



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ИНСТИТУТА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

А.В.Панов¹, Т.Ю.Быковская^{1,2}

1. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29
2. Министерство здравоохранения Ростовской области, 344029, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33

Резюме

В статье рассмотрены основные проблемы, с которыми сталкиваются производители и потребители платных медицинских услуг. Рост объемов оказываемой возмездной медицинской помощи превалирует в областях стоматологии, диагностики и косметологии. Безусловно, перспективными направлениями в отечественном здравоохранении будут расширение добровольного медицинского страхования практически во всех сферах медицины, дальнейшая цифровизация и поэтапное развитие коммерческого амбулаторно-поликлинического звена. Ведь в настоящее время каждая четвертая амбулаторно-поликлиническая медицинская организация является негосударственной. В связи с этим, учитывая зарубежный и отечественный опыт модернизации рынка медицинских услуг, в работе комплексно проанализированы тенденции развития коммерческой медицины в рамках правового, организационного и социально-экономического регулирования отрасли здравоохранения. Представлены маркетинговые инструменты по оптимизации системы оказания платных услуг. Обоснована ключевая роль механизмов государственно-частного взаимодействия в управлении здравоохранением. Интегративные подходы к проблемам внедрения и развития возмездных медицинских услуг, рассмотренные в данном исследовании, позволят систематизировать и скорректировать внебюджетную деятельность медицинских организаций при параллельном повышении доступности и качества оказания медицинской помощи в России.

Ключевые слова:

платная медицинская услуга, медицинская организация, нормативно-правовое регулирование, медицинское финансирование, государственно-частное партнерство, маркетинг

Оформление ссылки для цитирования статьи

Панов А.В., Быковская Т.Ю. Современные подходы к совершенствованию института платных медицинских услуг в России. Исследования и практика в медицине. 2019; 6(1): 119-131. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-1-13

Для корреспонденции

Панов Анатолий Владимирович, аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29
E-mail: lefrostovsky@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3973-1209>

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 31.01.2019 г., принята к печати 11.03.2019 г.

MODERN APPROACHES TO THE IMPROVEMENT OF THE INSTITUTE OF PAID MEDICAL SERVICES IN RUSSIA

A.V.Panov¹, T.Yu.Bykovskaya^{1,2}

1. Rostov State Medical University, 29 Nakhichevskiy per., Rostov-on-Don 344022, Russian Federation

2. Ministry of Healthcare, 33, 1st Konnoi Armii str., Rostov-on-Don 344029, Russian Federation

Abstract

The article pertains to the main problems faced by manufacturers and consumers of paid medical services. The increase in the volume of paid medical care prevails in the fields of dentistry, diagnostics and cosmetology. Of course, the expansion of voluntary medical insurance in almost all areas of medicine, further digitalization and gradual development of commercial outpatient care will be promising areas in the domestic health care. After all, currently every fourth outpatient medical organization is private owned. In this regard, taking into account the foreign and domestic experience of modernization of the medical services market, the paper comprehensively analyzes the trends in the development of commercial medicine within the legal, organizational and socio-economic regulation of the health care industry. Marketing tools to optimize the system of paid services are presented. The key role of mechanisms of public-private interaction in health care management is proved. Integrative approaches to the problems of introduction and development of paid medical services, considered in this study, will allow to systematize and to adjust the extra-budgetary activities of medical organizations while simultaneously increasing the availability and quality of medical care in Russia.

Keywords:

paid medical service, medical organization, legal regulation, medical financing, public-private partnership, marketing

For citation

Panov A.V., Bykovskaya T.Yu. Modern approaches to the improvement of the institute of paid medical services in Russia. Research'n Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2019; 6(1): 119-131. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-1-13

For correspondence

Anatolii V. Panov, postgraduate student, department of health organization and public health with a course of information computer technologies in health care and medicine, FHC and PRS, Rostov State Medical University
Address: 29 Nakhichevskiy str., Rostov-on-Don 344022, Russian Federation
E-mail: lefrostovsky@gmail.com
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3973-1209>

Information about funding. No funding of this work has been held.

Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

The article was received 31.01.2019, accepted for publication 11.03.2019

В последнее время увеличивается спрос на платные медицинские услуги, невзирая на сложное экономическое и политическое положение России в мировом сообществе. Спецификой сегодняшней системы здравоохранения является проблема финансирования отрасли при сохранении государственных гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи населению России [1]. Конституция РФ не гарантирует безусловную бесплатность медицинской помощи, а только определяет, за счет каких источников данная помощь предоставляется [2].

Согласно статьям 82 и 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ), финансовое обеспечение оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологической, паллиативной помощи, осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов, средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и, в том числе, за счет иных источников.

Иными источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства соответствующего федерального бюджета, субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, обязательного медицинского страхования, организаций граждан, а также средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования и иные, не запрещенные законодательством Российской Федерации, источники.

Четвертая часть статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств. То есть пациент может самостоятельно установить для себя необходимый объем платных услуг, а медицинская организация, со своей стороны, не обязана оказывать возмездную медицинскую помощь в полном объеме стандарта. Таким образом, на законодательном уровне закреплено, что граждане РФ имеют право на получение медицинской помощи как на безвозмездной, так и на возмездной основах [3]. Платные медицинские услуги пациент может получать в медицинских организациях с различной организационно-правовой формой собственности. По данным Н.Г. Петровой, платные услуги можно дифференцировать по следующим группам.

1. Возмездные услуги, предоставляемые бюджетными организациями системы здравоохранения.

2. Платные медицинские услуги, оказываемые внебюджетными (частными) медицинскими орга-

низациями различных форм собственности и специализации.

3. Платные медицинские услуги, оказываемые врачом в частном порядке, что незаконно. При этом формируются так называемые «теневые платежи», наносящие значительный урон экономике страны [4].

Согласно оценке К.С. Фиоктистова, теневые платежи занимают в стоимостном измерении 6–7% общего рынка платных медицинских услуг, что весьма существенно [5]. В связи с этим возникает необходимость создания повсеместной и прозрачной системы оказания возмездных медицинских услуг, которая учитывает потребности как медицинского персонала, так и пациентов.

Краткий социально-экономический обзор функционирования рынка медицинских услуг

Рассмотрим уровень развития коммерческой медицины в России и, в частности, в Ростовской области. Принимая во внимание гарантии государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи, а также снижение реальных располагаемых доходов граждан РФ, следует уделить внимание растущему спросу на возмездную медицину [6, 7].

