

DOI: 10.15838/esc/2015.1.37.5
УДК 338.46(470), ББК 65.495(2Рос)
© Калашников К.Н.

Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации*



**Константин Николаевич
КАЛАШНИКОВ**

кандидат экономических наук, научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий РАН (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, e-mail: konstantino-84@mail.ru)

Аннотация. Регионы России (субъекты Федерации) существенно различаются по уровню социально-экономического развития, что обуславливает неравенство и в развитии социальной инфраструктуры. Это актуально и для сферы здравоохранения. Существует сильная связь между экономическим развитием регионов и финансированием медицинской помощи. Важно, что реальный уровень риска заболеваемости и смертности не находит отражения в объёмах ресурсного обеспечения отрасли в разрезе территорий, тем самым нарушаются принципы социальной справедливости и общественной солидарности.

В статье на основе анализа статистических данных по субъектам РФ показаны масштабы территориальных различий в обеспеченности жителей страны основными ресурсами здравоохранения – финансовыми (размер подушевого финансирования и уровень исполнения территориальных программ госгарантий), трудовыми (обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом), материальными (обеспеченность больничными койками). Названы регионы, демонстрирующие устойчиво низкие показатели ресурсного обеспечения здравоохранения.

Показано, что дифференциация между субъектами РФ по уровню подушевого финансирования здравоохранения достигает 10 раз, по обеспеченности населения врачами – 3 раз, средним медперсоналом – 2 раз, койками круглосуточного пребывания – 3 раз. Более того, территориальные различия в обеспеченности здравоохранения трудовыми ресурсами достаточно стабильны. Снижение дифференциации отмечается только по показателю обеспеченности граждан стационарными койками, что, однако, было достигнуто за счёт проведённой реструктуризации и сокращения коечных фондов. Территориальное неравенство в обеспеченности здравоохранения и населения ресурсами сохраняется и на муниципальном уровне.

* Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда №14-18-03120.

Правительственные структуры должны вести социальную политику таким образом, чтобы острые диспропорции в обеспечении граждан страны медицинской помощью нивелировались, причём исключительно за счёт улучшения ситуации в регионах, где отмечается наиболее неблагоприятная ситуация. Кроме того, необходимо более широко использовать механизмы финансирования, опирающиеся на специфику территорий и объективные потребности населения в медицинской помощи. Этот процесс, как показано в статье, в РФ идёт, но весьма низкими темпами.

Ключевые слова: здравоохранение, финансовые ресурсы, кадровые ресурсы, больничные койки, территориальная дифференциация, субъект Федерации.

Введение

Проблемы ресурсного обеспечения здравоохранения относятся к разряду актуальных и наиболее острых для России. Они регулярно находят отражение в работах ведущих отечественных учёных и практиков, которые соглашались во мнении, что в российском здравоохранении сложился затратный режим использования ограниченного количества ресурсов [5, 7, 17].

Важные шаги в сторону увеличения финансирования отрасли, предпринятые в 2000–2012 гг. (речь идёт о нацпроекте «Здоровье» и Программе модернизации здравоохранения), бесспорно сыграли свою роль в развитии здравоохранения, однако принципиальных изменений в финансовом обеспечении отрасли так и не произошло. Ситуация обостряется и сегодня. Так, бюджет на 2015 г. в части расходов на здравоохранение был подвергнут строгой критике со стороны известного российского эксперта Г.Э. Улумбековой, назвавшей его «500 000 смертей» [15]. Стоит согласиться с её авторитетным мнением, именно такими последствиями может быть чревата потеря государством своих позиций в финансировании столь значимой сферы, как здравоохранение.

Режим тотального недофинансирования здравоохранения усложняется ещё и тем, что субъекты РФ крайне неравномерны по социально-экономическому развитию. Вследствие неоднородности обеспечения регионов объектами инфра-

структуры здравоохранения и, что более важно, отсутствия связи между спросом и предложением медицинских услуг возникает территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи [8]. И если ставший популярным тезис «каждый народ получает то здравоохранение, которое заслуживает» (подразумевается связь между уровнем социально-экономического и правового развития общества и состоянием здравоохранения) на межстрановом уровне имеет известные основания, то острые различия в обеспечении граждан медицинской помощью в рамках единого государства следует рассматривать не иначе как нарушение принципов социальной справедливости и общественной солидарности¹.

В этом отношении чрезвычайно актуальным становится анализ ресурсных возможностей здравоохранения в территориальном аспекте. Анализ обеспеченности здравоохранения материальными, трудовыми, финансовыми ресурсами, а также сложившейся в стране дифференциации территорий РФ по ресурсным возможностям здравоохранения является основной целью статьи.

¹ В ст. 41 Конституции РФ утверждаются равные права на получение бесплатной медицинской помощи для всех граждан страны, но не говорится об её объёмах и качестве, поэтому речь не может идти о нарушении конституционных гарантий. Однако равенство граждан вне зависимости от места жительства закреплено Законом об ОМС.

Финансовые ресурсы здравоохранения

Дефицит финансирования отечественного здравоохранения часто звучит как главный упрёк в сторону лиц, ответственных за принятие решений [15]. Действительно, расходы на здравоохранение в РФ заметно уступают таковым в развитых странах мира. В 2012 г. в России они составили 6,3% от ВВП (это соответствует уровню таких государств, как Турция, Албания, Латвия, Узбекистан), причём за ряд предыдущих лет эта цифра существенно не менялась, а в 2008 г. даже снизилась до 5,1% от ВВП. В постиндустриальных странах доля расходов на здравоохранение больше и варьируется от 9–11% (Германия, Канада, Япония, Финляндия, Италия и пр.) до 17% в США [14, 19, 20]. При этом удельный вес общественных расходов в общей сумме финансирования здравоохранения в России составляет 61% (в 2012 г.), что значительно меньше, чем во многих развитых странах мира (например, в Германии – 76%, Финляндии – 75%, Италии – 78%). Таким образом, низкие показатели расходов здравоохранения в России не находят оправдания в широких государственных гарантиях её бесплатности.

