

© И.Я. АРБИТАЙЛО, В.А. ДАВЫДЕНКО

Тюменский государственный университет
Arbitka_@mail.ru, Vlad_davidenko@mail.ru

УДК 33:614, 2 (571.2)

**СИТУАЦИЯ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
В РОССИИ И В МИРЕ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА***

**CURRENT STATE OF THE MEDICAL SERVICES MARKET.
IN RUSSIA AND WORLDWIDE: YESTERDAY, TODAY, TOMORROW**

АННОТАЦИЯ. Анализируются формы организации и финансирования системы здравоохранения в различных странах. Проведен анализ динамики структуры расходов российского бюджета, характеризующейся снижением расходов на социальную сферу в ситуации роста потребности в увеличении финансирования. Представлены расходы на здравоохранение и состояние здоровья населения в различных странах мира в соотнесении с глобальным рейтингом здоровья населения. Рассматривается развитие платных медицинских услуг как одного из вариантов развития для России. Для анализа уровня развития регионального рынка медицинских услуг приводятся данные, характеризующие систему здравоохранения Тюменской области, как одного из наиболее динамично развивающихся регионов РФ, имеющего высокий уровень жизни. Сделаны выводы в соответствии с результатами социологического исследования «Социокультурный портрет региона» о развитии платных медицинских услуг в Тюменской области. Рассмотрены перспективы внедрения «эффективного контракта» в здравоохранении.

SUMMARY. The article analyzes forms of organization and financing of health care systems in various countries. The conducted analysis of the dynamics of the expense structure of federal budget shows a cutdown in expenditure for the social sphere in situations, when demand in funding increases. The paper compares costs for health care and improvement of the population's health status in different countries with the global health rating of population. The article considers development of paid medical services as a mechanism for development of the health system of Russia. To analyze the level of development of the regional market of medical services, we present data that characterize the health care system of the Tyumen Region that has a high living standard and is one of the most dynamic regions of the Russian Federation. The drawn conclusions regarding the development of paid medical services in the Tyumen Region are a result of the analysis of the data obtained during the sociological research titled "A Socio-Cultural Portrait of the Region". Considerations are made on the perspectives for introduction of an 'effective contract' in health care systems.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Система здравоохранения, рынок платных медицинских услуг, Тюменская область.

KEY WORDS. Health care system, market of paid medical services, Tyumen Region.

* Работа выполнена при поддержке фонда РФНФ, проект № 12-03-00304 а.

Актуальность. Рост внимания со стороны представителей власти, научной общественности, специалистов и практиков к здравоохранению связан с важными моментами, касающимися жизни каждого россиянина, с развертыванием новых направлений следующего этапа реформы здравоохранения, с продолжающейся дискуссией о состоянии региональных финансов. Происходящие в России реформы в сфере здравоохранения оказывают влияние на жизненно важные интересы общества [1; 18]. Правительством концептуально были определены параметры и приоритеты стратегического развития отрасли, предпринимались меры по обеспечению устойчивого развития сферы здравоохранения. В 2014 г. Министерству труда РФ выданы конкретные планы по дальнейшему сокращению в 2014-2018 гг. сети государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и образования [2; 3].

По последним (2014 г.) данным экспертов НИУ ВШЭ, рост зарплат врачей увеличил требовательность населения к медицинским услугам (около 60% текущих расходов системы обязательного медстрахования (ОМС) — это оплата труда работников здравоохранения), вызвал рост их негативных оценок на фоне огромных по меркам РФ расходов федерального бюджета в 2011-2013 гг. на закупку и ремонт медтехники, медоборудования и комплектующих [2; 3]. Как констатируют эксперты, медицинские работники негативно относятся к большей части идей Минздрава РФ по «эффективному контракту», дифференциации зарплат в зависимости от квалификации. Было показано, что увеличение зарплат медработникам в 2012-2014 гг. не было увязано с «дорожными картами» реструктуризации медучреждений, в то время как системы внешней оценки качества в здравоохранении РФ как не было, так и нет. Занимающемуся этой темой по поручению президента РФ «Открытому правительству» предложено инициировать разработку программ реструктуризации сектора (что, по оценкам, позволит к 2018 г. экономить до 10% затрат системы ОМС) и сокращения избыточной отчетности в здравоохранении.