В 2010–2017 гг. в России объем оказанных платных медицинских услуг увеличился с 250 до 591,5 млрд руб. При этом общий объем финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи увеличился в 1,74 раза, с 1449,9 до 2528,6 млрд руб. [8, 9].

Ростовская область занимает девятую позицию среди регионов, оказывающих платные медицинские услуги. За пять лет, с 2012 по 2017 гг., финансирование из областного бюджета увеличилось на 347 млн руб., что говорит в целом о положительной динамике развития коммерческой медицины в регионе [10]. Тем не менее если сравнивать показатель отношения объема медицинских услуг, оказываемых на возмездной основе, к общему объему финансирования отрасли в РФ, то в 2017 г. он составил 23,4%, что на 6% меньше, чем в 2010 г. [11].

По данным экспертов Высшей школы экономики (ВШЭ), которые провели мониторинг экономического положения и здоровья населения (RLMS-HSE), граждане все чаще пользуются платными услугами как в государственных, так и в частных медицинских организациях. По составленному рейтингу платных услуг первое место занимает стоматология, где средний официальный платеж за лечение на конец 2017 г. составил 9400 руб. В частных клиниках показатель составил 12500 руб., в государственных — 4400 руб. На втором месте оказались расходы на услуги поликлиник. Средний официальный платеж в 2017 г. составил 3500 руб. как в частных,

так и в государственных медицинских организациях. По результатам проведенного исследования за последние годы пациенты стали все больше доверять частным медицинским организациям. Их доля увеличилась с 36,2% до 44,8% (2017 г.). В стационаре доля получающих медпомощь бесплатно выросла на 50% и составила 80% в 2017 г. При этом 95% пациентов лечатся в государственных больницах. В случае официальных платежей их стоимость в среднем составляла около 16 тысяч руб. за лекарства и расходные материалы, а за пребывание — около 20 тысяч руб.

Здравоохранение — ведущая отрасль экономики, так как в постиндустриальном обществе на первый план выходит человеческий капитал в качестве фактора производства. Макроэкономические изменения в сфере здравоохранения объясняются не только сложными отношениями России с внешним миром, включая санкционное давление на нее со стороны западных стран, что неизбежно приводит к структурным реформам внутри страны и пересмотру дискреционной фискальной политики, так или иначе влияющей на отрасль, но и рядом проблем, связанных с отсутствием согласованности между различными элементами медицинской инфраструктуры. Развитие коммерческой медицины, ее легализация, адаптация и популяризация в обществе, создание адекватных условий предоставления платных медицинских и немедицинских услуг, учитывая потребности и ожидания как производителей, так и их потребителей, в рамках бесперебойно функционирующего правового поля — необходимые меры для заложения прочного фундамента современного отечественного здравоохранения.

Как считает К. Н. Глазов, развитие платных медицинских услуг выгодно всем участникам рынка: медицинским организациям различных форм собственности, государству, потребителям медицинских услуг. Эффективное взаимодействие государственных структур и бизнеса дает дополнительный приток частных инвестиций в медицинскую сферу, что приводит к обновлению инфраструктуры отрасли, позволяет внедрять инновационные технологии [12]. Однако ряд авторов, в том числе ученые из республики Бангладеш и Бразилии, обеспокоены растущими расходами населения и делают ставку на государственную медицину с бюджетной системой финансирования. Например, 2/3 расходов граждан в республике Бангладеш оплачивается лично, медицинское страхование практически не развито, объем платных медицинских услуг на душу населения составляет 34 доллара США в 2017 г. В России этот показатель составил

3903 руб./чел. (2016) и имеет тенденцию к повышению. Как правило, правительственные институты республики Бангладеш и частные работодатели выдают своим сотрудникам небольшие пособия, по их мнению, достаточные для оплаты медицинской помощи. Учитывая низкие доходы населения и экспоненциальный рост платных услуг, население не получает в должной мере качественную медицинскую помощь.

В Бразилии продолжают поиски эффективного инструментария менеджмента по оптимизации out-of-pocket payments (наличные платежи) в сфере здравоохранения. Сравнивались медицинские организации по финансовым показателям, в которых присутствуют наличные платежи, сделаны выводы о том, что они являются индикаторами для ревизии трудных областей в менеджменте медучреждений [13, 14].

Ряд ученых занимались исследованиями в целях совершенствования института платных медицинских услуг, рассматривая в основном удовлетворенность пациентов оказанными им платными медицинскими услугами [15–17].

В диссертационной работе П. В. Прошина в 2008 г., в рамках социологического исследования, были установлены виды цен, влияющих на спрос, а именно: высокие, низкие, экспериментальные. Сделан вывод о том, что пациентам следует входить в состав коллегии по установлению цен на тарифы ОМС. Была выявлена закономерность, что чем выше уровень цен на медицинское обслуживание, тем большей должна быть доля расходов в ВВП, хотя при исчислении в сопоставимых ценах в международной валюте доля расходов на медицинское обслуживание падает [18].

В статье И. И. Мелюх на основании проведенного социологического опроса пациентов было установлено, что платная медицинская помощь рассматривалась как вынужденная альтернатива гарантированной бесплатной помощи. По данным автора, недостаточное внимание уделяется формированию спроса на платные медицинские услуги, где влияние рекламы на принятие решения получить возмездные услуги отметили всего лишь 12,5% респондентов [19]. Однако в работе не изучалось мнение врачей (производителей, исполнителей) по удовлетворенности профессиональной деятельностью при оказании платных медицинских услуг. Ведь создание руководителем медицинской организации комфортных условий работы и выдача справедливого вознаграждения за труд в реалиях рыночной экономики являются в настоящее время приоритетными задачами в целях повышения качества оказываемых услуг [1].

Историографический обзор возникающих проблем при организации возмездных медицинских услуг

Рассмотрим основные проблемы, возникающие при организации оказания платных медицинских услуг населению.

