА ДИРЕКТОРА КОНТАКТ-ЦЕНТРА

Начальник Центра имеет право:

4.1. запрашивать от всех учреждений здравоохранения региона информацию, необходимую для выполнения своих должностных обязанностей и поставленных задач;

4.2. представлять на рассмотрение министру здравоохранения и главным врачам медицинских учреждений по улучшению предоставлению населению платных медицинских услуг;

4.3. получать от министерства здравоохранения содействие в исполнении своих должностных обязанностей и прав;

4.4. получать от министерства здравоохранения и главных врачей учреждений здравоохранения информацию, необходимую для осуществления своей деятельности;

4.5. давать разъяснения, рекомендации и указания по вопросам, входящим в компетенцию директора Центра;

4.6. подписывать документы в пределах своей компетенции.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Директор Центра несет ответственность за:

5.1. неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией, в пределах, определенных действующим Трудовым законодательством РФ;

5.2. невыполнение приказов, распоряжений министерства здравоохранения и главных врачей учреждений здравоохранения;

5.3. разглашение сведений, составляющих служебную или коммерческую тайну Контакт - центра;

5.4. нанесение ущерба деловой репутации учреждений здравоохранения регионе;

5.5. невыполнение правил техники безопасности, противопожарных, и других правил, создающих угрозу деятельности Контакт-центра, его сотрудникам;

5.6. несоблюдение Правил внутреннего трудового распорядка и дисциплины;

5.7. необеспечение сохранности товарно-материальных ценностей Контакт-центра.

6. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОЛЖНОСТНУЮ ИНСТРУКЦИЮ

6.1. Должностная инструкция директора Контакт-центра утверждается министром здравоохранения региона.

6.2. Настоящая Должностная инструкция может быть изменена на основании приказа министра здравоохранения.

6.3. Изменения, вносимые в Должностную инструкцию, не затрагивают существенных условий Трудового договора. Новая редакция Должностной инструкции вступает в силу с момента ее утверждения и действует до ее замены новой Должностной инструкцией.

6.4. Со всеми изменениями, вносимыми в Должностную инструкцию, необходимо своевременно знакомить директора Контакт-центра.

ПРИЛОЖЕНИЕ У. Договор на оказание платных медицинских услуг**ДОГОВОР**

г. Екатеринбург

дата: _____

Государственное учреждение здравоохранения (Лицензия Министерства здравоохранения...), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Иванова Ивана Ивановича, с одной стороны _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика (Потребителя) оказывать ему в течение срока действия договора медицинские услуги согласованного вида и объема, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплачивать данные медицинские услуги. Перечень медицинских услуг указывается в Соглашениях к договору, количество Соглашений в течение срока действия договора не ограничено. Основанием для оформления Соглашений является Заявление на предоставление платной медицинской услуги.

1.2. При заключении договора Заказчик (Потребитель) уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее территориальная программа).

1.3. Настоящий договор заключен на оказание медицинских услуг:

а) на иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой и (или) целевыми программами;

б) не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию гражданам иностранных государств или гражданам РФ, не проживающим постоянно на территории РФ;

в) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг

1.4. По просьбе Заказчика (Потребителя) оказываются медицинские услуги, наименование и количество которых указаны в Соглашениях к договору.

1.5. При подписании Соглашений Заказчик (Потребитель) предупреждается о необходимости использования при оказании медицинских услуг расходных материалов, не включенных в стоимость медицинских услуг (далее – расходных материалов).

1.6. При заключении договора Заказчик (Потребитель) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. Условия и сроки оказания услуги

2.1. Медицинские услуги оказываются в амбулаторных условиях по месту нахождения Исполнителя.

2.2. Услуги по настоящему договору оказываются непосредственно после заключения соответствующего Соглашения, дата оказания услуг может быть согласована сторонами дополнительно (факт оказания медицинских услуг Заказчику (Потребителю) подтверждает согласование сторонами сроков оказания медицинских услуг).

3. Стоимость услуг, сроки и порядок расчетов

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется прейскурантом (тарифами), действующими у Исполнителя на момент подписания Соглашений к договору. Общая сумма настоящего договора определяется стоимостью услуг, указанных в Соглашениях к договору. Стоимость расходных материалов (при их наличии) определяется розничной ценой.

3.2. Форма расчетов - наличный и безналичный расчет, через кассу Исполнителя с использованием квитанций или кассовых чеков, являющихся документами строгой отчетности.

3.3. Порядок расчетов – стоимость услуг и расходных материалов (при их наличии), указанная в Соглашениях к договору, оплачивается Заказчиком (Потребителем) в порядке предоплаты непосредственно при подписании соответствующего Соглашения.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги, соответствующие требованиям, предъявленным к методикам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.

4.2. Заказчик (Потребитель) обязуется оплачивать медицинские услуги в сроки, предусмотренные договором.

4.3. Заказчик (Потребитель) обязуется соблюдать правила и порядок оказания услуг, установленных Исполнителем, в том числе бережно относиться к имуществу Исполнителя, возмещать ущерб, причиненный имуществу Исполнителя.

4.4. Заказчик (Потребитель) обязуется непосредственно после оказания услуг подписывать и передавать представителю Исполнителя Талон на разовое посещение, либо представлять мотивированные возражения. Подпись Заказчика (Потребителя) в Талоне подтверждает факт получения медицинской услуги. При отсутствии письменных мотивированных возражений в течение трех рабочих дней с момента оказания услуги, медицинские услуги признаются сторонами принятыми без замечаний.

4.5. После завершения оказания услуги и по факту готовности результата (если применимо) Исполнитель выдает Потребителю (его законному представителю) медицинские документы (заключение, справка, выписка, протокол или иное), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, без взимания дополнительной платы. Медицинские документы (их копии) и выписки из них выдаются в соответствии с

Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5.2. В случае возникновения разногласий стороны примут все меры для разрешения их путем переговоров.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор может быть изменен по соглашению сторон.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

6.3. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг, настоящий договор расторгается. При этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с Исполнением обязательств по договору, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента расторжения договора.

7. Заключительные положения

7.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.2. Стороны согласны при подписании настоящего договора, приложений и соглашений к нему, использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования.

7.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует по 31 декабря текущего года.

7.4. Приложение (Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией) и Соглашения к договору (после подписания Сторонами) являются неотъемлемой частью настоящего договора.

7.5. Настоящий договор составлен и подписан в 2 экземплярах, по одному для каждой из сторон.

8. Подписи сторон

Исполнитель:

Наименование организации

Адрес:

ИНН

КПП

Р/с

К/с

БИК

Тел.

Email:

Главный врач МО

_____ / И.О. Фамилия/

подпись

Заказчик (Потребитель):

ФИО

Данные документа, удостоверяющего личность:

Паспорт серия _____ № _____

Тел.

Email:

_____ / И.О. Фамилия/

подпись