

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2023-4-1129-1141

ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

С.А. Царев,^{1,4} А.В. Щербань,¹ Е.В. Томинина,² И.И. Сиротко,³ Д.Д. Кулаков²

¹ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер», г. Самара

²КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» г. Киров

³Министерство здравоохранения Самарской области, г. Самара

⁴ФГБОУ ВО Самарский Государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара

Введение. Статья посвящена анализу финансового обеспечения деятельности наркологической службы на современном этапе в субъектах Приволжского федерального округа.

Цель: обобщение данных об источниках финансирования, принципах финансирования, величине компенсации медицинским организациям затрат на наркологическую помощь, а также индикаторах и критериях эффективности наркологической помощи в регионах ПФО.

Материалы и методы. На основе полученных данных произведен расчет средних значений компенсаций за оказанные услуги по профилю психиатрия-наркология в субъектах ПФО. Проведено межгрупповое сравнение средней продолжительности госпитализации, повторности, числа пролеченных пациентов на 1000 населения в регионах с разным принципом компенсации за случай госпитализации (за койко-день и за случай госпитализации).

Результаты. Среднее значение величины компенсации за случай посещения к наркологу в ПФО составил: профилактического – 607,4 руб.; по поводу заболевания – 740,1 руб. За случай обращения средняя величина компенсации составила 1384,6 рублей. При оказании специализированной помощи в условиях стационара: при оплате за проведенный койко-день: при неотложной госпитализации – 2394,3 рубля, при реабилитации – 2272,8 рублей. При оплате за законченный случай госпитализации компенсация составила: при оказании неотложной помощи – 38425,1 руб.; при реабилитации – 56736,7 рублей.

Выводы. Выявлена высокая вариабельность величины компенсации за оказанную услугу в пределах одного федерального округа. При анализе средней продолжительности госпитализации, повторности, числа пролеченных пациентов на 1000 населения, в группах с различными принципами компенсации за госпитализацию (за койко-день и за законченный случай), статистически значимой разницы не выявлены. Наиболее часто в качестве критериев эффективности помощи используются: при оказании амбулаторной помощи и при реабилитации: доля пациентов в ремиссии; при оказании неотложной помощи в условиях стационара: повторность госпитализации.

Ключевые слова: финансирование наркологической помощи, Приволжский федеральный округ, критерии эффективности медицинской помощи

ISSUES OF FINANCING THE DRUG TREATMENT SERVICE IN THE SUBJECTS OF THE VOLGA FEDERAL DISTRICT

S.A. Tsarev,^{1,4} A.V. Shcherban,¹ E.V. Tominina,² I.I. Sirotko,³ D.D. Kulakov²

¹«Samara regional clinical Narcology Dispensary», Samara

²«Kirov Regional Narcology Dispensary», Kirov

³Ministration of Health of Samara Region, Samara

⁴Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara

Introduction. The article is devoted to the analysis of financial support for the activities of the narcology service at the current stage in the subjects of the Volga Federal District.

Purpose: to summarize data on funding sources, financing principles, the amount of compensation to medical organizations for drug treatment costs, as well as indicators and criteria for the effectiveness of drug treatment in the Volga Federal District regions.

Materials and methods. Based on the data obtained, the average values of compensation for the services provided in the profile of psychiatry-narcology in the subjects of the Volga Federal District were calculated. An inter-group comparison of the average length of hospitalization, repetition, number of treated patients per 1000 population was carried out in regions with a different principle of compensation for the case of hospitalization (per bed-day and per case of hospitalization).

Results. The average value of compensation for the case of visiting a narcologist in the Volga Federal District: preventive - 607.4 rubles; for the disease - 740.1 rubles. For the case of appeal, the average amount of compensation was 1384.6 rubles. When providing specialized care in a hospital: when paying for a bed-day spent: with emergency hospitalization - 2394.3 rubles, with rehabilitation - 2272.8 rubles. When paying for the completed case of hospitalization, compensation was: when providing emergency care - 38425.1 rubles; during rehabilitation - 56736.7 rubles.