По мнению Ю. И. Шиловой, выделяются институциональные проблемы, включающие в себя недостаточное правовое регулирование ответственности коммерческих медицинских центров по вопросам качества оказываемых услуг; отсутствие налоговых и иных преференций для медицинских центров в части обновления дорогостоящего оборудования, приобретения его в лизинг и т. д., что в итоге отражается на конечной стоимости медицинской услуги; организационно-кадровые проблемы, включая занятость специалистов в разных медицинских организациях в рамках совмещения профессий и должностей, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи; ценовой демпинг со стороны государственных и муниципальных медицинских организаций, проблемы кредитования коммерческих центров и т. д. [3].

Согласно данным И. Ю. Загоруйко, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее Правила) имеет существенные недостатки в правовом регулировании. По его мнению, в Правилах не перечисляются основания, по которым пациент должен платить за медицинские услуги при наличии права получить их безвозмездно, что может привести к «искусственному навязыванию» врачом возмездных услуг. При заключении договора на оказание платных медицинских услуг потребителю предоставляется информация в доступной форме о возможности получения соответствующих объемов и видов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Понятие «доступная форма» — достаточно размытое определение, требующее законодательного закрепления [20].

Противоположное мнение по поводу совершенствования правового регулирования платных медицинских услуг выразил в своем диссертационном исследовании А. С. Корольков. По его данным, утратившее юридическую силу постановление Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» не предусматривало в качестве объекта правового регулирования деятельность частнопрактикующих врачей. В новых Правилах, утвержденных Прави-

тельством в 2012 г., объектом может быть как юридическое лицо, так и индивидуальный предприниматель (ИП), что говорит о существенном прогрессе правового поля в новых социально-экономических реалиях [21].

Также И. Ю. Загоруйко и И. В. Рощина в своих работах выделяют проблемы с ценообразованием платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях, в том числе отсутствие единой нормативно-правовой базы в разных регионах страны. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1631 н наделяет подведомственные Минздраву медицинские учреждения правом самостоятельно определять тарифы на медицинские услуги, при этом рекомендуемая рентабельность составляет не более 20%. Временная инструкция по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденная в 1999 г. Минздравом РФ, определяет методический подход к расчету стоимости медицинских услуг и носит чисто экономический, но не социальный характер [20, 22]. В Ростовской области действует приказ Министерства здравоохранения Ростовской области от 16.01.2013 года № 30 «О ценообразовании платных услуг», включающий Порядок определения цен на платные медицинские услуги, оказываемые государственными учреждениями здравоохранения Ростовской области.

В работе Е. В. Костырина проводилось исследование установленных цен на платные медицинские услуги с целью анализа влияния на валовую прибыль объемов реализации платных медицинских услуг. Сделаны выводы о различиях установленных цен в Москве на одни и те же услуги, а также о том, что показатель валовой прибыли может расти за счет понижения цены, когда она вызывает рост объемов оказанных услуг [23]. Тем не менее данные результаты подчеркивают рассмотрение проблемы в области организации оказания платных медицинских услуг либо с точки зрения выгоды медицинского учреждения, либо с точки зрения пациента. При этом оцениваются в основном только экономические показатели без проведения комплексного социологического мониторинга.

Маркетинговые аспекты развития рынка платных медицинских услуг

Интересная концепция совершенствования института платных медицинских услуг представлена в статье Э. Х. Сахибгареевой, где автор обосновывает комплексный, взаимосвязанный подход, реализованный в модели так называемого холистического маркетинга, заключающегося в групповом учете медико-социальных и демографических характе-

ристик пациентов и учитывающего особенности потребительского поведения и потребительского выбора. На основании полученных данных автором сделан вывод о том, что стандартные подходы в маркетинге, особенно в области стоматологии, требуют коррекции [24].

Инструменты маркетинга, такие как методы «5 сил Портера» и «4Р-4С» для совершенствования системы планирования финансово-экономических показателей государственных медицинских организаций, применялись в работе А. А. Ошкординой. По ее данным, определяющими факторами развития предпринимательской деятельности в медицинских учреждениях являются отсутствие у государственной власти устойчивой и четкой концепции развития предоставления платных медицинских услуг населению, с одной стороны, и динамизм окружающей среды — с другой [25].

Новые подходы к оптимизации маркетинговой политики медицинской организации для продвижения платных услуг установили ученые из республики Казахстан [26]. В своем исследовании они доказали ведущую роль так называемых Check-up-программ. Развитие профилактической и пациентоориентированной медицины диктует внедрение комплексных программ по ранней диагностике заболеваний. В результате апробирования и включения в преискурант Check-up-программ в ряде казахстанских клиник выяснилось, что предлагаемый пул платных медицинских услуг значительно дешевле и удобнее для пациента, чем их приобретение по отдельности. В свою очередь, медицинские организации за счет увеличения объемов возмездных услуг смогли на 18% повысить экономическую эффективность. Check-up-программы позволяют одновременно обеспечить медицинскую и социальную эффективность, благодаря завершенности маршрутизации пациентов, что особенно важно при коморбидности состояния, и в то же время являются экономически выгодной стратегией для организации.

Вопросам финансового менеджмента, экономической эффективности, проблемам ценообразования и поиска оптимальных механизмов развития рынка медицинских услуг посвящены работы Г. М. Муфтиевой, А. В. Дерябина, С. Н. Фурсенко [27–29].

Г. М. Муфтиева считает, что при росте доходов населения будет повышаться спрос на платные услуги. Изменение структуры заболеваний граждан приведет к скачкам спроса на коммерческую медицину, а повышение образования и культуры населения способствует прямо пропорциональному росту спроса на платные услуги и их качество. В свою очередь, снижение объемов софинансирования здравоохранения (2005 год) и рост реальных распо-

лагаемых доходов граждан могут играть ведущую роль в повышении количества частных медицинских организаций.

А. В. Дерябин сделал вывод о том, что индивидуализация медицинского обслуживания, которая предполагает формирование электронного банка данных каждого пациента о всех результатах обследований и лечений, улучшит обмен информацией между врачами и обеспечит экономию за счет исключения ненужных повторных назначений. В работе также кратко освещена роль государственно-частного партнерства (ГЧП) по совершенствованию системы оказания платных медицинских услуг.

