

УДК 614.2

DOI: 10.24411/2312-2935-2020-00020

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МОДЕЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ

В.И. Перхов^{1,2}, И.В. Самородская³, А.А. Третьяков⁴, С.Г. Горин⁵

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России», г. Москва

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

⁴Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, г. Москва

⁵ГБУЗ города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 2» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва

Актуальность. В России запущены механизмы модернизации первичного звена здравоохранения, которые должны улучшить состояние здоровья населения. Вместе с тем, принятые решения направлены в основном на проведение инфраструктурных преобразований в системе здравоохранения и не затрагивают вопросов, связанных с необходимостью совершенствования функций медицинских служб в связи с изменением демографической структуры, а также структуры заболеваемости, причин смертности населения, коморбидностью патологии. В этой связи представляет интерес изучение различных стратегий интеграционных процессов в первичном звене здравоохранения, реализуемых в настоящее время в зарубежных странах.

Цель исследования. Изучение зарубежных данных о формах и моделях интеграции при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Результаты исследования. В системах здравоохранения зарубежных стран активно идут процессы, направленные на преодоление фрагментации оказания медицинской помощи. При этом организационные и экономические механизмы интеграции основаны не только на правах собственности (как в России), но и на договоренностях в рамках контрактных отношений. Фактически появляется новая организационная модель - интегрированная система оказания медицинской помощи. При этом направления интеграции разделяются на два основных типа. Первый - внутриотраслевой (между отдельными медицинскими организациями, службами здравоохранения и социального обеспечения) и второй - между медицинской организацией (органом социальной защиты, поддержки) и человеком.

Выводы. Интеграционные процессы в общественном здравоохранении могут стать ключом к успешному решению многих новых задач, связанных с совершенствованием организации первичной медико-санитарной помощи и модернизацией её инфраструктуры.

Ключевые слова: интеграция в здравоохранении, интегрированные медицинские системы, первичная медико-санитарная помощь, модернизация первичного звена здравоохранения.

INTEGRATED MODELS FOR PROVIDING PRIMARY HEALTH CARE ABROAD

^{1,2}*Perkhov V. I.*, ³*Samorodskaya I. V.*, ⁴*Tretyakov A. A.*, ⁵*Gorin S.G*

¹Federal state budgetary institution "Central research Institute organization and informatization of health care" Ministry of health of Russia, Moscow

²Federal state budgetary educational institution of higher education "Russian national research medical University named after N. I. Pirogov "of the Ministry of health of Russia", Moscow

³National medical research center preventive medicine" of the Ministry of health of Russia, Moscow

⁴Medical research and education center of Lomonosov Moscow state University, Moscow

⁵Hospital for war veterans № 2 of the Moscow city health Department

Relevance. Russia has launched mechanisms for modernizing primary health care, which should improve the health of the population. At the same time, the adopted decisions are mainly aimed at carrying out infrastructural changes in the health system and do not address issues related to the need to improve the functions of medical services in connection with changes in the demographic structure, as well as the structure of morbidity, causes of death, and comorbidity of pathology. In this regard, it is of interest to study various strategies of integration processes in the primary health care sector that are currently being implemented in foreign countries.

Purpose of research. A study of international data on the forms and models of integration in the provision of primary health care.

Research result. Processes aimed at overcoming the fragmentation of medical care are actively underway in the health systems of foreign countries. At the same time, the organizational and economic mechanisms of integration are based not only on property rights (as in Russia), but also on agreements within the framework of contractual relations. In fact, a new organizational model is emerging - an integrated system for providing medical care. In this case, the integration directions are divided into two main types. The first is intra-industry (between individual medical organizations, health and social security services) and the second is between a medical organization (a social protection and support body) and a person.

Conclusions. Integration processes in public health can be the key to successfully addressing many new challenges related to improving the organization of primary health care and upgrading its infrastructure.

Key words: integration in health care, integrated medical systems, primary health care, modernization of primary health care.

Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» утверждены четыре основных принципа модернизации первичного звена здравоохранения страны: 1) доступность и качество первичной медико-санитарной помощи и медпомощи, оказываемой в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и малых городах с населением до 50 тыс. человек;

2) приоритет интересов пациента, а также соблюдение прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 3) приоритет профилактики заболеваний; 4) ответственность органов и должностных лиц за обеспечение прав пациентов [1].

