

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2021-00013

КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И «НОВЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДОГОВОР»

В.И. Перхов¹, Е.В. Песенникова²

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

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Введение. Пандемия COVID-19 стала проверкой готовности систем здравоохранения стран мира к массовому поступлению больных в условиях чрезвычайной ситуации и оказанию населению значительных объемов медицинской помощи за короткий промежуток времени. Также вспышка новой коронавирусной инфекции поставила перед обществом уникальные, экономические и этические дилеммы, поскольку она предъявила новые требования к социальным системам, прежде всего – к системам здравоохранения, как на национальном, так и на глобальном уровне. Одно из этих требований – реальное, а не формальное обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Цель: Описание и анализ отдельных показателей Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи за период с 2011 по 2019 гг. с целью поддержки управленческих решений по укреплению отрасли в условиях сохранения угроз техногенного и антропогенного характера.

Материалы и методы. Сведения о фактических объемных и финансовых показателях медицинской помощи извлечены из сводного по России отчета по форме № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Для оценки полученных данных использовались простые (невзвешенные) среднеарифметические величины. Для пересчета текущих экономических показателей в постоянные цены был использован среднегодовой индекс-дефлятор для деятельности в области здравоохранения и социальных услуг.

Результаты. Роль государственных медицинских учреждений в обеспечении населения медицинской помощью, постепенно ослабевает. Все большее число частных медицинских организаций становятся участниками системы ОМС. При этом растет объем и удельный вес частных расходов на медицинскую помощь в больницах и поликлиниках, финансируемых из государственной казны, что можно расценивать как коммерциализацию общественного здравоохранения. В условиях нарастания угроз техногенного и антропогенного характера, решающим шагом на пути к преобразованию системы общественного здравоохранения в России, как важнейшей социальной отрасли, может стать увеличение расходов казны на бесплатное оказание медицинской помощи, а также развитие институтов гражданского общества – важнейших элементов общенационального плана восстановления экономики в постпандемический период.

Вывод. Новый общественный договор – это новая роль государства в решении социальных проблем, таких как бедность, неравный доступ к социальным благам (медицине,

образованию и др.) в экстремальных ситуациях. В этом договоре консолидируются усилия государственного и частного сектора в построении новой социальной системы, в том числе системы здравоохранения, гарантирующей людям достойную защиту их здоровья, обеспечение природной адаптивности, все составные элементы которой способны оперативно и слаженно работать в условиях крайне опасных эпидемий и иных биологических угроз.

Ключевые слова: программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, объёмы финансирования видов медицинской помощи, платные медицинские услуги, коммерциализация здравоохранения, пандемия COVID-19, новый общественный договор.

COMMERCIALIZATION OF PUBLIC HEALTH CARE AND «NEW PUBLIC CONTRACT»

V.I. Perkhov¹, E.V. Pesennikova²

¹*FGBU "Central Research and Development Institute of the organization and informatization of health care" of the Russian Ministry of Health, Moscow*

²*FGAOU IN the First MGMU of I.M. Sechenov of the Russian Ministry of Health (the Sechenovsky University), Moscow*

Introduction. The pandemic of COVID-19 became check of readiness of health care systems of the countries of the world for mass arrival of patients in the conditions of emergency situation and to rendering medical care to the population of considerable volumes for a short period. In addition to it the outbreak of a new koronavirusny infection put before society unique, economic and ethical dilemmas as it imposed new requirements to social systems first of all – to health care systems, both on national, and at the global level. One of these requirements – real, but not formal providing the state guarantees of free rendering medical care to citizens.

Purpose. The description and the analysis of separate indicators of the Program of the state guarantees of free rendering to citizens of the Russian Federation of medical care for the purpose of support of management decisions on strengthening of the industry in the conditions of preservation of threats of technogenic and anthropogenic character.

Materials and methods. Data about actual volume and financial indicator of medical care are taken from the summary report across Russia on form No. 62 «Data on implementation of the Program of the state guarantees of rendering to citizens of the Russian Federation of free medical care». For assessment of the obtained data simple (unweighted) arithmetic-mean sizes were used. For recalculation of the current economic indicators in stable prices we used the average annual index deflator for activity in the field of health care and social services.

