

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И ИМПЕРАТИВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ И РЕГИОНАХ*

Абас Шапиевич АХМЕДУЕВ

доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник,
Институт социально-экономических исследований Дагестанского научного центра Российской академии наук,
Махачкала, Российская Федерация
achmeduev@mail.ru
ORCID: отсутствует
SPIN-код: 3779-0966

История статьи:

Получена 10.02.2018
Получена в доработанном
виде 06.03.2018
Одобрена 21.03.2018
Доступна онлайн
15.08.2019

УДК 330.123.6, 338.465.4

JEL: H51, I10, I18, J31

Ключевые слова:

здравоохранение, регион,
реформирование,
государственные гарантии
медицинских услуг

Аннотация

Предмет. Здравоохранение как экономический и социальный фактор формирования и воспроизводства человеческого капитала представляет собой важный ресурс устойчивого роста экономики и повышения уровня жизни населения. Анализ и оценка нынешнего состояния, раскрытие назревших проблем и обоснование перспективных направлений реформирования, модернизации и развития здравоохранения в России представляет несомненный научный и практический интерес.

Цели. Комплексное исследование состояния и оценка уровня развития здравоохранения в России в сравнении с зарубежными странами, раскрытие назревших проблем и современных вызовов, обоснование основных направлений радикального реформирования организационно-экономической системы здравоохранения.

Методология. В процессе исследования использованы методы логического и сравнительного статистического анализа.

Результаты. В последние годы наблюдается позитивная динамика показателей развития здравоохранения, состояния здоровья и ожидаемой продолжительности жизни населения России. Но по основным показателям результативности здравоохранение в России существенно отстает от развитых стран, его материально-техническая база, кадровое обеспечение, технологический уровень оказываемых медицинских услуг не в полной мере соответствуют мировому уровню и современным требованиям.

Выводы. Необходимо принять новую концепцию, пересмотреть и актуализировать государственную программу РФ «Развитие здравоохранения»; обстоятельно изучить и использовать позитивный мировой опыт; обеспечить эффективное государственное регулирование и гарантирование всему населению бесплатной медицинской помощи на современном уровне; переориентировать здравоохранение на комплексную диагностику, предупреждение и лечение болезни на ранних стадиях. Острой проблемой и приоритетным направлением развития здравоохранения является совершенствование системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Для устойчивого развития здравоохранения нужно поэтапно довести объем его финансирования до 10–11% ВВП. Предложены направления модернизации системы оплаты труда медицинских работников.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2018

Для цитирования: Ахмедуев А.Ш. Проблемы развития и императивы реформирования здравоохранения в России и регионах // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2019. – Т. 15, № 8. – С. 1529 – 1546. <https://doi.org/10.24891/ni.15.8.1529>

Формирование и дальнейшее развитие современного человеческого капитала является одной из актуальных проблем России [1–3]. Важную роль в решении этой проблемы должны играть кардинальная модернизация и прорывное развитие здравоохранения¹. Во всем мире, особенно в развитых странах, идет активный пересмотр государственной политики здравоохранения [4]. В частности, в европейских странах, США и Канаде в здравоохранении осуществляются глубокие организационные и технологические преобразования. Проводимые реформы многие специалисты оценивают как современный Ренессанс в сфере здравоохранения [5–8].

Указы Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» предусматривают широкомасштабные меры по реформированию и радикальной модернизации здравоохранения на основе разработки и реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Несмотря на определенные позитивные тенденции последних лет, в здравоохранении и в целом в социальной сфере России накопилось множество острейших проблем, требующих неотложных мер по преодолению отставания и обеспечению прорывного развития [9–11]. Нынешнее состояние системы здравоохранения Российской Федерации по сравнению с показателями развитых стран мира характеризуют данные *табл. 1*. По показателям численности врачей, медицинских сестер и количества больничных коек в расчете на 100 000 чел. населения Россия занимает ведущее положение в мире. По сравнению со странами мира, учтенными в

табл. 1, численность населения на одного врача в России меньше, чем, например, в Китае и Норвегии. Но численность населения на одну медицинскую сестру в ряде стран меньше и составляет к показателю России: в Норвегии – 61,4%, в Финляндии – 72,7, в Германии – 80,1, в Японии – 92%. По этому показателю Россия опережает Китай (причем в 5 раз), Италию, Австрию, Великобританию. Вместе с тем число больничных коек в расчете на численность населения в России существенно больше, чем во всех сравниваемых странах (кроме Японии).

Представляет бесспорный интерес и вызывает много вопросов то, что при относительно высоких по сравнению с другими странами общих количественных показателях потенциала здравоохранения средняя продолжительность жизни населения России существенно ниже, чем в этих и во многих других странах мира. В числе 193 стран мира Россия занимает 123-е место по средней ожидаемой продолжительности жизни, в том числе мужчин – 135-е место². По состоянию на 2015 г. в России ожидаемая средняя продолжительность жизни как всего населения, так и мужчин и женщин ниже, чем во всех развитых странах. Заслуживает особого внимания, что ожидаемая продолжительность жизни женщин в России больше по сравнению с мужчинами на 10 лет, а в других странах этот разрыв составляет всего от 3 (Китай) до 6,5 лет (Франция, Япония)³.

Одним из показателей состояния здравоохранения, уровня и качества жизни населения и социально-экономического благополучия страны является увеличение (сокращение) общей численности и естественный прирост (убыль) населения. В последние годы во многих развитых странах наблюдается устойчивая тенденция

^{*} Статья публикуется по материалам журнала «Региональная экономика: теория и практика». 2018. Т. 16. Вып. 5. С. 884–901. URL: <https://doi.org/10.24891/re.16.5.884>

¹ Elgar E. Health Care and Public Policy. Economics and Finances 2007. 262 p. URL: https://ebookey.org/Health-Care-and-Public-Policy_343060.html

² Данные Федеральной службы государственной статистики. URL: <http://www.statdata.ru/prodolzhitelност-zhizni-v-stranah-mira>

³ Российский статистический ежегодник. 2016. М.: Росстат, 2016. С. 668; Российский статистический ежегодник. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 616.