В работе С. Н. Фурсенко установлено, что взимание сборов с потребителей медицинских услуг обусловлено двумя мотивами, а именно: повышением уровня дополнительного дохода и снижением уровня излишнего или чрезмерного использования медицинских услуг. Избыточное потребление медицинских услуг пациентами с дальнейшими жалобами на ненадлежащее их качество получило название «потребительский экстремизм», или «пациентский экстремизм», что является проблемой не только РФ, но и других стран. Это так называемый побочный эффект, возникший не без популистской риторики политиков и СМИ и заключающийся в значительном перекосе в сторону гиперболизированной защиты прав пациента, который, пользуясь услугами юристов, осуществляет порой неэтичные действия, направленные не на отстаивание своих прав на качественную и доступную медицинскую помощь, а на необоснованное извлечение выгоды при получении медицинских услуг [30].

Основные направления борьбы с «пациентским экстремизмом» при оказании платных медицинских услуг, среди которых, в том числе, и обеспечение корректного, доброжелательного отношения к пациентам, и грамотное оформление договоров, усиливающих юридическую защищенность медицинских организаций, хорошо описаны в статье Ф. Н. Кадырова [31].

По мнению американских ученых из Бостона, избыточное потребление медицинских услуг не оправдывает ожидаемый результат от лечения и диагностики, что приводит к проблемам эффективности функционирования финансовой системы здравоохранения США при, казалось бы, огромных государственных расходах порядка 18% ВВП, что эквивалентно более 10 тысяч долларов США на душу населения. Авторы считают, что Закон о защите пациентов и доступном здравоохранении «АСА» был направлен в первую очередь на стоимость предоставления медицинской помощи, включая оплату за объемы медицинских услуг, а не за их качество.

В США основополагающим принципом системы здравоохранения является модель «triple aim», в основе которой лежат инструменты повышения качества медицинской помощи, улучшения здоровья населения и поэтапное снижение финансовых затрат на отрасль. Для реализации последнего пункта Палата представителей США проголосовала за резолюцию, инициирующую отмену АСА [32].

Проблемам поиска оптимальных маркетинговых стратегий в здравоохранении для продвижения коммерческой медицины посвящены диссертационные исследования С. А. Балехиной, Л. В. Булгаковой, О. А. Маховой [33–35]. Однако универсальные подходы, учитывающие потребности одновременно производителей и потребителей медицинских услуг, а также единые социально-экономические составляющие так и не были разработаны в полном объеме.

С. А. Балехина, определяя так называемый «рынок общественного здоровья», утверждает, что качество медицинской помощи стоит рассматривать с точки зрения психологического комфорта пациента. Но не установлена связь между повышением спроса на платную медицинскую помощь и уровнем сервисной составляющей диагностики и лечения. В работе проведена экспертная оценка качества ведения больных в поликлинике как необходимая часть маркетингового анализа, что может обеспечить приток платных пациентов.

Л. В. Булгакова в диссертационном исследовании впервые обозначила феномен «ценовой толерантности», когда пациент не переходит в конкурирующую медицинскую организацию при повышении цены на платную услугу. Установлены трудности в ценообразовании, заключающиеся в сложности отделения цены на совокупный медицинский товар от цены на соответствующие услуги, и т. д. Автор рассматривает систему оказания платных медицинских услуг в основном с точки зрения прибыльности медицинской организации, что еще раз подчеркивает необходимость досконального изучения феномена повышения спроса населения на коммерческую медицину в настоящее время.

В диссертационной работе О. А. Маховой впервые использовались методы исследования в целях оптимизации оказания платных медицинских услуг, такие как кабинетный метод, факторный анализ, SWOT-анализ, формализованное интервью. Проведен анализ ценовой конкуренции между медицинскими организациями в рамках телефонных опросов (оператор call-центра).

Ряд авторов рассматривали проблемы совершенствования института платных медицинских услуг в отдельных областях медицины, включая офтальмологию. Например, в диссертационной работе

Д. А. Липинского впервые определены критерии удовлетворенности пациентов при получении ими офтальмологических услуг, в том числе своевременность оказания медицинской помощи и т. д. Автором установлен критерий эффективности оперативного лечения катаракты: качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. На основании полученных результатов были предложены рекомендации по совершенствованию платной офтальмологической помощи, включая постоянный анализ мнения пациентов о качестве предоставляемых медицинских услуг [36]. Однако, учитывая мобильность изменения отрасли здравоохранения, быстрые темпы конъюнктурных преобразований, рост частного сектора здравоохранения в условиях макроэкономической нестабильности, требуется более детальное рассмотрение рынка медицинских услуг через призму мультидисциплинарных подходов, принимая во внимание региональные особенности.

Роль механизмов государственно-частного взаимодействия в управлении здравоохранением

В последнее время ряд ученых занимаются исследованиями по модернизации системы оказания медицинских услуг, в том числе возмездных, в контексте ГЧП, что особенно актуально в условиях недостаточной экономической эффективности бюджетной сферы здравоохранения, ограниченности ресурсов граждан (ощутимая дифференциация доходов различных слоев населения) и кадрового дефицита. ГЧП, наряду с развивающимися механизмами соучастия (софинансирования) граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий, является важнейшим инструментом решения ряда социально-экономических проблем в здравоохранении [37, 38].

В утвержденном Минэкономразвития России Приложении № 1 к проекту отраслевого раздела Плана действий по ускорению темпов роста инвестиций в основной капитал и повышению до 25% их доли в валовом внутреннем продукте предусмотрен темп роста инвестиций в области здравоохранения и социальных услуг на 5,5% ежегодно за период с 2018 по 2024 гг. Поэтому очевидно, что государственные и муниципальные медицинские организации нуждаются в дополнительном финансировании; в свою очередь, частным медицинским организациям необходимо повысить лидогенерацию, то есть увеличить постоянный приток пациентов. Результатом данного процесса станет неизбежное расширение объемов медицинских услуг, что должно положительно сказаться

ся как на спросе и удовлетворенности потребителей (пациентов), так и финансовых показателях медицинской организации.

В конечном итоге, согласно статье 3 п. 1 Федерального закона от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», ГЧП обеспечит повышение доступности товаров, работ, услуг, в том числе медицинских, и их качества. Таким образом, рассмотрение процесса совершенствования оказания платных медицинских и немедицинских услуг в рамках ГЧП — новая парадигма в организации здравоохранения.

Например, по мнению А. С. Королькова, переход к инновационным информационным технологиям как одна из моделей ГЧП направлен на обеспечение деятельности как отдельных медучреждений, так и других субъектов медицинской инфраструктуры. Здесь подразумевается возможность частному бизнесу создавать IT-решения «под ключ» для медицинских организаций, учитывая установленные целевые программы по всеобщей информатизации, а также развитие телемедицинских технологий [21].

