

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Евстафьева Юлия Валерьевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ
ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
доцент О.В. Ходакова

Чита, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Платные медицинские услуги: исторические, нормативно-правовые, организационные аспекты	13
1.1 Формирование организационно-правовых подходов по оказанию платных медицинских услуг в России.....	13
1.2 Нормативно-правовое обеспечение оказания платных медицинских услуг на современном этапе.....	22
1.3 Методические подходы к организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях.....	32
Глава 2. Материалы и методы исследования	41
Глава 3. Оценка развития негосударственного сектора здравоохранения Забайкальского края	56
3.1 Комплексная характеристика региона.....	56
3.1.1 Социально-экономический анализ Забайкальского края.....	56
3.1.2 Медико-демографическая характеристика населения Забайкальского края.....	61
3.2 Оценка негосударственного сектора системы здравоохранения Российской Федерации и Забайкальского края.....	70
3.3 Анализ объемов платных медицинских услуг и структуры финансовых затрат потребителей.....	78
Глава 4. Информационное сопровождение оказания платных медицинских услуг	85
4.1 Анализ сайтов медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги.....	85
4.2 Оценка информационного сопровождения оказания платных медицинских услуг.....	94

4.3 Оценка правовых знаний специалистов по вопросам предоставления платных медицинских услуг.....	98
4.4 Организационно-правовой анализ результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги (по материалам проверок Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю).....	102
Глава 5. Оценка реализации имеющихся механизмов оказания платных медицинских услуг.....	108
5.1 Оценка правил оказания платных медицинских услуг экспертами в области здравоохранения, производителями и потребителями медицинских услуг.....	108
5.2 Экспертная оценка механизмов оказания платных медицинских услуг.....	114
5.3 Анализ причинно-следственных связей между проблемами организации оказания платных медицинских услуг и факторами, влияющими на них.....	120
Глава 6. Разработка и обоснование мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг.....	127
6.1 Информационный блок программных мероприятий.....	129
6.2 Образовательный блок программных мероприятий.....	134
6.3 Статистический блок программных мероприятий.....	140
6.4 Оценка результатов внедрения программы мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг.....	148
Заключение.....	152
Выводы.....	162
Практические рекомендации.....	164

Список сокращений	166
Список литературы	167
Приложения	193

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Современная политика Российской Федерации направлена на создание единой Национальной системы здравоохранения через сплочение деятельности государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (Скворцова В.И., 2018). В современных условиях решение проблем общественного здоровья и здравоохранения невозможно без участия негосударственного сектора здравоохранения, который представлен платными медицинскими услугами в государственной и негосударственной сферах здравоохранения.

Платные медицинские услуги выступают в качестве дополнения к объемам бесплатной медицинской помощи, гарантированных государством, и возможности получить услуги в более комфортных условиях с высоким уровнем сервиса в отсутствие длительного ожидания приема врача (Lagomarsino G., Nachuk S., Kundra S., 2009; Тарасенко Е.А., 2011; Forsberg B, Montagu D, Sundewall J., 2011; Ртищева, Е., 2012; Hort K., Bloom A., 2013; Bíró A., Hellowell M., 2016; Бережков Д.В., 2018).

В современном здравоохранении РФ отмечается активное развитие рынка платных медицинских услуг. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, в России, за период с 2013 по 2017 гг., регистрируется увеличение объема платных медицинских услуг на душу населения на 47%. В 2017 г. на платные медицинские услуги было потрачено 626625,9 млн. руб., что на 8,6% больше, чем в 2016 г. (572445,4 млн. руб.). При этом за период с 2013 по 2017 гг. наблюдается тенденция к росту удельного веса платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, с 6% до 6,8%. При этом в официальных источниках недостаточно данных, позволяющих оценить объемы и структуру платных медицинских услуг.

Оказание медицинских услуг на возмездной основе в РФ реализуется производителями, которые представлены медицинскими организациями различных организационно-правовых форм. Несмотря на отличия государственных и негосударственных медицинских организаций, оказание

платных медицинских услуг осуществляется на основании нормативно-правовой базы, определяющей единые требования для исполнителей услуг. Тем временем как государственные, так и негосударственные организации сталкиваются с рядом проблем при оказании услуг на возмездной основе.

Одними из основных причин формирования круга проблем в негосударственном секторе здравоохранения являются: недостатки ресурсного обеспечения, отсутствие четких механизмов реализации требований нормативно-правовой базы, ненадлежащий уровень правовой компетенции медицинского персонала в вопросах информационного сопровождения пациентов, несовершенство механизмов сбора и использования данных о частных расходах на здравоохранение в России (Чертухина О.Б., 2014; Яременко А.И., 2014; Серегина Е.С., 2016; Туренко Т.А., 2016; Перхов В.И., 2018).

В современных условиях реформирования системы здравоохранения и ежегодного увеличения объемов платных медицинских услуг необходима разработка мероприятий, направленных на устранение существующих проблем в рамках действующего административного регламента при оказании платных медицинских услуг.

Степень разработанности темы исследования

Вопросы организации оказания платных медицинских услуг отражены в работах отечественных исследователей: Флека В.О., Кадырова Ф.Н., Тарасенко Е.А., Туренко Т.А., Сажнева С.М., Зражевской Т.Д., Касимовского К.К., Бойко И.Б., Бородиной Т.А., Гончаровой О.В. В изученной литературе недостаточное количество публикаций посвящено изучению проблем информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг и официального статистического учета данных негосударственного сектора здравоохранения. В настоящее время не в полной мере исследованы и обоснованы научные подходы к совершенствованию организации оказания платных медицинских услуг.

Цель исследования: научное обоснование организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в рамках действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан.

Задачи исследования:

1. Изучить организационно-методические аспекты организации оказания платных медицинских услуг на разных этапах развития здравоохранения.
2. Проанализировать современные тенденции и региональные особенности развития негосударственного сектора здравоохранения.
3. Провести комплексный анализ соблюдения требований действующего законодательства медицинскими организациями, оказывающими платные медицинские услуги, по информационному сопровождению пациентов.
4. Дать социологическую и экспертную оценку соответствия процесса оказания платных медицинских услуг, действующим административным правилам.
5. Разработать, апробировать программу мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг и оценить ее результативность.

Научная новизна исследования состоит в том, что в проведенном исследовании впервые:

Установлены недостатки механизмов сбора, хранения и использования официальных данных о производителях платных медицинских услуг – медицинских организациях, об объемах платных медицинских услуг и структуре финансовых затрат потребителей.

Проведен анализ негосударственного сектора здравоохранения на территории Забайкальского края с оценкой объемов платных медицинских услуг и структуры финансовых затрат потребителей.

Установлено, что официальные сайты медицинских организаций, выступающие инструментом информационного сопровождения пациентов при оказании платных медицинских услуг, по своему содержанию и форме предоставления информации, не в полной мере отвечают требованиям нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения.

Установлены нарушения в соблюдении медицинскими организациями требований законодательства по информационному сопровождению потребителей платных медицинских услуг.

Определены наиболее частые нарушения медицинскими организациями действующих правил оказания платных медицинских услуг.

Определены причины нарушений действующих административных правил оказания платных медицинских услуг, являющиеся основой для совершенствования подходов к оказанию услуг на возмездной основе.

Разработана и апробирована программа мероприятий, направленная на совершенствование организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг.

Показана результативность внедрения программы мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг на основе разработанных индикаторов программных мероприятий.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основании полученных результатов и выводов разработана и внедрена программа мероприятий, направленная на совершенствование организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг.

Разработан и внедрен единый порядок информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг для государственных и негосударственных медицинских организаций.

На основании проведенного исследования разработаны и внедрены единые требования к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации, позволяющие повысить результативность информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг и соблюдение их прав при оказании платных медицинских услуг.

Разработаны предложения по совершенствованию форм федерального статистического наблюдения, направленные на получение официальных

статистических данных о деятельности медицинских организаций по оказанию медицинских услуг на возмездной основе и о рынке платных медицинских услуг на уровне субъекта.

Для повышения правовой компетенции врачей по вопросам организации оказания платных медицинских услуг разработан и введен авторский курс «Правовые основы охраны здоровья» в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура), программ ДПО на базе ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России и других образовательных организаций высшего образования.

Методология и методы исследования

В рамках выполнения задач исследования использовались общенаучные и специальные методы: логический метод, анализа и синтеза, индукции и дедукции, аналитический метод, контент-анализа, социологический метод, санитарно-статистический метод, метод экспертных оценок. Статистическая обработка полученной информации проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2010, Statistica 10.0.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Негосударственный сектор здравоохранения на территории Забайкальского края характеризуется ежегодным увеличением объемов платных медицинских услуг, где основным потребителем выступает экономически активное население. При этом несовершенство подходов к организации статистического учета в сфере здравоохранения не позволяет дать объективную оценку деятельности медицинских организаций по оказанию медицинских услуг на возмездной основе и оценить в комплексе показатели здоровья населения.
2. Организация оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях не соответствует требованиям действующего законодательства, что подтверждается экспертными оценками специалистов в сфере здравоохранения. Недостатки информационного сопровождения пациентов обусловлены отсутствием единых подходов к форме и

условиям предоставления информации потребителям услуг на возмездной основе, недостаточной правовой компетенции медицинского персонала по вопросам предоставления платных медицинских услуг. Несовершенство существующих механизмов сбора, хранения и использования данных об оказании платных медицинских услуг населению, существенно затрудняет анализ структуры расходов на здравоохранение в зависимости от источников финансирования, принятие обоснованных решений по обеспечению экономической доступности для медицинской помощи.