естественного прироста населения. Исключение составляют такие страны, как Германия, Италия и Япония, где сложилась тенденция нарастающей из года в год естественной убыли населения. Такая же тенденция естественной убыли населения имела место в России с 1990 по 2011 г. Благодаря принятым государством мерам тенденция естественной убыли населения России была преодолена, положение в 2012 г. стабилизировалось, коэффициент естественного прироста составил в 2013 и 2014 гг. 0,2, а в 2015 г. – 0,3⁴. Однако в 2016 г. положение ухудшилось и коэффициент естественной убыли населения России составил 0,01⁵, поэтому угроза естественной убыли населения продолжает оставаться острейшим вызовом для современной России. В решении этой масштабной и сложной проблемы активная социальная политика государства и повышение эффективности здравоохранения должны играть решающую роль.

Одной из самых острых проблем здравоохранения для всех стран мира является младенческая смертность. Коэффициент младенческой смертности, бесспорно, характеризует как состояние и уровень развития системы здравоохранения, так и благосостояние населения каждой страны. Если оценить с этих позиций коэффициент младенческой смертности в России, то его значение должно вызывать серьезную тревогу. Конечно, следует позитивно оценить отчетливую динамику снижения коэффициента младенческой смертности в России (табл. 2) и отметить, что такая тенденция наблюдается во всех сравниваемых странах. Однако в России младенческая смертность выше, чем во всех развитых странах. По странам, учтенным в табл. 2, коэффициент младенческой смертности существенно ниже, чем в России. По состоянию на 2015 г. младенческая смертность

в процентах к показателю России составляет от 26,2% (Финляндия) до 90,7% (США).

Состояние и перспективы развития здравоохранения во многом определяются инвестициями в эту сферу и финансовым обеспечением мер по медицинскому обслуживанию населения. Согласно рейтингу стран мира по уровню расходов на здравоохранение, национальные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП каждой страны различаются многократно.

Высокий уровень расходов (от 11 до 20% от ВВП) имеет небольшая группа развитых стран (9,6%), а большинство стран (54,2%) расходует на здравоохранение от 6 до 10% ВВП; 69 стран из 190 (36,2%) выделяют на эти цели от 1 до 5% ВВП. Следует подчеркнуть, что в группу с высоким уровнем расходов на здравоохранение в процентах от ВВП входят такие развитые страны, как США (17%), Нидерланды (13), Франция (12), Швейцария (11), Германия (11), Бельгия (11), Австрия (11), Канада (11), Дания (11%) и др. Российская Федерация в этом рейтинге среди 190 стран занимает 91-е место и входит в одну группу с такими странами, как Танзания, Таджикистан, Иран, Польша, Алжир, Нигер, Судан, Гватемала и др. Эти факты характеризуют как общее состояние, так и место сферы здравоохранения России в мире. Вместе с тем приведенные объективные показатели уровня развития медицины и состояния здоровья населения свидетельствуют о том, что в развитых странах мира здравоохранение организовано иначе, чем в России.

Одной из актуальных современных проблем следует считать обеспечение сбалансированного территориального размещения потенциала здравоохранения, преодоление неравенства в уровне развития и доступности медицинских услуг по регионам страны. Сложилась существенная и ничем не оправданная дифференциация регионов по многим показателям, в частности, по нагрузке на работников сферы здравоохранения, уровню материально-технического и финансового обеспечения, использованию

⁴ Российский статистический ежегодник. 2011. М.: Росстат, 2011. С. 715; Российский статистический ежегодник. 2016. М.: Росстат, 2016. С. 668.

⁵ Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2017. С. 617.

современных инновационных медицинских технологий и т.д.

Данные *табл. 3* наглядно свидетельствуют, что кадровое обеспечение здравоохранения макрорегионов России далеко не равномерное. Обеспеченность медицинским персоналом (и врачами, и средним медицинским персоналом) в округах Российской Федерации различается. Обеспеченность врачами на протяжении периода исследования достигает наибольших значений в Северо-Западном федеральном округе, тогда как в Северо-Кавказском федеральном округе она самая низкая [12]. Например, в Северо-Кавказском федеральном округе численность врачей на 10 000 чел. населения меньше, чем в Северо-Западном федеральном округе, на 40%. Северо-Кавказский федеральный округ по численности среднего медицинского персонала на 10 000 чел. населения также занимает 9-е место.

О резкой дифференциации уровня развития здравоохранения по макрорегионам страны свидетельствует также показатель численности населения на одну больничную койку (*табл. 4*). Этот показатель в определенной мере характеризует уровень развития всей материально-технической базы здравоохранения. Это касается не только страны в целом, но и отдельных регионов и макрорегионов. Как отмечалось, Россия по числу больничных коек на 100 000 чел. населения опережает практически все развитые страны мира. Но распределены эти койкоместа и, следовательно, стационарные лечебные учреждения по регионам страны крайне неравномерно. На одну больничную койку в среднем по стране приходится 122,6 чел., а в Дальневосточном федеральном округе – всего 97 чел. Вместе с тем в Северо-Кавказском федеральном округе на одну больничную койку приходится 138,9 чел., что на 37,7% больше, чем в Дальневосточном федеральном округе (*табл. 4*).

Поляризация по показателю численности населения на одну больничную койку по субъектам Российской Федерации еще

больше. Самыми проблемными по этому показателю являются 10 субъектов России, в которых на одну больничную койку приходится населения больше среднего показателя по стране от 113,3% (Республика Хакасия) до 169,3% (Республика Ингушетия).

Заслуживает самого пристального внимания проблема оплаты труда работников, занятых в сфере здравоохранения. В результате недофинансирования здравоохранения в последние десятилетия заработная плата медицинских работников стала неоправданно низкой. Как справедливо отмечают многие исследователи, государство как работодатель долгое время не обеспечивало достойную заработную плату работникам бюджетного сектора [13–16]. Так, до издания Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в течение 12 лет (2000–2012 гг.) среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников к среднероссийскому уровню составляла у работников сферы образования от 67 до 71%, сферы здравоохранения – от 75 до 80%⁶. Естественно, низкая заработная плата уменьшает привлекательность бюджетного сектора, что создает трудности для государства в процессе найма и удержания работников, и приводит к снижению квалификации сотрудников, отрицательно сказывается на эффективности их деятельности [14].

Именно поэтому одной из важнейших проблем реформы здравоохранения является повышение размера зарплаты и модернизация всей системы оплаты труда работников медицинских организаций⁷. Несомненно, что заработная плата в бюджетной сфере должна расти и дальше, как и качество работы, уровень подготовки специалистов в здравоохранении, образовании, других областях, определяющих благополучие людей. Названный указ Президента предусматривает повышение к 2018 г. средней заработной

⁶ Социальное положение и уровень жизни населения России. 2015. М.: Росстат, 2015. С. 96–97.

