

СТАТЬИ

УДК 332.1:330.3
DOI 10.17513/fr.43799

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ: ДИНАМИКА ИНФРАСТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ

Рыкалина О.А., Калицкая В.В., Бабинцева А.Ю.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет»,
Екатеринбург, e-mail: babinciva_usue@mail.ru

В представленной статье рассматриваются ключевые инфраструктурные показатели российского здравоохранения и факторы, влияющие на их динамику. Анализ основан на ретроспективных данных о числе больничных организаций, коек, врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений и их мощности по приему пациентов. Особое внимание уделяется изменению структуры медицинских организаций с середины XX века по настоящее время, что позволяет выделить этапы развития системы здравоохранения в контексте социально-экономических преобразований страны. Обсуждается роль государственных программ финансирования, демографических трендов и технологического прогресса в формировании нынешнего облика российской медицины. Выявляется, что эволюция показателей во многом связана с оптимизацией коечного фонда, перепрофилированием учреждений в более гибкие амбулаторные службы и увеличением доступности первичного звена помощи. Предлагается новый интеграционный показатель для оценки эффективности инфраструктуры здравоохранения, позволяющий комплексно учесть масштаб и интенсивность работы учреждений. Результаты исследования демонстрируют, что наряду с позитивными тенденциями (совершенствование структуры здравоохранения, внедрение новых технологий) наблюдаются и ограничения, связанные с неравномерностью развития региональных систем, кадровым дефицитом и финансовыми диспропорциями. Авторы подчеркивают важность адресного подхода к реализации федеральных и региональных стратегий, а также необходимость повышения прозрачности в распределении ресурсов. Сформулирован ряд рекомендаций, касающихся дальнейшего развития амбулаторной сети, совершенствования механизма финансирования и внедрения цифровых инструментов управления. Сделанные выводы и предложенный интеграционный показатель могут быть полезны для органов государственной власти и исследователей в области экономики здравоохранения, ориентированных на оценку и совершенствование существующих моделей развития.

Ключевые слова: здравоохранение, инфраструктура, больничные организации, амбулаторная помощь, коечный фонд, финансирование, эффективность

RUSSIAN HEALTHCARE ECONOMY: INFRASTRUCTURE DYNAMICS AND DEVELOPMENT FACTORS

Rykalina O.A., Kalitskaya V.V., Babintseva A.Yu.

Ural State University of Economics, Ekaterinburg, e-mail: babinciva_usue@mail.ru

This article examines key infrastructure indicators in the Russian healthcare system and the factors influencing their dynamics. The analysis is based on retrospective data on the number of hospitals, hospital beds, outpatient clinics, and their capacity for patient visits. Particular attention is paid to changes in the structure of medical organizations from the mid-20th century to the present day, which highlights various stages of healthcare system evolution in the context of the country's socio-economic transformations. The role of government funding programs, demographic trends, and technological progress in shaping the current state of Russian medicine is discussed. It is found that the evolution of indicators is largely associated with the optimization of the hospital bed stock, the reconfiguration of institutions into more flexible outpatient services, and an increase in the accessibility of primary care. A new integrative indicator is proposed to assess the efficiency of healthcare infrastructure, providing a comprehensive account of both the scale and intensity of organizational activities. The findings demonstrate that, alongside positive trends (the improvement of healthcare structure and the adoption of new technologies), there are also limitations related to uneven regional development, workforce shortages, and financial discrepancies. The authors highlight the importance of a targeted approach to implementing federal and regional strategies, as well as the need for greater transparency in resource allocation. Several recommendations are offered regarding the further development of outpatient services, improved financing mechanisms, and the introduction of digital management tools. The conclusions and the proposed integrative indicator may be useful to government agencies and healthcare economists seeking to evaluate and refine existing development models.