3. Внедрение программы мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в медицинских организациях различных организационно-правовых форм, на основе целевых индикаторов, продемонстрировало увеличение результатов деятельности медицинских организаций по реализации информационных прав пациентов, увеличение уровня информативности официальных сайтов медицинских организаций, повышение уровня правовой компетентности специалистов по вопросам оказания платных медицинских услуг, получение детальных сведений о платных медицинских услугах.

Степень достоверности исследования

Степень достоверности полученных результатов исследования определяется репрезентативным объемом выборки исследования, применением современных методов статистического анализа (описательной статистики (M – среднее арифметическое, Me – медиана, Mo – мода, ДИ–доверительный интервал), использованием параметрических и непараметрических методов (критерия Стьюдента, критерия Пирсона, критерия Кокрена, коэффициента сопряженности, критерия Мак-Нимара, коэффициента конкордации). В проведенных исследованиях степень вероятности безошибочного прогноза $p < 0,05$.

Публикации результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 5 статей в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Российской Федерации.

Апробация результатов исследования

Основные положения, предварительные и окончательные решения диссертационного исследования докладывались и обсуждались на XV межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (Чита, 2016); конференции «Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении» (Красноярск, 2016); XVI межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (Чита, 2017); Международной научной конференции студентов и молодых ученых на английском языке «Актуальные вопросы медицины» (Ставрополь, 2017 г.); XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (Чита, 2018); Международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию образования ЧГМА, «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины» (Чита, 2018); II Конференции молодых ученых с международным участием «Здоровье и здравоохранение в России» (Москва, 2018); XVIII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (Чита, 2019).

Личный вклад автора

Автором сформированы цель и задачи, разработана программа исследования, определены этапы, материалы и методы его проведения (95%), самостоятельно подготовлен обзор современной литературы и нормативно-правовых актов по теме исследования (100%). Проанализированы медико-демографическая, социально-экономическая ситуации в регионе (100%). В рамках проведения социологических исследований по изучению соблюдения правил оказания платных медицинских услуг среди пациентов, получающих платные услуги в медицинских организациях региона, среди врачей, оказывающих услуги на возмездной основе, среди экспертов в области здравоохранения разработаны анкеты и проведено анкетирование указанных категорий респондентов (98%). Автором научно обоснована необходимость разработки и внедрения программы мероприятий для совершенствования организации оказания платных медицинских услуг (98%).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранения по областям исследований: п. 1 – исследование теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохранения, условий и образа жизни населения, социально-гигиенических проблем; п. 2 – разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структур заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп, паспорта общественного здоровья и здравоохранения; п. 3 – исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; изучение качества внебольничной и стационарной медицинской помощи.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 232 страницах, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы, сокращений. Работа иллюстрирована 25 таблицами, 30 рисунками. Указатель литературы содержит 214 источников, из которых 33 представлены научными трудами зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. Платные медицинские услуги: исторические, нормативно-правовые, организационные аспекты

1.1 Формирование организационно-правовых подходов по оказанию платных медицинских услуг в России

Исторический опыт существования медицинской отрасли во многих странах мира доказывает, что в достаточной степени потребностям населения отвечает та система здравоохранения, которая имеет прочную основу как в государственном, так и в частном секторе медицины, которые гармонично дополняют друг друга. Конкуренция между этими двумя сегментами здравоохранения помогает выявлять наиболее прогрессивные формы организации медицинской деятельности, определять перспективные и приоритетные направления развития отрасли [28, 76].

Для Древней Руси (конец IX – середина XIII вв.) были характерны три формы врачевания: народная медицина, монастырская медицина, светская медицина [51, 70]. На протяжении почти двух тысяч лет, вплоть до введения земских учреждений, народная медицина являлась единственной доступной формой организации медицинской помощи для российского народа и регулировалась лишь морально-этическими нормами [51]. Один из древнейших законов – свод юридических правил «Русская правда», а также «Устав» Владимира Мономаха закрепляли легитимность взимания платы за лечение и устанавливали плату за труд врачей. Развитие монастырской медицины связано с принятием христианства на Руси и регулировалось государственными предписаниями («Церковный Устав» князя Владимира Святославовича, «Устав о церковных судах» князя Владимира) [51]. Характерной особенностью медицины в монастырях являлась ее бесплатность [70]. Светская (городская, мирская) медицина отличалась от других форм врачевания оказанием профессиональной помощи и лечением больных на дому. Классической формой организации светской медицины являлось оказание медицинской помощи через привлечение иностранных специалистов (из Сирии, Армении, Византии, Грузии) или людей, получивших образование за

границей, практика которых всегда оплачивалась. Отличительными признаками всех форм медицины того времени стали уровень профессионализма врачей и способы оплаты медицинских услуг. Так, вознаграждение за помощь знахарей, волхвов, зелейников производилось самыми разнообразными способами, лекари в монастырях не брали платы, светские врачи получали только деньги. Первые упоминания о возмездной – платной медицине в эпоху Древней Руси появились в летописных источниках [51, 138, 145].

Политическая раздробленность земель, установившаяся зависимость от Золотой Орды (1240-1480 гг.), разорение городов, эпидемии повальных болезней затормозили медицинское развитие [138]. Основным источником медицинской помощи того времени являлась народная медицина.

Централизация государственного управления, расширение торговых связей с Востоком и Западом, создание таких законодательных актов как «Стоглавый собор», «Писцовые книги» в Московском государстве (XV – XVII вв.), привели к развитию медицины, аптек, разделению медицинских профессий (лекари, дохтуры, зубоволоки, кровопуски, костоправы и др.). Любое врачевание было возмездным, оплата зависела от профессионализма лекаря и затрат на лекарства [138].

В XVIII – XIX вв. была широко распространена частная (вольная) медицинская практика [139, 141, 145]. В этот период здравоохранение на государственном уровне было направлено на поддержку малообеспеченных, социально незащищенных слоев населения. Остальные жители пользовались услугами частнопрактикующих медиков. Согласно первым официальным сведениям о платной медицине (1859 г.), этого рода услугами воспользовались 65,8% обратившихся за медицинской помощью [139]. Заниматься частной практикой могли врачи, имевшие законное право на медицинскую деятельность. Все медицинские работники, в том числе и вольнопрактикующие, находились в подчинении губернских медицинских административных органов – Врачебных управ.

На развитие частной врачебной практики в России оказывало влияние множество факторов: неразвитость системы государственного здравоохранения,

низкое качество медицинского обслуживания в лечебных учреждениях, ограничение на законодательном уровне права на лечение в них только определенных категорий населения, а также низкое жалование служащих медиков, которое вынуждало их искать дополнительные доходы [140]. До середины XIX в. вольнопрактикующих врачей было немного, обычно это были те, кто покинул государственную службу. Большинство сочетало службу с частной практикой. Недостаток врачей в Российской империи побуждал медицинские власти удерживать лекарей на государственных должностях [139]. По материалам Медицинского департамента Министерства внутренних дел на основании данных регистрационных карточек (статистического анализа), в 1890 г. частную практику имела почти половина российских врачей [139]. Основная доля вольнопрактикующих врачей проживала в западных и юго-западных (неземских) губерниях России.

В конце 50-х гг. XIX в. в России большинство профессоров клинических кафедр Университетов имели частные приемы. Консультации больных были организованы в свободное от основной работы время во вспомогательных помещениях жилых домов. Существовала и практика вызова частного врача на дом [179]. Успешными частнопрактикующими врачами были многие выдающиеся деятели отечественной медицины, такие как Мухин Е.О., Мудров М.Я. (оказание помощи Мудровым М.Я. тяжело больной Наташе Ростовской отмечено в произведении Л.Н. Толстого «Война и мир»). Пирогов Н.И. в «Дневнике старого врача» неоднократно упоминает о частной хирургической практике. Оказанием помощи на возмездной основе за весьма умеренные гонорары занимался Боткин С.П. Большое влияние на объем врачебных услуг оказывали не только платежеспособность населения, искусство врача, но и служебное положение, должность, которые создавали врачу рекламу и обеспечивали высокие гонорары. При этом необходимо отметить, что основная часть медицинской помощи, оказываемая выдающимися деятелями медицины Нового времени, осуществлялась на безвозмездной основе [141, 145].

В конце XIX в. наметились изменения в сфере частной медицинской практики. Основными факторами, повлиявшими на платную медицину, оказались появление лечебных заведений узких направлений – глазных, стоматологических, гинекологических, а также классовое расслоение в обществе. К тому времени в медицине образовались слой обеспеченных врачей-предпринимателей и слой врачей, которые составляли большую часть и оказывали помощь средним и низшим слоям населения. А также, в связи с развитием общественной медицины (земской и городских самоуправлений) спрос на частные медицинские услуги значительно снижался, обострялась конкуренция в этой сфере [151]. Среди земских врачей отношение к платной практике было неоднозначным. Многие относились к частной медицине отрицательно. Они считали, что оказание помощи на возмездной основе противоречит правилам земской медицины, мешает деятельности врача, роняет его статус и принижает достоинство [145, 151].