⁷ Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию (2018 г.).

платы младшего и среднего медицинского персонала до 100%, врачей и работников, имеющих высшее медицинское образование, – до 200% от средней заработной платы в соответствующем регионе. Такие меры, бесспорно, будучи в полной мере реализованы на практике, позволят заметно поднять среднюю заработную плату медицинских работников, усилить их заинтересованность в повышении квалификации, качества и результативности труда.

Однако такой подход к повышению заработной платы медицинского персонала с привязкой к средней заработной плате в соответствующем регионе, на наш взгляд, приемлем лишь как первый этап повышения размера оплаты труда медицинских работников. Дело в том, что сложившаяся в стране средняя заработная плата существенно дифференцируется по регионам России. По состоянию на 2016 г. среднемесячная номинальная начисленная заработная плата изменялась по субъектам РФ от 20,6 тыс. руб. (Республика Дагестан) до 86,6 тыс. руб. (Чукотский автономный округ)⁸. Следовательно, если за базу для повышения оплаты труда принять среднемесячную зарплату по регионам, то такая же необоснованная и несправедливая дифференциация будет заложена в систему заработной платы медицинских работников.

Вместе с тем в настоящее время, когда действует Указ Президента РФ от 07.05.2012, сложилась существенная дифференциация среднемесячной заработной платы работников сферы здравоохранения по регионам России. Средняя заработная плата врачей в 2016 г. в Центральном, Северо-Западном, Уральском и Дальневосточном федеральных округах была выше среднероссийского уровня на 18,4–29,5%, в остальных федеральных округах зарплата составляла к среднероссийскому уровню от 74,8% (Южный федеральный округ) до 64,4% (Северо-Кавказский федеральный округ). Аналогичная картина

дифференциации по федеральным округам наблюдается и по заработной плате среднего и младшего медицинского персонала⁹. Еще более значительная дифференциация заработной платы медицинских работников сложилась по субъектам Российской Федерации. Так, по данным за 2016 г., в 10 субъектах-лидерах среднемесячная заработная плата врача выше, чем в 10 самых отстающих субъектах, в 2–4 раза.

Такая дифференциация, а по существу поляризация по регионам страны уровня оплаты одинакового по квалификации и другим характеристикам труда медицинских работников не имеет достаточных оснований и снижает их заинтересованность в повышении своей квалификации, качества и результативности медицинских услуг. В регионах Российской Федерации условия жизни и работы, конечно, имеют существенные различия, обусловленные объективными особенностями. Эти различия условий жизни количественно определяются и отражаются в размере прожиточного минимума по регионам Российской Федерации. Поэтому дифференциация заработной платы медицинских работников по регионам в пределах различий размера прожиточного минимума, по нашему мнению, вполне обоснована.

Однако, если проводить оценку по этому фактору, то поляризация в уровне заработной платы медицинских работников по субъектам России также чрезмерна. Так, по состоянию на IV кв. 2016 г. прожиточный минимум в стране дифференцируется от 19 451 руб. (Камчатский край) до 7 776 руб. (Республика Мордовия), или на 250,1%. При этом средняя заработная плата врачей по субъектам РФ изменяется от 116 058 руб. в Чукотском автономном округе до 27 332 руб. в Республике Калмыкия (424,6%), среднего медицинского персонала – от 73 614 руб. в Ненецком автономном округе до 16 107 руб. в Республике Калмыкия (457%) и младшего медицинского персонала – от 45 170 руб. в Чукотском автономном округе

⁸ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 18–21.

⁹ Там же. С. 250–253.

до 10 933 руб. в Республике Калмыкия (413,2%)¹⁰.

В результате такой поляризации по субъектам России складывается необоснованное соотношение размера заработной платы с величиной прожиточного минимума. Например, заработная плата врачей в Чукотском автономном округе составляет 6,5 прожиточного минимума, а в Кабардино-Балкарской Республике – 3 прожиточных минимума. Такая же поляризация по субъектам Российской Федерации наблюдается и по зарплате среднего и младшего медицинского персонала. Если исходить из того, что прожиточный минимум по регионам определяет основные условия обеспечения жизнедеятельности населения, то сказанное означает, что размер заработной платы медицинских работников создает в одних субъектах Российской Федерации условия в 2 раза хуже, чем в других.

Все это наглядно свидетельствует об остроте и сложности проблемы, необходимости радикального реформирования всей системы оплаты и материального стимулирования труда в сфере здравоохранения. Поэтому повышение заработной платы и радикальное совершенствование всей системы оценки и оплаты труда медицинских работников необходимо предусмотреть в государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» как неотложную задачу и важное направление реформы здравоохранения.

Из проведенного сравнительного анализа вытекает настоятельная необходимость актуализации намеченных и развертывания новых эффективных мер по реализации Указов Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Прежде всего представляется целесообразным обстоятельно изучить и использовать

позитивный зарубежный опыт по организации, реформированию и модернизации здравоохранения. Надо иметь ясное представление о том, как многим развитым странам удается достигать высоких показателей здоровья населения – увеличения средней продолжительности жизни, снижения заболеваемости и смертности, сокращения детской и материнской смертности и т.д. Президент В.В. Путин отметил, что важнейшая задача, касающаяся каждого, – это доступность современной медицинской помощи, и следует ориентироваться здесь на самые высокие мировые стандарты¹¹. С учетом мирового опыта следует принять новую государственную политику реформирования, определить основные направления модернизации и долгосрочного развития здравоохранения России.

В государственной политике и реальной жизни ключевым вопросом организации здравоохранения в России является выполнение обязательного условия государственного гарантирования всему населению бесплатной медицинской помощи [17]. Это не только требование Конституции Российской Федерации, но и самый острый вызов современной России, где демографический кризис и угроза естественной убыли населения все еще не преодолены. Достойный ответ на эти вызовы может дать только высокотехнологичная и эффективная государственная медицина. Эту сложную, ответственную и масштабную функцию обеспечения здоровья населения не только невозможно, но и опасно переносить на частную медицину. Не только потому, что подавляющее большинство населения по уровню доходов и заработной платы не в состоянии оплачивать услуги частной медицины, но и потому, что частнопрактикующие медицинские работники и организации функционируют вне государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»,

¹⁰ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 250–253, 276–277, 276–277.

¹¹ Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию (2018 г.).