Предметом данной статьи является концептуальный анализ рыночных отношений в здравоохранении, их реализации на практике.

В мире выделяются четыре основных типа организации и финансирования системы здравоохранения.

Первый тип: наличие частной системы здравоохранения в рамках рыночной экономики (например, США). Оказание медицинской помощи осуществляется преимущественно на платной основе, за счет личных средств потребителя медицинских услуг, как таковая отсутствует единая система государственного медицинского страхования. Рынок платных медицинских услуг является основным инструментом удовлетворения потребностей населения. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи.

Второй тип характеризуется наличием государственной системы здравоохранения в рамках рыночной экономики (например, Великобритания, Ирландия, Дания, Португалия). Финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется главным образом из государственного бюджета — за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг),

и государство является главным поставщиком и покупателем медицинской помощи, отводя рынку второстепенную роль.

Третий тип характеризуется наличием государственной системы здравоохранения в рамках государственной экономики (существовала в СССР): все без исключения виды медицинской помощи бесплатны и общедоступны. Основные характеристики системы: развитое профилактическое направление, общедоступность, бесплатность и высокое качество медицинской помощи, плановость, единство медицинской науки и практики.

Четвертый тип: смешанная система здравоохранения в рамках рыночной экономики (большинство развитых стран, например, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Швейцария, Канада и Япония). Для систем здравоохранения четвертого типа приоритетны принципы смешанной экономики, совмещение рынка платных медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий; базовый принцип — обеспечение для всех слоев населения доступности медицинской помощи. Государство играет роль гаранта удовлетворения базовых потребностей населения при наличии рынка медицинских услуг (удовлетворение потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей); имеет место многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета), которая придает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины [3; 28-31].

В условиях экономической рецессии происходят различные неблагоприятные изменения в системе финансирования медицины, но всегда при этом сокращаются государственные расходы на здравоохранение, [4; 53]. Расходы бюджета РФ на социальную политику по факту существенно и быстро «сжимаются». Низкая рождаемость и увеличение продолжительности жизни населения определяют рост доли населения старше трудоспособного возраста, что приводит к дальнейшему росту спроса в РФ на медицинскую помощь. Рост затрат, необходимых для оказания медицинской помощи населению, является глобальным вызовом современным системам здравоохранения, поскольку медицинские услуги являются социально-значимыми экономическими благами.

Для сравнения, в табл. 1 представлены расходы на здравоохранение и состояние здоровья населения в различных странах мира в соотношении с глобальным рейтингом здоровья населения.

Таблица 1

**Расходы на здравоохранение
и состояние здоровья населения в различных странах мира**

| Страна | Расходы, % ВВП | Расходы на душу населения, долл. | Глобальный рейтинг здоровья населения ** |
|-----------|----------------|----------------------------------|--|
| Италия | 9,5 | 3022 | 2 |
| Австралия | 8,7 | 4774 | 3 |
| Швеция | 9,6 | 3757 | 9 |
| Австрия | 11 | 4388 | 12 |
| Франция | 11,9 | 4021 | 13 |
| Канада | 11,3 | 4404 | 14 |

| | | | |
|----------------|------|------|----|
| Великобритания | 9,6 | 3480 | 21 |
| Чили | 8 | 1199 | 27 |
| Куба | 10,6 | 431 | 28 |
| США | 17,9 | 8362 | 33 |
| Коста-Рика | 10,9 | 1242 | 37 |
| Россия | 5,6 | 661* | 97 |

*Примечание: * Для России расходы даны по паритету покупательной способности. ** Место страны в рейтинге оценки здоровья населения, Bloomberg, 2012.*

Источник: [5]

Вместе с тем важно подчеркнуть, что среди развитых и некоторых развивающихся государств Россия оказалась лидером профнепригодности врачей в глазах населения, о чем говорят сравнительные социологические исследования, представленные Левада-Центром [6].