Conclusions. Authors recorded high variability of compensation for the service provided within one federal district. When analyzing the average length of hospitalization, repetition, the number of treated patients per 1000 population, in groups with different principles of compensation for hospitalization (per bed-day and per completed case), no statistically significant differences were found. The most common criteria for the effectiveness of care are: in the provision of outpatient care and in rehabilitation: the proportion of patients in remission; in hospital care: repeated hospitalization.

Keywords: financing of narcological care, Volga Federal District, criteria for the effectiveness of medical care

Введение. Как известно, финансовая устойчивость медицинской организации во многом определяет полноту и качество оказываемых на рынке медицинских услуг [1-5]. Наркологическая помощь, как вид специализированной помощи, зародившись во второй половине прошлого века, в ходе своего становления характеризовалась различными степенями финансовой устойчивости. На протяжении своего развития, в большинстве регионов к рубежу веков служба подходила к формированию единого принципа финансирования, характерного для большинства специализированных социально-значимых

служб: финансированию из бюджета субъекта федерации. При этом исключение финансирования помощи при ряде социально значимых заболеваний (в том числе при психических расстройствах и расстройствах поведения) из ОМС было обусловлено необходимостью: осуществления наиболее полного государственного контроля за системой оказания медицинской помощи в целях предотвращения критического уровня распространения опасных патологий в обществе, обеспечения соблюдения законности определенных видов медицинской деятельности в форме установления государственной монополии на них, а также необходимостью снижения рисков, связанных с деятельностью учреждений здравоохранения в системе ОМС[6].

Однако, на современном этапе развития службы отмечается отсутствие единообразия в принципах финансирования наркологической помощи [7]. Ряд регионов осуществляют переход от ставшей классической схемы финансирования из бюджета региона к финансированию через систему ОМС. **Целью** настоящей статьи является обзор существующих схем финансирования амбулаторной и стационарной видов наркологической помощи в субъектах Приволжского федерального округа, а также анализ используемых для оценки ее (помощи) полноты и качества критериев.

Материалы и методы. Исследование является описательным. Информация об источниках финансирования службы, принципах компенсации оказанных наркологической службой услуг, используемых в регионах критериях и индикаторах эффективности представлена главными внештатными специалистами по психиатрии - наркологии субъектов в ответ на запрос главного внештатного специалиста по психиатрии-наркологии Приволжского федерального округа. Статистическая обработка. Проведен расчет средних значений величин компенсации медицинским организациям расходов на оказание наркологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Межгрупповые сравнения ряда относительных показателей проведены с использованием критерия Манна – Уитни. Для сравнения распределения номинальных данных в двух группах использовался критерий хи-квадрат Пирсона. Статистическая обработка осуществлена с помощью статистического пакета SPSS 22.

Результаты.

1. Источник финансирования.

Из четырнадцати регионов ПФО на момент проведения анализа, два (Республика Башкортостан и Пермский край) финансируются через систему ОМС. Еще один регион

(Республика Татарстан) осуществляет финансирование наркологической помощи посредством преимущественно одноканального финансирования, при котором средства бюджета республики направляются через систему ОМС. О преимуществах и проблемах реализации данного типа финансирования в здравоохранении как в России, так и регионах, осуществивших переход на такую систему финансирования, достаточно много написано [8-11]. Остальные регионы Федерального округа осуществляют финансирование наркологической помощи из бюджета соответствующего субъекта. Ряд субъектов (Ульяновская, Самарская, Нижегородская, Кировская области, Республика Башкортостан) имеют дополнительное финансирование отдельных видов помощи (первичной специализированной, специализированной в условиях стационара или дневного стационара) из целевых программ, принятых правительствами регионов.

2. Принципы финансирования, единица оплаты услуги.

В большинстве регионов округа при компенсации медицинской организации затрат на оказание первичной специализированной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей оплаты являются случай посещения и случай обращения. Таким образом компенсируются затраты в Нижегородской, Оренбургской областях, Республиках Башкортостан, Татарстан, Удмуртской Республике, Пермском крае. В остальных регионах единицей компенсации расходов является случай посещения, причем в ряде регионов: Самарская, Кировская области, Республика Татарстан величина компенсации также зависит от типа посещения (с профилактической целью, либо по поводу заболевания).