Results. The role of the public medical institutions in providing the population with medical care, gradually weakens. The increasing number of the private medical organizations become participants of the compulsory health insurance system. At the same time the volume and specific weight of private expenses on medical care grows in the hospitals and polyclinics financed from the state treasury that can be regarded as commercialization of public health care. In the conditions of increase of threats of technogenic and anthropogenic character, a decisive step on the way to transformation

of a system of public health care in Russia as major social industry, there can be an increase in expenses of treasury on free delivery of health care and also development of institutes of civil society - the most important elements of the national plan of an economic recovery during the post-pandemic period.

Conclusion. The new public contract is a new role of the state in the solution of social problems, such as poverty, unequal access to the social benefits (to medicine, education, etc.) in extreme situations. In this contract efforts of the public and private sector are consolidated in creation of a new social system, including the health care system guaranteeing to people worthy protection of their health, ensuring natural adaptability which all components are capable quickly and to work well-coordinated in the conditions of extremely dangerous epidemics and other biological threats.

Keywords: program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens, amounts of financing of types of medical care, paid medical services, commercialization of health care, COVID-19 pandemic, new public contract.

Введение. Пандемия COVID-19 стала проверкой готовности систем здравоохранения стран мира к массовому поступлению больных в условиях чрезвычайной ситуации и оказанию населению значительных объемов медицинской помощи за короткий промежуток времени. В дополнение к этому вспышка новой коронавирусной инфекции поставила перед обществом уникальные, экономические и этические дилеммы, поскольку она предъявила новые требования к социальным системам прежде всего – к системам здравоохранения, как на национальном, так и на глобальном уровне. Одно из этих требований – обеспечение сбалансированности национальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В этой связи представляется важным проведение анализа изменений основных показателей Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи.

Цель: Описание и анализ отдельных показателей Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи с целью поддержки управленческих решений по укреплению отрасли в условиях сохранения угроз техногенного и антропогенного характера.

Материалы и методы. Сведения о расходах на медицинскую помощь извлечены из сводного по России отчета по форме № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (с 2014 года – «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению»), утвержденной приказами Росстата от 29 июля 2009 г. № 154, от 15 мая 2014 г. N 308, от 30.12.2015 № 672, от 02.11.2018 № 658, от 29 сентября 2017 г. № 646, от 24 августа 2016 г. № 445, от 26 ноября 2019 г. № 701. Данная форма составляется

медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - Программа).

Так как в процессе инфляции происходит относительное занижение стоимости материальных активов, используемых медицинскими организациями (основных средств, запасов товарно-материальных ценностей и т.п.), снижение реальной стоимости денежных и других финансовых активов, для пересчета текущих экономических показателей в постоянные цены нами был использован среднегодовой индекс-дефлятор для деятельности в области здравоохранения и социальных услуг [1]:

Отчетный период	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Среднегодовой индекс-дефлятор	1,00	1,07	1,18	1,14	1,04	1,03	1,06	1,17	1,09

По строке «Прочие виды медицинских и иных услуг, оказанные иными типами медицинских организаций» представляются сведения о расходах консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств ОМС, направленных на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС (до 2019 года), а также медицинской помощи оказываемой: лепрозориями, центрами профилактики и борьбы со СПИД, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, центрами профессиональной патологии, центрами охраны здоровья семьи и репродукции. Объем и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, отражён в строке «Медицинская помощь в круглосуточном стационаре». В этой же строке, начиная с отчета за 2019 год, отражается объем и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС.

Результаты. За 2011-2019 гг. число больниц государственной формы собственности, участвующих в реализации ПГГ, сократилось с 4542 в 2011 году до 2896 в 2019 году, или на 37%. При этом число больниц негосударственной формы собственности, участвующих в реализации ПГГ, увеличилось почти в 1,5 раза – с 163 организаций в 2011 году до 235 в 2019 году.