Таблица 2

Доля граждан, согласных с этим утверждением «Считаете ли Вы, что профессиональный уровень большинства врачей ниже, чем требуется?» по некоторым странам

| Страна | Доля в % |
|------------------|----------|
| Россия | 56 |
| Польша | 50 |
| Болгария | 47 |
| Филиппины | 41 |
| Португалия | 40 |
| Чили | 38 |
| Германия | 38 |
| Швеция | 23 |
| Бельгия | 22 |
| Израиль | 22 |
| Нидерланды | 21 |
| Япония | 17 |
| В среднем в мире | 32 |

Источник: Левада-Центр, исследование The International Social Survey Programme.

Если в странах мира профессия врача гарантирует достойный уровень жизни, то в России (особенно в регионах) — большинство врачей едва сводят концы с концами. Вряд ли в таких объективно складывающихся условиях можно утверждать, что сегодняшнее качество медицины в стране даже лучше, чем могло бы быть при столь низких зарплатах.

Возникает вопрос: применение каких механизмов в России способствует обеспечению гарантированной медицинской помощи населения в условиях функционирования отечественной системы здравоохранения? На наш взгляд, более-менее достойные ответы могут быть сформулированы следующим образом. Первый вариант — увеличение бюджетных расходов за счет изменения приоритетов при распределении средств бюджета. Однако, этот вариант как «затратный» маловероятен. Во-вторых, возможно увеличение налоговых поступлений в бюд-

жет за счет населения, но увеличение налогового бремени может негативно сказаться на экономике в долгосрочном периоде. И третий вариант — расширение непосредственно самостоятельного участия населения в оплате медицинских услуг — видится как единственная реальная альтернатива остальным. Рост доходов населения и формирование платежеспособного социального слоя, принимающего на себя ответственность за собственное здоровье, определяют увеличение спроса на платные медицинские услуги [7; 240]. Сохраняющийся дефицит в финансировании обуславливает необходимость и неизбежность участия пациентов в самостоятельной оплате медицинских услуг.

С целью анализа развитости регионального рынка медицинских услуг обратимся к Тюменской области, как одному из наиболее динамично развивающихся регионов РФ (табл. 3).

Таблица 3

Показатели заболеваемости населения (на 1000 человек населения)

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Российская Федерация | 730,5 | 743,7 | 780,0 | 796,9 | 793,9 |
| Тюменская область: в том числе: | 925,7 | 899,3 | 848,9 | 848,0 | 846,3 |
| ХМАО | 966,5 | 891,4 | 911,7 | 908,5 | 919,7 |
| ЯНАО | 1095,7 | 1178,0 | 1151,5 | 1180,7 | 1122,1 |

Источник: [8; 23]

Согласно статистическим данным, уровень заболеваемости населения в Тюменской области значительно выше среднероссийского, но за последние 6 лет появилась тенденция к уменьшению заболеваемости. В России наблюдается обратная тенденция — рост уровня заболеваемости населения. В структуре общей заболеваемости населения Тюменской области (число зарегистрированных заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 человек населения) лидируют болезни органов дыхания — 374,9 в 2012 году; второе место в структуре общей заболеваемости занимают травмы, отравления и другие внешние причины — 88,4; на третьем месте болезни мочеполовой системы — 63,7; на четвертом месте болезни кожи и подкожной клетчатки — 50,8 в 2012 году [9; 61].