При компенсации затрат на оказание специализированной помощи в условиях стационара, в большинстве регионов используется компенсация за случай законченного лечения: в Оренбургской, Пензенской, Кировской, Саратовской, Самарской, Ульяновской, в республиках Мордовия, Удмуртской, в Пермском крае. Компенсация затрат за фактически проведенные койко-дни используется в Нижегородской области, республиках: Марий Эл, Чувашской, Татарстане, Башкортостане (с 2023 года).

Практически во всех регионах объемы оказания видов наркологической помощи регламентированы государственным заданием.

3. Стоимость услуг в 2022 году.

Ниже в таблице 1 приведена стоимость услуг, в соответствии с которыми осуществляется компенсация затрат медицинской организации в регионах ПФО

Таблица 1

Величина компенсации медицинским организациям основных услуг, оказываемых по профилю «наркология» в регионах ПФО

	Первичная специализированная, руб.		Специализированная в условиях круглосуточного стационара, руб.		Специализированная в условиях дневного стационара, руб.	
	Посещение (профилактика./ по заболеванию)	Обращение	Койко-день (неотложная/ реабилитация)	Случай госпитализации (неотложная/ реабилитация)	Койко-день	Случай пребывания
Кировская	493,1	1429,9	-	84587,5	-	-
Нижегородская	647,0	1400,0	3215,0/2605,0	-	-	-
Оренбургская	350,29	649,51	-	30975,7		13853,16
Пензенская						
Самарская	436,27/769,16	-	-	26964,6/65633,2	-	-
Саратовская	429,97	-	-	42003,3/95707,4	-	-
Ульяновская	328,99	-	-	27797,2	-	-
Пермский край	412,54	1086,01	-	13590,4/49399,3	-	-
Башкортостан	531,01	1516,18	2301,0	-	-	-
Марий – Эл	1961,24	-	2510,6/2989,9	-	-	-
Мордовия	434,5	-	-	48666,1/60307,3	-	-
Татарстан	534,4/1926,8	1310,87	1743,5	-	235,18	-
Удмуртская	762,0	2299,73	-	43056,9	-	5175,55
Чувашская	574,72	-	2201,6/1724,8	-	-	-
Среднее значение	607,4/740,1	1384,6	2394,3/2272,8	38425,1/56736,7	235,2	9514,4

Приведенные данные свидетельствуют о высокой вариабельности величины компенсации за оказанную услугу в пределах одного федерального округа. Так, в части первичной специализированной помощи по профилю наркология максимальная величина компенсации за посещение превышает минимальную на 460%, за обращение – на 255%. Столь же велики различия в компенсации услуг за законченные случаи госпитализации. При компенсации неотложных госпитализаций максимальная величина превышает минимальную на 522%, при компенсации госпитализаций по поводу реабилитации – на 244%. Следует отметить, что при компенсации расходов на госпитализации за фактически проведенные койко-дни, различия не столь выражены.

4. Используемые критерии качества оказанных услуг.

Практически во всех регионах (100%) основными критериями при оценке качества является соответствие оказанной услуги стандартам и клиническим протоколам. В девяти регионах из 14-ти (64,2%) критерием качества оказанной услуги заявлена удовлетворенность

пациента медицинской услугой. В одном из регионов (Пермский край) в качестве критерия оценки используется независимая оценка качества оказанных услуг.

5. Индикаторы эффективности

Попытки выработать и внедрить в работу единые индикаторы эффективности для медицинских организаций, оказывающих услуги по профилю «наркология» предпринимаются достаточно давно [12]. Традиционно используемыми индикаторами эффективности, оказываемой наркологами медицинской помощи являлись: повторность госпитализации и доля пациентов в ремиссии. Доля пациентов в ремиссии достаточно долго являлся индикатором федеральной программы «Развитие здравоохранения». В настоящее время ведомственной целевой программой «Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения», реализуемой в рамках Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2019–2024 гг. утверждены индикаторы эффективности организации амбулаторной и стационарной реабилитации: доли пациентов с наркологическими расстройствами, включенных в амбулаторные и стационарные программы медицинской реабилитации, от числа состоящих под диспансерным наблюдением пациентов с наркологическими расстройствами. В связи с этим интерес представляет, используются ли данные индикаторы при оценке эффективности реабилитационных мероприятий, а также какие иные индикаторы используются в регионах ПФО для оценки эффективности наркологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. В таблице 2 приведены основные индикаторы эффективности, используемые в регионах ПФО.