Система всеобщего медицинского страхования (в России – ОМС), по своей природе призванная обеспечить равенство граждан в праве получения медицинской помощи в любой точке страны, в нынешнем состоянии развития не позволяет достичь этой цели. И хотя верно то, что территории в рамках любой страны, особенно если речь идёт о России, чрезвычайно разнородны по институциональным характеристикам, соблюдение принципа общественной солидарности не должно допускать существенных различий между территориями в обеспечении и реализации социальных гарантий.

Между тем на сегодняшний день сохраняется неравенство субъектов РФ по

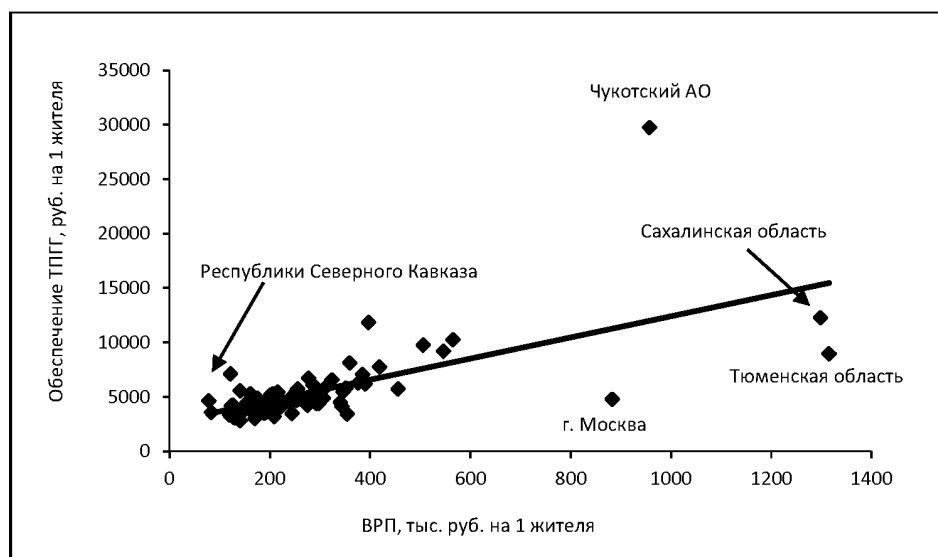
уровню финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дифференциация в фактических расходах на здравоохранение в расчёте на душу населения, по данным Росстата, достигает 10 раз: от наибольшего показателя в Чукотском АО (в 2012 г. – 29 750,4 руб. на 1 жителя) до минимального в Республике Северная Осетия–Алания (2841,9 руб. на 1 жителя).

Важно, что основной причиной межрегиональной дифференциации по душевым расходам на здравоохранение являются не различия в уровне страховых рисков, то есть реальное состояние здоровья населения, а неравенство в экономическом развитии территорий, следовательно, масштабах налоговой базы [7]. В итоге регионы с развитой промышленностью и высоким уровнем подушевого ВРП выделяют больше средств на финансирование здравоохранения, чем менее развитые экономически (имеет значение и численность населения, например многомиллионный город Москва оказывается в числе субъектов с низкими подушевыми расходами на здравоохранение). Обнаруживается тесная корреляционная связь (связь средней силы, $R=0,642$) между показателями подушевого ВРП и обеспеченностью Территориальных программ госгарантий субъектов РФ средствами страховых фондов (ОМС) (рисунки)².

² Обнаруживается связь средней силы ($R=0,574$) между подушевым ВРП и общими расходами на ТППГ. Между показателями подушевого ВРП и обеспеченностью территориальных программ бюджетными средствами наблюдается слабая связь ($R=0,372$), поскольку в г. Санкт-Петербурге, Челябинской и Магаданской областях в анализируемом 2012 г. имели место значительно большие, чем в прочих регионах, показатели бюджетных расходов на здравоохранение. По этой же причине связь между размером подушевого ВРП и общими расходами на ТППГ достаточно слабая.

Связь обеспеченности Территориальных программ госгарантий субъектов РФ средствами ОМС и подушевым ВРП, 2012 г.



Источник: данные Росстата, 2013.

Из диаграммы на рисунке видно, что высокие показатели расходов приходится на северные, нефтедобывающие регионы (в частности Сахалинскую область), а также малочисленный и богатый полезными ископаемыми регион – Чукотский Автономный округ. Минимальные показатели демонстрируют, как правило, Северо-Кавказские республики³.

Ценный показатель финансирования здравоохранения – дефицит Территориальной программы госгарантий, выражающийся в процентах как доля недополученных здравоохранением средств от их необходимого объема. Несмотря на то что в целом уровень дефицитности Тер-

риториальных программ госгарантий в РФ сокращается (так, если в 2011 г. он достигал почти 19%, то в 2013 г. составлял чуть больше 9%), говорить об успехах преждевременно. В 2013 г. Территориальные программы были бездефицитны только в двадцати пяти субъектах Российской Федерации, в том числе в городах Москве и Санкт-Петербурге⁴. Максимальный размер дефицита финансового обеспечения программ в 2013 г. отмечен в Республике Дагестан – 22% общей потребности (в 2011 г. он составлял для республики более 50%) или 65% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации (табл. 1)⁵.

³ Конечно, г. Москва, Чукотский АО и Республика Дагестан – слишком разные территориальные единицы, чтобы анализировать их в единой связке без приведения соответствующих оговорок. Северные районы, южные республики и мегаполисы качественно отличаются друг от друга не только уровнем социально-экономического развития, но и социокультурными контекстами. Однако в данной работе, прежде всего для наглядности и удобства, комплекс ресурсных показателей анализируется по всему ряду субъектов РФ. Автор понимает, что многие из присутствующих в статье сопоставлений и выводов нуждаются в дополнительных методологических комментариях.

⁴ Здесь и далее: подробную информацию о субъектах РФ см. в Докладе о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году. – URL: <http://www.gosminzdrav.ru>

⁵ В 2013 году дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составил по 58 субъектам Российской Федерации 81,7 млрд. рублей (9% общей потребности или 27% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2013 год нормативами).