Показатели ожидаемой продолжительности жизни в Тюменской области примерно соответствуют общероссийскому уровню. В качестве позитивного факта отметим, что в период с 2000 г. до 2013 г. в Тюменской области выросла ожидаемая продолжительность жизни с 65,9 лет до 70,8 (мужчины — с 59,74 до 65,39 лет, женщины — с 72,76 до 76,24 года). Состав наиболее распространенных факторов риска для здоровья населения наглядно демонстрирует структура смертности населения. В структуре общей смертности населения Тюменской области лидирует смертность от болезней системы кровообращения — 49% в 2012 году; второе место в структуре общей смертности занимают смерти от внешних причин — 15 %; на третьем месте смертность от новообразований — 14 % [10; 53].

Проблемы в системе здравоохранения назревали еще в советское время, и в новой ситуации требуют к себе особого внимания. Это и недостаточное финансирование, и снижение квалификации врачей, и слабый потенциал здо-

ровья населения. Некоторые из проблем решаются при помощи диверсификации видов и способов финансирования медицинской помощи.

Наибольший объем медицинских приемов в Тюмени осуществляется в рамках ОМС — 71%, доля добровольного медицинского страхования — 17%, сектор легальной коммерческой медицины занимает около 10% рынка. Есть основания полагать, что частный сектор российского здравоохранения может в перспективе составить заметную конкуренцию государственному сектору на рынке труда и на рынке услуг, перетягивая на себя часть платежеспособного спроса среднего и высшего класса. Действительно, численность оказанных медицинских приемов в секторе легальной коммерческой медицины имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Сектор кассовых платежей вырос в натуральном выражении за период 2008-2012 годов.

Численность оказанных медицинских приемов в городе Тюмени на период 2008 года составляет 0,87 млн, достигая к 2012 г. 0,97 млн приемов. На период 2012 г. оборот рынка медицинских услуг в городе Тюмени вырос на 17,8%, достигнув 9 млрд рублей. Безусловно, основным фактором развития рынка служит рост доходов бюджета ОМС, являющийся основным сектором рынка медицинских услуг в Тюмени. Численность медицинских учреждений является одним из основных государственных параметров учета в системе здравоохранения. Так, по оценкам федеральной службы государственной статистики наибольшую долю среди всех медицинских учреждений составляют амбулаторно-поликлинические учреждения — 58% от общей численности медучреждений в 2012 г., больничные учреждения — 26%, учреждения скорой помощи — 13%, прочие медицинские учреждения — 4%. Большинство медицинских учреждений — частные: в 2012 г. их доля составила 76% от общего числа медучреждений города, с долей государственной собственности — 15%, 9% составляют учреждения иной формы собственности.

Стоимостный объем рынка равен денежной сумме, уплаченной за все приемы. Средняя цена приема в городе на конец 2012 г. составляет 923, 8 руб., увеличившись по сравнению с 2011 г. на 87,8 рублей. При этом средняя цена приема ОМС составила 595,9 руб., причиной такой разницы является тот факт, что услуги ОМС оплачиваются государством, и как следствие — жестко регламентируются и контролируются.

Рынок медицинских услуг, как многие другие рынки, является скорее инфляционным, то есть рост объема рынка вызван не столько увеличением числа потребителей, ростом качества услуг, их объема, сколько высокой инфляцией и последующим ростом цен [11; 56]. Рост цен на медицинские услуги, в первую очередь в секторе коммерческой медицины, связан с большими издержками клиник: закупкой импортного дорогостоящего оборудования, арендой или покупкой больших площадей, высокими зарплатами квалифицированных специалистов. В течение последних лет отмечается планомерный рост заработной платы медицинских сотрудников. С целью увеличения количества высококвалифицированного персонала, как основного конкурентного преимущества, частным клиникам, в отличие от госучреждений, приходится повышать оклады и применять более разнообразные схемы организации оплаты труда. При этом частные медицинские организации активно используют кадровый резерв госсектора, ежегодно увеличивая долю врачей-совместителей.

На развитие рынка частного здравоохранения оказывает влияние удовлетворенность населением государственного медицинского обслуживания. Так, оценки респондентов, полученные в рамках социологического исследования «Социокультурный портрет Тюменского региона», служат своеобразным маркером региональной ситуации в системе здравоохранения [9; 60]*. Лишь 20% опрошенного населения ответили «В целом меня удовлетворяет медицинское обслуживание» (табл. 1).