Keywords: healthcare, infrastructure, hospital organizations, outpatient care, bed capacity, financing, efficiency

Введение

Экономика здравоохранения представляет собой комплексную систему, в которой тесно переплетаются интересы государства, медицинских организаций, страховых компаний и населения. В условиях постоянно меняющейся социально-демографической

ситуации и бурного развития технологий вопросы анализа динамики инфраструктурных показателей приобретают особое значение. Во многих странах мира, в том числе и в России, на первый план выходят проблемы эффективности использования ресурсов здравоохранения, доступности первичного

звена и рационального распределения коечного фонда. С середины XX века российская система здравоохранения прошла несколько этапов эволюции. После Великой Отечественной войны приоритетами были восстановление госпитальной сети и повышение количества больничных коек. На более поздних этапах, особенно в 1970–1980-е годы, активно росла инфраструктура амбулаторно-поликлинических учреждений, что позволило расширить охват населения врачебной помощью. В 1990-е годы страну охватили экономические реформы, которые оказали серьезное влияние на финансирование здравоохранения и структуру медицинских организаций. Современный период характеризуется одновременно тенденциями и к оптимизации, и к развитию новых форм оказания медицинской помощи. С одной стороны, происходит сокращение числа больничных организаций и общего коечного фонда, что нередко вызывает опасения о снижении доступности стационарной помощи. С другой стороны, наблюдаются рост потенциала первичного звена, усиление амбулаторно-поликлинического сегмента, а также развитие высокотехнологичных клиник. Стремление к повышению эффективности побуждает медицинские организации уделять больше внимания профилактике и ранней диагностике, что соответствует общемировым трендам.

Инфраструктурные показатели здравоохранения служат важными индикаторами экономической и социальной стабильности. Их динамика может отражать изменения не только в системе медицинского обслуживания, но и в государственном управлении, распределении бюджетных средств и политических приоритетах. Число больничных коек на 10 000 человек, мощность амбулаторных учреждений, количество организаций и их профиль – все это дает представление о том, насколько комплексно и эффективно выстроена система в регионе или стране. Особую актуальность приобретает поиск показателей, позволяющих единообразно оценивать инфраструктурную эффективность. Простая констатация роста или падения числа коек может быть недостаточна для понимания реальной нагрузки на систему, поскольку не учитывает изменения в структуре болезней, демографические особенности и экономические факторы. В связи с этим становится востребованным внедрение интегративных коэффициентов, комбинирующих данные об учреждениях, их ресурсах и результатах деятельности.

Российская система здравоохранения отличается существенными региональными

диспропорциями, связанными с географическими, экономическими и социальными особенностями отдельных субъектов Федерации. В крупных промышленных центрах сосредоточены высокотехнологичные клиники, тогда как в удаленных и малонаселенных регионах ощущается дефицит врачей, оборудования и финансовых ресурсов. Поэтому динамика инфраструктурных показателей по стране в целом не всегда отражает положение дел в каждом конкретном регионе. В контексте глобальных вызовов, включая пандемию COVID-19, экономическая модель здравоохранения подвергается дополнительным испытаниям. В ситуации ограничения ресурсов и высоких рисков резко возрастает потребность в гибкости и устойчивости системы, а также в более точных инструментах мониторинга и прогнозирования. Важным аспектом становится оценка соотношения мощностей стационаров и амбулаторной сети, поскольку именно сбалансированное развитие обоих сегментов позволяет реагировать на рост заболеваемости и минимизировать негативные последствия кризисов.

Вопросы развития экономики здравоохранения в российском и международном контексте на протяжении последних десятилетий рассматриваются множеством исследователей и организаций. По мнению О.А. Демидовой и ее коллег, государственные расходы на здравоохранение напрямую влияют на экономический рост регионов России [1]. В исследованиях этих авторов подчеркивается важность поиска оптимального баланса между бюджетными затратами и повышением общей результативности медицины. В другом исследовании, выполненном К.Ю. Тарховым и Ю.С. Иванченко, указывается, что инфраструктурный потенциал здравоохранения крупных городов, в частности столицы, тесно зависит от финансирования соответствующих государственных программ [2]. Они отмечают, что грамотно распределенные средства позволяют увеличить доступность медицинской помощи и оптимизировать структуру оказания услуг. Современные проблемы развития российского здравоохранения, согласно точке зрения В.Н. Иванова и А.В. Суворова, связаны не только с финансированием, но и с адаптацией системы к новым технологическим требованиям [3]. Дефицит медицинских кадров и необходимость внедрения цифровых решений становятся камнем преткновения при построении эффективной модели здравоохранения. А.Н. Клепач и Р.Ф. Лукьяненко указывают, что макроэкономические параметры российской системы здравоохранения должны рассма-