Таблица 1. Дефицит финансового обеспечения Территориальных программ госгарантий в субъектах Российской Федерации, 2013 г.

| Ранг | 10 субъектов с наибольшим дефицитом ТППГ | Значение, в % | Ранг | 10 субъектов с наименьшим дефицитом ТППГ* | Значение, в % |
|--------------|--|---------------|------|---|---------------|
| 1 | Республика Дагестан (max) | 22,1 | 49 | Орловская область | 4,7 |
| 2 | Республика Марий Эл | 21,4 | 50 | Красноярский край | 2,5 |
| 3 | Республика Хакасия | 20,1 | 51 | Республика Башкортостан | 2,3 |
| 4 | Республика Алтай | 19,9 | 52 | Липецкая область | 2,3 |
| 5 | Республика Калмыкия | 19,5 | 53 | Нижегородская область | 1,5 |
| 6 | Тамбовская область | 18,5 | 54 | Новгородская область | 1,0 |
| 7 | Чеченская Республика | 17,8 | 55 | Рязанская область | 0,7 |
| 8 | Республика Ингушетия | 17,8 | 56 | Белгородская область | 0,6 |
| 9 | Алтайский край | 17,5 | 57 | Самарская область | 0,6 |
| 10-11 | Волгоградская область | 17,3 | 58 | Республика Мордовия (min) | 0,2 |
| 10-11 | Вологодская область | 17,3 | | | |

Примечание. В РФ в целом – 9,2.
* Без 25 регионов со 100% обеспеченностью ТППГ.
Источник: Росстат, 2014.

Территориальное неравенство сохраняется и на муниципальном уровне. Например, диапазон значений подушевых расходов на здравоохранение в муниципальных образованиях Вологодской области достигает 2–3 раз [5]. Важно, что эта разница обусловлена не столько различиями в объективных потребностях населения территории в медицинской помощи, сколько неравномерностью развития материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. В г. Череповце, Сокольском и Великоустюгском районах, где функционируют крупные сети медицинских учреждений, преимущественно стационары, количественные и качественные характеристики материально-технической базы существенно выше, чем в других районах области [5].

Объём бюджетного финансирования муниципалитетов выводится нормативно, исходя из фактически произведённых затрат на здравоохранение в предыдущий период, поэтому величины поправочных коэффициентов, используемых для оценки

расходов по муниципальным образованиям Вологодской области, различаются – более чем в два раза.

Одним из механизмов, позволяющих нивелировать подобные перекосы, является применение передовых методов оплаты медицинской помощи. Они ориентируют учреждения не на поддержание уже созданных материальных фондов, а на финансирование объёмов медицинской помощи с поправкой на потребности отдельных территорий, что создаёт предпосылки для большей социальной справедливости в распределении общественных ресурсов здравоохранения и мотивирует руководителей учреждений к их эффективному использованию.

В 2004–2006 гг. на основе опросов руководителей учреждений здравоохранения было проведено широкое (но не полное) обследование распространённости в регионах России различных способов оплаты медицинской помощи. Это исследование, во-первых, обнажило значительную дифференциацию субъектов Федерации

по использованию механизмов финансирования здравоохранения и, во-вторых, выявило широкую популярность морально устаревших методов оплаты медицинской помощи, обуславливающих затратный режим расходования средств.

В 2004–2006 гг. в здравоохранении РФ преобладала и продолжала расширяться практика применения оплаты амбулаторной помощи по посещениям, которая поощряет рост обращений к врачам и не стимулирует работу по профилактике заболеваний. Лишенный этих недостатков и зарекомендовавший себя в других странах метод оплаты по подушевому принципу на одного прикрепившегося использовался в 2006 г. лишь в 14% регионов (19% в 2004 г.). В 8–11% субъектов РФ применялся неконструктивный и устаревший метод оплаты амбулаторной помощи «по смете расходов» [12].

Обращает на себя внимание увеличение в тот период доли регионов, применяющих метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней — с 42% в 2004 г. до 47% в 2006 г. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и длительности лечения. Расширилось применение метода оплаты по средней стоимости лечения больного в профильных отделениях, но этот метод не обеспечивает адекватного учета различий в расходах на лечение заболеваний разной сложности. Между тем метод оплаты согласованных объемов медицинской помощи, который позволяет более адекватно учесть реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы у стационаров к повышению эффективности использования ресурсов, применялся в те годы лишь в 8% регионов (в Кемеровской, Костромской, Самарской, Тульской областях, Чувашской Республике) [12].

Однако в тот период наметились и положительные сдвиги. Например, среди методов оплаты стационарной помощи расширилось применение оплаты за законченный случай госпитализации: в 2005 г. он использовался в 49% регионов, а в 2006 г. — уже в 65%.

Насколько изменилась ситуация спустя 10 лет? По данным Министерства здравоохранения РФ, в 2013 г. 57 субъектов Российской Федерации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях использовали способ оплаты за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, посещение, обращение, законченный случай лечения).

В 18 субъектах РФ основным являлся передовой способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, но всё-таки в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Однако только в 8 субъектах Российской Федерации (Архангельская область, Пензенская область, Алтайский край, Тюменская область, Кемеровская область, Томская область, Республика Саха (Якутия), Камчатский край) в большинстве медицинских организаций использовался способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях [1].

В 2013 г. в 21 субъекте Российской Федерации оплата медицинской помощи в стационарных условиях осуществлялась за законченный случай лечения заболевания, что нельзя не оценить положительно, однако в 9 субъектах Российской Федерации при оплате медицинской помощи в стационарных условиях использовались непредус-

мотренными Программой способы оплаты, в том числе за единицу объема медицинской помощи (1 койко-день).

Таким образом, движение к передовым методам оплаты медицинской помощи в РФ идёт весьма умеренными темпами. Это находит объяснение не только в косности местных властей, но и в незаинтересованности руководителей учреждений переходить на новые принципы финансирования, которые могут сократить доходы учреждений.

Трудовые ресурсы здравоохранения

Система здравоохранения предусматривает наличие хорошо подготовленных медицинских работников, обеспечивающих охрану здоровья населения, профилактику и лечение заболеваний, реабилитацию больных на высоком профессиональном уровне, с соблюдением этических норм. Под обеспеченностью населения врачами и средним медперсоналом понимается относительное количество этих категорий специалистов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях региона.