До 1 июля 2020 г. регионы должны принять собственные программы модернизации первичного звена здравоохранения. Проекты программ будут проходить экспертизу. Установлены правила ее проведения. Также закреплён порядок мониторинга и контроля за реализацией программ. Правительством определены мероприятия по реализации принципов, ожидаемые результаты, сроки и ответственные исполнители, которые должны будут обеспечить разработку оптимальных схем размещения медицинских организаций, пересмотреть систему оплаты труда медработников, заменить устаревшее оборудование, увеличить штат врачей.

Письмом Минздрава России от 15.11.2019 г. № 17-9/10/2-176 «О направлении методических рекомендаций по разработке региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» до органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации доведены методические рекомендации по разработке региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения. Такая программа должна содержать: паспорт; информацию о региональных органах, ответственных за достижение каждой поставленной цели и задачи; перечень и описание программных мероприятий, в т. ч. сроки их выполнения и ресурсное обеспечение; описание системы управления реализацией программы, включая распределение полномочий и ответственности между участниками; план мероприятий по реализации программы; сведения о целях и задачах программы; схемы размещения и паспорта медицинских организаций - участников программы.

В своем Послании Федеральному Собранию-2020 президент России Владимир Путин анонсировал выделение за период с 2020 по 2024 гг. 550 млрд рублей из федерального бюджета на модернизацию первичного звена здравоохранения. Таким образом, запущены механизмы, которые должны улучшить состояние здоровья населения на основе реально доступной медицинской помощи и повышения качества медицинских услуг.

Вместе с тем, на наш взгляд, принятые решения направлены в основном на проведение инфраструктурных преобразований в системе здравоохранения и не затрагивают вопросов, связанных с необходимостью совершенствования функций медицинских служб первичного звена здравоохранения. Эта необходимость обусловлена тем, что произошло изменение

демографической структуры, а также структуры заболеваемости населения и причин смертности, патология человека приобрела мультиморбидной характер.

В этой связи представляет интерес изучение различных стратегий интеграционных (межотраслевых и междисциплинарных) процессов в первичном звене здравоохранения, реализуемых в настоящее время в зарубежных странах.

Целью исследования является изучение зарубежных данных о формах и моделях интеграции при оказании первичной медико-санитарной помощи.

В качестве **источников информации** использовались ресурсы специализированных поисковых систем: <http://PubMed.gov>; <http://Scholar.Google.com>; <http://highwire.stanford.edu>; <http://www.gbv.de/du>; www.medscape.com. В анализ включены только полнотекстовые статьи, опубликованные на русском и английском языках.

Результаты. Интерес к интеграционным процессам медицине и, в том числе в первичном её звене, в индустриальных странах мира зародился еще в прошлом веке и продолжает расти.

Эксперты из Института исследований в области здравоохранения (Северо-Западный университет, Эванстон, Иллинойс, США) еще 20 лет тому назад утверждали, что система здравоохранения США перестраивается с головокружительной скоростью за счет развития новых форм межорганизационных отношений и централизации. Во многих частях страны организация оказания медицинской помощи переходит в модели нового поколения, в которых особое внимание уделяется выплатам за сохраненные жизни, а не за оказанные услуги. В процессе этого многие медицинские организации объединяются и превращаются из источников доходов, которые нужно тратить в центры, которыми нужно управлять с ориентацией на результат. При этом больницы в умеренно централизованных системах здравоохранения работают лучше, чем в высокоцентрализованных. Больницы в системах с низкой централизацией имели самые плохие финансовые показатели [1].

Американские эксперты также идентифицировали и классифицировали кластеры организаций, имеющих общие стратегические и структурные особенности, и обнаружили, что медицинские организации, как правило, участвуют в интеграции, основанной на правах собственности или на контрактных отношениях, либо не интегрируются вообще. В целом, авторы смогли классифицировать приблизительно 70 процентов организаций здравоохранения в четко определенные организационные кластеры. При этом авторы используют термин «таксономия» (учение о принципах классификации и систематизации), который предоставляет собой пример нового лексикона для исследователей, политиков и руководителей

здравоохранения, используемый для характеристики ключевых стратегических и структурных особенностей медицинских организаций, развивающихся по кластерному типу [2].

Отдельные кластерные решения в здравоохранении определяются для медицинских сетей и систем здравоохранения путем применения трех стратегических аспектов (дифференциация, интеграция и централизация) к трем компонентам континуума медицинских услуг (больничные и внебольничные медицинские услуги, а также договоренности с врачами в рамках страховой деятельности. При этом используются термин «organized delivery systems» (организованные системы доставки, имеется ввиду «доставка» (оказание) медицинских услуг) - явление, порожденное стратегическими альянсами между больницами, врачами и страховщиками, предназначенными для предоставления более экономически эффективной медицинской помощи за счет функциональной и клинической интеграции [3].