Таблица 1

Жители Тюменской области о недостатках государственного медицинского обслуживания, % от числа опрошенных**

| Регионы | юг ТО | | | | ХМАО-Югра | | | | ЯНАО | | | | РФ | |
|--|-------|------|------|------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2006 | 2009 | 2011 | 2013 | 2006 | 2009 | 2011 | 2013 | 2006 | 2009 | 2011 | 2013 | 2006 | 2010 |
| Трудно попасть к врачу, большие очереди | 64 | 49 | 59 | 67 | 67 | 45 | 62 | 67 | 56 | 49 | 57 | 71 | 41 | 36 |
| Советы, рецепты врачей редко помогают | 29 | 22 | 22 | 24 | 32 | 18 | 19 | 23 | 28 | 25 | 22 | 24 | 9 | 10 |
| Врачи выписывают лекарства, которые трудно достать или они очень дорогие | 27 | 31 | 31 | 32 | 25 | 21 | 22 | 27 | 25 | 25 | 23 | 30 | 14 | 20 |
| Врачи обычно стараются не выписывать больничный лист | 4 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 9 | 6 | 6 | 8 | 2 | 3 |
| Не добьешься, чтобы врач приехал на дом к тяжелобольному | 7 | 5 | 10 | 8 | 8 | 4 | 6 | 5 | 8 | 6 | 6 | 5 | 3 | 6 |
| «Скорая помощь» обычно приезжает через несколько часов | 11 | 8 | 19 | 17 | 11 | 5 | 10 | 7 | 6 | 7 | 9 | 6 | 5 | 14 |
| Очень трудно получить место в больнице | 13 | 7 | 12 | 11 | 8 | 9 | 15 | 9 | 13 | 11 | 10 | 9 | 2 | 9 |
| В целом меня удовлетворяет медицинское обслуживание | 21 | 19 | 20 | 19 | 25 | 32 | 23 | 20 | 28 | 26 | 20 | 24 | 21 | 15 |
| Затрудняюсь ответить, нет ответа | | 9 | 10 | 5 | | 8 | 11 | 7 | | 9 | 13 | 8 | 3 | 4 |

** Допускалось более одного варианта ответа, [10; 50]

* В 2013 г. было опрошено 3054 человека в возрасте от 18 лет. Структура выборки соответствует структуре генеральной совокупности и репрезентирует население трех субрегионов (юга Тюменской области, ХМАО, ЯНАО) по половозрастной, образовательной и поселенческой структуре [9, 10]. В целом по области было опрошено 47,2 % мужчин и 52,8 % женщин, 22% и 78% сельского и городского населения (на юге ТО, ХМАО и ЯНАО доля сельского населения составила 39,3%, 6,5 % и 17,8 % соответственно). По уровню образования: 27% — среднее и ниже среднего, 38,8% — начальное профессиональное и среднее специальное, 3,5% — незаконченное высшее, 26% — высшее и послевузовское.

Вместе с тем рынок частных медицинских услуг развивается пока практически вне общественной системы финансирования здравоохранения, с малой степенью интеграции с рынком добровольного медицинского страхования и служит лишь для расширения выбора потребителя [11; 215]. Так, в Тюменской области основная часть населения для получения медицинской помощи по-прежнему обращается в поликлинику или медпункт по месту жительства, пользуясь полисом обязательного медицинского страхования. По данным социологических исследований в 2006-2013 гг., при получении медицинской помощи услугами платного здравоохранения воспользовалось не более четверти опрошенного населения [10; 58]. Люди с более высоким уровнем материального положения немного чаще обращаются в учреждения платного медицинского обслуживания, но значимого разделения по материально-имущественному признаку нет. Люди, низко оценивающие уровень своего достатка, также прибегают к услугам платного здравоохранения. Так, 17-18% от тех, кто отметил, что им денег хватает только на повседневные затраты или даже не хватает на них, пользовались услугами платного здравоохранения.