По данным Всемирного Банка, количество врачей в России составляет 4,3‰ (человек на 1000 населения), что весьма существенно. В мире в среднем значение

данного показателя составляет всего 1,5‰, в Европе — 3,7‰. Наиболее близкие к российскому показателю значения демонстрируют такие страны, как Литва (4,1‰), Грузия (4,2‰), Швейцария и Андорра (3,9‰), Швеция и Болгария (3,8‰), а также Уругвай, Испания, Норвегия (3,7‰), Чехия и Казахстан (3,6‰). Бóльшая, чем в РФ, обеспеченность населения врачами имеет место только в нескольких странах, сравнение с которыми методологически некорректно, но всё же иллюстративно: это Австрия (4,8‰), Сан-Марино (5,1‰), Греция (6,2‰), Куба (6,7‰), Монако (7,2‰), Катар (7,7‰) [20].

Территориальное неравенство в обеспеченности населения врачами сохраняет свою остроту и на следующем уровне территориальной организации, в России — на уровне субъектов Федерации. Дифференциация по обеспеченности населения врачами охватывает широкий диапазон значений — от максимальных в крупнейших городах Москве (68,6‰) и Санкт-Петербурге (81,2‰), а также Чукотском АО и Республике Северная Осетия-Алания (73,8 и 71,7‰), до минимального (27‰) в Чеченской Республике (табл. 2).

Таблица 2. Обеспеченность населения врачами, человек на 10 000 населения, 2013 г.

| 10 наиболее обеспеченных регионов* | Значение, в ‰ | | 10 наименее обеспеченных регионов | Значение, в ‰ | |
|------------------------------------|---------------|---------|-----------------------------------|---------------|---------|
| | 2003 г. | 2013 г. | | 2003 г. | 2013 г. |
| г. Санкт-Петербург | 77,3 | 81,2 | Костромская область | 36,1 | 35,5 |
| Чукотский автономный округ | 73,2 | 73,8 | Псковская область | 34 | 35,5 |
| Республика Северная Осетия-Алания | 67,1 | 71,7 | Республика Марий Эл | 35,6 | 35 |
| г. Москва | 73 | 68,6 | Вологодская область | 33,9 | 34,7 |
| Астраханская область | 65,5 | 65,8 | Тамбовская область | 34,4 | 34,5 |
| Томская область | 68,6 | 61,1 | Ленинградская область | 29,8 | 34,3 |
| Амурская область | 59,2 | 60,6 | Владимирская область | 34,7 | 33,9 |
| Магаданская область | 54,7 | 59,5 | Тульская область | 33,7 | 33,6 |
| Ярославская область | 56,9 | 58 | Курганская область | 27,7 | 30,2 |
| Хабаровский край | 58,3 | 57,9 | Чеченская Республика | н.д. | 27 |

Примечание. В РФ в целом — 49 (2013 г.); разница между max и min значениями — 3 раза.
* Ранжировано по данным 2013 г.
Источник: Росстат, 2014.

Территориальные различия в обеспеченности здравоохранения трудовыми ресурсами достаточно стабильны, и в 2003 г. отношение максимального и минимального значений анализируемого показателя между субъектами Федерации также достигло 3,2. Составы групп регионов-лидеров и регионов-аутсайдеров по обеспеченности врачами относительно постоянны. Стабильно низкий уровень обеспеченности врачами имеет место в Псковской, Вологодской, Тульской, Курганской областях (и в 2003, и в 2013 гг. они входили в 10 регионов с минимальными значениями показателя).

Различия в значениях показателей обеспеченности населения врачами сохраняются и на уровне муниципальных территорий. Так, в Вологодской области, даже если не принимать во внимание крупные города, разница между минимальным (10‰ в Кадуйском муниципальном районе) и максимальным (22,4‰ в Великоустюгском районе) значениями показателя обеспеченности населения врачами составляет 2,2 раза.

Важным свидетельством дефицита врачей в РФ является низкий уровень укомплектованности штатных должностей физическими лицами и высокий уровень совместительств. Иллюстративна ситуация Вологодской области: если укомплектованность врачами ЛПУ Вологодской области по данным 2013 г. составляет в среднем 91% для врачей, то обеспеченность штатных должностей физическими лицами составляет лишь 49% для врачей. При этом коэффициент совместительств равен 1,9, в отдельных районах области достигает и 2,1 (Бабаевский район). Для сравнения, ситуация с обеспеченностью средним медперсоналом обстоит лучше: при укомплектованности штатами на 94% обеспеченность штатных должностей физическими

лицами равна 63% при коэффициенте совместительств 1,5. Чрезмерные нагрузки при работе на нескольких ставках (включая и ночные дежурства) негативно сказываются на физическом и психическом здоровье врачей, что приводит к снижению качества медицинского обслуживания (согласно данным опроса населения Вологодской области, 18% граждан, посещая медицинские учреждения, часто сталкивались с невнимательным отношением медработников и 14% — с хамством с их стороны), предоставляемого в региональных учреждениях здравоохранения, и падению престижа профессии [4].

Несмотря на то что в сравнении с другими странами мира РФ отличается высокими показателями численности врачей, официально декларируется их дефицит (за период с 2000 по 2013 г. обеспеченность врачами населения в РФ увеличилось не существенно — на 2%). Есть основания полагать, что при этом имеется в виду недостаток не врачей в целом, а специалистов первичного звена. Так, министр здравоохранения РФ В. Скворцова утверждает, что количество врачей первичного контакта в России ниже нормативов ВОЗ в 2–2,5 раза [13]. Однако это справедливо только в отношении врачей общей практики: их в РФ действительно в два и более раза меньше, чем в Европе и мире. Так, в 2000 г. в России их численность в пересчёте на 1000 чел. населения составляла 20,5⁶, в Европейском регионе ВОЗ — 54 в 2000 г. и 60,8 в 2012 г., в Великобритании — 81,2 в 2012 г. (64,5 в 2000 г.), в Германии — 65,8 в 2011 г., а во Франции — 159,2 в 2012 г. [19]. Подобные различия объяснимы: институт семейного врача традиционно не был характерен для России, однако были весьма распространены терапевты и фельдшеры.

⁶ Это последние данные по РФ, приведённые в Базе ВОЗ в 2014 г.

Как обстоит ситуация с развитием службы врача общей практики в субъектах РФ? Несмотря на то что значения показателей, по данным 2013 г., охватывают широкий диапазон — от 0,1‰ в г. Москве, Республике Ингушетия и Ямало-Ненецком АО до 3,8‰ в Чувашской Республике, в большинстве субъектов РФ количество семейных врачей незначительно (от 0,1 до 0,9‰). Особо неблагоприятная ситуация сложилась в Чеченской Республике и Республике Адыгея, где семейные врачи практически отсутствуют.