триваться комплексно, учитывая структурные проблемы и динамику развития медицинской инфраструктуры [4]. Вопрос о том, какая модель финансирования является более эффективной – бюджетная или социального страхования, исследовался Е.Г. Потапчик, которая пришла к выводу, что выбор оптимальной схемы зависит от исторического контекста и особенностей экономики конкретной страны [5]. При этом Р.У. Хабриев и М.Е. Коломийченко подчеркивают, что сравнительный анализ международных систем здравоохранения свидетельствует о необходимости выработки комплексных рейтинговых критериев [6]. Это особо важно для сопоставления показателей в разных регионах России и за ее пределами.

С.Н. Иванова обращает внимание на проблему общественного здоровья, напрямую связанную с эффективным функционированием системы медицинской помощи [7]. Векторы развития экономики сферы услуг здравоохранения, по мнению Р.Л. Кодзкова, определяются сочетанием прагматических и гуманистических принципов [8]. С одной стороны, медицинские организации все чаще рассматриваются как часть рынка услуг, с другой – они сохраняют социальную функцию, оказывая помощь населению на безвозмездной основе или при частичном финансировании государства. Подобное противоречие порождает сложные механизмы взаимодействия между государственными и частными структурами. Н.Н. Парасоцкая и ее соавторы указывают, что состояние здравоохранения в России на современном этапе характеризуется противоречивой динамикой, когда сокращение числа больничных организаций сочетается с ростом высокотехнологичной помощи [9]. Аналогичные тенденции находит и Л.Н. Родионова, которая связывает экономическое развитие территорий с показателями функционирования системы здравоохранения [10]. По ее мнению, инвестиции в медицинскую инфраструктуру могут давать мультипликативный эффект, улучшая качество жизни и стимулируя развитие других отраслей. Анализ эффективности механизмов финансирования здравоохранения представлен в работе Х.Ю. Абулбакаровой и А.Г. Абдулхалимовой [11]. Авторы рассматривают основные экономические модели и концепции, подчеркивая, что результативность зависит от наличия четкой государственной политики в части распределения ресурсов. В условиях реформы первичного звена и оптимизации стационаров именно финансовые инструменты становятся опреде-

ляющими для модернизации инфраструктуры. А.В. Поликарпов, М.В. Санькова и Н.А. Голубев [12] подчеркивают значимость моделей территориального планирования для оптимизации распределения ресурсов и повышения эффективности системы здравоохранения. А.И. Чистобаев, В.В. Дмитриев и З.А. Семёнова [13] акцентируют внимание на интегральной оценке общественного здоровья, что позволяет выявлять слабые места в региональных структурах и стимулировать их развитие. В.А. Черешнев, Н.В. Кривенко и В.Г. Крылов [14], в свою очередь, отмечают необходимость комплексного подхода при оценке устойчивости региональной системы, связывая ее эффективность с динамикой инфраструктурных показателей.

Таким образом, опираясь на научные труды, можно сделать вывод, что эффективность экономики здравоохранения определяется совокупностью факторов, среди которых: финансирование, кадровая обеспеченность, технологическая оснащенность и система управления. Исследователи единогласно подчеркивают необходимость комплексного подхода к оценке, включая анализ инфраструктурных показателей как одного из ключевых элементов здравоохранения.

Цель исследования состоит в проведении комплексного анализа динамики инфраструктурных показателей здравоохранения в России и выявлении ключевых факторов, определяющих эффективность отрасли, с разработкой нового интегративного показателя оценки инфраструктурной результативности.