нацелены на получение максимальной прибыли, не ориентированы на решение общегосударственной задачи оздоровления населения и не несут ответственности за качество и последствия оказываемых ими медицинских услуг. Больше того, частная медицина и аптечная сеть, производители фальсифицированных медицинских препаратов и иные субъекты неконтролируемого свободного рынка медицинских услуг экономически не заинтересованы в том, чтобы люди становились здоровыми и больных стало меньше. Поэтому их частные интересы и мотивы деятельности в принципе противоречат фундаментальной цели медицины и всей системы здравоохранения, не нацелены на решение общенациональной проблемы оздоровления населения.

На наш взгляд, как это предусмотрено Конституцией РФ, государство должно гарантировать предоставление всех без исключения медицинских услуг населению. Вряд ли можно согласиться с утверждением отдельных авторов, что бесплатное предоставление основной части медицинских услуг порождает иждивенчество населения. На этом основании предлагается перейти на участие населения в оплате медицинской страховки, на софинансирование оказания медицинской помощи государством и населением [18, 19]. Это по существу означает перекладывание на граждан части затрат на здравоохранение и в определенной мере отход от принципа бесплатности государственных медицинских услуг.

При нынешнем уровне жизни большинства населения страны даже частичное ослабление гарантированного государственного бесплатного медицинского обслуживания чревато серьезными и непредсказуемыми последствиями. Во-первых, это будет стимулировать частную медицину и развитие свободного рынка медицинских услуг. Это означает, что государство не сможет осуществлять свои функции регулирования, контроля качества и результатов медицинских

услуг. Вряд ли это оправдано, когда на карту поставлено здоровье населения.

Во-вторых, подавляющее большинство малообеспеченного и несостоятельного населения априори будет лишено современной высокотехнологичной медицинской помощи. Исследования показывают, что среди пациентов частных медицинских учреждений, согласно данным РМЭЗ, доминирует квинтильная группа с наивысшими доходами: к ней относится 43% клиентов частной медицины. Частный сектор в российском здравоохранении ориентирован преимущественно на средний класс [20].

В третьих, малообеспеченные и особенно бедные слои населения вынуждены будут нередко отказываться от частных медицинских услуг из-за отсутствия средств или с целью их экономии. Это неизбежно отразится на здоровье, трудоспособности, продолжительности жизни, численности населения и т.д.

Поэтому, на наш взгляд, развитие частной медицины и рынка медицинских услуг в той мере, в какой это неизбежно, целесообразно осуществлять на основе государственно-частного партнерства под контролем государства с соблюдением единых государственных стандартов качества.

Сложившаяся в России традиционная система здравоохранения и обязательного медицинского страхования нацелена на лечение только тех граждан, кто обратился за медицинской помощью. Программой обязательного медицинского страхования предусмотрено обеспечение населения первичной и скорой медицинской помощью в неотложных ситуациях, лечение больных в амбулаторных и стационарных условиях, оказание медицинской помощи больным на дому и организация профилактических мероприятий в отношении некоторых категорий граждан. Такая «пассивная» система организации медицины, ориентированная на ожидание потока больных, не соответствует целям и задачам

сохранения и поддержания здоровья граждан, а в современных условиях она безнадежно устарела. Нужна новая модель организации здравоохранения, новая философия обеспечения здоровья, когда медицина не ждет обращения больных за медицинской помощью, а ставит основной целью не только лечение больных, но и комплексную диагностику, предупреждение и предотвращение заболевания, сохранение и поддержание здоровья и работоспособности населения, увеличение срока активной продолжительности жизни граждан.

Современная медицина должна не ожидать потока больных к себе, а с использованием инновационного оборудования, передовых транспортных коммуникаций, информационных и цифровых медицинских технологий идти к населению для комплексной диагностики, выявления и лечения больных на ранних стадиях заболевания, предупреждения, опережающей профилактики и борьбы с инфекционными болезнями и т.д. Важнейшая задача – это профилактика заболеваний; необходимо обеспечить всем гражданам возможность не менее одного раза в год пройти качественный профилактический осмотр¹². Для этого следует перестроить институциональную структуру учреждений здравоохранения, создать региональные (территориальные, зональные) высокооснащенные медицинские центры с мобильными передвижными отрядами, специализирующиеся по основным видам, направлениям и совокупным характеристикам болезней или угроз здоровью населения. Нам представляется, что такая реорганизация крайне актуальна и является одним из основных стратегических направлений реформы здравоохранения.

Одной из важнейших проблем развития и реформирования здравоохранения является повышение качества и результативности медицинских услуг, для чего необходимо осуществить современное техническое оснащение и техническую модернизацию,

освоить современные инновационные медицинские технологии и использовать их.

Настало время, когда управляемое и финансируемое государством здравоохранение должно гарантировать медицинские услуги на современном уровне отечественной и мировой медицинской науки, техники и технологии. Высокотехнологичные медицинские услуги в определенной перспективе, например до 2025 г., должны стать не исключением, а правилом для всей системы здравоохранения страны.

Модернизация здравоохранения, обеспечение населения высокотехнологичными медицинскими услугами возможны только при соответствующем уровне квалификации, заинтересованности и ответственности врачей, всего медицинского персонала. Совершенно справедливо, что отдельные исследователи эту проблему оценивают как самую трудную в реформировании здравоохранения [11]. Ее решение требует проведения масштабных и кардинальных мер в двух направлениях:

- совершенствование всей системы подготовки и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- реформирование системы оплаты труда и усиление материального стимулирования работников сферы здравоохранения.

В рамках государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» целесообразно разработать подпрограмму совершенствования системы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Необходимо наметить и реализовать поэтапный план повышения требований к уровню подготовки специалистов в медицинских вузах. Крайне важно создать развернутую, постоянно действующую систему повышения квалификации медицинских кадров, аттестации и оценки квалификационного уровня всех без исключения врачей и среднего медицинского персонала на основе разработки и применения

¹² Там же.

профессиональных стандартов. Такая система оценки квалификационного уровня и результативности деятельности должна составлять основу оплаты труда и дифференциации размера заработной платы медицинских работников.

В условиях централизованно управляемой системы здравоохранения и государственных гарантий медицинских услуг в стране и ее регионах не может существовать свободный конкурентный рынок труда медицинских работников. Следовательно, оплата труда и размер заработной платы медицинских работников не могут определяться рыночным механизмом спроса и предложения. Из этого вытекает, что установление порядка оплаты труда, определение размера, внутриотраслевое и межрегиональное регулирование уровня заработной платы медицинских работников должно осуществляться государством централизованно.