Обеспокоенность лиц, ответственных за принятие решений в здравоохранении, по поводу недостатка врачей общей практики понятна: они руководствуются рекомендациями ВОЗ, в соответствии с которыми важен акцент на первичной медико-санитарной помощи. Однако в контексте российских реалий эта позиция далеко не всегда разделяется как гражданами, так и самими медицинскими работниками.

Во-первых, ситуация с обеспеченностью населения РФ врачами терапевтических специальностей, если опираться на данные по странам мира, в целом вполне благоприятна. В России её уровень достигает 145,9, это наибольший в мире показатель. Для убедительности уместно привести данные по численности терапевтов как в странах близких России по социалистическому прошлому, так и государствах западного мира. В Беларуси численность врачей первичного контакта составляла 140,9 в 2011 г., на Украине — 135,1 в 2012 г., во Франции — 83,4 в 2011 г., в Германии — 89,8 в 2011 г., в Италии — 137,5 в 2011 г. [19].

Во-вторых, в неблагоприятных условиях высокой смертности и запущенности патологий чрезвычайно важны узкие специалисты, которые по ряду направлений являются редкими для регионов. А в таком актуальном и остром секторе, как онкология, усилиями первичного звена и врачей

общей практики не добиться успехов — необходимо создание специализированной государственной службы. Трудно не заметить и утечку кадров из государственных учреждений в частные клиники.

Кроме того, опросы населения показывают, что пациентов волнует дефицит врачей именно узких специальностей. Он особенно ощутим в тех регионах, где отсутствуют медицинские образовательные учреждения или сложился низкий уровень социально-экономического развития, имеет место низкая заработная плата в здравоохранении.

Согласно социологическим опросам, проведённым в Вологодской области, 32% граждан часто сталкиваются с проблемой отсутствия в медицинском учреждении нужного специалиста [4]. Однако факт того, что наиболее распространённым негативным моментом в работе поликлиник граждане называют сложность попасть на приём к врачу (55% респондентов), не выстояв длинную очередь, свидетельствует о недостатке участковых терапевтов и врачей общей практики. Это чревато не только длительностью ожидания приёма, но и сокращением самого времени приёма пациентов, что снижает эффективность первичного звена, увеличивает потоки пациентов к специалистам и в стационары⁷.

В России сложились заметные региональные различия и по обеспеченности населения средним медперсоналом. Так, дифференциация между наиболее и наименее обеспеченными регионами достигает двукратной величины.

⁷ Кадровый дефицит не является проблемой только первичной или вторичной медицинской помощи. Например, в «Публичном докладе о результатах деятельности департамента здравоохранения Вологодской области за 2013 г.», где внушительная часть текста посвящена трудовым ресурсам здравоохранения, утверждается, что дефицит кадров опутим во всех типах медицинских организаций региона. — URL: <http://okuvshinnikov.ru/files/ocenka/duganov.pdf>

Наибольший уровень обеспеченности средним медицинским персоналом имеет место в Магаданской области (151,3‰), Чукотском автономном округе (151,1‰), Мурманской области (149,3‰), Республике Коми (146,6‰), Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (144,4‰). Стабильно низкий уровень обеспеченности средним медицинским персоналом отмечается в республиках Дагестан и Ингушетия, Московской области, Чеченской Республике, Ленинградской области (и в 2003, и в 2013 гг. они входили в 10 регионов с минимальными значениями показателя). В целом наиболее неблагоприятная ситуация укрепились в таких регионах, как республики Ингушетия и Дагестан, Ростовская область, Приморский край (табл. 3).

Обеспеченность населения РФ средним медицинским персоналом в целом по стране достаточно стабильна. За период с 2000 по 2013 г. она снизилась всего на 2%. Анализ ситуации в ретроспективе позволяет говорить и о сокращении территориальных диспропорций в обеспеченности населения регионов средним медперсоналом.

За период с 2003 по 2013 г. различия в значениях максимальных и минимальных показателей снизились с 2,8 до 2 раз.

Важную роль играет и оптимальное соотношение численности врачей и среднего медицинского персонала, занятых в медицинских учреждениях страны. В экономике здравоохранения существует аксиома, согласно которой эффективность кадрового обеспечения здравоохранения не может быть достигнута без существенного численного преимущества среднего медицинского персонала, то есть вспомогательных работников, над врачами.

В России соотношение врачей и среднего медперсонала пусть и складывается в пользу второго (1:2), однако в странах Европы и США перевес достигает четырёхкратной величины. В Вологодской области, к примеру, ситуация близка к «западному образцу», но причиной тому является скорее острый дефицит врачей в регионе.

Дать объективную оценку состоянию кадровых ресурсов здравоохранения затруднительно по причине сложности и многогранности самого вопроса (за сред-

Таблица 3. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, человек на 10 000 населения

| 10 наиболее обеспеченных регионов* | Значение, в ‰ | | 10 наименее обеспеченных регионов | Значение, в ‰ | |
|--|---------------|---------|-----------------------------------|---------------|---------|
| | 2003 г. | 2013 г. | | 2003 г. | 2013 г. |
| Магаданская область | 147,9 | 151,3 | Ростовская область | 89,3 | 92,1 |
| Чукотский автономный округ | 137,3 | 151,1 | Самарская область | 100,1 | 91,7 |
| Мурманская область | 136,7 | 149,3 | Калининградская область | 86,2 | 90,9 |
| Республика Коми | 138,8 | 146,6 | Краснодарский край | 100,1 | 88,1 |
| Ханты-Мансийский автономный округ-Югра | 133,1 | 144,4 | Приморский край | 88,1 | 87,4 |
| Сахалинская область | 127,6 | 143,5 | Республика Дагестан | 80,4 | 82,1 |
| Республика Тыва | 137,3 | 139,7 | Республика Ингушетия | 51,6 | 77,1 |
| Архангельская область | 141,8 | 139,7 | Московская область | 81,5 | 76,7 |
| Республика Саха (Якутия) | 138,5 | 137,4 | Чеченская Республика | н.д. | 73,2 |
| Республика Алтай | 128,7 | 135,3 | Ленинградская область | 73,3 | 73 |

В РФ в целом – 105,7 (2013 г.); разница между max и min значениями – 2 раза.
* Ранжировано по данным 2013 г.
Источник: Росстат, 2014.