Наиболее используемыми индикаторами эффективности, по-прежнему остаются: при оказании первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях – доля пациентов, находящихся в ремиссии, а также количество посещений на 1 пациента и на 1 обращение; при оказании специализированной помощи в условиях стационара – повторность госпитализации (при неотложных госпитализациях), и доля пациентов, включенных в программу, успешно завершивших, и находящихся в ремиссии (при стационарной реабилитации). Следует отметить, что лишь 4 региона при оценке эффективности организации реабилитационных мероприятий, используют утвержденные ведомственной программой индикаторы.

Таблица 2

Используемые в федеральном округе индикаторы эффективности

<i>Индикатор</i>	<i>Количество регионов, использующий данный индикатор как критерий эффективности наркологической помощи:</i>		
	<i>В амбулаторных условиях</i>	<i>В стационарных условиях при оказании неотложной помощи</i>	<i>В стационарных условиях при оказании реабилитационной помощи</i>
Количество посещений на 1 пациента	6	х	х
Количество посещений на 1 обращение	5	х	х
Доля пациентов, посещающих врача	1	х	х
Доля пациентов в ремиссии	10	2	7
Повторность госпитализации	х	9	2
Госпитальная летальность	х	1	-
Работа койки	х	2	1
Средняя длительность пребывания	х	2	1
Доля пациентов, включенных и успешно завершивших реабилитационную программу	х	х	4

Поскольку в регионе функционируют два принципа компенсации медицинским организациям затрат, связанных с оказанием специализированной помощи в условиях стационара (за фактически проведенные койко-дни и за законченный случай госпитализации), в соответствии с задачами исследования проведено сравнение некоторых используемых показателей эффективности (средняя длительность пребывания, повторность госпитализации, а также доля пролеченных в стационаре больных) в группах с различными принципами компенсации расходов. Показатели эффективности, а также результаты сравнения представлены в таблице 3.

Полученные результаты свидетельствуют, что в регионах, где компенсация расходов, связанных с госпитализацией, осуществляется за фактически проведенные койко-дни, выше средний показатель длительности пребывания, ниже доля повторных госпитализаций, и ниже охват госпитализациями пациентов, чем в регионах, где компенсация осуществляется за законченный случай госпитализации. Однако, величины коэффициента Манна – Уитни, а

также критерия хи-квадрат Пирсона полученные в ходе сравнения не позволяют сделать вывод о статистической значимости разницы в показателях данных двух групп.

Таблица 3

Показатели эффективности наркологической помощи

	Средняя длительность пребывания на койке, дни		Повторность госпитализаци и, %	Число пролеченны х в стационаре на 1000 населения
	2020	2021		
Год оценки	2020	2021	2022	2022
Кировская область	8,2	6,7	21%	3,17
Нижегородская область*	14,8	14,7	16%	4,04
Оренбургская область	9,6	8,8	22%	5,44
Пензенская область	13,0	12,7	17%	6,96
Самарская область	11,1	10,8	21%	3,46
Саратовская область	16,6	15,4	23%	2,69
Ульяновская область	11,7	13,1	22%	5,79
Пермский край	8,8	7,6	33%	5,72
Республика Башкортостан	13,5	12,4	34%	5,26
Республика Марий – Эл*	9,6	9,8	20%	3,26
Республика Мордовия	7,9	8,2	22%	6,68
Республика Татарстан*	12,2	12,7	19%	3,77
Республика Удмуртия	17,2	15,3	29%	4,13
Республика Чувашия*	12,6	11,6	14%	3,67
*Среднее значение для регионов с компенсацией расходов за койко- день	12,3±1, 0	12,2±1,0	17%	3,68
Среднее значение для регионов с компенсацией за случай госпитализации	11,7±1, 0	11,1±0,9	24%	4,93
Значимость различий показателя в двух группах	U=16,5; Z=-0,49; p=0,620		$\chi^2 = 1,509$; p=0,220	U=11,0; Z=- 1,27; p=0,240