В конце XIX – начале XX вв. в результате внедрения капиталистических отношений в сферу медицинских услуг и развития общественной медицины происходило сужение границ частной практики [156]. В конкурентной борьбе за право оказания медицинской помощи возмездная медицина заметно проигрывала: наблюдался значительный рост обращений населения за медицинской помощью при значительном снижении объема платных услуг. К началу XX в. вопрос вольной практики приобрел общественно-политическое направление. Представители революционно-демократического крыла в медицинском сообществе активно пропагандировали ликвидацию частной практики в связи с глубокими социальными преобразованиями в сфере здравоохранения, что и было осуществлено в послеоктябрьский период [151].

Результатом Октябрьской революции 1917 г. стало изменение российской правовой системы. Исключением не стало и медицинское законодательство [67]. Государственные реформы привели к массовой ликвидации монастырских больниц, в которых основная часть населения получала медицинскую помощь, что вызвало вспышки различных инфекционных и вирусных заболеваний по всей стране, смертность и антисанитарные условия жизни населения [56, 67, 145]. К

1918 г. на базе медико-санитарных отделов был образован Народный комиссариат здравоохранения (Декрет Совета народных комиссаров РСФСР от 18.07.1918 г. «О Народном комиссариате здравоохранения»), основной задачей которого стал контроль в области здравоохранения на территории всей страны [67, 145]. Основным направлением в здравоохранении стала профилактическая направленность в отношении различных заболеваний среди населения, предусматривающая проведение широких оздоровительных и санитарных мер с целью предупреждение развития заболеваний, что подтверждается принятием Государственной программы здравоохранения [56].

По мнению руководящих органов, частная медицина приносила огромный вред всей советской медицине и всему населению страны в целом, т.к. вела к разладу в медицинских коллективах, способствовала теневой медицине и приводила к социальному неравенству в обществе [145, 151]. В рамках проводимого изменения законодательства в области здравоохранения, в 1921 г. была ликвидирована частная медицинская практика [67]. Исключение составляла стоматология. На разных исторических этапах в разных странах стоматология всегда относилась к дорогостоящей медицинской помощи. Не стало исключением и здравоохранение СССР. Государству было не выгодно полностью оплачивать данные услуги, в результате чего стоматологическая медицинская деятельность на возмездной основе законодательно не запрещалась. При этом частнопрактикующих стоматологов облагали высокими налогами, устраивали частые проверки, что приводило к сокращению платной стоматологической помощи в стране [20].

Результатом формирования советского законодательства в здравоохранении в период 1917-1925 гг. явилась единая государственная организационно-правовая форма всех медицинских учреждений страны. Основными направлениями их деятельности стали: доступность, профилактика и предупреждение заболеваний. Существовал строгий запрет на занятие частной медицинской практикой, все медицинские услуги стали бесплатными. При этом нормы, регулирующие порядок

предоставления медицинских услуг, содержались в различных нормативных актах гражданского, уголовного и административного права [56].

Изучение развития системы охраны здоровья в СССР разными авторами (Стеценко С.Г., 2008; Гончарова О.В., 2010; Калиева О.М., 2013; Сотрин С.В., 2014) показывает, что в советский период практически полностью отсутствовал рынок медицинских услуг. С точки зрения рыночного подхода, основным недостатком такой системы являлось то, что государственные органы управления являлись заказчиками медицинских услуг в необходимом объеме, производителями этих услуг, а также финансировали и контролировали качество медицинской помощи. Человек практически не имел возможности выступать в роли активного заказчика и покупателя. Однако чрезмерный монополизм государства положительно продемонстрировал себя в случаях диспансеризации населения, борьбы с социальными заболеваниями и проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий. Советское здравоохранение обладало высокой эффективностью и социально-экономической устойчивостью [45, 146, 148]. Таким образом, советский период в 1917-1990 гг. характеризовался формированием жесткой административной системы государственного здравоохранения на территории всей страны с отсутствием частной медицинской практики.

В современной России рынок платных медицинских услуг стал формироваться с конца 80-х – начала 90-х годов 20 века [155, 178]. Становление социалистической системы здравоохранения СССР шло по экстенсивному пути развития с постоянным наращиванием ресурсной базы без соответствующей финансовой поддержки, что привело к невозможности реализации объемов бесплатной медицинской помощи и, как следствие, к снижению ее доступности [178]. Негативные явления в системе здравоохранения породили развитие сектора платных медицинских услуг в государственных и муниципальных лечебных учреждениях [67]. Институт платных медицинских услуг претерпел эволюцию от социальной практики (в виде неформальных (теневых) платежей, связанных с взаимной договоренностью между пациентом и врачом [155, 176]), не регламентированной государством, к социальному учреждению, установленному

контролирующими государственными структурами [75]. Как отмечает президент Первой Общественной ассоциации врачей частной практики Каменев А.В. в докладе «Роль и место частного здравоохранения», государство не принимало никакого участия в теневых платежах, квалифицировало это явление незаконным, и, в правовых рамках, всячески пресекало это, но, с другой стороны, не акцентировало на этом внимание [48]. Изменения в социальной, экономической сфере, прогресс медицины, значимость правового регулирования вопросов охраны здоровья в советскую и постсоветскую эпоху страны послужили предпосылками к принятию 22 июля 1993 г. Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан [109]. Впервые в данном документе в ст. 14 рассмотрено создание на территории Российской Федерации частных медицинских учреждений, действующих на основании лицензии на медицинскую деятельность, контроль за деятельностью которых осуществляло государство.

Вопросы развития частной медицины обсуждались в течение длительного периода времени. При этом государственное регулирование частного сектора отсутствовало до конца XX века. Активное развитие платных медицинских услуг требовало от законодательства изменения правовой регламентации порядка оказания медицинских услуг как частными, так и государственными медицинскими организациями, а также наложения ответственности на частнопрактикующих медицинских работников за качество оказываемых медицинских услуг. Для этой цели было издано множество законодательных актов, таких как Гражданский кодекс РФ (часть вторая), который предусматривает порядок расчета и процедуру взыскания возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, Уголовный кодекс РФ, где изложена ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235) и др. [67].

Период становления современного института платных медицинских услуг в рамках формирования нормативно-правовой базы в области охраны здоровья можно условно разделить на два этапа [123]. Первый период (1990 по 1999 гг.) происходил крайне медленно и характеризовался формированием рынка платных

медицинских услуг через легализацию теневых платежей медицинским специалистам и создание хозрасчетных отделений в государственных медицинских учреждениях. Сложившаяся ситуация требовала разработки нормативно-правовой базы, регулирующей порядок предоставления потребителям возмездных медицинских услуг. Принятая всенародным голосованием в 1993 г. Конституция Российской Федерации закрепила основные принципы политики страны, в том числе и в отношении к здравоохранению.

Основное место среди защищаемых государством прав граждан занимает право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которое реализуется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения через оказание бесплатной медицинской помощи за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений [57]. Пункт 2 ст. 41 Конституции гласит, что в стране «принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения» [57]. Таким образом утверждается, что политика российского государства направлена на развитие не только государственной и муниципальной, но и частной систем здравоохранения. Несмотря на данную тенденцию, совершенствование нормативно-правовой базы в 90-е – 2000-е годы в основном затрагивало государственную и муниципальную системы здравоохранения.

В процессе становления института платных медицинских услуг на разных уровнях велись споры о необходимости нормативного закрепления оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях. Основной причиной этого явилось противоречие основному положению ст. 41 Конституции РФ о бесплатной медицинской помощи [32, 173]. В 2002 году Конституционный суд РФ принял определение, непосредственно затрагивающее вопросы оказания платной медицинской помощи. Правовой позицией было закреплено, что включение в механизм правового регулирования отношений, возникающих при оказании платных медицинских услуг, норм гражданского законодательства не противоречит ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, а направлено на их объединение и создает – наравне с другими федеральными законами –

необходимую правовую основу оказания гражданам платной медицинской помощи. В 2002 г. Верховный суд РФ вынес решение, подтверждающее законность и легитимность оказания платных медицинских услуг [111]. На данном этапе документом, посвященном регулированию платных услуг в здравоохранении, стало принятое постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Необходимо отметить, что за все время действия данного документа (1996-2012 гг.) в него не было внесено ни одной поправки. При этом эксперты выделяли несколько проблем данного нормативно-правового акта. Во-первых, регулируя процесс оказания возмездных медицинских услуг, данный акт не раскрывал основное определение «платные медицинские услуги». Во-вторых, утвержденные правила касались только учреждений. На момент принятия постановления в РФ существовали медицинские организации иных организационно-правовых норм. В-третьих, в нем устанавливалось, что оказание медицинских услуг на возмездной основе государственными и муниципальными учреждениями должно осуществляться на основании специального разрешения соответствующего органа управления. На момент действия данного нормативного акта право оказания платных медицинских услуг закреплялось в учредительных документах медицинской организации. В-четвертых, в постановлении отсутствовало описание перечня случаев, при которых возможно оказание медицинских услуг на платной основе [65].

Второй этап становления института платных медицинских услуг (2000-2012 гг.) характеризовался заметным сокращением объема платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Основной причиной данной тенденции стал выход на рынок и увеличение большими темпами числа частных медицинских организаций, повсеместно и динамично создаваемых юридическими и физическими лицами [123]. Существовавшие на тот момент законодательные акты не могли урегулировать возникшие проблемы организации платных услуг в медицинских организациях, что требовало от государства принятия новых регламентирующих документов. Именно данный период

характеризуется принятием актуальных нормативно-правовых актов, регулирующих сферу платных медицинских услуг [32].