Бельгийские ученые даже рассматривают возможность получения так называемых цифровых активов Digital Access из проектов ГЧП в сфере здравоохранения. Под цифровыми активами понимаются разнообразные объекты, имеющие электронную форму и экономическую ценность, которые не обязательно относятся к числу объектов гражданских прав [39]. Не исключено, что в будущем возможно создание цифрового права, включаемого в Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ).

Американские ученые из Калифорнийского университета придают большое значение при реализации проектов ГЧП в сфере здравоохранения Международным неправительственным организациям (МНПО). По их мнению, непрерывное международное сотрудничество, франшизные медицинские проекты позволят улучшить действующие системы здравоохранения в странах с низким уровнем доходов населения [40].

В то же время в России наблюдается ужесточение законодательства в этой сфере. Например, в сентябре 2018 г. Министерство юстиции РФ предложило усилить контроль за некоммерческими организациями, которые получают финансирование из-за рубежа, но ведут борьбу с ВИЧ на территории России.

По мнению ученых из Норвегии, необходим внешний контроль со стороны гражданского общества над проектами ГЧП в сфере здравоохранения, что способствует развитию демократических принци-

пов [41]. Фактически можно сделать вывод о том, что партнерские отношения между публичными органами и организациями частного сектора в сфере здравоохранения, включая механизмы концессий и ГЧП, радикально модернизируют маркетинговую концепцию производителя (исполнителя) медицинских услуг.

На сегодняшний день популярной моделью развития ГЧП в России является включение частных медицинских организаций в систему ОМС. Таких медучреждений в Ростовской области в 2017 г. насчитывается 86, что составляет 33,1% от общего числа организаций-участников ОМС. В 2016 г. — 43, то есть данная форма ГЧП активно развивается [42].

По данным С. А. Анесянц, участие частных клиник в системе государственных гарантий за рубежом приводит к экономии около 10% государственных ресурсов [43]. С одной стороны, наблюдается позитивная тенденция увязки совершенствования рынка медицинских услуг с развитием сотрудничества бизнес-структур и государства, но, с другой стороны, отсутствие инвестиционного компонента в форме надбавки к тарифу вкпе с проблемами получения объемов медицинской помощи частными медорганизациями и вопросами низкой окупаемости, могут демотивировать руководство и персонал работать в системе ОМС [42].

По мнению С. А. Нефедовой, к факторам, сдерживающим участие частных медицинских организаций в реализации программы ОМС, относятся следующие.

1. Практика заключения договора по оказанию медицинской помощи в рамках программы ОМС на один год. Для стимулирования участия коммерческих клиник в реализации программы ОМС необходимо на законодательном уровне увеличить срок действия данного договора до трех лет, а в случае участия частного партнера в строительстве объекта медицинской инфраструктуры — до пяти лет. Это позволит снизить риски отсутствия потребителей медицинских услуг на период окупаемости инвестиций.

2. Слабое налоговое стимулирование деятельности частных медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги в ходе реализации проектов ГЧП по программе ОМС. Необходимо использовать механизм налоговых льгот по налогу на имущество организаций и земельному налогу.

3. Отсутствие инвестиционного компонента в тарифе ОМС. Автор считает, что также следует рассмотреть получение за счет средств ОМС медицинского оборудования, которое имеет стоимость выше 100 тысяч рублей [44].

Для выживаемости и дальнейшего поэтапного

развития на рынке медицинским организациям, заключившим соглашение о партнерстве, необходимо грамотно выстроить маркетинговую стратегию, используя механизм ГЧП и реализуя в его рамках «безвозмездные» медицинские услуги пациентам, чтобы тем самым увеличить спрос на все предлагаемые центром услуги, включая возмездные. С этой целью, учитывая высокие требования к качеству оказания медицинской помощи, медицинским организациям, тем более частной формы собственности, следует повысить требования к своей социальноориентированной деятельности. Проведение постоянного социологического мониторинга удовлетворенности пациентов и персонала, анализа потребностей потребителей и производителей могут являться обязательными атрибутами при совершенствовании оказания медицинских услуг, особенно в условиях ГЧП.

В диссертационной работе Б.А. Нисан рассмотрен зарубежный опыт причин внедрения ГЧП. Автором освещены основные модели ГЧП, включая проект Alzira в Испании, когда предусматривается сохранение прав собственности частного инвестора на построенную им больницу при условии оказания медицинской помощи по установленным государством тарифам. Также диссертантом были разработаны специальные экспертные опросники, на основании которых сделаны выводы о том, что государственные медицинские организации имеют определенные конкурентные преимущества при оказании медицинских услуг, в том числе платных, потому что в бюджетных медорганизациях при осуществлении их деятельности формируется смешанное гарантированное финансирование (бюджетные средства, средства ОМС, доходы от оказания возмездных медицинских услуг).

В Новой Зеландии механизм ГЧП возник в результате того, что государство предполагало перевести первичную помощь на безвозмездную основу полностью, а врачебное сообщество хотело сохранить автономность по оказанию платных медицинских услуг [45].

В России наблюдается похожая ситуация, когда основной пул соглашений о ГЧП и концессий заключен по поводу совершенствования специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Учитывая, что основными концедентами являются региональные и муниципальные органы государственной власти, представляет большой интерес заключение партнерских соглашений в сфере первичной медико-санитарной помощи, так как существующие проблемы дефицита кадров, недостаточной удовлетворенности пациентов, в том числе амбулаторным звеном, и т. д., могут решиться с помощью привлечения частных структур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время существуют многочисленные подходы и взгляды на модернизацию системы оказания платных медицинских услуг. Однозначно можно говорить о том, что в России необходимость развития возмездных медицинских услуг обуславливается требованиями и ожиданиями как потребителей, так и производителей, невзирая на временную экономическую стагнацию и замедление темпов экономического роста страны. Различные формы взаимодействия органов государственной и муниципальной власти и бизнеса, включая соглашения о ГЧП, концессии, лизинг, аутсорсинг и т. д., следует рассматривать как системы, позволяющие устанавливать диалог экономически и социально заинтересованных партнеров.