В основе оплаты труда и дифференциации размера заработной платы должна лежать единая общероссийская система оценки труда медицинских работников. При всем разнообразии специфики и широте спектра специальностей факторы оценки труда медицинских работников едины: объект, цели, задачи, сложность, ответственность и др. Эти факторы и критерии оценки определяются тем, что объектом и предметом труда является здоровье человека и отнюдь не зависят от территориальной локализации человека, места проживания пациента и медицинского работника и др. Если исходить сугубо из этих факторов, то медицинские работники одинаковой специальности и квалификации должны получать равное денежное вознаграждение за труд. Согласно теории человеческого капитала и теории компенсирующих различий, работники, обладающие одним и тем же запасом человеческого капитала и занятые на рабочих местах со схожими характеристиками, должны получать одинаковую заработную плату [13].

Поэтому представляется вполне обоснованным и справедливым, что

государство устанавливает единые по стране гарантированные базовые размеры заработной платы (оклады) по соответствующим специальностям – врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) образование, работников среднего и младшего медицинского персонала, обеспечивающих условия для предоставления медицинских услуг.

Вместе с тем, система заработной платы должна активно стимулировать повышение квалификации и профессионального уровня медицинских работников. Следует стимулировать медицинских работников, особенно врачей, овладевать новыми медицинскими технологиями для повышения своей квалификации, поощряя это соответствующим увеличением размера заработной платы [11]. Для этого целесообразно совершенствовать систему профессиональной аттестации медицинских работников и ввести весомую надбавку к базовому окладу за профессиональное мастерство работника.

Одной из важнейших целей организации оплаты труда в сфере здравоохранения является усиление заинтересованности медицинских работников в повышении качества и результативности медицинских услуг. Целесообразно в каждой медицинской организации разработать систему показателей оценки качества и результативности работы всех категорий медицинских работников и установить в процентах к базовой заработной плате размер премии за количественные и качественные достижения работника.

Наряду с этим, как отмечалось, в доходах россиян должны отражаться региональные особенности и существенные различия в условиях жизнедеятельности по регионам страны. Эти различия отражаются и количественно определяются в устанавливаемых и регулярно пересматриваемых государством размерах прожиточного минимума по субъектам Российской Федерации. Эти региональные

различия в условиях жизнедеятельности для медицинских работников могут учитываться только в размере заработной платы. По нашему мнению, было бы вполне обоснованно установленный государством базовый размер заработной платы (оклад) медицинского работника увеличивать на абсолютный размер регионального прожиточного минимума. Это обеспечит не только учет в оплате труда региональных особенностей, но и обоснованную межрегиональную дифференциацию заработной платы медицинских работников.

Таким образом, по предлагаемой нами системе заработная плата медицинских работников должна формироваться из:

- централизованно устанавливаемого государством по категориям работников единого гарантированного размера заработной платы (оклада);
- надбавки к единой гарантированной зарплате (окладу) в размере дифференцированной по регионам суммы прожиточного минимума;
- надбавки за квалификационный уровень работника;
- премии за качество и результативность работы.

Предлагаемая система предполагает радикальное реформирование системы оплаты труда в сфере здравоохранения. Такая система, будучи детально разработана и внедрена в практику, на наш взгляд, позволит:

- восстановить управляемость и обеспечить государственное регулирование в организации и оплате труда в сфере здравоохранения;
- устранить необоснованные и несправедливые межрегиональные различия в размере заработной платы и обеспечить равенство в оценке и оплате одинакового по объективным характеристикам труда медицинских работников;
- обеспечить обоснованную дифференциацию заработной платы медицинских работников

в зависимости от объективных условий жизнедеятельности в регионах страны;

- усилить личную заинтересованность медицинских работников в повышении квалификационного уровня и овладении современными инновационными медицинскими технологиями;
- усилить личную и коллективную заинтересованность работников медицинских организаций в повышении качества и результативности медицинских услуг.

Реформа здравоохранения не может быть осуществлена без соответствующего финансового обеспечения намечаемых мер. Следует отказаться от отношения к здравоохранению и ко всем социальным отраслям как к непроизводственной сфере. Необходимо исходить из того, что здравоохранение – это один из основных объективных факторов формирования современного человеческого капитала и важный потенциальный ресурс экономического роста. Справедливо признано, что жизнь человека имеет стоимость, и сохранение жизни (следовательно, здоровья и работоспособности населения) дает ощутимый экономический выигрыш [11]. Достоверные расчеты показывают, что ухудшение здоровья, потеря трудоспособности и преждевременная смертность работников наносят огромный ущерб экономике страны и ее регионов [21].

Чтобы преодолеть отставание по ряду показателей и вывести здравоохранение на современный мировой уровень, следует объем финансирования этой сферы поэтапно довести до уровня развитых европейских стран в процентах к ВВП. При этом необходимо дальнейшее совершенствование всей системы финансирования здравоохранения, прежде всего четкое определение нормативно-правовых основ финансово-экономических взаимоотношений субъектов обязательного медицинского страхования и медицинских организаций, их взаимных обязательств и ответственности.

Крайне важно обеспечить высокую эффективность направляемых на здравоохранение государственных средств. На данном этапе, на наш взгляд, приоритетными для финансового обеспечения являются два направления. Прежде всего необходимо обеспечить финансирование оснащения всех звеньев и структур здравоохранения современной техникой и медицинским оборудованием, обеспечивающим предоставление медицинских услуг на современном уровне. Важную роль в обеспечении национальной демографической безопасности играет перераспределение финансовых потоков внутри системы здравоохранения в пользу тех видов медицинской помощи, где зафиксированы наиболее высокие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте [22].

Вторым приоритетным направлением финансирования должно быть повышение размера заработной платы и модернизация системы оценки и оплаты труда в целях обеспечения высокой заинтересованности медицинских работников в росте квалификационного уровня и результативности работы.

Одной из самых сложных является проблема неравномерного пространственного размещения учреждений здравоохранения по стране и преодоления неравенства в уровне развития его потенциала по макрорегионам и субъектам Российской Федерации. Сложились существенные и неоправданные различия

(а по отдельным показателям – поляризация) в уровне развития здравоохранения, что неизбежно привело к масштабной дифференциации регионов по кадровому, материально-техническому, финансовому обеспечению этой сферы и по состоянию здоровья населения. Очевидно, что такая дифференциация и несбалансированность услуг здравоохранения по регионам могут вызвать общественно-политическую нестабильность и свидетельствуют о неэффективном использовании государственных средств.