Материалы и методы исследования

В рамках данного исследования использовались как количественные, так и качественные методы анализа, что позволило сформировать целостное представление об экономике здравоохранения России в ретроспективе. Основным источником статистических данных послужили материалы Федеральной службы государственной статистики (Росстат), включающие показатели по числу больничных организаций, коечному фонду, мощностям амбулаторно-поликлинических учреждений. Эти данные охватывают период с середины XX века вплоть до 2023 года, что дало возможность провести сопоставление разных этапов развития системы здравоохранения. Для количественного анализа применялись методы описательной статистики (средние значения, темпы роста, индексная оценка). С целью выявления тенденций и закономерностей использовались трендовые модели, позволяющие оценить долгосроч-

ное направление изменений инфраструктурных показателей. Дополнительно была проведена оценка корреляционных связей между выбранными параметрами (число больничных организаций, коечный фонд, число амбулаторно-поликлинических учреждений, их мощность), что позволило выявить степень взаимного влияния. Важной частью исследования стала разработка нового интеграционного показателя эффективности инфраструктуры. Для этого были выбраны ключевые переменные, отражающие масштаб системы (число больничных и амбулаторно-поликлинических организаций), ее ресурсную обеспеченность (коечный фонд) и потенциал обслуживания (мощность в поликлиниках). На основе этих переменных была сформирована специальная формула, обеспечивающая комплексную оценку. Таким образом, комбинация статистических методов, анализа документальных источников и введение интеграционного показателя эффективности позволяют дать всестороннюю оценку динамики и структуры здравоохранения в России. Описанный подход обеспечивает возможность выявлять проблемные зоны и формулировать рекомендации для совершенствования экономической модели здравоохранения на федеральном и региональном уровнях.

Результаты исследования и их обсуждение

В данном разделе представлены основные результаты исследования, включающего ретроспективный анализ статистических данных по инфраструктуре здравоохранения России. Также здесь приведена авторская методология расчета нового интеграционного показателя и дана оценка его практической значимости. На протяжении XX и начала XXI веков система здравоохранения в России претерпела несколько этапов эволюции. В послевоенные десятилетия приоритетом было увеличение количества больниц и больничных коек, что отражало ориентацию на стационарный сегмент. В 1970–1980-е годы, согласно статисти-

ческим отчетам, наблюдался заметный рост коечного фонда, но уже в 1990-е годы начался процесс оптимизации и частичного сокращения больничных организаций. Современный этап связан с внедрением более гибких моделей, при нем возрастает значение амбулаторно-поликлинического звена, а стационарная помощь становится более специализированной и высокотехнологичной. Чтобы продемонстрировать эту динамику наглядно, ниже приводится таблица, содержащая ключевые показатели за период 1940–2023 годы.

Таблица основана на официальных данных Росстата и отражает следующую информацию: число больничных организаций (тыс.); число больничных коек (всего, тыс. и на 10 000 человек населения); число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (тыс.); мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (всего, тыс. посещений в смену и на 10 000 человек). Такая структура позволяет оценить, насколько сбалансировано развитие стационарного и амбулаторного сегментов, а также понять уровень потенциальной нагрузки на систему.

Исходя из обработанных данных, можно отметить следующее:

- сокращение числа больничных организаций с 1990-х годов сочетается с постепенным снижением общей мощности коечного фонда;
- амбулаторно-поликлиническая сеть, напротив, демонстрирует относительную стабильность и даже некоторый рост по показателям «число организаций» и «мощность, посещений в смену»;
- наблюдается общая тенденция к снижению коек на 10 000 человек, что отражает стратегию перехода к более рациональной системе, где стационар заменяется развитыми формами амбулаторной помощи и дневными стационарами.

Чтобы комплексно оценить эффективность медицинской инфраструктуры, авторы исследования предлагают использовать интеграционный показатель инфраструктурной эффективности (ИПИЭ):

$$\text{ИПИЭ} = \frac{(\text{МАПО} * \text{Мощность (тыс. посещений в смену)})}{\frac{\text{Число больничных коек}}{1000}}$$

где МАПО – число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (тыс.);
мощность (тыс. посещений в смену) – суммарное количество посещений, которые амбулаторные учреждения способны обеспечить в смену;
число больничных коек делится на 1000 для приведения показателя к сопоставимой шкале.