ними цифрами скрываются важные качественные характеристики: специализация, профессиональная категория, структура кадрового состава, уровень заработной платы, действия мотивирующих факторов и т.д.). Однако анализ даже самых общих статистических показателей позволяет очертить контуры актуальных для российского здравоохранения проблем, в частности проблемы территориальных диспропорций в обеспеченности региональных систем здравоохранения медицинскими кадрами.

Нельзя не отметить парадоксальности сложившейся ситуации: на фоне внушительных, в межстрановом сопоставлении, показателей обеспеченности отечественного здравоохранения врачами на локальном уровне остро ощущается дефицит врачебных кадров.

*Больничные койки*⁸

По масштабам развития стационарной помощи Россия занимает одну из ведущих позиций в мире. Согласно оценкам ВОЗ, в 2005–2012 гг. уровень обеспеченности населения больничными койками в РФ достигал 97‰. По данному показателю Россия уступает лишь 5 странам: карликовому государству Монако (165‰), Японии (137‰), КНДР (132‰), республикам Беларусь (111‰) и Корея (103‰)⁹ [19].

Столь широкие стационарные мощности являются наследием советской системы здравоохранения, опиравшейся преимущественно на больницы. Известно, что в советский период большое число больниц считалось основным показателем хорошей

системы здравоохранения. Неслучайно Всесоюзным институтом социальной гигиены им. Н.А. Семашко были установлены нормативы (число коек на 10 000 населения и др.), обязательные к применению на всей территории страны. Необходимость обеспечения всех жителей СССР медицинской помощью обусловила строительство многих стационарных учреждений различной специализации и всех уровней территориальной организации.

В постсоветский период из-за хронической нехватки средств в России произошло закрытие множества больниц и сокращение числа больничных коек. Приём больных в свете указанных негативных процессов также сократился, однако сроки стационарного лечения больных в силу экстенсивности режима лечения оставались высокими [18].

В 2004 г. сокращение коечных фондов в стране продолжилось в рамках процесса структурной реорганизации здравоохранения, направленной, согласно официальным заявлениям, на повышение внутриотраслевой эффективности¹⁰.

Разработанная позже, в 2007 г., и рекомендованная к использованию методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ также ориентировала региональные власти на сокращение «избыточных» коечных фондов. Ставилась простая цель — устранить диспропорции между регионами в объёмах стационарной помощи, приведение их к единому федеральному «нормативу»¹¹.

⁸ Материально-техническая база здравоохранения представлена не только коечными фондами, однако в данной статье, прежде всего в силу универсальности и доступности официальных статистических данных, за основу принят именно показатель обеспеченности населения стационарными койками. Развитие стационарной помощи само по себе не свидетельствует об эффективности здравоохранения, однако даёт ценные сведения о её доступности.

⁹ Минимальный уровень отмечен в Мали, где на 10 000 чел. населения в среднем приходится одна стационарная койка.

¹⁰ Основные принципы реструктуризации изложены в проекте Отраслевой программы «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004–2010 годы» (2004 г.).

¹¹ Методика была разработана и утверждена Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента Российской Федерации «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» от 28 июня 2007 г. № 825. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г.

Реализация этих «оптимизационных» мероприятий привела к стремительному сокращению коечных фондов. Например, в Вологодской области за период с 2000 по 2013 г. снижение показателя обеспеченности жителей койками круглосуточного пребывания составило 30%. В итоге регион, в течение длительного времени демонстрировавший высокий на общероссийском фоне уровень обеспеченности населения больничными койками, к 2009 г. практически вышел на общедоказательный показатель.

В результате этой политики удалось добиться снижения показателей обеспеченности населения койками, при этом территориальная дифференциация сохранилась, но стала более умеренной. Если в 2000 г. разница в уровне обеспеченности населения больничными койками между наиболее и наименее обеспеченными субъектами Федерации (Чукотским автономным округом и Республикой Ингушетия) достигала более 4 раз (без учёта ещё существовавших тогда Корякского, Эвенкийского и Таймырского (Долгано-Ненецкого) автономных округов), то в 2013 г. она составила 3 раза.

Наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в республиках Северного Кавказа, где система здравоохранения в течение данного периода оставались на низком уровне развития (табл. 4).

Интересно заметить, что именно слабое развитие инфраструктуры здравоохранения Северо-Кавказских республик становилось причиной отнесения их к категории «эффективных» по итогам оценки эффективности органов исполнительной власти по разделу «здравоохранение» в соответствии с утверждённой методикой [3].

Если и есть показатель, который не выявляет существенных различий между субъектами РФ, то это уровень финансирования паллиативной медицинской помощи, одинаково низкий для всех регионов страны. Это большая организационная и этическая проблема российского здравоохранения. Пациента с тяжёлым и неизлечимым заболеванием, требующего регулярного врачебного контроля, в России, как правило, выписывают из стационара под формулировкой «для наблюдения по месту жительства», то есть фактически умирать в домашних условиях.

Таблица 4. Обеспеченность населения больничными койками круглосуточного пребывания, человек на 10 000 населения

| 10 наиболее обеспеченных регионов | Значение, в ‰ | | 10 наименее обеспеченных регионов | Значение, в ‰ | |
|-----------------------------------|---------------|---------|-----------------------------------|---------------|---------|
| | 2000 г. | 2013 г. | | 2000 г. | 2013 г. |
| Чукотский автономный округ (max) | 184,5 | 148,3 | Челябинская область | 120,7 | 74,9 |
| Магаданская область | 143,8 | 125,6 | Чеченская Республика | н.д. | 74,1 |
| Ненецкий автономный округ | 116,2 | 121,5 | Московская область | 106,7 | 72,1 |
| Сахалинская область | 131,5 | 120,8 | Ставропольский край | 88,8 | 72,1 |
| Республика Тыва | 161,7 | 117,4 | Республика Дагестан | 81,2 | 67,7 |
| Республика Саха (Якутия) | 148,2 | 106,9 | Республика Адыгея | 103,5 | 67,4 |
| Камчатский край | 146,6 | 106 | Тюменская область | 106,7 | 67,3 |
| Орловская область | 118,9 | 97,7 | Ленинградская область | 99,2 | 66,7 |
| Забайкальский край | 125,3 | 96,3 | Республика Татарстан | 114,1 | 65,5 |
| Смоленская область | 130,6 | 95 | Республика Ингушетия (min) | 41,6 | 47,2 |

Примечание. В РФ в целом – 81,5 (2013 г.); разница между max и min значениями – 3 раза.
Источники: Росстат, 2000; Минздрав, 2014.