Представляется необходимым предусмотреть в государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» и реализовать эффективные меры, направленные на сбалансированное территориальное размещение и выравнивание по регионам страны уровня развития здравоохранения. Для поэтапного решения этой сложной и актуальной проблемы целесообразно в рамках государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» разработать подпрограмму пространственного развития (территориального размещения) здравоохранения России.

Масштабная работа по реформированию системы в указанных направлениях, развертывание эффективных мер по глубокой модернизации и дальнейшему развитию позволит поднять здравоохранение России и ее регионов на современный мировой уровень, обеспечить население высокотехнологичной медицинской помощью, преодолеть демографический кризис в стране.

Таблица 1**Показатели системы здравоохранения Российской Федерации в сравнении с некоторыми странами****Table 1****Indicators of the health system of the Russian Federation in comparison with some countries**

Страны	Численность населения на 1 врача (2014 г.)		Численность населения на 1 медицинскую сестру (2013 г.)		Численность населения на 1 больничную койку (2014 г.)	
	чел.	Доля, % к РФ	чел.	Доля, % к РФ	чел.	Доля, % к РФ
Российская Федерация	206	100	94,6	100	115	100
Австрия	198	96,1	124,5	131,6	132	114,8
Германия	243	118	75,8	80,1	122	106,1
Италия	258	125,2	157,7	166,7	302	262,6
Норвегия	226	109,7	58,1	61,4	260	226,1
Великобритания	356	172,8	114,9	121,5	365	317,4
Финляндия	331	160,7	68,8	72,7	221	192,2
Франция	311	151	100	105,7	156	135,7
Швеция	243	118	...	...	394	342,6
Китай	576	279,6	490,2	518,2	276	240
Япония	408	198,1	87	92	81	70,4
США	392	190,3	...	...	333	290

Источник: Российский статистический ежегодник. 2016. М.: Росстат, 2016. С. 678; Российский статистический ежегодник. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 630–631

Source: Russian Statistical Yearbook. 2016. Moscow, Rosstat, 2016, p. 678; Russian Statistical Yearbook. 2017. Moscow, Rosstat, 2017, pp. 630–631

Таблица 2**Коэффициент младенческой смертности в Российской Федерации в сравнении с некоторыми странами мира (число умерших в возрасте до 1 года на 1 000 родившихся живыми)****Table 2****Infant mortality rate in the Russian Federation compared to some countries (the number of deaths under 1 year of age per 1,000 live births)**

Страны	1995	2000	2005	2010	2015 г.			
					Значение	Доля, % к 1995 г.	Доля, % к 2005 г.	Доля, % к России
Российская Федерация	18,1	15,3	11	7,5	6,5	35,9	59,1	100
Дания	5,1	5,3	4,4	3,4	3,7	72,5	84,1	56,9
Австрия	5,4	4,8	4,2	3,9	3,1	57,4	73,8	47,7
Германия	5,3	4,4	3,9	3,4	3,3	62,3	84,6	50,8
Италия	6,1	4,5	3,8	3	2,9	47,5	76,3	44,6
Великобритания	6,2	5,6	5,1	4,2	3,9	62,9	76,5	52,7
Финляндия	3,9	3,8	3	2,3	1,7	43,6	56,7	26,2
Франция	4,9	4,4	3,6	3,5	3,5	71,4	97,2	53,8
Швеция	4,2	3,4	2,4	2,5	2,5	59,5	104,2	38,5
Норвегия	4	3,8	3,1	2,8	2,3	57,5	74,2	45,4
США	7,6	6,9	6,9	6,1	5,9	77,6	85,5	90,7
Япония	4,3	3,2	2,8	2,3	1,9	44,2	67,9	29,2

Источник: Российский статистический ежегодник. 2011. М.: Росстат, 2011. С. 746–747; Российский статистический ежегодник. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 620

Source: Russian Statistical Yearbook. 2011. Moscow, Rosstat, 2011, pp. 746–747; Russian Statistical Yearbook. 2017. Moscow, Rosstat, 2017, p. 620

Таблица 3

Численность врачей и среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения по Российской Федерации и федеральным округам, 2016 г.

Table 3

Number of doctors and nursing personnel per 10,000 people in the Russian Federation and Federal districts, 2016

Регион	Врачи всех специальностей			Средний медицинский персонал		
	Значение	% к РФ	Занимаемое место	Значение	% к РФ	Занимаемое место
Российская Федерация в целом	46,4	100	...	104,8	100	...
Центральный ФО	46,3	99,8	4	97	92,6	7
Северо-Западный ФО	56,4	121,6	1	110,6	105,5	5
Южный ФО	42	90,5	8	96,3	91,9	8
Северо-Кавказский ФО	40,7	87,7	9	92,1	87,9	9
Приволжский ФО	44,9	96,8	5	110,0	105,0	4
Уральский ФО	43,8	94,4	6	115,1	109,8	1
Сибирский ФО	47,5	102,4	3	113,1	107,9	2
Дальневосточный ФО	53,8	115,9	2	111,5	106,4	3

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 449–450, 453–454

Source: Regions of Russia. Socioeconomic Indicators. 2017. Moscow, Rosstat, 2017, pp. 449–450, 453–454

Таблица 4

Численность населения на одну больничную койку по Российской Федерации и федеральным округам, конец 2016 г.

Table 4

Number of people per hospital bed in the Russian Federation and Federal districts, end of 2016

Регион	Значение	% к РФ	Занимаемое место
Российская Федерация в целом	122,6	100	...
Центральный ФО	130,9	106,8	7
Северо-Западный ФО	119,7	97,6	3
Южный ФО	126,5	103,2	6
Северо-Кавказский ФО	138,9	113,3	9
Приволжский ФО	122,7	100,1	4
Уральский ФО	123,9	101,1	5
Сибирский ФО	108	88,1	2
Дальневосточный ФО	100,9	82,3	1

Источник: Социально-экономические показатели. 2017. М.: Росстат, 2017. С. 445–446