Итогами партнерства станут обеспечение дополнительным финансированием отрасли здравоохранения, в том числе и на региональном уровне, расширение инновационных возможностей, повышение доступности медицинской помощи и развитие рынка платных медицинских услуг. Тем не менее необходима комплексная модель при изучении системы оказания платных услуг, включая ее социально-экономическое, правовое и организационное регулирование, соблюдая при этом определенный баланс в методологических подходах.

Список литературы

1. Панов А. В. Социологический мониторинг развития института платных медицинских услуг в педиатрии. Национальное здоровье. 2018;4:66–70.
2. Кадыров Ф. Н. «Иные условия» как основание для платности оказываемой медицинской помощи. Часть 1. Менеджер здравоохранения. 2018;2:71–8.
3. Шилова Ю. И. Основные проблемы платных медицинских услуг в РФ. Экономика и предпринимательство. 2018;7(96):297–9.
4. Петрова Н. Г., Додонова И. В., Полюкова М. В. Основы экономической теории. Экономика и управление в здравоохранении. М.: Спецлит; 2015, 324 с.
5. Фиоктистов К. С. Проблемы оказания платных медицинских услуг населению РФ. Менеджмент и маркетинг. 2018;2:31–3.
6. Конституция Российской Федерации [принята всенародным голосованием 12.12.1993]: с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ

- от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ. Собрание законодательства РФ, 2014, 15: 1691.
7. Казарновский П. Л. Реальные доходы россиян показали снижение четвертый год подряд [Электронный ресурс]. Доступно по: <https://www.rbc.ru/economics/>
8. Платное обслуживание в России [Электронный ресурс]. Статистический сб. М., 2017. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Доступно по: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf.
9. Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год [Электронный ресурс]. Минздрав РФ. 2017. Доступно по: http://kraszdrazv.ru/assets/documents/_2016_25.08.2017%2013:45.pdf.
10. Быковская Т. Ю. Эффективное управление здравоохранением в новых экономических условиях: технологии партнерства. В сборнике: Актуальные вопросы реализации Майских указов (2012 г.) Президента Российской Федерации. Материалы V межрегиональной научно-практической конференции организаторов здравоохранения с международным участием. Ростов-на-Дону, 20–21 октября, 2017. Ростов-на-Дону, 2017, с. 3–17.
11. Быковская Т. Ю., Панов А. В. Некоторые вопросы аналитики платных медицинских услуг в Российской Федерации. Медицинский совет. 2018;21:231–5. DOI: 10.21518/2079–701X-2018–21–231–235
12. Глазов К. Н. Развитие региональных рынков платных медицинских услуг (на примере Самарской области). Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. 2018;2 (54):1–13.
13. Fahim SM, Bhuayan TA, Hassan MZ, Abid Zafr AH, Begum F, Rahman MM, Alam S. Financing health care in Bangladesh: Policy responses and challenges towards achieving universal health coverage. *Int J Health Plann Mgmt*. 2018; 3: 1–10. DOI: 10.1002/hpm.2666
14. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MDC-FL. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. *Rev Bras Enferm*. 2018 Sep-Oct;71 (5):2511–2518. DOI: 10.1590/0034–7167–2016–0667
15. Пушкова С. И. Научное обоснование оказания платных медицинских услуг в условиях стационара крупной многопрофильной больницы. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014.
16. Галимзянова Р. Ю., Пестерникова Н. Н., Хисамиева Д. Р., Галлямов Р. Р. Исследование мнения населения о качестве платных услуг в медицинских учреждениях. Научный альманах. 2017;9:52–53. DOI: 10.17117/na.2017.09.02.052
17. Юрьев В. К., Соколова В. В. Оценка родителями порядка предоставления платных медицинских услуг в детском стационаре. *Педиатр*. 2017;8 (3):57–61. DOI: 10.17816/PED8357–61
18. Прошин П. В. Отношение пациентов к платным медицинским услугам. Дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2008.
19. Мелюх И. И., Суханов Е. В. Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи по платным медицинским услугам. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в 21 веке». 2007;9 (12):508–9.
20. Загоруйко И. Ю. Совершенствование регулирования оказания платных медицинских услуг в предпринимательской деятельности. *Экономика и предпринимательство*. 2017;12–1 (89):500–3.
21. Корольков А. С. Совершенствование офтальмологической помощи городскому населению в условиях развития государственно-частного взаимодействия. Дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2016.
22. Рощина И. В., Мальцев Д. Б. Регулирование ценообразования платных медицинских услуг в регионах. В сборнике: Активизация интеллектуального и ресурсного потенциала регионов: новые вызовы для менеджмента компаний. Материалы 3-й Всероссийской конференции. Иркутск, 18 мая, 2017. Иркутск, 2017, с. 234–8.
23. Костырин Е. В. Управление ценой на платные медицинские услуги и ее влияние на валовую прибыль работы медучреждения. *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2017;2 (4):56–66.
24. Сахибгареева Э. Х., Брагин А. Ю., Федяева А. В. Совершенствование деятельности медицинской организации, оказывающей платные стоматологические услуги на основании маркетинговой концепции. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2018;4:61–71. DOI: 10.25742/NRIPH.2018.04.008
25. Ошкордина А. А., Кивелева Н. Н., Брыксина Н. В. Развитие платных медицинских услуг в системе управления государственных учреждений. *Экономика и предпринимательство*. 2017;9–3 (86):589–93.
26. Оспанова М. М., Мысаев А. О. Эффективность внедрения check-up-программ как одного из инструментов маркетинга платных медицинских услуг в условиях рыночной экономики. *Наука и здравоохранение*. 2018;20 (2):107–14.
27. Муфтиева Г. Х. Медико-организационные и экономические аспекты платных услуг в здравоохранении и научное обоснование их совершенствования. Дисс. ... канд. мед. наук. Уфа, 2005.
28. Дерябин А. В. Совершенствование организационно-экономических механизмов развития рынка медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения. Дисс. ... канд. эконом. наук. Сочи, 2011, 196 с.
29. Фурсенко С. Н. Совершенствование системы ценообразования на платные медицинские услуги. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011.
30. Сахаров В. Н., Сахарова А. В. Отдельные вопросы защиты исполнителя медицинских услуг от «потребительского экстремизма». *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2018;2 (76):31–3.
31. Кадыров Ф. Н. Способы противодействия «потребительскому (пациентскому) экстремизму» при оказании платных медицинских услуг. *Менеджер здравоохранения*. 2017;2:63–74.
32. Michael W. King. Health Care Efficiencies: Consolidation and Alternative Models vs. Health Care and Antitrust Regulation —

Irreconcilable Differences? *Am J Law Med.* 2017 Nov;43 (4):426–467. DOI: 10.1177/0098858817753407

33. Балохина С. А. Маркетинговые исследования спроса на платные медицинские услуги жителями крупного города. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.