Частные медицинские организации вовлечены в процессы оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи. В связи с изданием Постановления Правительства РФ от 29.01.2019 № 56 «Об утверждении Правил финансового обеспечения

высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации медицинскими организациями частной системы здравоохранения», Министерство здравоохранения России в 2019 году впервые утвердило перечень медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь населению [2].

Число медицинских организаций скорой медицинской помощи государственной формы собственности, сократилось с 235 в 2011 году до 169 в 2019 году, или на треть. При этом число медицинских организаций скорой медицинской помощи негосударственной формы собственности, участвующих в реализации ППГ, увеличилось с всего одной организации в 2012 году до 28 организаций в 2019 году.

Число амбулаторно-поликлинических учреждений государственной формы собственности, сократилось с 2581 в 2011 году до 1419 в 2019 году, или в два раза. При этом число амбулаторно-поликлинических медицинских организаций негосударственной формы собственности, участвующих в реализации ППГ, увеличилось с 485 организаций в 2012 году до 2160 организаций в 2019 году, или в 4,5 раза.

Объём финансовых поступлений от оказания медицинской помощи за плату в указанных медицинских организациях за 9 лет увеличился в 2,7 раза – с 86,1 млрд. рублей в 2011 году до 228,8 млрд. рублей в 2019 году (без учета индекса-дефлятора), или в 2,7 раза. С учетом индекса-дефлятора рост данного показателя в среднем по всем видам медицинской помощи в период с 2011 по 2019 гг. составил 2,4 раза. Удельный вес объема платных медицинских услуг в медицинских организациях, участвующих в программах ОМС составлял в 2015 году 26,7% от общего объема оказываемых населению платных медицинских (228,8 из 528,4 млрд. рублей), а в 2018 году уже 31,6% (228,8 из 677,7 млрд. рублей) [3].

Фактические суммарные затраты из государственных источников на оказание видов медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС, за 9 лет увеличились с 1,4 трлн. рублей в 2011 году до 3,2 трлн. рублей в 2019 году (таблица).

Таблица

Фактические объёмы финансирования видов медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, 2011-2019 гг., млрд.рублей.

<i>Вид медицинской помощи</i>	<i>2011</i>	<i>2013</i>	<i>2015</i>	<i>2017</i>	<i>2019</i>
Медицинская помощь в круглосуточном стационаре	664,3	853,1	967,1	998,8	1304,4
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	489,6	630,4	722,4	775,2	967,3
Скорая медицинская помощь	80,7	87,8	111,4	115,2	159,0
Дневной стационар	30,9	48,5	96,5	118,1	198,2
Паллиативная медицинская помощь	X	X	11,4	16,4	23,0
Медицинская реабилитация	X	X	11,3	17,9	23,6
Прочие виды медицинской помощи	179,0	201,1	267,9	382,1	515,8
Итого,	1444,6	1820,9	2188,0	2423,8	3191,4
в том числе за счет негосударственных источников:	86,1	111,3	141,3	195,5	228,8

Объемы и финансирование медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре не включают объемы и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, которые отражены в разделе «Прочие виды медицинской помощи» (Письмо Министерства здравоохранения РФ от 31 января 2020 г. № 11-7/И/1-397 «О направлении инструкции по заполнению отчета по форме № 62»)

При этом объем финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность по ОМС, от оказания за плату медицинской помощи в амбулаторных условиях вырос с 54,7 млрд. рублей в 2011 году до 118,0 млрд. рублей в 2019 году, или в 2,2 раза, в условиях круглосуточного стационара – с 19,3 до 37,3 млрд. рублей, или в 1,9 раза, в условиях дневных стационаров – с 0,5 до 3,7 млрд. рублей или в 7,0 раз, прочие виды медицинских и иных услуг – с 11,6 до 50,6 млрд рублей или в 4,4 раза (рис. 5,6,7,8).