Многими зарубежными авторами рассматривается т.н. «интегрированная система доставки (оказания, предоставления) медицинских услуг» (Integrated delivery system - IDS), также известная как «интегрированная сеть доставки» (IDN). Указанная система является системой здравоохранения, организованной с целью логической интеграции поставки (предоставления) медицинской помощи, в отличие от дефрагментирования системы или случаев полного отсутствия какой-либо системы. Термин иногда используется в широком смысле, со ссылкой на управляемую медицинскую помощь в целом (в отличие от платы за обслуживание медицинской помощи), но и в Соединенных Штатах в настоящее время все чаще относится к какой-либо конкретной сети медицинских организаций, которая пытается скоординировать путь пациента от круглосуточного стационара до медицинской реабилитации. По мнению зарубежных экспертов, интегрированные системы могут обеспечить более доступную и скоординированную медицинскую помощь по всему континууму и связаны с более высоким уровнем производительности, чем менее интегрированные формы оказания медицинских услуг. Определены некоторые ключевые факторы успеха для разработки интегрированных систем, такие, как организационная культура, информационные системы, внутренние стимулы, общее управление качеством, лидерство врачей и рост групповых (командных) практик. Также подчеркиваются, что новая инфраструктура здравоохранения, вероятно, в будущем будет носить все более интегрированный характер [4].

Другой важнейшей интеграционной стратегией в системах первичного здравоохранения экономически развитых стран становится «домашнее здравоохранение» (Home Health). Актуальность «домашнего здравоохранения» обусловлена тем, что современный этап оказания

и организации медицинской помощи характеризуется увеличением в популяции *Homo sapiens* доли пожилых людей и, соответственно, увеличением риска и частоты хронических неинфекционных заболеваний. При этом надо учесть, что по мере изменения демографической структуры популяции меняется структура заболеваемости и, следовательно, меняется потребность в отдельных видах медицинской помощи как качественно, так и количественно. Болезни у пожилых людей трудно поддаются лечению и требуется перейти от «медицинской помощи людям, обращающимся за лечением», с акцентом на лечение орган-специфических заболеваний, на «медицинскую помощь для людей, нуждающихся в лечении, а также в психологической и социальной поддержке» [5]. В будущем остается высокой вероятность увеличения в популяции *Homo sapiens* доли лиц с множественными факторами риска развития хронических заболеваний, в также пациентов после успешного выведения их из жизнеугрожающих состояний, но не способных обслуживать себя самостоятельно [6,7].

Объединению медицинских и социальных служб способствует также сохраняющаяся неопределенность понятия «здоровье». В 1946 году ВОЗ определила здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов», а в 1977 году расширила определение здоровья, дополнив его понятием «социальная и экономическая продуктивность индивида». Однако для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным. Медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучения методам оценки социальной и экономической продуктивности человека. Зарубежными авторами был даже предложен термин «общество ремиссии» (*remission society*), в котором границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос [8]. Эксперты подчеркивают, что «раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью, и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся и вне состояния ремиссии. В результате человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» [9].

В этой связи зарубежные эксперты считают, что необходимо выстраивать альтернативную систему оказания помощи населению, ориентированную на семью, которая должна обеспечивать помощь на дому или ближе к дому, сочетая при этом традиционную медицинскую помощь с поведенческой, психологической и социальной помощью. Эксперты утверждают, что нынешний интенсивный подход к лечению в больнице глубоко ошибочен и приводят доказательства того,

что уход на дому и интеграция медицинского обслуживания с социальными услугами являются краеугольными камнями более гуманной и эффективной системы здравоохранения, которая объединяет социальные и медицинские услуги в кругу семьи и которая может появиться уже в ближайшие несколько лет [10].

Удовлетворение социальных потребностей пациентов может снизить частоту повторных госпитализаций, особенно среди пациентов с более низким социально-экономическим статусом, проживающих в одиночестве, имеющих функциональные нарушения в самообслуживании [11,12].

Персонал для реализации программ Home Health набирается среди старших школьников, студентов, соседей и т.д. Визит таких «специалистов» на дом пенсионеру обходился государству гораздо дешевле, чем финансирование специализированного штата медсестер, врачей и т.д. В итоге данная программа значительно снижает количество дорогостоящих выездов специализированного медицинского персонала на дом к пенсионерам.