Характер дальнейшего развития частной медицины и ее роль в системе здравоохранения будет во многом определяться политикой государства в области развития медицинского страхования. При активном создании условий для включения частных медицинских организаций в систему ОМС и стимулировании развития ДМС развитие сектора должно стать важным фактором повышения доступности качественной медицинской помощи для значительной части населения страны. Крайне важно создание конструктивных предпосылок и условий для эффективного сочетания деятельности государственного и негосударственного сектора медицинских услуг [12; 38].

В заключение отметим, что при переходе на эффективный контракт в системе здравоохранения не стоит ориентироваться на включение стимулирующих мер в систему оплаты труда в здравоохранении в трудовые соглашения: не более 30% врачей и 25% медсестер готовы в текущей схеме увеличить трудовую отдачу в обмен на рост зарплат. Кроме того, эксперты констатируют, что пока реформа не снижает совместительство у врачей: его практикуют 20% медработников (в среднем они заняты 46 часов в неделю, что на 10-15% выше среднероссийского уровня). Президент РФ потребовал установления максимально допустимых норм нагрузки медработников, разработки изменений в стратегию «погружения» высокотехнологичной медпомощи в систему обязательного медицинского страхования, а также соответствующего профсоюзного контроля, что должно позволить повысить эффективность российского медицинского обслуживания [3; 3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Слепнев А.А., Шевский В.И., Шейман К.М., Шишкин С.В. Реформа здравоохранения: трудный поиск решений // Менеджер здравоохранения. М., 2004. № 11. С. 17-35.
2. Владимир Путин дал поручения по защите завоеваний врачей в реформе здравоохранения // Коммерсантъ. № 94. 03.06.2014.
3. Чубарова Т.В., Шестакова Е.Е. Реформы здравоохранения в России и зарубежных странах: направления и перспективы. М.: Эпикон, 1999. 320 с.
4. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения // Научные труды / Институт экономики переходного периода. М., 2000. 444 с.

5. Всемирная организация здравоохранения. Доклад «Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на 2013-2020 годы». URL: http://www.ng.ru/economics/2014-02-04/4__doctors.html?id__user=Y (дата обращения: 10.07.2014).

6. Отечественная медицина больна неэффективностью. Россия оказалась лидером профнепригодности врачей в глазах населения. Президент оказал услугу медикам // Независимая газета. Экономика. 4 февраля 2014.

7. Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения. М.: ИД НИУ ВШЭ, 2012. С. 238-247.

8. Регионы России. Социально-экономические показатели. Росстат. М., 2013. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13__14p/IssWWW.exe/Stg/d1/06-10.htm.

9. Ромашкина Г.Ф., Андрианова Е.В., Давыденко В.А. и др. Социокультурный портрет Тюменской области. Коллективная монография. Тюмень, 2011. 356 с.

10. Социокультурная эволюция и динамика социально-экономического развития Тюменского региона. Коллективная монография / Сост. и общ. ред. Г.Ф. Ромашкина, В.А. Давыденко. Тюмень: ТюмГУ, 2013 г. 333 с.

11. Радаев В.В. Формирование новых российских рынков: транзакционные издержки, формы контроля и деловая этика, М.: Центр полит. технологий, 1998. 328 с.

12. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. 2-е изд. М.: ИД ГУ ВШЭ, 2008. 318 с.

13. Hsiao, W. Abnormal Economics in the Health Sector // Health Policy. 1995. № 32. Pp. 37-49.

REFERENCES

1. Slepnev, A.A., Shevskii, V.I., Sheiman, K.M., Shishkin, S.V. Health care reform: a difficult search for solutions / In: *Menedzher zdavookhraneniia* [Health Manager]. Moscow, 2004. Pp. 17-35. (in Russian).