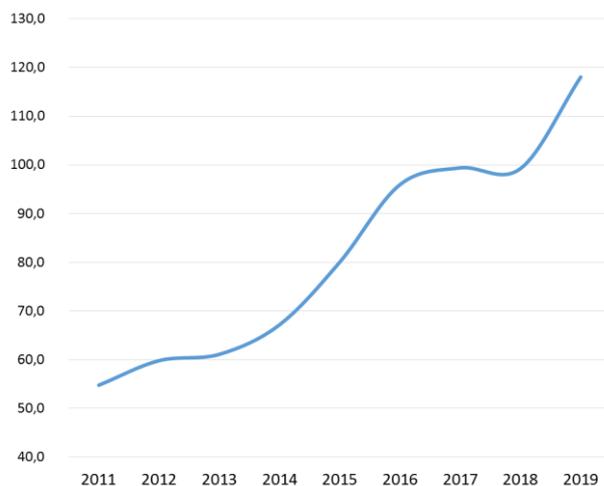


Рисунок 5. Динамика объема финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования от оказания за плату медицинской помощи в амбулаторных условиях

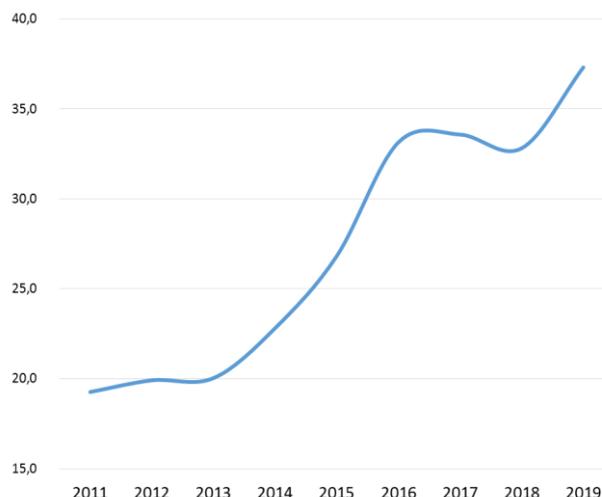


Рисунок 6. Динамика объема финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования от оказания медицинской помощи за плату в условиях круглосуточного стационара

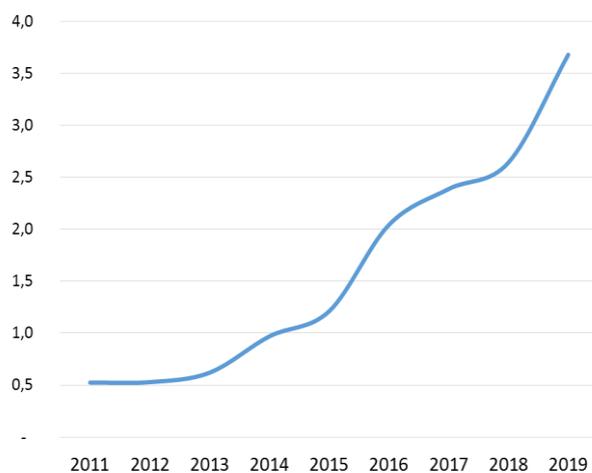


Рисунок 7. Динамика объема финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность в системе ОМС, от оказания за плату медицинской помощи в условиях дневных стационаров, (млрд. рублей), 2011-2019 гг.

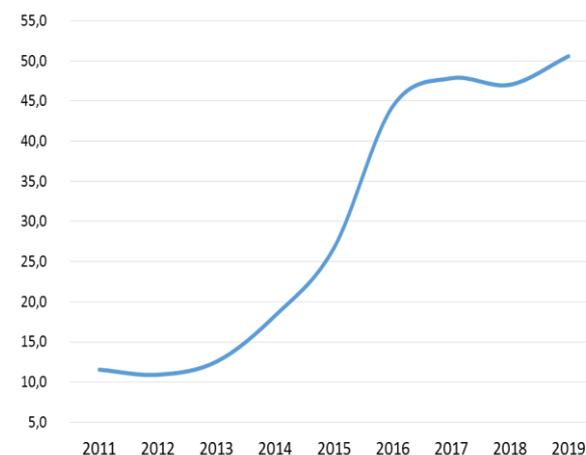


Рисунок 8. Динамика объема финансовых поступлений в медицинские организации, осуществляющих деятельность в системе ОМС, от оказания за плату прочих медицинских и иных услуг, (млрд. рублей), 2011-2019 гг.