Обсуждение результатов. Столь значительные различия в величинах компенсации МО медицинской услуги могут быть обусловлены различным подходом к формированию тарифа на услуги, в различных субъектах ПФО. Вероятнее, что чем более регион стремится к принципу одноканального финансирования, тем более вероятно, что в структуре тарифа будут учтены различные направления расходов (выплаты медицинским работникам при выполнении «дорожной карты» по заработной плате [13], расходы на приобретение оборудования, другие расходы, не связанные напрямую с услугой), тем выше сформированный тариф на оказываемую услугу, и наоборот. Тем не менее, проведенная

оценка показала, что вопреки мнению о том, что система оплаты госпитализации за законченный случай стимулирует медицинские организации необоснованно стремиться к удлинению длительности госпитализации, в ПФО на данный момент статистически значимого различия в длительности пребывания пациентов в группах с различными принципами компенсации расходов не выявлено.

Следует также принять во внимание, что снижение средней продолжительности пребывания пациентов в стационаре в ряде регионов в 2020 - 2021 годах могло быть обусловлено сокращением коечного фонда вследствие перепрофилирования его части для оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Так, койки были перепрофилированы в указанный период времени в Оренбургской (100 коек), Кировской (95 коек), Самарской (25 коек) областях, Республике Марий – Эл (25 коек). Перепрофилирование коек в ряде других регионов (Республике Мордовия, Пензенской области, Пермском крае) было меньшим по количеству коек, и скорее всего, не привело к значимым снижениям показателей, характеризующим объемы оказанной наркологической помощи.

Заключение. Важность стабильного и достаточного финансового обеспечения реализуемых наркологической службы мероприятий по диагностике, лечению, реабилитации лиц, страдающих наркологическими расстройствами, не только отмечена многими руководителями, но и закреплена рядом нормативно-правовых документов. Проведение постоянного финансово-экономического анализа деятельности наркологической службы, выявление наиболее эффективных с экономической точки зрения подходов к лечению, выработка наиболее информативных индикаторов эффективности будут способствовать экономической стабильности наркологической службы, росту эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Список литературы

1. Voskanyan Y., Shikina I., Davidov D., Kidalov F. Medical care safety - problems and perspectives. Lecture Notes in Networks and Systems. 2020, 78: 291-304.
2. Почитаева И.П., Люцко В.В. Возрастные мотивационные установки к употреблению психоактивных веществ и социальное окружение учащейся молодежи. Современные проблемы науки и образования. 2015; 5:113.

3. Бакланова Т.Н., Попович В.К., Шикина И.Б. Экспертиза летальных исходов как действенный инструмент в управлении качеством оказания медицинской помощи. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2012; 4 (14):40-44.
4. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Глобальные тренды и сценарии развития современного здравоохранения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021, 3; DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652
5. Почитаева И.П., Люцко В.В. Основные факторы, влияющие на потребление алкоголя/наркотиков школьниками/учащимися и студентами Костромской области. Современные проблемы науки и образования. 2015; 5: 115.
6. Соболева Е.А. Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России. Финансы: теория и практика. 2021; 25(3):127-149. doi:10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149
7. Клименко Т.В., Целинский Б.П. Актуальность разработки закона Российской Федерации "организация специализированной медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления психоактивных веществ". Вопросы наркологии. 2019; 9:5 – 17.
8. Зальмунин К.Ю. "Подводные камни" на пути внедрения оплаты психиатрической помощи по обязательному медицинскому страхованию (на примере республики Татарстан). Практическая медицина. 2014; 2(78):133-135.
9. Царева О.В., Верховодова О.В., Попандопуло А.И., Салтыкова Н.Ю. О переходе субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2011 году. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2012; 3:32-37.
10. Чугунов В.И., Мурзаева О.В. О целесообразности введения одноканальной системы финансирования здравоохранения. Бизнес. Образование. Право. 2011; 2 (15):157-165.
11. Шавалеева Ч.М. Преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения: опыт республики Татарстан. Казанский медицинский журнал. 2013; 94 (6):877-884.
12. Михалева Л.Д., Пивоварова Т.И., Левкович Л.С., Максименко Н.Н., Ушаков В.Г. К вопросу об оценке эффективности и качества деятельности наркологических учреждений. Вопросы наркологии. 2002; (3):48-59.