Таким образом, становление платных медицинских услуг на всех этапах исторического развития напрямую связано с направлениями государственной политики. Длительный запрет частной медицины в советском здравоохранении, отсутствие законодательно установленных правил оказания платных медицинских услуг как для государственных, так частных медицинских организаций привели к формированию ряда современных проблем в организации платных медицинских услуг, решение которых требует комплексного подхода.

1.2 Нормативно-правовое обеспечение оказания платных медицинских услуг на современном этапе

Современное нормативно-правовое регулирование оказания платных медицинских услуг в литературных источниках рассматривается с двух разных позиций: в отношении государственных медицинских организаций и в отношении частной системы здравоохранения [32, 47, 55, 64, 111, 136]. При этом государством не разделяется нормативно-правовая база для государственных и негосударственных медицинских организаций. В рамках действующего законодательства, в сложившихся рыночных условиях, государственные и частные медицинские организации имеют практически равные условия в конкурентной борьбе за пациентов [15, 123].

Основным нормативным актом, регламентирующим сферу оказания платных медицинских услуг государственными и негосударственными медицинскими организациями, является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ-323) [96]. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам регулируются постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – Правила). На

отношения, связанные с оказанием платных медицинских услуг, распространяются нормы Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее – Закон № 2300-1). На основании данного Закона, при оказании платных услуг в здравоохранении используются понятия «потребитель», права которого защищаются данным нормативным актом, и «исполнитель» медицинских услуг, в отношении которого осуществляется государственный контроль и надзор за соблюдением правил предоставления платных медицинских услуг [93].

Закон № 2300-1 регламентирует правоотношения между потребителем и исполнителем в части, не урегулированной Гражданским кодексом РФ, в случае ненадлежащего оказания или неоказания ему услуг (ст. 1–17, 27–39). Основным недостатком Закона № 2300-1 является то, что данный документ не учитывает специфику процесса оказания медицинской помощи и оказания медицинских услуг. Он ориентирован, в первую очередь, на регулирование экономических отношений, возникающих между потребителями и производителями (исполнителями) медицинских услуг. Нормы Закона № 2300-1 учитывают специфику медицинских услуг только в ряде незначительных оговорок или дополнений. Прежде всего, это касается отсутствия в законе критериев достаточности предоставляемой информации потребителю медицинской услуги о ее существовании, объеме и содержании, моменте начала и моменте завершения подобных услуг [29, 145, 152].

Согласно Гражданскому кодексу РФ (п. 4 ст. 51, ст. 298), государственные и муниципальные учреждения здравоохранения являются некоммерческими организациями, а, следовательно, могут осуществлять приносящую доход деятельность, если это предусмотрено их уставами и служит достижению целей, ради которых они созданы, и соответствует таким целям [23]. Современное российское законодательство для государственных медицинских организаций предусматривает возможность привлечения дополнительных финансовых средств от оказания платных медицинских и немедицинских услуг. В тоже время пациенты получают медицинское обслуживание более высокого качества и сервиса [47]. Вместе с тем основой политики в сфере здравоохранения является обеспечение

объемов медицинских услуг в рамках государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Вступление в силу ФЗ-323 устранило необоснованные ограничения для государственных медицинских организаций на оказание ими платных медицинских услуг.

До введения ФЗ-323 в здравоохранении отсутствовало базовое законодательство, определяющее важнейшие условия и направления осуществления частной медицинской практики [91]. Некоторые положения ФЗ-323 посвящены непосредственно частному здравоохранению. Так, пункт 5 ст. 29 дает определение частной системе здравоохранения – «создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья» [96]. При этом ч. 11 ст. 2 ФЗ-323, уравнивает права и обязанности государственных и негосударственных (частных) медицинских организаций через определение «медицинская организация» (это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ). Причем индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, приравниваются к медицинским организациям. Нужно отметить, что положения федерального законодательства, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на все медицинские организации независимо от организационно-правовой формы (организация и оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи; ведение медицинской документации; предоставление отчетности; информирование пациентов и др.) [96].

Статья 84 ФЗ-323 законодательно закрепляет право граждан на получение платных медицинских услуг. При этом устанавливаются определенные условия, при которых медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ), имеют право оказывать платные медицинские услуги: 1) на иных

условиях, чем предусмотрено ПТГ и (или) целевыми программами; 2) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством; 3) гражданам иностранных государств и лицам без гражданства (за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию), а также гражданам РФ, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованным по ОМС; 4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных действующим законодательством [98].

Правила устанавливают перечень иных условий, среди которых: установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; «применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...» [98]. Одним из недостатков Правил является отсутствие исчерпывающего перечня «иных условий», в результате чего этот перечень остается открытым и оказание услуг вне очереди, в удобное для пациента время и т.п., по-прежнему может оказываться на платной основе [64, 65].

Объем предоставляемых платных медицинских услуг определяется не только исполнителем (медицинской организацией), но и потребителем – индивидуально, по согласованию между ними, и может включать отдельные консультации, медицинские вмешательства. При этом объем услуг может превышать установленный стандарт медицинской помощи.

Таким образом, за плату могут оказываться любые виды медицинской помощи, при желании граждан получить их на платной основе [98].

На основании ст. 84 ФЗ-323 источниками оплаты возмездных услуг (или набора услуг) могут выступать личные средства граждан, средства работодателей и иные источники, не запрещенные законом [96].

Правила устанавливают порядок определения цен для медицинских организаций всех организационно-правовых норм. Медицинские организации частной системы здравоохранения самостоятельно устанавливают цены на платные медицинские услуги на основании рыночных механизмов [32, 47, 98, 107].

В бюджетных и казенных государственных учреждениях методика формирования цен на платные услуги устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей. Медицинские организации, подведомственные Минздраву РФ, подчиняются приказу Министерства здравоохранения РФ от 29.12.12 № 1631 н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации». Данный нормативно-правовой акт наделяет медицинские учреждения правом самостоятельно определять цены на основании размера затрат на оказание организацией медицинских услуг и содержание имущества учреждения по основным видам деятельности [97]. При этом правом на установление цен на платные услуги в государственных организациях обладают как сами медицинские организации, так и органы государственной власти, органы местного самоуправления [81]. Таким образом, на сегодняшний день для государственных медицинских организаций актуальна проблема, заключающаяся в отсутствии законодательного закрепления единого механизма ценообразования платных медицинских услуг. В отличие от частных медицинских организаций, государственными учреждениями не учитывается материальный доход граждан, удаленность медицинских организаций от места жительства, конкуренция на рынке медицинских услуг и др. В свою очередь, большинство частных медицинских организаций, в условиях жесткой конкуренции на рынке медицинских услуг, при формировании цен занимаются проведением маркетинговых исследований. По оценкам исследователей, государственные медицинские организации чаще всего устанавливают необоснованные цены на платные услуги. В некоторых учреждениях рост цен достигает 300% [81].

На основании ст. 9 Правил при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи. Согласно ч. 1 ст. 37 ФЗ-323, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, которые

обязательны для исполнения на территории Российской Федерации медицинскими организациями любых организационно-правовых норм [96]. При этом порядки оказания медицинской помощи носят обязательный характер исполнения, а стандарты медицинской помощи – рекомендательный. Исключением для частных медицинских организаций является возможность отступления от соблюдения штатных нормативов, рекомендованных порядками оказания медицинской помощи.

В Правилах большой блок посвящен вопросам информирования пациентов, получающих услуги на возмездной основе. Медицинские организации обязаны предоставить потребителю (заказчику) платных услуг следующую информацию: наименование медицинской организации и ее адрес; сведения о лицензии на медицинскую деятельность, включая наименование, адрес и телефон лицензирующего органа, выдавшего лицензию; перечень оказываемых платных медицинских услуг с указанием тарифов в рублях; условия, порядок и форму предоставления услуг; порядок оплаты за услуги. Необходимо так же сообщить заказчику адреса и телефоны органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих надзор в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и благополучия человека. Кроме этого, исполнитель обязан предоставить пациенту сведения обо всех медицинских работниках, которые принимают участие в оказании платных медицинских услуг, сообщить данные об их образовании, уровне квалификации и опыте работы [136]. Согласно действующему ранее постановлению Правительства 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», медицинские организации самостоятельно определяли, каким способом они будут предоставлять информацию пациенту. В новых Правилах определено, что вся информация, перечисленная в пп. 11-13, должна быть размещена на информационных стендах (стойках) и на сайте медицинской организации в сети «Интернет». Согласно Правилам, по просьбе потребителя исполнитель медицинской услуги в доступной форме должен предоставить ему информацию о порядках оказания медицинской помощи и

стандартах медицинской помощи, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и т.д. Также Правилами, на основании ФЗ-323, установлено, что платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском и др. Однако недостатком нормативных документов является отсутствие определения, что считается «доступной формой» и «полной информацией», а также не уточняется, кто должен сообщить потребителю данную информацию и в каком объеме [64, 65]. Так, в действующих нормативно-правовых актах не представлены механизмы информационного обеспечения потребителей платных медицинских услуг.