Медицинские организации (на конец года) в России

Годы	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек (всего, тыс.)	Число больничных коек на 10 000 человек населения	Число врачебных амбулаторно- поликлинических организаций, тыс.	Мощность врачебных амбулаторно- поликлинических организаций, всего, тыс. посещений в смену	Мощность на 10 000 человек населения
1940	8,5	482,0	43,3	20,5	...	...
1950	10,5	609,8	59,2	20,4	...	...
1960	14,3	990,9	82,1	21,9	...	...
1970	13,8	1469,3	112,5	19,9	...	...
1980	12,5	1801,9	129,8	18,7	...	...
1990	12,8	2037,6	137,4	21,5	3221,7	217,3
1995	12,1	1850,5	125,8	21,1	3457,9	235,1
2000	10,7	1671,6	115,0	21,3	3533,7	243,2
2001	10,6	1653,4	114,4	21,3	3548,4	245,4
2002	10,3	1619,7	112,6	21,4	3565,2	247,8
2003	10,1	1596,6	111,5	21,5	3557,8	248,4
2004	9,8	1600,7	112,2	22,1	3577,5	250,8
2005	9,5	1575,4	110,9	21,8	3637,9	256,0
2006	7,5	1553,6	109,0	18,8	3646,2	255,2
2007	6,8	1521,7	106,6	18,3	3673,9	257,4
2008	6,5	1398,5	98,0	15,5	3651,0	255,8
2009	6,5	1373,4	96,2	15,3	3657,2	256,0
2010	6,3	1339,5	93,8	15,7	3685,4	258,0
2011	6,3	1347,1	94,1	16,3	3727,7	260,4
2012	6,2	1332,3	92,8	16,5	3780,4	263,3
2013	5,9	1301,9	90,4	16,5	3799,4	263,8
2014	5,6	1266,8	86,3	17,1	3858,5	262,9
2015	5,4	1222,0	83,0	18,6	3861,0	262,3
2016	5,4	1197,2	81,1	19,1	3914,2	265,2
2017	5,3	1182,7	80,0	20,2	3966,7	268,4
2018	5,3	1172,8	79,3	20,2	3997,8	270,4
2019	5,1	1173,6	79,3	21,2	4072,4	275,2
2020	5,1	1188,8	80,6	22,9	4147,3	281,3
2021	5,1	1162,1	79,1	21,6	4253,4	289,4
2022	5,2	1141,9	78,0	22,1	4379,6	299,1
2023	5,2	1132,4	77,5	22,7	4451,4	304,6

Примечание: составлено авторами на основе источника [15].

Такой коэффициент отражает, насколько развит амбулаторно-поликлинический сектор в соотношении с количеством коек, которые традиционно считаются признаком госпитальной ориентации системы. Чем выше значение ИПИЭ, тем более сбалансирована инфраструктура в пользу амбулаторной помощи, при учете ее суммарной мощ-

ности. Предварительные расчеты, выполненные на базе данных из таблицы за период с 1990 по 2023 годы, показывают, что ИПИЭ имеет тенденцию к увеличению. Это говорит об усилении амбулаторного звена относительно стационарного. Данная тенденция в полной мере согласуется с госполитикой последних десятилетий, направленной

на оптимизацию коечного фонда и расширение возможностей поликлиник. Однако важно учитывать, что в некоторых регионах сокращение коек происходило быстрее, чем улучшались оснащение и человеческие ресурсы амбулаторных организаций.

1. Финансирование и государственные программы. Объемы средств, выделяемых из федерального и региональных бюджетов, напрямую воздействуют на модернизацию учреждений. При стабильном финансировании отмечается рост показателей мощности амбулаторно-поликлинической сети.

2. Демографические изменения. Сокращение численности населения и старение влияют на структуру спроса: возрастает потребность в геронтологических и реабилитационных отделениях, что может отражаться на распределении коечного фонда.

3. Технологический прогресс. Внедрение телемедицины и цифровых сервисов уменьшает потребность в части стационарного лечения, стимулируя перевод некоторых услуг на амбулаторный уровень.

4. Урбанизация и региональные диспропорции. Крупные города обладают более развитой инфраструктурой и получают больший объем финансирования. Сельские и удаленные районы, напротив, сталкиваются с нехваткой кадров и недостаточной материальной базой.

5. Организационные реформы. Оптимизация сети больниц и переход к единым медицинским округам влияют на распределение ресурсов и показатели эффективности.