Source: Socioeconomic indicators. 2017. Moscow, Rosstat, 2017, pp. 445–446

Список литературы

1. *Медведев Д.А.* Новая реальность: Россия и глобальные вызовы // Вопросы экономики. 2015. № 10. С. 5–29. URL: <http://vopreco.ru/rus/redaction.files/10-15.pdf>
2. *Гимпельсон В.* Нужен ли российской экономике человеческий капитал: Десять сомнений // Вопросы экономики. 2016. № 10. С. 129–143. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0713/analit01.php>
3. *Ахмедуев А.Ш., Рабаданова А.А.* Стратегическое управление социально-экономическим развитием региона. М.: Экономика, 2013. 312 с.
4. *Chalmers L.M., Ashton T., Tenbensel T.* Measuring and Managing Health System Performance: An Update from New Zealand. *Health Policy*, 2017, vol. 121, iss. 8, pp. 831–835. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.012>

5. *Moore R., McClean S.* Folk Healing and Health Care Practices in Britain and Ireland: Stethoscopes, Wands and Crystals. Berghahn Books, 2010, 288 p.
6. *Rocheftort D.A., Donnelly K.P.* Foreign Remedies: Foreign Remedies: What the Experience of Other Nations Can Tell Us about Next Steps in Reforming U.S. Health Care. Taylor and Francis, 2012, 120 p.
7. *Brennan V. M.* Free Clinics: Local Responses to Health Care Needs. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2013, 271 p.
8. *Fierlbeck K., Lahey W.* Health Care Federalism in Canada: Critical Junctures and Critical Perspectives. McGill-Queen's Press – MQUP, 2013, 280 p.
9. *Volkov S.K.* Social and Economic Disproportion of Development of Russian Territories. *Regional and Sectoral Economic Studies*, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 137–144.
URL: <http://usc.es/economet/journals2/eers/eers15210.pdf>
10. *Manning N., Tikhonova N.* Health and Health Care in the New Russia. Farnham, Ashgate Publishing Ltd, 2009, 314 p.
11. *Аганбегян А.* О целях и мерах реформирования здравоохранения в России // Вопросы экономики. 2014. № 2. С. 149–157.
12. *Куделина О.В., Еремина С.Л.* Эффективность регионального здравоохранения // Экономика региона. 2016. № 1. С. 211–225. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/effektivnost-regionalnogo-zdravoohraneniya>
13. *Журавлева Т.* Платит ли российское государство «справедливую» зарплату: обзор исследований // Вопросы экономики. 2015. № 11. С. 62–85.
https://ier.ru/files/text/nauchnie_jurnali/zhuravleva_vopreco_11-2015.pdf
14. *Гимпельсон В.Е., Лукьянова А.Л.* Быть бюджетником в России: удачный выбор или несчастная судьба? // Экономический журнал ВШЭ. 2006. Т. 10. № 4. С. 557–589.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/byt-byudzhetikom-v-rossii-udachnyy-vybor-ili-neschastnaya-sudba>
15. *Шарунина А.В.* Является ли российский «бюджетник» «неудачником»? Анализ межсекторных различий в оплате труда // Экономический журнал ВШЭ. 2013. Т. 17. № 1. С. 75–107. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/yavlyaetsya-li-rossiyskiy-byudzhetnik-neudachnikom-analiz-mezhsektornyh-razlichiy-v-oplate-truda>
16. *Найговзина Н.Б., Конаныхина А.К., Кочубей А.В.* Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования // Здравоохранение в России. 2016. № 1. С. 35–40. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/zadachi-podgotovki-i-nepreryvnogo-professionalnogo-razvitiya-administrativno-upravlencheskih-kadrov-zdravoohraneniya-v-sisteme>
17. *Медведев Д.А.* Социально-экономическое развитие России: обретение новой динамики // Вопросы экономики. 2016. № 10. С. 5–30.
URL: <http://vopreco.ru/rus/redaction.files/10-16.pdf>
18. *Шишкин С.В.* Российское здравоохранение: реформы или кризис? // Журнал Новой экономической ассоциации. 2014. № 3. С. 162–164.
URL: <http://journal.econorus.org/pdf/NEA-23.pdf>

19. *Гонтмахер Е.Ш.* Здоровоохранение и социальное обеспечение: в поисках баланса интересов // Журнал Новой экономической ассоциации. 2015. № 2. С. 259–264.
URL: <http://journal.econorus.org/pdf/NEA-26.pdf>
20. *Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В.* Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94–112.
21. *Козлова О.А., Нифантова Р.В., Макарова М.Н.* Методические вопросы оценки экономического ущерба от смертности населения, занятого в экономике региона // Экономика региона. 2017. Т. 13. Вып. 2. С. 511–523.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/metodicheskie-voprosy-otsenki-ekonomicheskogo-uscherba-ot-smernosti-naseleniya-zanyatogo-v-ekonomike-regiona>
22. *Кривенко Н.В.* Система управления организационно-экономическими изменениями в сфере здравоохранения // Экономика региона. 2013. № 1. С. 149–157.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sistema-upravleniya-organizatsionno-ekonomicheskimi-izmeneniyami-v-sfere-zdravoohraneniya>

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

PROBLEMS OF DEVELOPMENT AND IMPERATIVES OF REFORMING THE HEALTH CARE IN RUSSIA AND ITS REGIONS

Abas Sh. AKHMEDUEV

Institute of Social and Economic Research of Dagestan Scientific Center of Russian Academy of Sciences,
Makhachkala, Republic of Dagestan, Russian Federation
achmeduev@mail.ru
ORCID: not available

Article history:

Received 10 February 2018
Received in final form
6 March 2018
Accepted 21 March 2018
Available online
15 August 2019

JEL classification: H51, I10,
I18, J31

Keywords: health care,
reforming, State guarantee,
medical services, region

Abstract

Subject The article analyzes and assesses the present state of health care in Russia and its regions, discloses pending problems and underpins perspective directions of its reform, modernization and development.

Objectives The aim is to perform a comprehensive research of the health care of Russia and compare it with foreign countries, define challenges, and justify the main areas of radical reform of its organizational and economic system.

Methods The study draws on methods of logical and comparative statistical analysis.

Results Recently, positive changes in indicators of health care development, health condition and life expectancy of the population have been observed in Russia. However, in terms of key performance indicators, the health care of Russia significantly lags behind developed countries. Further breakthrough development, radical reform and modernization of public health services should be viewed as major conditions to overcome a demographic crisis.