13. Бабич А.М. "Дорожные карты" как инструмент социального бюджета. Уровень жизни населения регионов России. 2015; 2(196):115-122.

References

1. Voskanyan Y., Shikina I., Davidov D., Kidalov F. Medical care safety - problems and perspectives. Lecture Notes in Networks and Systems. 2020, 78: 291-304.

2. Pochetaeva I.P., Lyutsko V.V. Vozrastnye motivacionnye ustanovki k upotrebleniyu psihoaktivnyh veshchestv i social'noe okruzhenie uchashchejsya molodezhi. [Age motivational attitudes towards the use of psychoactive substances and the social environment of students]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [Modern problems of science and education]. 2015;5: 113. (In Russian)

3. Baklanova T.N., Popovich V.K., Shikina I.B. Ekspertiza letal'nyh iskhodov kak dejstvennyj instrument v upravlenii kachestvom okazaniya medicinskoj pomoshchi. [Examination of deaths as an effective tool in managing the quality of medical care]. Menedzhment kachestva v sfere zdravookhraneniya i social'nogo razvitiya. [Quality management in health and social development]. 2012; 4 (14):40-44.

4. Voskanyan JE, Shikina IB. Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare. [Modern trends and scenarios for the development of modern healthcare]. [Current health and medical statistics issues]. Current health and medical statistics issues. 2021, 3; (In Russian) DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-628-652

5. Pochetaeva I.P., Lyutsko V.V. Osnovnye faktory, vliyayushchie na potreblenie alkogolya/narkotikov shkol'nikami/uchashchimisya i studentami Kostromskoj oblasti. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. [The main factors affecting the consumption of alcohol/drugs by schoolchildren/students and students of the Kostroma region]. [Modern problems of science and education]. 2015: 5:115. (In Russian)

6. Soboleva E.A. Byudzhethno-strakhovaya model' finansirovaniya zdravookhraneniya v Rossii [Budget and insurance model of health care financing in Russia]. Finansy: teoriya i praktika [Finance: Theory and practice]. 2021; 25(3):127-149. doi:10.26794/2587-5671-2021-25-3-127-149

7. Klimenko T.V., Tselinskiy B.P. Aktual'nost' razrabotki zakona Rossiyskoy Federatsii "organizatsiya spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi litsam s psikhicheskimi rasstroystvami i rasstroystvami povedeniya vsledstvie upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv" [Relevance of the development of the law of the Russian Federation "Organization of specialized medical care for

persons with mental disorders and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances"].
Voprosy narkologii [Issues of narcology]. 2019; 9:5 – 17.

8. Zal'munin K.Yu. "Podvodnye kamni" na puti vnedreniya oplaty psikhiatricheskoy pomoshchi po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu (na primere respubliki Tatarstan) ["Pitfalls" on the way of introducing payment for psychiatric care for compulsory health insurance (on the example of the Republic of Tatarstan)]. Prakticheskaya meditsina [Practical medicine]. 2014; 2(78):133-135.

9. Tsareva O.V., Verkhovodova O.V., Popandopulo A.I., Saltykova N.Yu. O perekhode sub"ektov rossiyskoy federatsii na preimushchestvenno odnokanal'noe finansirovanie zdravookhraneniya cherez sistemu obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v 2011 godu [On the transition of the constituent entities of the Russian Federation to mainly single-channel financing of health care through the compulsory health insurance system in 2011]. Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsii [Compulsory health insurance in the Russian Federation]. 2012; 3:32-37.