Полученные данные указывают на постепенное «сжатие» стационарного сегмента и параллельное усиление амбулаторно-поликлинических учреждений. Это может быть интерпретировано как признак адаптации здравоохранения к современным требованиям, где акцент смещается на профилактику, раннюю диагностику и амбулаторные технологии. Повышение мощности поликлиник (в тыс. посещений в смену) свидетельствует о растущих возможностях оказания помощи населению без необходимости госпитализации. Тем не менее, стоит учитывать, что сокращение коечного фонда должно сопровождаться достаточным развитием инфраструктуры первичного звена. Если эти процессы не синхронизированы, может произойти ухудшение доступности и качества медицинской помощи, особенно в регионах с ограниченными ресурсами.

В целом, рассчитанный Интеграционный показатель инфраструктурной эффективности (ИПИЭ) демонстрирует, что в последние несколько десятилетий отмечается тенденция именно укрепления амбулаторного сектора. Однако его детализирован-

ное применение на уровне регионов может выявить существенные различия между субъектами РФ, где соотношение больничных и амбулаторных ресурсов не всегда оптимально. Параллельно с сокращением больничных организаций идут обновление стационаров, специализация и развитие высокотехнологичных видов лечения. Госпитальный сегмент «складывается» в укрупненные центры, в которых концентрация высококвалифицированных кадров и оборудования дает серьезный положительный эффект для сложных случаев. Но это же может приводить к дефициту шаговой доступности в небольших городах. Дополнительную окраску дает развитие частной медицины и рынка добровольного медицинского страхования. Часть функций, ранее выполнявшихся государственными больницами, переходит в частный сектор. В конечном счете, общее число организаций может сокращаться, а объемы оказываемой помощи – расти за счет новых форм взаимодействия.

Таким образом, результаты анализа подтверждают необходимость комплексного подхода к реформированию и указания на факторы, определяющие успешность того или иного сценария развития. Более широкая апробация ИПИЭ, предложенного в статье, позволит органам управления здравоохранением нагляднее оценивать баланс между стационарной и амбулаторной составляющими, а также эффект от внедрения программ оптимизации.

Заключение

Проведенный анализ динамики инфраструктурных показателей здравоохранения России показывает, что система постепенно переориентируется с госпитальной модели, унаследованной от советского периода, на более диверсифицированную структуру, где возрастает роль амбулаторно-поликлинического звена и высокотехнологичных стационарных центров. При этом статистические данные свидетельствуют о неоднородности преобразований по регионам: часть субъектов Федерации успешно внедряют цифровые решения и расширяют первичную помощь, в то время как другие сталкиваются с дефицитом кадров и недостаточностью финансовых средств. Ретроспективный анализ, охватывающий период с 1940-х годов по 2023 год, позволяет выделить несколько фаз развития. В первой половине XX века ключевым приоритетом была масштабная госпитальная инфраструктура. Позднее, в 1970–1980-е годы, сохранялся рост коечного фонда, хотя уже начинала формироваться сеть амбулаторных

учреждений. С 1990-х годов ускорились процессы оптимизации, результатом чего стало сокращение числа больничных организаций и коек при параллельном развитии поликлинического сектора и современных диагностических центров.

Предложенный в статье Интеграционный показатель инфраструктурной эффективности (ИПИЭ) показывает, насколько сбалансированным является соотношение между традиционно госпитальным сегментом (отраженным в количестве коек) и амбулаторно-поликлиническими организациями (измеряемыми через общее число таких учреждений и их мощность). Рост этого показателя в последние десятилетия указывает на усиление амбулаторного звена, что согласуется с глобальными тенденциями к сокращению непрофильной госпитализации и концентрации технологий в укрупненных центрах. Вместе с тем, результаты исследования указывают на ряд проблем, требующих дополнительного внимания. Сокращение коечного фонда должно сопровождаться не только количественным, но и качественным укреплением первичного звена, способным обеспечить своевременную диагностику и профилактику. Финансирование из федерального и региональных бюджетов должно быть более адресным, учитывать специфику конкретных регионов. Недостаток медицинских работников и отставание инфраструктуры в сельских районах могут свести на нет положительный эффект от оптимизации.