Conclusions To raise the health care in Russia and its regions to the world standards, it is necessary to review the State program of the Russian Federation for health care development, study and use the best practices, provide for effective State regulation, reorient to comprehensive diagnostics, prevention and treatment of diseases at early stages. A burning issue is to improve the training and professional development of healthcare personnel. The paper defines areas of updating the remuneration system in the sector.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2018

Please cite this article as: Akhmeduev A.Sh. Problems of Development and Imperatives of Reforming the Health Care in Russia and Its Regions. *National Interests: Priorities and Security*, 2019, vol. 15, iss. 8, pp. 1529–1546.
<https://doi.org/10.24891/ni.15.8.1529>

Acknowledgments

The article was adapted from the *Regional Economics: Theory and Practice* journal, 2018, vol. 16, iss. 5, pp. 884–901. URL: <https://doi.org/10.24891/re.16.5.884>

References

1. Medvedev D.A. [A New Reality: Russia and Global Challenges]. *Voprosy Ekonomiki*, 2015, no. 10, pp. 5–29. URL: <http://vopreco.ru/rus/redaction.files/10-15.pdf> (In Russ.)
2. Gimpel'son V. [Does the Russian economy need human capital? Ten doubts]. *Voprosy Ekonomiki*, 2016, no. 10, pp. 129–143. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2017/0713/analit01.php> (In Russ.)
3. Akhmeduev A.Sh., Rabadanova A.A. *Strategicheskoe upravlenie social'no-jekonomicheskim razvitiem regiona* [Strategic management of social and economic development of the region]. Moscow, Ekonomika Publ., 2013, 312 p. (In Russ.)

4. Chalmers L.M., Ashton T., Tenbensel T. Measuring and Managing Health System Performance: An Update from New Zealand. *Health Policy*, 2017, vol. 121, iss. 8, pp. 831–835.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.012>
5. Moore R., McClean S. Folk Healing and Health Care Practices in Britain and Ireland: Stethoscopes, Wands and Crystals. New York, Berghahn Books, 2010, 288 p.
6. Rochefort D.A., Donnelly K.P. Foreign Remedies: What the Experience of Other Nations Can Tell Us about Next Steps in Reforming U.S. Health Care. Routledge, 2012, 120 p.
7. Brennan V.M. Free Clinics: Local Responses to Health Care Needs. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2013., 271 p.
8. Fierlbeck K., Lahey W. Health Care Federalism in Canada: Critical Junctures and Critical Perspectives. Montreal, McGill-Queen's University Press, 2013, 280 p.
9. Volkov S.K. Social and Economic Disproportion of Development of Russian Territories. *Regional and Sectoral Economic Studies*, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 137–144.
URL: <http://usc.es/economet/journals2/eers/eers15210.pdf>
10. Manning N., Tikhonova N. Health and Health Care in the New Russia. Farnham, Ashgate Publishing Ltd, 2009, 314 p.
11. Aganbegyan A. On Goals and Measures of Health Care Reform in Russia. *Voprosy Ekonomiki*, 2014, no. 2, pp. 149–157. (In Russ.)
12. Kudelina O.V., Eremina S.L. [Regional Healthcare Effectiveness]. *Ekonomika regiona = Economy of Region*, 2016, vol. 12, no. 1, pp. 211–225.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/effektivnost-regionalnogo-zdravookhraneniya> (In Russ.)
13. Zhuravleva T. [Does the Russian Government Pay a 'Fair' Wage? Review of Studies]. *Voprosy Ekonomiki*, 2015, no. 11, pp. 62–85.
URL: https://iep.ru/files/text/nauchnie_jurnali/zhuravleva_vopreco_11-2015.pdf (In Russ.)
14. Gimpel'son V.E., Luk'yanova A.L. [Working in the Budgetary Sector in Russia: Lucky Choice or Bad Fortune?]. *Ekonomicheskii zhurnal VShE = The HSE Economic Journal*, 2006, vol. 10, iss. 4, pp. 557–589. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/byt-byudzhetnikom-v-rossii-udachnyy-vybor-ili-neschastnaya-sudba> (In Russ.)
15. Sharunina A.V. [Are Public Sector Workers "Losers"? Estimation of the Public-Private Wage Gap in Russia]. *Ekonomicheskii zhurnal VshE = The HSE Economic Journal*, 2013, vol. 17, iss. 1, pp. 75–107. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/yavlyaetsya-li-rossiyskiy-byudzhetnik-neudachnikom-analiz-mezhsektornyh-razlichiy-v-oplate-truda> (In Russ.)
16. Naigovzina N.B., Konanykhina A.K., Kochubei A.V. [The tasks of training and continuous professional development of administrative managerial health personnel in the system of supplementary professional education]. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii = Public Health of the Russian Federation*, 2016, no. 1, pp. 35–40.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/zadachi-podgotovki-i-nepreryvnogo-professionalnogo-razvitiya-administrativno-upravlencheskih-kadrov-zdravookhraneniya-v-sisteme> (In Russ.)
17. Medvedev D.A. [Social and economic development of Russia: Finding new dynamics]. *Voprosy Ekonomiki*, 2016, no. 10, pp. 5–30. URL: <http://vopreco.ru/rus/redaction.files/10-16.pdf> (In Russ.)

18. Shishkin S.V. [Russian health care system: Reforms or crisis?]. *Zhurnal Novoi ekonomicheskoi assotsiatsii* = *Journal of the New Economic Association*, 2014, no. 3, pp. 162–164.
URL: <http://journal.econorus.org/pdf/NEA-23.pdf> (In Russ.)
19. Gontmakher E.Sh. [Health and Welfare: In Search of Balance of Interests]. *Zhurnal Novoi ekonomicheskoi assotsiatsii* = *Journal of the New Economic Association*, 2015, no. 2, pp. 259–264. URL: <http://journal.econorus.org/pdf/NEA-26.pdf> (In Russ.)
20. Shishkin S., Potapchik E., Selezneva E. Private Health Care Sector in Russia: Present State and Development Prospects. *Voprosy Ekonomiki*, 2013, no. 4, pp. 94–112. (In Russ.)
21. Kozlova O.A., Nifantova R.V., Makarova M.N. [Methods of the Assessment of Economic Losses Caused by the Mortality of the Population Employed in Regional Economy]. *Ekonomika regiona* = *Economy of Region*, 2017, vol. 13, iss. 2, pp. 511–523.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/metodicheskie-voprosy-otsenki-ekonomicheskogo-uscherba-ot-smernosti-naseleniya-zanyatogo-v-ekonomike-regiona> (In Russ.)
22. Krivenko N.V. [Management system of organizational and economic changes in health services]. *Ekonomika regiona* = *Economy of Region*, 2013, no. 1, pp. 149–157.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/sistema-upravleniya-organizatsionno-ekonomicheskimi-izmeneniyami-v-sfere-zdravookhraneniya> (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.