Согласно п. 2 ст. 84 ФЗ-323, основным условием при предоставлении медицинской услуги на платной основе является закрепление отношений между потребителем и исполнителем через заключение договора на оказание медицинской помощи. Подробные требования к оформлению договора, а также порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правилами [98]. Главной задачей договора является определение и регулирование отношений сторон с указанием на границы их должного поведения, а также последствий нарушений соответствующих условий и требований. Принимая условия договора, пациент получает информацию о своих правах в сфере здравоохранения и принимает на себя обязанности по своевременной оплате, согласно договору на оказание услуг на возмездной основе, и соблюдению рекомендаций, предписаний лечащего врача [21, 30, 60].

Отдельным вопросом рассматривается нормативно-правовое обеспечение статистического учета данных о платных медицинских услугах. В соответствии с п. 11 ст. 79 ФЗ-323, ст. 30 Правил исполнитель платных медицинских услуг обязан соблюдать требования к оформлению и ведению медицинской документации и

отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления. Характеристика термина «медицинский документ» дана в приказе Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» [92]. Медицинский документ – специальная форма документации, регламентирующая действия, связанные с оказанием медицинских услуг, ведущаяся медицинским персоналом. Список медицинской документации достаточно широкий и включает в себя первичные документы, отчеты, документы для правового обеспечения оказания медицинской помощи. Документация содержит информацию о результатах лечебных, диагностических, профилактических и других мероприятий и необходима для обобщения и анализа информации [137]. Обмен информацией между потребителем и врачом, предоставляющим платную медицинскую услугу, должен быть задокументирован. Только тогда эта информация приобретает юридическое значение. Ведение статистического учета и подготовка статистической информации в Российской Федерации обеспечивается через государственную федеральную информационную статистическую систему. В сфере здравоохранения на сегодняшний день сложилась структура отчетов, которая имеет свои преимущества: единая программа, обеспечение сравнимости, формирование показателей объема работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов. Тем не менее, существующие учетно-отчетные формы, предоставляемые медицинскими организациями, не предусматривают возможность разделения сведений о бесплатной медицинской помощи и платных услугах в государственных медицинских организациях, а также не позволяют получить отдельные сведения о рынке платных медицинских услуг. Ряд авторов отмечают существенную проблему отсутствия ведения отчетности в медицинских организациях частной системы здравоохранения, так как это требует времени, трудовых ресурсов, что приводит к дополнительным финансовым затратам [112, 133].

Форма № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», утвержденная приказом Росстата от 02.11.2018 № 658 «Об

утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», предусматривает получение сведений об объемах и структуре финансовых средств медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТПГГ) [42]. В ней не учитывается блок сведений об объемах и финансировании при оказании услуг на возмездной основе в частных медицинских организациях, не работающих в системе ОМС. Перхов В.И. и соавт. в работе [115] отмечают, что в открытых источниках отсутствуют данные об объемах медицинской помощи по источникам финансирования. В сборниках Росстата отсутствуют данные о расходах населения на платные медицинские услуги, покупку лекарственных средств и других медицинских товаров, выплат по договорам добровольного медицинского страхования.

В годовой форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», утвержденной приказом Росстата от 03.08.2018 № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», содержатся сведения о деятельности медицинской организации в целом, без выделения данных о платных медицинских услугах (ресурсном обеспечении). Существующая отчетная форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», утвержденная приказом Росстата от 24.12.2018 № 773 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», а также форма № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», утвержденная приказом

Росстата от 19.11.2018 № 679 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» не позволяют получить данные о зарегистрированных заболеваниях при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, предоставленных на платной основе [32].

На протяжении длительного времени происходит модификация законодательной базы, регулирующей организацию оказания платных медицинских услуг. Вместе с тем существующее законодательство, регламентирующее оказание медицинских услуг на возмездной основе в медицинских организациях, не раскрывает механизмы по реализации правил оказания услуг. Система статистического учета в сфере здравоохранения не предусматривает регистрацию развернутых сведений о негосударственном секторе здравоохранения, что не позволяет осуществить полный анализ положения дел в отрасли и планировать мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи гражданам РФ.

Таким образом, современная политика государства в области здравоохранения направлена на создание оптимальных условий для взаимодействия государственного и негосударственного сектора здравоохранения для реализации прав пациентов на получение доступной и качественной медицинской помощи. При этом в действующей нормативно-правовой базе не определены механизмы по реализации информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, отсутствует возможность по разграничению бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг в учетно-отчетной документации.

1.3 Методические подходы к организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях

Существующая нормативно-правовая база, регулирующая порядок оказания платных медицинских услуг, закрепляет равенство медицинских организаций всех организационно-правовых форм. Несмотря на это, существуют отличия в подходах к организации оказания услуг на возмездной основе в государственных и негосударственных медицинских организациях.

Основными задачами системы здравоохранения в целом и медицинских организаций в частности является получение социального и экономического эффекта [192, 198, 202, 204]. В соответствии со ст. 50 ГК РФ, основной целью деятельности коммерческих организаций, в т.ч. негосударственных медицинских организаций, является извлечение прибыли. В свою очередь, оказание платных медицинских услуг некоммерческими (государственными) медицинскими организациями, основная деятельность которых направлена на сохранение, поддержание и улучшение здоровья населения страны, служит дополнительным источником финансирования медицинской организации [16, 43, 47, 59, 66, 74, 189, 196, 199, 208, 209]. При этом особенностью рынка платных медицинских услуг является сложность прогнозирования потребления медицинских услуг, так как основная часть пациентов (80%) обращается за медицинскими услугами только при возникновении заболевания [46, 182, 185, 190, 195, 210]. Поэтому медицинским организациям, оказывающим платные медицинские услуги, невозможно спланировать объемы медицинских услуг, следовательно, и получение прибыли.

Как отмечают авторы [46], право пациента на свободу выбора медицинской организации и лечащего врача определило конкурентную борьбу среди медицинских организаций за потребителей платных медицинских услуг. Калашникова К.Н. в работе [44] обозначает, что современное здравоохранение России практически лишено конкурентной среды, и у руководителей медицинских организаций отсутствует заинтересованность в привлечении потребителей и качественном удовлетворении их потребностей. При этом частные организации,

существующие в условиях жесткой конкуренции, активно используют проведение маркетинговых исследований для успешного продвижения медицинских услуг на рынке [103, 194]. Вероятно, данная ситуация связана с рядом преимуществ государственных медицинских организаций перед частными при оказании платных медицинских услуг. Государственные учреждения не рискуют, оказывая платные медицинские услуги, т.к. все их расходы компенсирует учредитель [5]. От доходов, полученных при оказании услуг на возмездной основе, не зависит основное положение дел в государственной медицинской организации. Руководители таких медицинских организаций не обладают самостоятельностью в принятии решений: все их действия регулируются вышестоящими организациями [143]. В свою очередь, государственные медицинские организации сталкиваются с рядом сложностей в организации оказания платных медицинских услуг. Так, исследователи [16, 26, 107, 131, 180] выделяют основные существующие проблемы: ограничение гибкости ценовой политики на платные услуги, что затрудняет продвижение платных медицинских услуг; сложности в проведении маркетинговых исследований, так как это требует определенных знаний и умений, а также специалистов, которые будут заниматься маркетинговой политикой организации (для некоммерческих организаций маркетинг может служить средством не столько по увеличению прибыли, сколько методом по удовлетворению потребителей качеством и доступностью медицинских услуг); отсутствие четких методических рекомендаций, методик и моделей по организации платных медицинских услуг с учетом специфики медицинского учреждения. Снегирева Ю.Ю. в работе [143] описывает недостатки государственных организаций, которые заключаются в сложности создания систем эффективного распределения материальных ресурсов, в затруднении организации дополнительных стимулов для ввода новых медицинских технологий с целью регулирования финансовых расходов и др., что обусловлено ограничениями, устанавливаемыми учредителями.

Существующую организацию оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях можно представить в нескольких формах [25, 40, 41, 108, 186].

Первая форма: платные медицинские услуги оказываются в обособленном, отдельно выделенном помещении, специалистами, занятыми по основному месту работы или по совместительству, с использованием собственного оборудования.

Второй вариант: платные медицинские услуги предоставляются на базе основных помещений медицинской организации, где оказывается бесплатная медицинская помощь, специалистами в их основное рабочее время, с использованием оборудования и инструментов организации. Отмечено, что данный вариант может существовать в медицинской организации с небольшими объемами платных медицинских услуг, т.к. данная форма организации может привести к снижению качества и доступности бесплатной медицинской помощи.

Третья форма является сочетанием первого и второго вариантов.

Второй и третий варианты приводят к нарушениям требований законодательства в предоставлении бесплатной медицинской помощи, но по данным ряда авторов, представленные формы наиболее часто используются в медицинских организациях [108].

Авторы, описывающие организацию оказания платных медицинских услуг на базе государственных организаций в автономном варианте, отмечают, что данная форма организации внебюджетной деятельности обеспечивает получение максимальных результатов: рост заработных плат сотрудников, укрепление и расширение материально-технической базы, повышение доступности и качества медицинской помощи [8, 11, 108].