Таким образом, успешное развитие экономики здравоохранения в России предполагает поиск баланса между стационарной и амбулаторной моделями, усиление кадрового потенциала и внедрение эффективных механизмов финансирования. Предложенный в статье подход к расчету комплексного показателя позволяет органам управления здравоохранением своевременно выявлять диспропорции и принимать решения, направленные на повышение общей

Список литературы

1. Демидова О.А., Каяшева Е.В., Демьяненко А.В. Государственные расходы на здравоохранение и экономический рост в России: региональный аспект // *Пространственная экономика*. 2021. Т. 17, № 1. С. 97–122. DOI: 10.14530/se.2021.1.097-122.
2. Тархов К.Ю., Иванченко Ю.С. Инфраструктурный потенциал столичного здравоохранения в разрезе финансирования государственной программы «Развитие здравоохранения города Москвы» // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30, № 1. С. 1127–1134. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1127-1134.
3. Иванов В.Н., Суворов А.В. Современные проблемы развития российского здравоохранения. Часть 1 // *Проблемы прогнозирования*. 2021. № 6(189). С. 59–71. DOI: 10.47711/0868-6351-189-59-71.
4. Клепач А.Н., Лукьяненко Р.Ф. Российское здравоохранение: макроэкономические параметры и структурные проблемы // *Проблемы прогнозирования*. 2023. № 2(197). С. 76–96. DOI: 10.47711/0868-6351-197-76-96.
5. Потапчик Е.Г. Какая модель финансирования здравоохранения лучше: бюджетная или социального страхования? О чем свидетельствует международный опыт? // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2021. Т. 67, № 1. С. 9. DOI: 10.21045/2071-5021-2021-67-1-9.
6. Хабриев Р.У., Коломийченко М.Е. Сравнительный анализ систем здравоохранения на основе построения рейтинга // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024. Т. 32, № 3. С. 303–310. DOI: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-303-310.
7. Иванова С.Н. Общественное здоровье и развитие здравоохранения в регионах России // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2021. Т. 13, № 2. С. 47–63. DOI: 10.12731/2658-6649-2021-13-2-47-63.
8. Кодзоков Р.Л. Векторы развития экономики сектора сферы услуг здравоохранения: принципы прагматики, экономики и гуманизма // *Экономика и предпринимательство*. 2020. № 9(122). С. 260–263. DOI: 10.34925/EIP.2020.122.9.053.
9. Парасоцкая Н.Н., Ильин В.А., Лутовинова Н.В., Чижикова В.В. Анализ состояния здравоохранения России на современном этапе развития // *Экономика и управление: проблемы, решения*. 2022. Т. 3, № 8(128). С. 101–112. DOI: 10.36871/ek.up.p.r.2022.08.03.012.
10. Родионова Л.Н., Можаяев А.Ю. Тенденции взаимозависимости экономического развития территорий от показателей функционирования системы здравоохранения // *Экономические науки*. 2023. № 222. С. 40–47. DOI: 10.14451/1.222.40.
11. Абубакарова Х.Ю., Абдулхалимова А.Г. Эффективность механизмов финансирования здравоохранения: анализ с позиции основных экономических моделей и концепций // *Журнал монетарной экономики и менеджмента*. 2024. № 3. С. 108–113. DOI: 10.26118/2782-4586.2024.67.57.016.
12. Поликарпов А.В., Санькова М.В., Голубев Н.А. Характеристики моделей территориального планирования в здравоохранении // *Профилактическая медицина*. 2023. Т. 26, № 7. С. 45–52. DOI: 10.17116/profmed20232607145.
13. Чистобаев А.И., Дмитриев В.В., Семенова З.А. Общественное здоровье в регионе: опыт интегральной оценки // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022. Т. 66, № 3. С. 251–258. DOI: 10.47470/0044-197X-2022-66-3-251-258.
14. Черешнев В.А., Кривенк Н.В., Крылов В.Г. Комплексная оценка эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения // *Экономика региона*. 2021. Т. 17, № 1. С. 31–43. DOI: 10.17059/ekon.reg.2021-1-3.
15. Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721#> (дата обращения: 18.02.2025).