Как следует из диаграмм, в 2013 и 2018 годах имеет место снижение объёма финансовых поступлений от оказания всех видов медицинской помощи за плату. По нашему мнению, причиной этого является то, что на фоне общего увеличения объемов финансирования видов медицинской помощи, оказываемых гражданам по Программе государственных гарантий из средств ОМС и бюджетов субъектов Российской Федерации

(рис. 9,10), именно в 2013 и 2018 годах темп роста объемов финансирования из средств ОМС был самым высоким и составил соответственно 62% и 18% в год.



Рисунок 9. Объемы финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам по Программе государственных гарантий, по источникам, млрд.рублей, 2011-2019 гг.

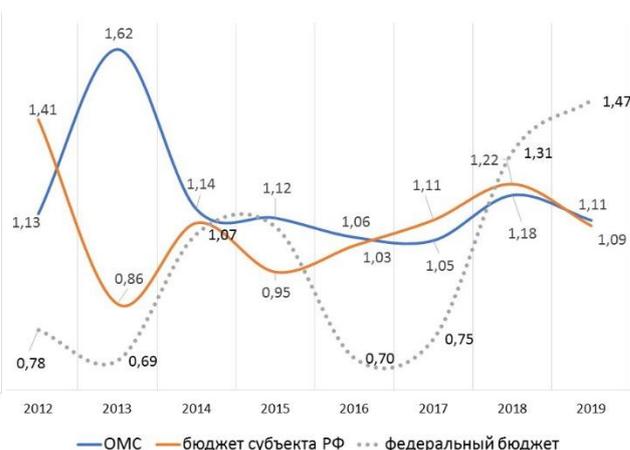


Рисунок 10. Годовой темп роста объема финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам по Программе государственных гарантий, по источникам (коэффициент отношения значения показателя к предыдущему году), 2012-2019 гг.

Темп роста объемов финансирования Программы за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации составил в среднем за изучаемый период 9,7% в год. При этом объем финансирования гарантированных объемов медицинской помощи счет средств федерального бюджета снизился с 148,7 млрд. в 2011 году до 94,4 млрд. рублей в 2019 году.

Средний подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС вырос с 4102,9 рубля в 2012 году до 5942,5 рубля в 2013 году, или на 44,8% и с 8896,0 рублей в 2017 году до 10812,7 рубля в 2018 году, или на 21,5% (рис. 11). При этом коэффициент среднегодового темпа роста средних подушевых нормативов финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств ОМС в 2013 и в 2017 годах был самым существенным и составил 1,45 и 1,22 соответственно (рис. 12).