Отдельным вопросом организации оказания платных медицинских услуг являются правоотношения, возникающие между потребителем и производителем медицинских услуг, которые закрепляются договором возмездного оказания услуг [21, 30, 60, 153]. Содержание договора составляют права и обязанности сторон. Договорная форма отношений позволяет при неисполнении обязательств одной из сторон привлечь правонарушителя к ответственности [117, 135, 187, 188]. Перед

медицинскими организациями, оказывающими услуги на возмездной основе, стоит задача по разработке формы типового бланка договора на оказание платных медицинских услуг, который должен отражать не только требования нормативно-правовых актов, но и особенности оказываемых услуг. Лунева Н.А. в исследовании [72] отмечает, что в договоре должны быть зафиксированы предметы, по которым чаще всего возникают конфликтные ситуации между потребителем и производителем медицинских услуг. Например, в стоматологической практике чаще всего это – гарантийные обязательства исполнителя, срок службы конструкций, стоимость лечения, порядок разрешения споров и др. Также Лунева Н.А. описывает возможность предоставления в договоре информации, на которую пациент имеет право, в соответствии с требованиями Закона № 2300-1. Кулакова Е.В. в работе [63] предлагает прописывать в договоре информацию о возможности получения помощи бесплатно, а также о том, что платные услуги предоставляются по желанию пациента.

Большое внимание в литературе уделяется вопросам информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг. На сегодняшний день существуют различные возможности доведения информации до пациентов. Одним из передовых инструментов информирования выступает официальный сайт медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» [71, 134, 149]. Наличие официального сайта с информацией, в соответствии с утвержденными требованиями к ее содержанию и форме предоставления, является обязательством медицинских организаций всех организационно-правовых форм, закрепленном на законодательном уровне [134]. Основная цель сайта – обеспечение информацией потребителей по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг, и в том числе с выбором медицинской организации. Тарасенко Е.А. в своем исследовании [149] отмечает, что интернет-сайт может служить не только для информирования пациентов, но и для их вовлечения в процесс наблюдения за собственным здоровьем и для повышения медицинской грамотности. Основными трудностями, с которыми сталкиваются руководители медицинских организаций, являются: недооценка

возможностей интернета как одного из инструментов маркетинга, отсутствие знаний о требованиях к наполнению сайта и др. Для негосударственных медицинских организаций официальный сайт является средством неценовой конкуренции по привлечению потребителей медицинских услуг (оказывает влияние на покупательский выбор потребителей), тогда как большинство государственных медицинских организаций создают официальный сайт для выполнения требований законодательства в сфере здравоохранения [71, 149].

Одним из требований порядка предоставления платных медицинских услуг является наличие информированного добровольного согласия (далее – ИДС) потребителя (законного представителя потребителя). В соответствии с требованиями нормативно-правовых актов, касающихся информационных прав пациентов, ИДС на медицинское вмешательство должно быть подписано пациентом после предоставления медицинским работником полной информации в доступной форме. Приказом Минздрава России от 23.04.2012 № 390 н установлен перечень медицинских вмешательств в рамках первичной медико-санитарной помощи, для которых необходимо получение ИДС. Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177 н утвержден порядок получения ИДС при оказании первичной медико-санитарной помощи и разработан бланк форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства. Как отмечает в своем исследовании Гецманова И.В. [17], данными приказами утвержден недифференцированный, формальный подход в реализации процедуры получения ИДС. Автор отмечает, что задача по предоставлению информации, способствующей пациенту осуществить осознанное и обдуманное решение, остается нерешенной. По данным исследования Гецмановой И.В. [17], по результатам анализа судебных решений по гражданским делам, в 16,3% исковых заявлений и судебных решений отмечено нарушение прав пациентов на информацию. Так, одним из недостатков организации информирования потребителей платных медицинских услуг является формальное исполнение данного требования медицинской организацией, оказывающей медицинские услуги. Также результаты исследования, в работе Пушковой С.И.

[121], подтверждают низкую информированность населения о правилах оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях г. Москвы.

Таким образом, перед государственными медицинскими организациями для максимального получения медицинского, социального и экономического эффектов, стоит непростая задача в сочетании взаимодействия бесплатных и платных медицинских услуг, которые имеют разные цели, нормативно-правовую базу, подходы к организации.

Порядок организации оказания платных медицинских услуг в негосударственных медицинских организациях строится на правилах, закрепленных в нормативно-правовых актах, и не отличается от организации в государственных учреждениях здравоохранения. Однако особую роль в организации платных медицинских услуг в частных организациях играет маркетинговая политика, которая строится на основе исследования рынка платных медицинских услуг, обеспечения потенциала медицинской организации по удовлетворению потребностей потребителей, производства, создания услуг, создания условий, направленных на гибкое реагирование организации при изменении рынка медицинских услуг, становления спроса на медицинские услуги, продвижения их на рынок [132, 171, 197, 205]. Исследование рынка включает сегментирование потребителей, производимых медицинских услуг, а также медицинских организаций-конкурентов. Сегментация пациентов позволяет выявить основные характеристики потребителей, имеющие значение для продвижения платных медицинских услуг, таких как социальные характеристики (пол, возраст, социальное положение, уровень доходов, образование, национальные и религиозные особенности), территориальные особенности (численность населения, плотность расселения, обеспечение транспортом и др.), предпочтения и потребности потребителей и др. Сегментация предоставляемых услуг позволяет изучить существующие услуги на медицинском рынке, исследовать производителей услуг – конкурентов, выявить свободные места и

заполнить их услугами, увеличив объемы или изменив характеристики услуг (стоимость, качество, доступность и др.).

Среди вопросов, позволяющих изучить рынок платных медицинских услуг, стоит вопрос о причинах обращений граждан за платными медицинскими услугами, среди которых основными как для России, так и для других стран являются длительное ожидание бесплатной медицинской помощи и повышение доходов потребителей [184, 193, 200, 206].

В частном секторе здравоохранения вопросам исследования рынка платных медицинских услуг уделяется достаточно большое внимание [36, 82, 121]. Основными методами научных исследований, освещающих данный вопрос, являются социологические исследования, позволяющие охватить большой круг вопросов, одним из которых является характеристика потребителей платных медицинских услуг. По данным ряда исследований [121], основными потребителями платных медицинских услуг являются мужчины и женщины трудоспособного возраста, работающие, имеющие высшее образование и средний доход. Большая часть пациентов, проживающих в крупных городах, получает услуги по программам добровольного медицинского страхования, тогда как пациенты небольших населенных пунктов – по индивидуальному договору.

Большинство работ, представленных в литературе, отражает результаты исследований, проводимых в определенных медицинских организациях с целью получения информации о требованиях, предпочтениях и удовлетворенности потребителей платных медицинских услуг [122, 169]. По мнению Смоленской М.А., [142] изучение удовлетворенности потребителей платными медицинскими услугами является актуальным для государственных и негосударственных медицинских организаций. Так, по данным исследования Смоленской М.А. [142], уровень удовлетворенности пациентов муниципальных медицинских организаций г. Барнаула качеством оказания платных медицинских услуг является более низким, чем пациентов негосударственных медицинских организаций (39% и 75% соответственно). Следствием этого является мотивация пациентов при выборе медицинской организации. Основным аргументом пациентов при обращении в

частные медицинские организации является получение услуги более высокого качества, а пациентов государственных учреждений – длительное ожидание бесплатной медицинской помощи [36, 46, 89, 94, 106, 121, 142]. По данным Килимовой Л.В. [53], изучавшей удовлетворенность платными медицинскими услугами, основной причиной обращений пациентов за услугами на возмездной основе, вне зависимости от возраста, явилось качество обслуживания. В данном исследовании установлено, что пациенты частных клиник выбирали платные медицинские услуги из-за их высокого качества.

Отдельным вопросом исследователями изучается уровень доходов потребителей услуг на возмездной основе. По данным ряда работ [38, 121, 142], отмечаются различия в уровне доходов пациентов государственных и негосударственных медицинских организаций. В работе Смоленской М.А. [142] показано, что пациенты государственных организаций имеют доход ниже, чем потребители платных услуг в частных организациях. Пушкова С.И. в работе [122] констатирует, что за платной медицинской помощью обращается население с доходом выше прожиточного минимума, а пациенты с минимальными доходами могут позволить платные услуги в государственных учреждениях здравоохранения.

По данным зарубежных источников, в странах с разными моделями систем здравоохранения отмечаются схожие особенности потребителей платных медицинских услуг. Так, в Китае последствия государственного финансового спада с 1990-х гг., повлиявшего и на систему здравоохранения, привели к увеличению сроков ожидания медицинской помощи. В результате правительство Китая в 2000 г. применило ряд стратегий, направленных на поддержку для развития частного больничного сектора, что привело к быстрому увеличению числа частных больниц. И сегодня все большее количество граждан Китая предпочитает частную медицину. По данным исследователей, основными потребителями платных медицинских услуг в Китае являются лица со средним уровнем доходов [213]. В Индии увеличение доли частного сектора здравоохранения способствовало

повышению доступности и улучшению качества медицинской помощи, улучшению показателей общественного здоровья [203].

Исследования, проводимые информационными агентствами, показывают, что рынок медицинских услуг представлен медицинскими организациями, предлагающими услуги для населения, имеющего разные уровни дохода. Особенно ярко это представлено среди стоматологических клиник (эконом, бизнес, люкс) [83].

На сегодняшний день на медицинском рынке производителями предлагается широкий спектр платных медицинских услуг. Наиболее востребованными являются такие направления, как стоматология, гинекология, урология, офтальмология, косметология и др. [83].