34. Булгакова Л. В. Маркетинговые аспекты развития рынка платных медицинских услуг. Дисс. ... канд. эконом. наук. Саратов, 2011.

35. Махова О. А. Научное обоснование маркетингового подхода к оказанию платных медицинских услуг в государственных амбулаторно-поликлинических учреждениях: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2006.

36. Липинский Д. А. Состояние офтальмологической помощи и совершенствование платных офтальмологических услуг населению региона (по материалам республики Татарстан): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2016.

37. Кадыров Ф. Н. Возможные варианты соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий. *Менеджер здравоохранения.* 2017;5:70–6.

38. Панов А. В. Государственно-муниципально-частное партнерство в контексте развития системы здравоохранения региона. В сборнике: *Профессия и здоровье. Материалы 2-го Международного Молодежного Форума.* Ялта, 29 мая–1 июня, 2018. Ялта, 2018, с. 212–8.

39. Aartsen W, Peeters P, Wagers S, Williams-Jones B. Getting Digital Assets from Public–Private Partnership Research Projects through “The Valley of Death,” and Making Them

Sustainable. *Front Med (Lausanne).* 2018 Mar 9;5:65. DOI: 10.3389/fmed.2018.00065

40. Suchman L, Hart BA, Montagu D. Public–private partnerships in practice: collaborating to improve health finance policy in Ghana and Kenya. *Health Policy Plan.* 2018 Sep 1;33 (7):877. DOI: 10.1093/heapol/czy064

41. Storeng KT, de Bengy Puyvallée A. Civil society participation in global public private partnerships for health. *Health Policy Plan.* 2018 Oct 1;33 (8):928–936. DOI: 10.1093/heapol/czy070

42. Панов А. В. Государственно-частное партнерство и платные услуги в здравоохранении: механизмы взаимодействия, проблемы и перспективы развития. *Вестник «Биомедицина и социология».* 2018;3 (2):53–57. DOI: 10.26787/nydha-2618–8783–2018–3–2–53–57

43. Анесянц С. А., Голотина В. Ю. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России. *Новые технологии.* 2015;2:75–9.

44. Нефедова С. А. Участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как механизм государственно частного взаимодействия в сфере здравоохранения. *Ленинградский юридический журнал.* 2018;1 (51):200–6.

45. Нисан Б. А. Научное обоснование организационных подходов к государственно-частному партнерству в здравоохранении. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2014.

References

1. Panov AV. Sociological monitoring of the development of the institute of paid medical services in pediatrics. *National Health.* 2018;4:66–70.

2. Kadyrov FN. «Other conditions» as a basis for payment of medical care. Part 1. *Manager of Health Care.* 2018;2:71–8.

3. Shilova YI. The main problems of paid medical services in Russia. *Economy and Entrepreneurship.* 2018;7 (96):297–9.

4. Petrova NG, Dodonova IV, Polyukova MV. *Osnovy ekonomicheskoi teorii. Ekonomika i upravlenie v zdravookhranении [Fundamentals of economic theory. Economics and management in health care].* Moscow: «Spetslit» Publ.; 2015, 324 p.

5. Fioktistov KS. Problemy okazaniya platnykh meditsinskikh uslug naseleniyu RF. *Menedzhment i marketing.* 2018;2:31–3.

6. The Constitution of the Russian Federation [is accepted by national vote 12.12.1993]: taking into account the amendments made by Laws of the Russian Federation on amendments to the Constitution of the Russian Federation of 30.12.2008 N 6-FKZ, of 30.12.2008 N 7-FKZ, of 05.02.2014 N 2-FKZ. *Collection of legislation of the Russian Federation,* 2014, 15: 1691

7. Kazarnovskii PL. Real incomes of Russians showed a decline for the fourth year in a row [Electronic resource]. Available at: <https://www.rbc.ru/economics/>

8. Paid service in Russia [Electronic resource]. *Statistical sat. Mos-*

cow, 2017. Official website of the Federal state statistics service. Available at: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf.

9. Report on the implementation of the Program of state guarantees of free provision of medical care to citizens for 2016 [Electronic resource]. The Ministry of health of the Russian Federation. 2017. Available at: http://kraszdrav.ru/assets/documents/_2016_25.08.2017%2013:45.pdf.

10. Bykovskaya TYu. Effective health care management in the new economic conditions: partnership technologies. In the collection: *Topical issues of implementation Of the may decrees (2012) of the President of the Russian Federation. Proceedings of the V interregional scientific and practical conference of health care organizers with international participation.* Rostov-on-don, October 20–21, 2017. Rostov-on-don, 2017, pp. 3–17.

11. Bykovskaya TYu, Panov AV. Certain issues of paid medical services analytics in the Russian Federation. *Meditsinskiy Sovet (Medical Council).* 2018;21:231–5. DOI: 10.21518/2079–701X-2018–21–231–235

12. Glazov KN. Development of regional markets for paid medical services (by the example of the Samara region). *Regional economics and management: electronic scientific journal.* 2018;2 (54):1–13.