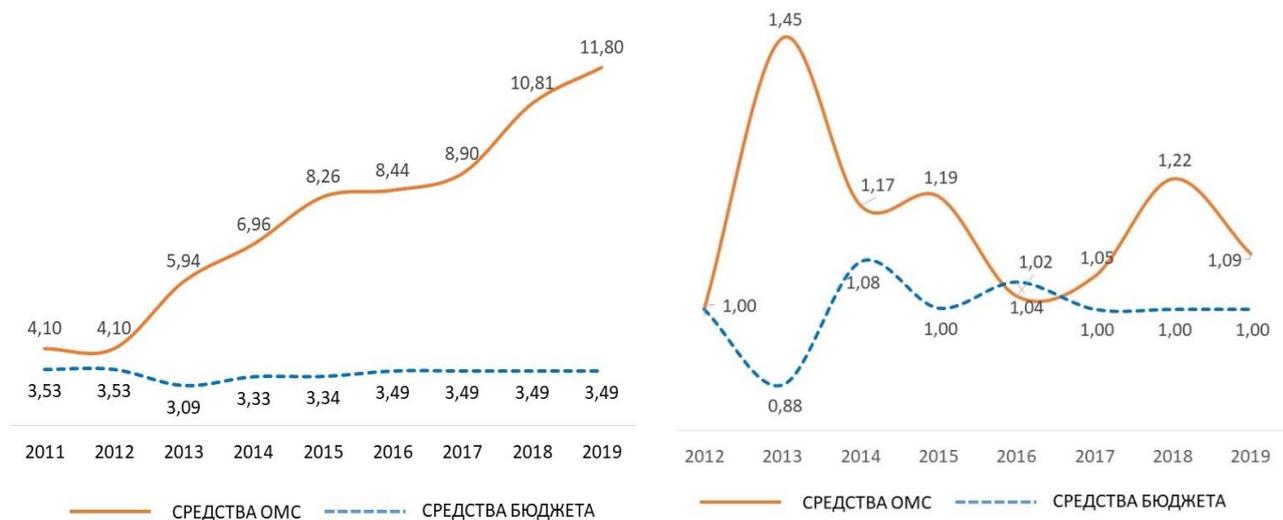


Рисунок 11. Средние подушевые нормативы финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, тыс. рублей, 2011-2019 гг.

Рисунок 12. Темпы роста средних подушевых нормативов финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (коэффициент отношения значения показателя к предыдущему году), 2012-2019 гг.

Обсуждение результатов. Как показало наше исследование, роль государственных медицинских учреждений в обеспечении населения гарантированной медицинской помощью, постепенно ослабевает. Все большее число частных медицинских организаций становятся участниками системы ОМС. При этом растет объем и удельный вес частных расходов на медицинскую помощь, оказываемую в больницах и поликлиниках, в осуществляющих деятельность по реализации Программы государственных гарантии медицинской помощи. Очевидна также обратная зависимость между объемами платных медицинских услуг в медицинских организациях, работающих в ОМС, и объемами финансирования этих организаций из казны, что подтверждает тезис о замещении гарантированных населению бесплатных медицинских услуг платными.

Вместе с тем, во всех странах частные расходы признаются необходимой составляющей структуры источников финансирования здравоохранения. Ни одна страна в мире на сегодня не способна обеспечить полное удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи за счет исключительно общественных средств. Разрешение частных расходов позволяет смягчить неудовлетворенность людей деятельностью общественной

системы здравоохранения, а также привлечь дополнительные ресурсы в эту сферу. Кроме того, полностью бесплатное предоставление всех видов медицинской помощи в неограниченном объеме порождает проблему т.н. «оппортунистического поведения потребителя», связанного с необоснованным обращением за медицинской помощью. С другой стороны, коммерциализация медицины, наблюдающаяся повсеместно, ведет к нарушению границ, разделяющих государственный и частный сектора здравоохранения [4]. Рост рынка частных медицинских услуг в условиях глубокого материального неравенства негативно влияет на качество медицинского обслуживания и здоровье населения. Чем выше материальное неравенство, тем сильнее зависимость показателей здоровья от уровня доходов. Причём государственные расходы уменьшают, а частные расходы усиливают эту зависимость. Также установлено, что выше доля частных расходов в совокупных расходах на здравоохранение, тем ниже ожидаемая продолжительность жизни при рождении [5].

Связанные с пандемией COVID-19 падение доходов населения, а также меры, связанные с ограничением мобильности людей приведут к изменению структуры спроса, а также к сокращению потребления. В результате введения для предприятий ограничительных мер снизятся объемы страховых взносов, а также налоговые поступления в бюджеты. Это приведет к снижению доходов бюджетов, федеральных внебюджетных социальных фондов, дефициту финансового обеспечения программ обязательного социального, в том числе медицинского, страхования, а также к сокращению возможности компенсации этого дефицита в рамках бюджетной системы [6]. Объемы медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы государственных гарантий, также сократятся, что может способствовать усилению бремени личных расходов на здравоохранение, в том числе для групп населения с низкой платёжеспособностью, а также живущих за чертой бедности, число которых по данным Росстата за первый квартал 2021 года выросло до 18,0 млн. человек, в то время как, например, в 2012 году – 15,4 млн. человек [7].