Таким образом, формирование методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг обусловлено позицией потребителей, желающих получить медицинские услуги сверх объемов, гарантированных государством, а также положением медицинских организаций с целью привлечения финансовых средств для развития ресурсной базы. Организация оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях подчиняется общим требованиям отраслевого законодательства. При этом особенности организации продиктованы целями деятельности коммерческих и некоммерческих организаций.

Резюме. Развитие рынка платных медицинских услуг на разных исторических этапах происходит под влиянием политических, экономических и социальных особенностей государства. Внедрение платной медицины в большинстве случаев продиктовано снижением доступности бесплатной медицинской помощи. Современная политика РФ направлена на создание единой национальной системы здравоохранения, объединяющей государственный и негосударственный секторы в целях реализации конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. В то же время, действующая нормативно-правовая база имеет недостатки в регулировании организационных механизмов оказания платных медицинских услуг.

Глава 2. Материалы и методы исследования

В соответствии с программой, **объектом исследования** явилась организация оказания платных медицинских услуг на территории субъекта.

Предметами исследования выступали: информационное сопровождение платных медицинских услуг, порядок статистического учета при выполнении платных медицинских услуг, уровень правовой компетенции производителей платных медицинских услуг.

Единицами наблюдения в соответствии с этапами исследования явились: домохозяйство; потребитель, медицинская организация – производитель (исполнитель) платных медицинских услуг; официальный сайт медицинской организации; пользователь интернет-ресурсов; эксперт в сфере здравоохранения; врач, оказывающий платные медицинские услуги; руководитель структурного подразделения, медицинской организации, оказывающей платные медицинские услуги; обучающийся по программам ординатуры и программам ДПО.

Изучение проводилось путем выкопировки данных из сведений, предоставляемых Росстатом, Министерством здравоохранения Российской Федерации за 2013-2017 гг. Используются данные отраслевой статистической формы отчетности № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» по Забайкальскому краю за 2017 г., статистических форм отчетности Роспотребнадзора № 1-15, 1-16, 1-17 «Сведения о результатах осуществления федерального государственного надзора территориальными органами Роспотребнадзора» Забайкальского края за период 2015-2017 гг., анкета Счетной палаты РФ, а также специально разработанные анкеты для проведения выборочных социологических исследований (таблица 2.1).

Таблица 2.1 - Программа исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения, объем исследования
Изучить организационно-методические аспекты организации оказания платных медицинских услуг на разных этапах развития здравоохранения	Исторический Контент-анализ	Отечественные (n=213) и зарубежные (n=32) источники литературы, нормативные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации и Минздравсоцразвития (n=20), ГК РФ, электронные базы данных «Консультант Плюс», «Гарант», онлайн-сервисы
Проанализировать современные тенденции и региональные особенности развития негосударственного сектора здравоохранения	Социально-гигиенический Аналитический Санитарно-статистический Социологический	Данные Росстата, Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2013-2017 гг.; Данные статистических форм отчетности Росстата Забайкальского края (форма № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению»); Домохозяйство (семья, имеющая общие для семьи источники доходов и расходов (n=319)
Провести комплексный анализ соблюдения требований действующего законодательства медицинскими организациями, оказывающими платные медицинские услуги, по информационному сопровождению пациентов	Аналитический Санитарно-статистический Социологический Метод тестирования Метод экспертных оценок	Официальный сайт государственной (n=35) и негосударственной (n=28) медицинских организаций Забайкальского края; Пользователь интернет-ресурсов (n=400); Эксперт-организатор здравоохранения (n=20); Врач, оказывающий платные медицинские услуги (n=354); Руководитель структурного подразделения, медицинской организации, оказывающей платные медицинские услуги (n=20); Потребитель платных медицинских услуг (n=581); Обучающийся по программам ординатуры и программам ДПО (81 ординатор; 150 врачей); Данные статистических форм отчетности Роспотребнадзора Забайкальского края за период 2015-2017 гг. (стат. формы № 1-15, 1-16, 1-17 «Сведения о результатах осуществления федерального государственного надзора территориальными органами Роспотребнадзора»); Акт проверки Роспотребнадзора Забайкальского края за период 2015-2017 гг. (n=11)

Продолжение таблицы 2.1 - Программа исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения, объем исследования
<p>Дать социологическую и экспертную оценку соответствия процесса оказания платных медицинских услуг, действующим административным правилам</p>	<p>Аналитический Санитарно-статистический Социологический Метод экспертных оценок Причинно-следственный анализ (построение диаграммы Исикавы)</p>	<p>Врач, оказывающий платные медицинские услуги (n=354); Руководитель структурного подразделения, медицинской организации, оказывающей платные медицинские услуги (n=20); Потребитель платных медицинских услуг (n=581); Эксперт-организатор здравоохранения (n=48)</p>
<p>Разработать, апробировать программу мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг и оценить ее результативность</p>	<p>Аналитический Моделирования Социологический Метод тестирования Санитарно-статистический</p>	<p>Формирование программы совершенствования организации оказания платных медицинских услуг; Официальный сайт государственной (n=3) и негосударственной (n=3) медицинских организаций Забайкальского края; Потребитель платных медицинских услуг (n=400); Обучающийся по программам ординатуры и программам ДПО (81 ординатор; 150 врачей); Государственная (n=3) и негосударственная (n=3) медицинские организации</p>

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: исторический, контент-анализ, социально-гигиенический, санитарно-статистический, аналитический, социологический, метод моделирования, метод тестирования, метод экспертных оценок, причинно-следственный анализ.

В соответствии с программой, исследование выполнялось в несколько этапов.

На первом этапе с использованием классических подходов составлены план, программа сбора, разработки и анализа материала, определен статистический инструментарий исследования [68, 79, 80, 86, 120], проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, позволивший изучить исторические, нормативно-правовые, организационные аспекты оказания платных медицинских услуг, изучены основные нормативно-правовые акты, регулирующие сферу платных медицинских услуг.

На втором этапе исследования дана характеристика потребителей платных медицинских услуг на основании анализа показателей здоровья населения и социально-экономического состояния региона в динамике за период 2013-2017 гг. Исследование проводилось путем выкопировки данных из официальной документации Федеральной службы государственной статистики, Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Забайкальского края. Обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Office Excel 2010 г., программного комплекса Statistica 10.0.

При анализе показателей заболеваемости по обращаемости проведено выравнивание уровней динамического ряда через расчет скользящей средней.

Изучение информации о платных медицинских услугах в медицинских организациях, оказывающих помощь населению в рамках ТПГГ, проводилось путем анализа формы № 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению» за 2017 г., утвержденной приказом Росстата.

Для установления связей между объемами платных медицинских услуг и социально-экономическими факторами применен метод корреляционного анализа Пирсона с построением корреляционной матрицы [177]. В качестве показателей, отражающих объемы платных медицинских услуг, использованы: объем платных медицинских услуг населению, млрд. руб., объем платных медицинских услуг на душу населения, руб. Среди социально-экономических факторов, оказывающих влияние на объемы платных медицинских услуг в регионе, отобраны следующие: валовый региональный продукт на душу населения (руб.), уровень безработицы (в процентах), среднедушевые денежные доходы (тыс. руб.), заболеваемость по обращаемости (первичная, общая) (на 1000 населения).

Расчет достоверности разности коэффициентов с применением критерия Стьюдента проводился по формуле:

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \quad (1)$$

где t – критерий Стьюдента;

p_1 и p_2 – относительные показатели;

m_1 и m_2 – ошибки репрезентативности относительных показателей.

Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Расчет коэффициента корреляции Пирсона производился по следующей формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum(d_x \times d_y)}{\sqrt{(\sum d_x^2 \times \sum d_y^2)}}, \quad (2)$$

где r_{xy} – коэффициент корреляции;

d_x и d_y – отклонения каждой варианты от своей средней для каждого вариационного ряда.

Для оценки силы корреляционной связи использовались критерии, согласно которым абсолютные значения $r_{xy} < 0,3$ свидетельствуют о слабой связи, значения r_{xy} от 0,3 до 0,7 – о связи средней, а значения $r_{xy} > 0,7$ – о сильной связи.

С целью оценки объемов расходов населения на медицинские услуги в зависимости от структуры, уровня материальной обеспеченности населения,

проведен опрос с использованием анкеты, рекомендуемой Счетной Палатой РФ (приложение 1) [4]. Методика предусматривала проведение исследования, направленного на изучение объема расходов домохозяйств на платные медицинские услуги, определение структуры расходов по видам медицинской помощи. Единицей наблюдения явилось домохозяйство – семья, имеющая общие для членов семьи источники доходов и расходов,

Исследование проводилось выборочным методом. Для расчета необходимой численности выборки была использована формула Осипова Г.В. (1983) [105]:

$$n = \frac{N}{N \times \frac{\Delta^2}{t^2} + 1}, \quad (3)$$

где n – численность выборочной совокупности;

N – численность генеральной совокупности;

Δ – показатель точности, равный 0,1;

t – доверительный коэффициент, равный 2, при достоверности выводов с вероятностью 95,5%.

Таким образом, был получен минимальный размер выборки:

$$n = \frac{1079000}{107900 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 400, \quad (4)$$

Число домохозяйств, принявших участие в социологическом опросе, составило 319. Суммарный объем реализуемой выборочной совокупности (члены домохозяйств) равен 1084 человека.