2. President Does Doctors a Favour. Vladimir Putin Orders to Protect Gains of Physicians in Health Care Reform. *Kommersant*. № 94. 6 March 2014. URL: <http://www.kommersant.ru/doc/2485331> (accessed date 10.07.2014). (in Russian).

3. Chubarova, T.V., Shestakova, E.E. *Reformy zdavookhraneniia v Rossii i zarubezhnykh stranakh: napravleniia i perspektivy* [Health Care Reforms in Russia and Abroad: Trends and Prospects]. Moscow, 1999. 320 p. (in Russian).

4. Shishkin, S.V. Russian health care financing reform / In: *Nauchnye trudy Instituta jekonomiki perehodnogo perioda* [Scientific research of the Institute for the Economy of Transition Period]. Moscow, 2000. 444 p. (in Russian).

5. World Health Organization. Report «Basic Provisions on the health policies of the Russian Federation for 2013-2020.» URL: http://www.ng.ru/economics/2014-02-04/4__doctors.html?id__user=Y (date accessed: 10.07.2014).

6. Domestic medicine is down with inefficiency. Russia is leading in incompetent doctors, according to the public opinion. *Nezavisimaia gazeta. Ekonomika — Independent newspaper. Economy*. February 4, 2014. URL: http://www.ng.ru/economics/2014-02-04/4__doctors.html?id__user=Y (accessed date: 10.07.14).

7. Shishkin, S.V., Potapchik, E.G., Selezneva, E.V. *Rol' chastnykh meditsinskikh organizatsii v rossiiskoi sisteme zdavookhraneniia* [Role of Private Medical Organizations in the Russian Health Care System]. Moscow, 2012. Pp. 238-247. (in Russian).

8. *Regiony Rossii. Sotsial'no-ekonomicheskie pokazateli* [Regions of Russia. Social-economic indicators]. Moscow: Rosstat, 2013. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13__14p/IssWWW.exe/Stg/d1/06-10.htm (in Russian).

9. Romashkina, G.F., Andrianova, E.V., Davydenko, V.A. et al. *Sotsiokul'turnyi portret Tiimenskoi oblasti. Kollektivnaia monografiia* [Socio-cultural Portrait of the Tyumen Region. A collective monograph]. Tyumen, 2011. 356 p. (in Russian).

10. *Sotsiokul'turnaia evoliutsiia i dinamika sotsial'no-ekonomicheskogo razvitiia Tiimenskogo regiona. Kollektivnaia monografiia* [Socio-cultural Evolution and Dynamics of Socio-economic Development of the Tyumen Region. A collective monograph] / Prepared and revised by G.F. Romashkina, V.A. Davydenko. Tyumen, 2013. 333 p. (in Russian).

11. Radaev, V.V. *Formirovanie novykh rossiiskikh rynkov: transaktsionnye izderzhki, formy kontroliia i delovaia etika* [Formation of New Russian Markets: Transaction Costs, Forms of Control and Business Ethics]. Moscow, 1998. 328 p. (in Russian).

12. Sheiman, I.M. *Teoriia i praktika rynochnykh otnoshenii v zdravookhranении. 2-e izd.* [Theory and Practice of Market Relations in Health Care System. 2nd ed.]. Moscow, 2008. 318 p. (in Russian).

13. Hsiao, W. Abnormal Economics in the Health Sector. *Health Policy*. 1995. № 32. Pp. 37-49.

Авторы публикации

Арбитайло Ирина Яновна — ассистент кафедры менеджмента, маркетинга и логистики Финансово-экономического института Тюменского государственного университета

Давыденко Владимир Александрович — начальник научно-исследовательского центра Финансово-экономического института Тюменского государственного университета, доктор социологических наук, профессор

Authors of the publication

Irina Ya. Arbitailo — Assistant, Department of Management, Marketing and Logistic, Financial and Economic Institute, Tyumen State University

Vladimir Davydenko — Dr. Sci. (Sociol.), Professor, Head of the Research Centre, Financial and Economic Institute, Tyumen State University