Эта проблема не решается и сегодня. Несмотря на то что с 2013 года в Программе госгарантий впервые установлены средние нормативы объема и стоимости единицы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в больницах, их размер крайне мал. Фактический объем паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях в 2013 году составил 0,035 койко-дня на 1 жителя, что более чем в 2 раза ниже среднего норматива, установленного Программой (0,077 койко-дня на 1 жителя) [1]. Средняя стоимость 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи на треть уступала даже установленному в 2013 г. ограниченному нормативу и составила 1 180,7 рубля. В 29 субъектах Российской Федерации эта помощь в стационарных условиях гражданам совсем не оказывалась.

Заключение

Проблемы территориального неравенства всегда сложны и многоаспектны. В статье предпринята попытка на основе самой простой и доступной статистической информации раскрыть масштабы и до некоторой степени причины дифференциации территорий РФ по обеспеченности населения основными ресурсами здравоохранения. Не все возможные и важные аспекты данной проблемы были затронуты. Так, более обстоятельного анализа заслуживает анализ роли ФЗ № 326 «Об ОМС» в нивелировании территориальных перекосов в доступности медицинской помощи для граждан России, специфики и эффективности пространственного размещения сетей здравоохранения и т.д. Однако и в подобном формате исследования удалось актуализировать острые проблемы российского здравоохранения, касающиеся неравномерного распределения ресурсов и объектов инфраструктуры здравоохранения на территории страны.

Проанализированные факты должны помочь ещё раз обратить внимание властей на характерный для отечественного здравоохранения дефицит финансирования, который усугубляется невыполнением расходных обязательств субъектов РФ по обеспечению медицинской помощи. Даже официально утверждённый уровень затрат не обеспечивается необходимыми средствами. В 2013 г. только в 25 субъектах РФ Программы госгарантий были на 100% обеспечены финансовыми ресурсами.

Сложилась существенная дифференциация субъектов РФ и по уровню обеспеченности кадровыми ресурсами и масштабами развития материально-технической базы, прежде всего стационарных фондов.

Так, различия между субъектами РФ в обеспеченности населения врачами достигает 3 раз, средним медперсоналом — 2 раз, койками круглосуточного пребывания — 3 раз. Проведённая реструктуризация коечных фондов, призванная оптимизировать и выровнять предложение стационарной помощи в регионах, снизила разрыв в обеспечении населения больничными койками, но за счёт значительного сокращения стационарного звена.

Описанные в статье примеры дифференциации территорий не должны приводить к заключению об избыточности финансирования медицинской помощи регионов с наибольшими показателями расходов и в целом ресурсного обеспечения здравоохранения.

Это неправомерно, особенно в условиях общего дефицита финансирования отрасли. Важно обратить внимание на регионы-аутсайдеры, где ресурсное обеспечение медицинской помощи оказывается ниже и без того скудного общенационального показателя.

Литература

1. Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году // Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoj-pomoschi-v-2013-godu>
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо [Текст]. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
3. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение: опыт Вологодской области [Текст] / М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова, К.Н. Калашников // Регион: экономика и социология. – 2010. – № 3. – С. 201-218.
4. Калашников, К.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения / К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2 (32). – С. 130-143.
5. Калашников, К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения [Текст]: монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 153 с.
6. Конституция Российской Федерации. – М.: Юрайт, 2009. – 48 с.
7. Линденбратен, А.Л. Актуальные проблемы финансирования здравоохранения [Электронный ресурс] / А.Л. Линденбратен // БЮДЖЕТ.RU. – Режим доступа: <http://bujet.ru/article/40147.php>
8. Маркес, П. Государственные расходы на здравоохранение в Российской Федерации: проблемы и пути их решения [Электронный ресурс] / П. Маркес // Всемирный банк – Режим доступа: http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf
9. Министерство здравоохранения РФ // Официальный сайт. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/>
10. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнёва, И.М. Шейман, С.В. Шишкин; под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. – М.: «Дело» РАНХ, 2010. – 232 с.
11. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2013.
12. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ [Электронный ресурс]: база данных. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/>
13. Скворцова: система здравоохранения в РФ обескровлена дефицитом кадров [Электронный ресурс] / РИА-новости. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20131209/982823851.html>
14. OECDiLibrary [Электронный ресурс]: база данных. – Режим доступа: <http://www.oecd-ilibrary.org>
15. Улумбекова, Г.Э. Бюджет-2015 – это 500 000 смертей [Электронный ресурс] / Г.Э. Улумбекова // Pravda.ru. – Режим доступа: <http://www.pravda.ru/video/society/15488.html>
16. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин; пер. с англ. – М: Весь Мир, 2002. – 352 с.
17. Шишкин, С.В. Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи [Электронный ресурс] / С.В. Шишкин // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. – 2007. – № 7. – Осень-зима. – Режим доступа: http://uisrussia.msu.ru/docs/nov/spero/07/N7_2007-27-50.pdf
18. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press, 2002. Buckingham, Philadelphia. – P. 320.
19. WHO // Официальный сайт. – URL: <http://www.euro.who.int/ru>
20. World Bank [Электронный ресурс]: база данных. – <http://data.worldbank.org/>

Kalashnikov K.N.

Resource security of healthcare in Russia: issues of territorial differentiation

Konstantin Nikolaevich Kalashnikov – Ph.D. in Economics, Research Associate, Federal State Budgetary Institution of Science Institute of Socio-Economic Development of Territories of Russian Academy of Science (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation, e-mail: konstantino-84@mail.ru)

Abstract. Russia's regions (federation subjects) vary greatly by level of socio-economic development; this fact leads to inequality in social infrastructure development as well. The same can be said about healthcare. There is a strong link between economic development in the regions and funding of medical care. It is necessary to point out that the actual level of morbidity and mortality is not reflected in the volumes of resource supply of the sector in terms of territories; consequently, the principles of social justice and social solidarity are violated.