13. Fahim SM, Bhuayan TA, Hassan MZ, Abid Zafr AH, Begum F,

- Rahman MM, Alam S. Financing health care in Bangladesh: Policy responses and challenges towards achieving universal health coverage. *Int J Health Plann Mgmt*. 2018; 3: 1–10. DOI: 10.1002/hpm.2666
14. Rodrigues JARM, Cunha ICKO, Vannuchi MTO, Haddad MDC-FL. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. *Rev Bras Enferm*. 2018 Sep-Oct;71 (5):2511–2518. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0667
15. Pushkova SI. Scientific substantiation of paid medical services in a hospital of a large multi-profile hospital. Diss. Moscow, 2014.
16. Galimzyanova RYU, Pesternikova NN, Khisamieva DR, Gallyamov ER. Study of public opinion about the quality of paid services in medical institutions. *Science Almanac*. 2017;9:52–53. DOI: 10.17117/na.2017.09.02.052
17. Yuryev VK, Sokolova VV. The parents' assessment of the procedure for providing paid medical services in a children's hospital. *Pediatr (Pediatrician)*. 2017;8 (3):57–61. DOI: 10.17816/PED8357-61
18. Proshin VP. The Relationship of patients to pay medical services. Diss. Volgograd, 2008.
19. Melyukh II, Sukhanov EV. Udovletvorennost' patsientov kachestvom okazaniya meditsinskoj pomoshchi po platnym meditsinskim uslugam. *Health & Education Millemium*. 2007;9 (12):508–9.
20. Zagoruyko IY. Improving the regulation of the provision of paid medical services in entrepreneurial activities. *Economy and Entrepreneurship*. 2017;12–1 (89):500–3.
21. Korokova AS. Improvement of ophthalmological assistance to the urban population in the development of public-private interaction. Diss. Stavropol, 2016.
22. Roschina IV, Maltsev DB. Regulation of pricing of paid medical services in the regions. In the collection: Activation of intellectual and resource potential of regions: new challenges for company management. Proceedings of the 3rd all-Russian conference. Irkutsk, May 18, 2017. Irkutsk, 2017, pp. 234–8.
23. Kostyrin EV, Sidorova SA. Management price for paid medical services and its impact on the gross profit of work of medical institutions. *Ekonomika i upravlenie: problemy, resheniya*. 2017;2 (4):56–66.
24. Sakhibgareev EK, Bragin AY, Fedyaeva AV. Improvement of activity of the medical organization providing payment dental services on the basis of the marketing concept. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko*. 2018;4:61–71. DOI: 10.25742/NRIPH.2018.04.008
25. Oshkordina AA, Kiveleva NN, Bryksina NV. Development of paid medical services in the management of public institutions. *Economy and Entrepreneurship*. 2017;9–3 (86):589–93.
26. Ospanova MM, Mysayev AO. Effective implementation of check up program, as a marketing tool of paid medical services in a market economy. *Science & Healthcare*. 2018;20 (2):107–14.
27. Muftieva GH. Medico-economic and organizational aspects of paid services in public health and scientific rationale for their improvement. Diss. Ufa, 2005.
28. Deryabin A. V. Improvement of organizational and economic mechanisms of development of the market of medical services in the conditions of modernization of health care. Diss. Sochi, 2011, 196 p.
29. Fursenko SN. Improving the pricing system for paid medical services. Diss. Moscow, 2011.
30. Sakharov VN, Sakharova AV. Some questions of the medical service specialists defense from «consumer extremism». *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*. 2018;2 (76):31–3.
31. Kadyrov FN. The ways to counter the «consumer (patient) extremism» in the provision of paid medical services. *Manager of Health Care*. 2017;2:63–74.
32. Michael W. King. Health Care Efficiencies: Consolidation and Alternative Models vs. Health Care and Antitrust Regulation — Irreconcilable Differences? *Am J Law Med*. 2017 Nov;43 (4):426–467. DOI: 10.1177/0098858817753407
33. Balokhina SA. Marketing research of demand for paid medical services by residents of a large city. Diss. St. Petersburg, 2003.
34. Bulgakova LV. Marketing aspects of the market of paid medical services. Diss. Saratov, 2011.
35. Makhova OA. Scientific substantiation of the marketing approach to the provision of paid medical services in public outpatient clinics. Diss. St. Petersburg, 2006.
36. Lipinsky D. A. the state of ophthalmic care and improvement of paid ophthalmic services to the population of the region (based on the materials of the Republic of Tatarstan). Diss. Moscow, 2016.
37. Kadyrov FN. Possible options of citizens' participation in the financial provision of rendering medical assistance using resources not provided by the program of state guarantees. *Manager of Health Care*. 2017;5:70–6.
38. Panov AV. Public-municipal-private partnership in the context of development of the region's healthcare system. In: Profession and health. Materials of the 2nd International Youth Forum. Yalta, may 29-June 1, 2018. Yalta, 2018, p. 212–8.
39. Aartsen W, Peeters P, Wagers S, Williams-Jones B. Getting Digital Assets from Public-Private Partnership Research Projects through “The Valley of Death,” and Making Them Sustainable. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Mar 9;5:65. DOI: 10.3389/fmed.2018.00065
40. Suchman L, Hart BA, Montagu D. Public-private partnerships in practice: collaborating to improve health finance policy in Ghana and Kenya. *Health Policy Plan*. 2018 Sep 1;33 (7):877. DOI: 10.1093/heapol/czy064
41. Storeng KT, de Bengy Puyvallée A. Civil society participation in global public private partnerships for health. *Health Policy Plan*. 2018 Oct 1;33 (8):928–936. DOI: 10.1093/heapol/czy070
42. Panov AV. Public-private partnership and paid services in health care: interaction mechanisms, problems and development prospects. *Bulletin «Biomedicine and sociology»*. 2018;3 (2):53–57. DOI: 10.26787/nydha-2618-8783-2018-3-2-53-57
43. Anesyants SA, Golotina VYu. Problems of the development of public-private partnership in the healthcare of modern Russia. *New Technologies*. 2015;2:75–9.

44. Nefedova SA. Uchastie chastnykh meditsinskikh organizatsii v realizatsii programmy gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoi pomoshchi kak mekhanizm gosudarstvenno chastnogo vzaimodeistviya v sfere zdravookhraneniya. Leningrad Law Journal. 2018;1 (51):200–6.
45. Nisan BA. Scientific substantiation of organizational approaches to public-private partnership in health care. Diss. Moscow, 2014.

Информация об авторах:

Панов Анатолий Владимирович, аспирант кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3973-1209>

Быковская Татьяна Юрьевна, д. м. н., доцент, заведующая кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, министр здравоохранения Ростовской области. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3188-9183>

Information about authors:

Anatolii V. Panov, postgraduate student, department of health organization and public Health with a course of information computer technologies in health care and medicine, FHC and PRS, Rostov State Medical University. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3973-1209>

Tat'yana Yu. Bykovskaya, MD, PhD, DSc, associate professor, head of the department of health organization and public health with a course of information computer technologies in health care and medicine, FHC and PRS, Rostov State Medical University, Minister of health of Rostov region. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3188-9183>