Стоит также отметить, что согласно исследованиям, Кеegan и др. зарубежных авторов (2013), государственные расходы на здравоохранение, как правило, нечувствительны к экономическим спадам. Только в случае серьезного экономического кризиса происходит значительное сокращение государственных расходов на здравоохранение. В частном секторе эта зависимость более заметна, и сокращение личных расходов на здравоохранение происходило даже при небольшом ухудшении экономической ситуации в стране [8].

Наш анализ также показывает, что, как и во многих других странах бывшего Советского Союза [9], в России формируется плюралистическая децентрализованная система здравоохранения, в которой сокращение числа государственных медицинских учреждений сопровождается ростом числа частных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, т.е. финансируемых одновременно за счет государственной казны и за счет личных средств граждан.

В условиях усиления присутствия частного сектора в общественном здравоохранении, нарастания угроз техногенного и антропогенного характера, революционных изменений, происходящие вследствие «четвертой промышленной революции» (автоматизация и роботизация производства, создание социально-технических систем и «умных заводов», на которых машины смогут самостоятельно принимать все решения и выдавать на выходе продукт, ориентируясь на сиюминутные запросы потребителя), решающим шагом на пути к преобразованию системы здравоохранения в России может стать «новый общественный договор», как важнейший элемент общенационального плана восстановления экономики в постпандемический период.

Новый общественный договор – это новая роль государства в решении социальных проблем, таких как бедность, неравный доступ к медицине и образованию и др. в экстремальных ситуациях. В этом договоре консолидируются усилия государственного и частного сектора в построении новой социальной системы, в том числе системы здравоохранения, гарантирующей людям достойную защиту их здоровья, обеспечение природной адаптивности и высокого иммунитета, все составные элементы которой способны оперативно и слаженно работать в условиях крайне опасных эпидемий и иных угроз.

Чтобы реализовать эти принципы, и гарантировать реальную бесплатность качественной медицинской помощи в плюралистической и децентрализованной системе здравоохранения, крайне важно обеспечить эффективную и централизованную власть, определяющую социальную политику в сфере охраны здоровья граждан, обеспечивающую стратегическое и тактическое руководство отрасли.

Заключение. Одной из важнейших функций общественного здравоохранения является не только функция предоставления медицинских услуг, защиты здоровья и профилактики заболеваний, но и функция реагирования на опасности для здоровья людей и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения. Общественное здравоохранение

должно находиться в постоянной готовности к преобразованиям, поскольку как угрозы, так и потенциально ответные меры на эти угрозы постоянно меняются.

Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 стала политическим триггером, формирующим потребность общества в новых формах солидарности между государством и гражданами. Пандемия в значительной степени изменила быт, привычки, социальные связи граждан и дальнейшее ухудшение положения граждан весьма опасно. С учетом низкой и снижающейся из-за вызванного пандемией экономического кризиса платёжеспособности населения, декларативность и неопределенность Программы государственных гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи может привести к серьезному неравенству в доступе к медицинской помощи.

Усугубляет ситуацию существующая система социально-экономических отношений общества и бизнеса, управляемая рыночными либерально-экономическими процессами, основанными на расширении крупной частной собственности и разрушении патриархальных традиций. Все это приводит к необходимости выработки обществом новых ценностей и новых механизмов, обеспечивающих реализацию конституционных прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи, а также готовность здравоохранения к борьбе с современными опасностями, угрожающими здоровью людей.

Список литературы

1. Федеральная служба государственной статистики. Официальный сайт. Национальные счета. <https://rosstat.gov.ru/accounts?print=1> (дата обращения: 08.01.2021)
2. Приказ Минздрава России от 27 декабря 2019 года № 1101н «Об утверждении перечня медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации» // СПС «Консультант плюс»
3. Платное обслуживание населения в России. 2019: Стат. сб./П37 Росстат. - М., 2019. – 110 с.
4. Зарубина О.А., Сисигина Н.Н. Факторы и значение частных расходов в здравоохранении // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-i-znachenie-chastnyh-rashodov-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 03.12.2020).