Несмотря на то, что эффект от реализации программ Home Health недостаточно изучен, расходы на домашнее здравоохранение растут. Например, в США в 2001 году, когда впервые была введена система перспективных платежей (PPS) на домашнее здравоохранение (Home Health HH), объем этих платежей оставил 34,4 млрд. долл. За последнее десятилетие индустрия домашнего здравоохранения в США пережила очень быстрый рост, и в 2012 году США потратили уже 77,8 млрд. долл. на домашнее здравоохранение [13,14].

Текущие прогнозы предполагают продолжение роста расходов на домашнее здравоохранение. Например, национальные прогнозы в области здравоохранения, опубликованные Центрами медицинского обслуживания и медицинской помощи (CMS), прогнозируют, что рост расходов на домашнее здравоохранение будет опережать средний рост национальных расходов на медицину примерно на два процентных пункта ежегодно, и что к 2021 году эти расходы достигнут 148,3 млрд. долларов США [15].

Обсуждение. Проблема нерациональной структуры оказания медицинской помощи и недостаточно высокой эффективности использования ресурсов в настоящее время является универсальной. С ней сталкиваются системы здравоохранения всех стран, включая Россию [16]. Одна из причин – разрозненность отдельных звеньев системы здравоохранения, даже географически соседствующих друг с другом, которые не объединены общими целями и задачами.

Наш обзор показал, что в системах здравоохранения зарубежных стран активно идут процессы интеграции, которые коснулись самого востребованного вида медицинской помощи – первичной медико-санитарной помощи. Фактически появляется новый организационный вид -

интегрированная система оказания медицинской помощи. Процессы объединения поставщиков медицинских услуг направлены на преодоление вредных последствий фрагментации оказания медицинской помощи. При этом организационные и экономические механизмы интеграции основаны не только на правах собственности (как в России), но и на договоренностях в рамках контрактных отношений.

Интеграцию в здравоохранении можно разделить на два основных типа. Первый - внутриотраслевой (между отдельными медицинскими организациями, службами здравоохранения и социального обеспечения) и второй - между медицинской организацией (органом социальной защиты, поддержки) и человеком. Особая роль при этом отводится исследованиям в области политики и систем здравоохранения, которые проводятся в стремлении понять то, как общества организуются в достижении коллективных целей в области здравоохранения. По своей природе, это междисциплинарные исследования, представляющие собой смесь экономики, социологии, антропологии, политологии, общественного здравоохранения и эпидемиологии [17].

Для российского здравоохранения принципиально важным является понимание системы общественного здравоохранения и как совокупности различных медицинских и немедицинских структур, и их целенаправленной скоординированной деятельности [18]. Многими отечественными исследователями здоровье рассматривается как междисциплинарная проблема, поскольку является интегральным понятием, отражающим качество и условия жизни населения. Такой сложный феномен служит объектом исследования ряда наук и научных направлений, каждое из которых занимает свою «нишу» [19,20,21].

В российских условиях вред от фрагментации здравоохранения усиливается господствующими методами оплаты медицинской помощи. Используемый в системе медицинского страхования порочный принцип «деньги следуют за пациентом» приводит к тому, что каждая медицинская организация преследует лишь собственный экономический интерес, который далеко не всегда соответствует целям общественного здравоохранения.

Наш обзор также показал, что за рубежом растет интерес к программам «домашнего здравоохранения». Можно даже говорить о том, что парадигма смещения основного объема медицинской помощи из стационарных условий оказания в амбулаторное звено начинает замещаться другим форматом – «домашним здравоохранением». Фактически, модифицированный вариант такой программы предложил президент России Владимир Путин, выступая 31 октября 2019 года на заседании Государственного совета по теме «О задачах

субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения» в г. Светлогорск. Президент предложил по образцу стройотрядов формировать студенческие медицинские отряды, которые будут ездить в регионы и оказывать населению консультативную помощь. По мнению Путина, «такие отряды ездили бы по стране и помогали бы людям на уровне своей подготовки» [22].

Заключение. В настоящее время Правительством РФ выбран курс на системную модернизацию первичного звена здравоохранения. Необходимость преобразований обосновывается назревшим комплексом проблем, включая недостаточный уровень финансирования, низкое качество и доступность медицинской помощи.