10. Chugunov V.I., Murzaeva O.V. O tselesoobraznosti vvedeniya odnokanal'noy sistemy finansirovaniya zdravookhraneniya [On the feasibility of introducing a single-channel health financing system]. Biznes. Obrazovanie. Pravo [Business. Education. Right]. 2011; 2 (15):157-165.

11. Shavaleeva Ch.M. Preimushchestvenno odnokanal'noe finansirovanie uchrezhdeniy zdravookhraneniya: opyt respubliki Tatarstan [Mainly single-channel financing of healthcare institutions: experience of the Republic of Tatarstan]. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal [Kazan Medical Journal]. 2013; 94 (6):877-884.

12. Mikhaleva L.D., Pivovarova T.I., Levkovich L.S., Maksimenko N.N., Ushakov V.G. K voprosu ob otsenke effektivnosti i kachestva deyatel'nosti narkologicheskikh uchrezhdeniy [On the issue of assessing the effectiveness and quality of the activities of drug treatment institutions]. Voprosy narkologii [Issues of narcology]. 2002; (3):48-59.

13. Babich A.M. "Dorozhnye karty" kak instrument sotsial'nogo byudzheta ["Roadmaps" as a social budget tool]. Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii [Standard of living of the population of the regions of Russia]. 2015; 2(196):115-122.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflicts of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Информация об авторах

Царев Сергей Анатольевич – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер», 443085, Россия, Самара, ул. Южное шоссе, 18; ассистент кафедры Организации здравоохранения ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. 443079, Россия, Самара, ул. Арцыбушевская, 171. E-mail: tsasergey@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-3679-8806, SPIN: 5457-7488

Щербань Андрей Валериевич – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер». 443085, Россия, Самара, Южное шоссе, 18. E-mail: guzsond@mail.ru. ORCID: 0000-0001-8127-97784. SPIN: 9037-9302

Томинина Елена Владимировна – главный врач КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер». 610033, Россия, г. Киров, Студенческий проезд, 7. E-mail: oguz.kirov-ond@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4353-5067

Сиротко Илья Иванович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель управления организации социально значимой и высокотехнологичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Самарской области. 443020, Россия, Самара, ул. Ленинская, 73. E-mail: sirotkoII@samregion.ru. ORCID: 0000-0002-8884-7016, SPIN: 4165-5005

Кулаков Дмитрий Дмитриевич – заместитель главного врача КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер». 610033, Россия, г. Киров, Студенческий проезд, 7. E-mail: kdd89@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6802-7582

About the authors

Tsarev Sergey A. – candidate of Medical Science, deputy chief physician of the Samara State Narcology Dispensary. South str..18, Samara, 443085, Russia; assistant of the Department of Public Health and Healthcare of the Samara State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. Artsybushevskaya str., 171, Samara, 443079, Russia. ORCID: 0000-0002-3679-8806, SPIN: 5457-7488

Shcherban Andrey V. - candidate of Medical Sciences, Chief Physician of the Samara Regional Clinical Narcology Dispensary. Yuzhnoye Shosse, 18/ Samara, 443085, Russia. E-mail: guzsond@mail.ru. ORCID: 0000-0001-8127-97784. SPIN: 9037-9302

Tominina Elena V. - Chief Physician of the Kirov Regional Narcology Dispensary. Studenchesky proezd, 7/ Kirov, 610033, Russia. E-mail: oguz.kirov-ond@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4353-5067

Sirotko Ilya I. - doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the department of organization of socially significant and high-tech medical care of the Ministry of Health of the Samara region. Leninskaya str., 73. Samara, 443020, Russia. E-mail: sirotkoII@samregion.ru. ORCID: 0000-0002-8884-7016 . SPIN: 4165-5005

Kulakov Dmitry D. - deputy chief physician of the Kirov Regional Narcology Dispensary. Studenchesky proezd, 7/ Kirov, 610033, Russia. E-mail: kdd89@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6802-7582

Статья получена: 06.06.2023 г.
Принята к публикации: 25.12.2023 г.