5. Козырева П. М. и др. Масштабы распространения и размеры оплаты медицинских услуг //Социологическая наука и социальная практика. – 2018. – Т. 6. – №. 3 (23).
6. Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н., Обухова О. В., Базарова И. Н., Ендовицкая Ю. В., Несветайло Н. Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. Менеджер здравоохранения. - 2020. - №4. – С. 58-71.
7. Статистика России и мира – информация и показатели. Уровень бедности по данным Росстат. <https://rosinfostat.ru/uroven-bednosti/> (дата обращения: 10.01.2021)
8. Keegan, C.; Thomas, S.; Normand, C.; Portela, C. Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. Int. J. Health Care Financ. Econ. 2013, 13, 139–155.
9. Balabanova D. et al. Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries //Health services research. – 2004. – Т. 39. – №. 6p2. – С. 1927-1950.

References

1. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Oficial'nyj sajt. Nacional'nye scheta. <https://rosstat.gov.ru/accounts?print=1> (data obrashcheniya: 08.01.2021) (In Russian)
2. Prikaz Minzdrava Rossii ot 27 dekabrya 2019 goda № 1101n «Ob utverzhdenii perechnya medicinskih organizacij chastnoj sistemy zdravoohraneniya, okazyvayushchih vysokotekhnologichnyu medicinskuyu pomoshch', ne vklyuchennuyu v bazovuyu programmu obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya, grazhdanam Rossijskoj Federacii» // SPS «Konsul'tant plyus» (In Russian)
3. Platnoe obsluzhivanie naseleniya v Rossii. 2019: Stat. sb./P37 Rosstat. - M., 2019. – 110 с. (In Russian)
4. Zarubina O.A., Sisigina N.N. Faktory i znachenie chastnyh rashodov v zdravoohranenii // Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-i-znachenie-chastnyh-rashodov-v-zdravoohranenii> (data obrashcheniya: 03.12.2020). (In Russian)
5. Kozyreva P. M. i dr. Masshtaby rasprostraneniya i razmery opłaty medicinskih uslug //Sociologicheskaya nauka i social'naya praktika. – 2018. – Т. 6. – №. 3 (23). (In Russian)
6. Starodubov V. I., Kadyrov F. N., Obuhova O. V., Bazarova I. N., Endovickaya YU. V., Nesvetajlo N. YA. Vliyanie koronavirusa SOVID-19 na situaciyu v rossijskom zdravoohranenii. Menedzher zdravoohraneniya. - 2020. - №4. – S. 58-71. (In Russian)

7. Statistika Rossii i mira – informaciya i pokazateli. Uroven' bednosti po dannym Rosstat. <https://rosinfostat.ru/uroven-bednosti/> (data obrashcheniya: 10.01.2021) (In Russian)

8. Keegan, C.; Thomas, S.; Normand, C.; Portela, C. Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *Int. J. Health Care Financ. Econ.* 2013, 13, 139–155.

9. Balabanova D. et al. Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries // *Health services research.* – 2004. – Т. 39. – №. 6p2. – S. 1927-1950.

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, доцент, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: perkhov@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-4134-3371, SPIN code: 5876-5102

Песенникова Елена Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств Факультета управления и экономики здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва Большая Пироговская улица, 2, стр. 2, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6023-7734, SPIN code: 5964-6429,

Information about authors

Perkhov Vladimir is the doctor of medical sciences, associate professor, the chief researcher of Federal State Budgetary Institution Central Research and Development Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Dobrolyubov St., 11, e-mail: perkhov@mednet.ru

ORCID: 0000-0002-4134-3371, SPIN code: 5876-5102, AuthorID: 406766

Pesennikova Elena is the candidate of medical sciences, the associate professor of the organization and management in the sphere of drug circulation of Faculty of management and economy of health care of the First Moscow state medical university of I.M. Sechenov, Moscow Bolshaya Pirogovskaya Street, 2, p. 2, e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6023-7734, SPIN code: 5964-6429, AuthorID: 960381

Статья получена: 18.02.2021 г.

Принята к публикации: 25.03.2021 г.