В этой связи особую актуальность приобретает необходимость формирования обновленной идеологии развития здравоохранения с учетом особенностей не только сложившейся ее структуры и организации деятельности, но и современных зарубежных трендов, которые должны учитываться организаторами здравоохранения.

Среди этих трендов можно выделить развитие интегрированных моделей предоставления медицинской помощи, вовлечение человека в управление своим здоровьем через самостоятельный его контроль и возможность удаленного получения отдельных медицинских услуг, а также их «одомашнивание».

Список литературы

1. Bazzoli GJ, Chan B, Shortell SM, D'Aunno T. The financial performance of hospitals belonging to health networks and systems. *Inquiry*. 2000 Fall; 37(3):234-52.
2. Bazzoli GJ, Shortell SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Serv Res*. 1999 Feb;33(6):1683-717.
3. Dubbs NL, Bazzoli GJ, Shortell SM, Kralovec PD. Reexamining organizational configurations: an update, validation, and expansion of the taxonomy of health networks and systems. *Health Serv Res*. 2004 Feb; 39(1):207-20.
4. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev*. 1996; 2:101-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11066258>.
5. Arai H1, Ouchi Y2, Toba K3, Endo T4, Shimokado K5, Tsubota K6, Matsuo S7, Mori H8, Yumura W9, Yokode M1, Rakugi H10, Ohshima S3. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015 Jun;15(6):673-87. doi: 10.1111/ggi.12450.

6. «Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology» J Natl Compr Canc Netw. 2019 Jul 1;17(7):855-883. doi: 10.6004/jnccn.2019.0033.
7. «Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up». Ann Oncol. 2019». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30788497>.
8. Frank, A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics / Arthur W. Frank. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. P. 8.
9. Diedrich, L, Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007.
10. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients //Population health management. 2018; 21 (2): 96-101.
11. Arbaje AI, Wolff JL, Yu Q, Powe NR, Anderson GF, Boulton C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. Gerontologist. 2008; 48:495–504.
12. Boutwell AE, Johnson MB, Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. J Am Geriatr Soc 2016; 64: 1104–1107.
13. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Available via Centers for Medicare & Medicaid Services. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Accessed> 1 Nov 2019.
14. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC) (2014) A Data Book - Health Care Spending and the Medicare Program June 2014. <http://www.medpac.gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1>. Accessed 12 Nov 2019.
15. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2011–2021. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>.
16. Шейман И. М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1 //Менеджер здравоохранения. 2012; 7: 32-38.
17. Peters DH. Health policy and systems research: the future of the field. Health Res Policy Syst. 2018 Aug 22;16(1):84. doi: 10.1186/s12961-018-0359-0.
18. Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. Общественное здравоохранение и формирование единого

профилактического пространства //Менеджер здравоохранения. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (дата обращения: 17.01.2020).

19. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25 (6): 336-339.

20. Самородская И.В., Семенов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: факторы окружающей среды //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25 (5): 260-265.

21. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: экономические факторы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 24 (6): 336-339.

22. Официальный сайт Президента Российской Федерации. Заседание президиума Госсовета о задачах субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения. <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61942> (дата обращения: 19 января 2020 г.).

References

1. Bazzoli GJ, Chan B, Shortell SM, D'Aunno T. The financial performance of hospitals belonging to health networks and systems. *Inquiry*. 2000 Fall; 37(3):234-52.
2. Bazzoli GJ, Shortell SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P. A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Serv Res*. 1999 Feb;33(6):1683-717.
3. Dubbs NL, Bazzoli GJ, Shortell SM, Kralovec PD. Reexamining organizational configurations: an update, validation, and expansion of the taxonomy of health networks and systems. *Health Serv Res*. 2004 Feb; 39(1):207-20.
4. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev*. 1996; 2:101-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11066258>.
5. Arai H1, Ouchi Y2, Toba K3, Endo T4, Shimokado K5, Tsubota K6, Matsuo S7, Mori H8, Yumura W9, Yokode M1, Rakugi H10, Ohshima S3. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015 Jun;15(6):673-87. doi: 10.1111/ggi.12450.