The article analyzes statistical data on the RF subjects and shows the extent of territorial disparities in the provision of population with the main healthcare resources: financial (the amount of per capita funding and the level of implementation of territorial programs of state guarantees), labor (provision of population with doctors and nursing staff), equipment (provision with hospital beds). The author points out the regions that show consistently low rates of resource security of healthcare.

The article reveals that the differentiation between the RF subjects by level of per capita financing of healthcare reaches 10 times, the provision of population with doctors – 3 times, with nursing staff – 2 times, with hospital beds – 3 times. Moreover, territorial differences in the provision of Russia's citizens with healthcare services are quite stable. The reduction of differentiation is observed only in the indicator of provision of citizens with ward beds; it was achieved through the restructuring and reduction of the number of hospital beds. Territorial inequalities in the provision of healthcare and population with resources still exist at the municipal level as well.

Government agencies should conduct social policy that aims to eliminate sharp disparities in providing citizens with medical care; moreover, this should be done only by improving the situation in the regions where the situation is the gravest. In addition, it is necessary to use more extensively the mechanisms of funding taking into account the specifics of territories and objective needs of population with regard to healthcare. In Russia this process, as the article shows, is going on, but very slowly.

Key words: healthcare, financial resources, human resources, hospital beds, territorial differentiation, subject of federation.

References

1. Doklad o realizatsii Programmy gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoj pomoshchi v 2013 godu [Report on Implementation of the Program of State Guarantees of Free-of-Charge Provision of Citizens with Medical Care in 2013]. *Ofitsial'nyi sait Ministerstva zdravookhraniya RF* [Official Website of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation]. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennykh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoy-pomoschi-v-2013-godu>
2. *Doklad o sostoyanii zdravookhraniya v mire, 2008 g. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' segodnya aktual'nee, chem kogda-libo* [The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever)]. Geneva: WHO, 2008. 152 p.
3. Duganov M.D., Shabunova A.A., Kalashnikov K.N. Otsenka effektivnosti raskhodov na zdravookhranenie: opyt Vologodskoi oblasti [Efficiency of Health Care Expenditures: Assessing the Experience of Vologda Oblast]. *Region: ekonomika i sotsiologiya* [Region: Economics and Sociology], 2010, no. 3, pp. 201-218.

4. Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N. Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v kontekste modernizatsii zdavookhraneniya [The Availability and Quality of Medical Care in the Context of Modernization of Healthcare]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 2011. Pp. 23-30.
5. Kalashnikov K.N., Shabunova A.A., Duganov M.D. *Organizatsionno-ekonomicheskie faktory upravleniya regional'noi sistemoi zdavookhraneniya: monografiya* [Organizational-Economic Factors in the Management of Regional Healthcare System: Monograph]. Vologda: ISERT RAN, 2012. 153 p.
6. *Konstitutsiya Rossiiskoi Federatsii* [The Constitution of the Russian Federation]. Moscow: Yurait, 2009. 48 p.
7. Lindenbraten A.L. Aktual'nye problemy finansirovaniya zdavookhraneniya [Topical Issues of Healthcare Financing]. *BYuDZhET.RU* [Budget.ru]. Available at: <http://bujet.ru/article/40147.php>
8. Marquez P. Gosudarstvennye raskhody na zdavookhranenie v Rossiiskoi Federatsii: problemy i puti ikh resheniya [Public Spending in Russia for Health Care: Issues and Options]. *Vsemirnyi bank* [World Bank]. Available at: http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Public_Spending_report_ru.pdf
9. *Ministerstvo zdavookhraneniya RF Ofitsial'nyi sait* [Official Website of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation]. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/>
10. Popovich L.D., Potapchik E.G., Salakhutdinova S.K., Selezneva E.V., Sheiman I.M., Shishkin S.V. *Modernizatsiya zdavookhraneniya: novaya situatsiya i novye zadachi* [Modernization of Healthcare: New Situation and New Tasks]. Ed. by I.M. Sheiman, S.V. Shishkin. Moscow: "Delo" RANKh, 2010. 232 p.
11. *Osnovnye pokazateli deyatelnosti uchrezhdenii zdavookhraneniya Vologodskoi oblasti* [Key Performance Indicators of Healthcare Institutions in the Vologda Oblast]. Vologda: Departament zdavookhraneniya Vologodskoi oblasti, 2013.
12. *Realizatsiya reformy zdavookhraneniya v sub"ektakh RF: baza dannykh* [Implementation of Health Care Reform in the Subjects of the Russian Federation: Database]. Available at: <http://www.healthreform.ru/>
13. Skvortsova: sistema zdavookhraneniya v RF obeskvorena defitsitom kadrov [Skvortsova: Healthcare System in the Russian Federation Is Weakened by Lack of Personnel]. *Ria-novosti* [Russian Agency of International Information "RIA Novosti"]. Available at: <http://ria.ru/society/20131209/982823851.html>
14. *OECDiLibrary Database*. Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org>
15. Ulumbekova G.E. Byudzhet-2015 – eto 500 000 smertei [The 2015 Budget Means 500,000 Deaths]. *Pravda.ru*. Available at: <http://www.pravda.ru/video/society/15488.html>
16. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. *Finansirovanie zdavookhraneniya: al'ternativy dlya Evropy* [Funding Health Care: Options for Europe]. Translated from English. Moscow: Ves' Mir, 2002. 352 p.
17. Shishkin S.V. Strategii transformatsii gosudarstvennykh garantii okazaniya besplatnoi meditsinskoj pomoshchi [Strategies for Transformation of State Guarantees of Free Medical Care]. *SPERO. Sotsial'naya politika: ekspertiza, rekomendatsii, obzory* [SPERO. Social Policy: Expertise, Recommendations, Overview], 2007, no. 7, spring–winter. Available at: http://uisrussia.msu.ru/docs/nov/spero/07/N7_2007-27-50.pdf
18. *Hospitals in a changing Europe*. Ed. by M. McKee and J. Healy. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002. P. 320.
19. *Official Website of the WHO*. Available at: <http://www.euro.who.int/ru>
20. *World Bank Database*. Available at: <http://data.worldbank.org/>