6. «Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology» J Natl Compr Canc Netw. 2019 Jul 1;17(7):855-883. doi: 10.6004/jnccn.2019.0033.
7. «Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up». Ann Oncol. 2019». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30788497>.
8. Frank, A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics / Arthur W. Frank. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. P. 8.
9. Diedrich, L, Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007.
10. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients //Population health management. 2018; 21 (2): 96-101.
11. Arbaje AI, Wolff JL, Yu Q, Powe NR, Anderson GF, Boulton C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. Gerontologist. 2008; 48:495–504.
12. Boutwell AE, Johnson MB, Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. J Am Geriatr Soc 2016; 64: 1104–1107.
13. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Available via Centers for Medicare & Medicaid Services. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Accessed> 1 Nov 2019.
14. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC) (2014) A Data Book - Health Care Spending and the Medicare Program June 2014. <http://www.medpac.gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1>. Accessed 12 Nov 2019.
15. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2011–2021. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>.
16. Shejman I. M. Zarubezhnyj opyt integracionnyh processov v zdravoohranenii. CHast' 1 //Menedzher zdravoohraneniya. 2012; 7: 32-38. (In Russian).
17. Peters DH. Health policy and systems research: the future of the field. Health Res Policy Syst. 2018 Aug 22;16(1):84. doi: 10.1186/s12961-018-0359-0.
18. Starodubov V.I., Son I.M., Senenko A.S.H., Korotkova A.V., Leonov S.A., Ceshkovskij M.S., Evdakov V.A., Bondarenko A.A. Obshchestvennoe zdravoohranenie i formirovanie edinogo

profilakticheskogo prostranstva //Menedzher zdavoohraneniya. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdavoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (data obrashcheniya: 17.01.2020). (In Russian).

19. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V.YU. Vliyanie medicinskih i nemedicinskih faktorov na smertnost' naseleniya: social'nye faktory //Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2017; 25 (6): 336-339. (In Russian).

20. Samorodskaya I.V., Semenov V.Y., Bojcov S.A. Vliyanie medicinskih i nemedicinskih faktorov na smertnost' naseleniya: faktory okruzhayushchej sredy //Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2017; 25 (5): 260-265. (In Russian).

21. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V.Y. Vliyanie medicinskih i nemedicinskih faktorov na smertnost' naseleniya: ekonomicheskie faktory. Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2017; 24 (6): 336-339. (In Russian).

22. Oficial'nyj sayt Prezidenta Rossijskoj Federacii. Zasedanie prezidiuma Gossoveta o zadachah sub"ektov Rossijskoj Federacii v sfere zdavoohraneniya. <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61942>. (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Перхов Владимир Иванович - доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (г. Москва, ул. Добролюбова, 11), профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования Факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (г. Москва, Россия, ул. Островитянова, 1), e-mail: perkhov@mednet.ru

ORCID 0000-0002-4134-3371, SPIN-код: 5876-5102

Самородская Ирина Владимировна - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической

медицины» Минздрава России, г. Москва, Петроверигский переулок, 10, e-mail: samor2000@yandex.ru; ORCID 0000-0001-9320-1503, SPIN: 6470-5709

Третьяков Андрей Александрович - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова. Москва, Ломоносовский проспект, 27, корп.10, e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Горин Семен Гаврилович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 2» Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, Волгоградский проспект 168, e-mail: cior@mail.ru, SPIN: 3887-0022

Information about authors

Perkhov Vladimir I - doctor of medical Sciences, chief researcher of the fgbi "Central scientific-research Institute of organization and informatization of health" Ministry of health of Russia (Moscow, Dobrolyubova str, 11), Professor, Department of management, Economics of health and health insurance of the faculty of supplementary professional education of GBOWO "Russian national research medical University named after N. And. Pirogov" Ministry of health of Russia (Moscow, Russia, Ostrovityanova str., 1), e-mail: perkhov@mednet.ru; ORCID 0000-0002-4134-3371, SPIN: 5876-5102

Irina Samorodskaya-doctor of medical Sciences, Professor, chief research officer of the Federal state budgetary institution "national medical research center for preventive medicine" of the Ministry of health of Russia, 10 Petroverigsky pereulok, Moscow, e-mail: samor2000@yandex.ru; ORCID 0000-0001-9320-1503, SPIN: 6470-5709

Andrey Tretyakov -candidate of medical Sciences, senior researcher At the medical research and education center of Moscow state University named after M. V. Lomonosov. Moscow, Lomonosovsky Prospekt, 27, korp.10, e-mail: 9030121077@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3132-836X

Semyon Gorin -candidate of medical Sciences, Deputy chief physician for surgery «Hospital for war veterans №2» of the Moscow city health Department. Moscow, Volgogradsky Prospekt, 168, e-mail: cior@mail.ru, SPIN: 3887-0022

Статья получена: 21.01.2020 г.
Принята к публикации: 18.03.2020 г.