Описательные статистики качественных признаков представлены абсолютными величинами и экстенсивными коэффициентами. Характеристика ширины распределения в исследовании представлена описанием 95% доверительного интервала (ДИ). Количественные учетные признаки, подчиняющиеся нормальному распределению, представлены средней арифметической, среднеквадратическим отклонением ($M \pm \sigma$). Количественные переменные, которые не подчинялись закону нормального распределения, представлены в виде медианы, перцентилей (Me (25 %; 75 %)).

На третьем этапе дана оценка содержания, информативности, доступности, практической значимости официальных сайтов медицинских организаций.

Для оценки соблюдения медицинскими организациями требований к содержанию и форме предоставления информации, размещаемой на официальных сайтах, проведен анализ сайтов медицинских организаций Забайкальского края. На основании имеющейся законодательной базы, определяющей требования к сайту медицинской организации, установлены группы критериев оценки и подкритерии в каждой группе: о медицинской организации, о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья, о медицинской деятельности медицинской организации, о медицинских работниках медицинской организации, об отзывах потребителей услуг и др. (приложение 2). В рамках исследования проанализированы сайты 63 медицинских организаций (35 государственных и 28 негосударственных). На официальных сайтах оценивалось наличие, содержание и форма предоставления информации по каждому критерию по принципу альтернативного анализа (есть/нет). Конечный результат по оценке сайта представлен интегрированным показателем степени отражения необходимых разделов сайта, выраженным в процентах.

Для получения социологической оценки функциональности, доступности и практической значимости официальных сайтов медицинских организаций выполнено исследование среди пациентов-пользователей ресурсами интернета. Для проведения исследования разработана анкета, в которой вопросы разделены на несколько блоков: первый блок – вопросы, позволяющие охарактеризовать портрет пациента-пользователя интернет-ресурсами; второй блок – вопросы, характеризующие активность пользователей на сайтах медицинских организаций; третий блок – вопросы, оценивающие удовлетворенность пациентов сайтами медицинских организаций (приложение 3). В исследовании приняли участие 400 респондентов. В рамках диссертационного исследования не использовались полученные от человека биологические материалы или персональные данные, принадлежность которых какому-либо лицу могла быть идентифицирована (Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Этические

принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования»). Следовательно, перед проведением исследований не требовалось проведение этической экспертизы исследований.

Для экспертной оценки информативности, доступности, функциональности официальных сайтов медицинских организаций применен метод экспертных оценок [175]. Для проведения исследования сформирована экспертная группа из числа организаторов здравоохранения. Критерием включения экспертов в группу стал документальный метод, на основе которого определены признаки отбора экспертов: наличие сертификата по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», род профессиональных занятий – управление медицинской организацией (должность – главный врач, заместитель главного врача), стаж работы по специальности – не менее 15 лет, наличие квалификационной категории по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» – первая и высшая. Численность экспертной группы составила 20 руководителей медицинских организаций Забайкальского края. Средний стаж работы экспертов в медицинских организациях составил 30,4 (Me (25%; 75%) = 30,4 (25,25; 35,25)) лет, стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» – 19,8 (Me (25%; 75%) = 18 (15; 22,25)) лет. Высшую квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» имеют 75% экспертов, первую – 25%. В процессе оценки использован метод «Дельфи», который позволил в несколько туров экспертно оценить уровень информативности сайтов медицинских организаций, доступность информации, ее влияние на выбор пациентами врача и медицинской организации, выявление наиболее важных разделов и актуальных функций сайтов. Каждый эксперт был ознакомлен с методикой проведения исследования и самостоятельно заполнял анкету экспертной оценки (приложение 4). Вопросы были составлены по типу «да - нет», для обработки полученных данных использовались методы альтернативного анализа с расчетом относительных показателей и их ошибки. Ранговые места проставлялись с первого места, которое имело наибольшую значимость. Для

оценки согласованности экспертного заключения применялся расчет коэффициента конкордации (согласия) по формуле:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3-n)}, \quad (5)$$

где W – коэффициент конкордации;

m – число экспертов;

n – число признаков;

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку:

$$S = \sum p^2 - \frac{(\sum p)^2}{n}, \quad (6)$$

Коэффициент конкордации изменяется в диапазоне от 0 до 1 (чем ближе к 1, тем выше согласованность экспертов), при этом использовалась следующая шкала оценки: 0 – полная несогласованность; 1 – полное единодушие; 0,1 – 0,29 – низкая степень согласованности; 0,3 – 0,6 – средняя степень согласованности; более 0,6 – высокая степень согласованности экспертного заключения.

Для оценки статистической значимости коэффициента конкордации использована формула определения критерия χ^2 :

$$\chi^2 = (n - 1) \times m \times W, \quad (7)$$

Коэффициент считался статистически значимым, если искомое значение χ^2 превышало его табличный вариант при числе степеней свободы равном $n-1$.

Для оценки соблюдения требований к выполнению правил оказания платных медицинских услуг, в т.ч. правил информационного сопровождения потребителей, проведен социологический опрос медицинских работников, оказывающих услуги на возмездной основе. Для проведения исследования разработана анкета, в которой вопросы представлены несколькими группами: 1 группа – вопросы, отражающие качественную характеристику медицинских кадров, 2 группа – вопросы, посвященные требованиям к информированию пациентов, 3 группа – вопросы, оценивающие порядок организации оказания платных медицинских услуг (приложение 5). В анкете использованы вопросы закрытого типа, в которых респонденту предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответа, и

вопросы открытого типа с возможностью дать развернутый ответ и пояснения. Исследование проводилось на базах государственных и негосударственных организаций здравоохранения – исполнителей платных медицинских услуг.

Так как в официальных данных нет сведений о количестве врачей, предоставляющих платные медицинские услуги, численность генеральной совокупности для определения минимального объема выборки составила число всех врачей Забайкальского края за 2017 г. Таким образом, размер выборки, полученной в соответствии с формулой Осипова Г.В. (1983) [105], составил:

$$n = \frac{4098}{4098 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 364, \quad (8)$$

В опросе приняли участие 364 врача, оказывающих услуги на возмездной основе.

Для изучения влияния профессиональных и социальных характеристик на соблюдение правил оказания платных медицинских услуг медицинскими работниками использована методика расчета относительного риска (RR) [78]. В ходе исследования учитывались зависимые и независимые компоненты. Независимые компоненты были представлены возрастом, стажем работы по специальности, квалификационной категорией медицинских работников, организационно-правовыми формами медицинских организаций. В качестве зависимых переменных выступали показатели удельного веса ответов врачей на вопросы, касающиеся информирования потребителей, ведения первичной медицинской документации и статистического учета. Если значение $RR > 1$, то несоблюдение правил оказания платных медицинских услуг в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения может быть связано с действием данного фактора.

Для изучения мнения руководителей медицинских организаций и структурных подразделений по вопросам соблюдения правил оказания платных медицинских услуг проведен социологический опрос экспертов в области здравоохранения. Критерии включения в экспертную группу определены в соответствии с профессиональным стандартом «Специалист в области организации

здравоохранения и общественного здоровья» [99], среди которых: наличие сертификата по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», должность – главный врач, заместитель руководителя медицинской организации, заведующий структурным подразделением, стаж работы по специальности – не менее 10 лет, наличие квалификационной категории по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» – первая и высшая. Численность экспертной группы составила 20 человек из числа руководителей медицинских организаций Забайкальского края. Средний стаж работы экспертов в медицинских организациях составил 30,4 (Me (25%; 75%) = 30,4 (28; 32,75)) лет, стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» – 18 (Me (25%; 75%) = 18 (11; 21,25)) лет. Высшую квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» имели 87,5% экспертов, первую – 12,5%. Изучение мнения руководителей проводилось с использованием специальной анкеты, включающей вопросы для оценки соблюдения основных положений нормативно-правовых актов, регулирующих организацию оказания платных медицинских услуг (приложение б).

Для получения социологической оценки соблюдения прав потребителей с позиции пациентов, получающих услуги на возмездной основе в государственных и негосударственных медицинских организациях Забайкальского края, разработана анкета, в которую включены вопросы, позволяющие охарактеризовать портрет потребителей платных медицинских услуг, причины и структуру обращений за платными медицинскими услугами, вопросы информирования (приложение 7). В исследовании приняли участие 400 респондентов (размер минимальной выборки рассчитывался в соответствии с формулой Осипова Г.В. [105]).

Оценка уровня правовой компетенции по вопросам оказания платных медицинских услуг проведена с использованием тестирования. В исследовании приняли участие обучающиеся по программам ординатуры и программам ДПО по специальностям «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Общее количество тестируемых составило 231 человек. Тестовые задания содержали вопросы о

правилах организации оказания платных медицинских услуг, закрепленных в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в постановлении Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в Законе РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Задания соответствовали основным требованиям построения тестов: валидности, надежности, вариабельности. Задания представлены в форме закрытых вопросов, предполагали выбор одного или нескольких вариантов правильного ответа из предложенных. Формирование набора тестовых заданий у каждого тестируемого осуществлялось методом случайной выборки из общего объема тестовых заданий при помощи программного модуля «Тестирование», используемого для проведения тестового контроля в Центре по непрерывному тестированию на базе Читинской государственной медицинской академии. Используемый программный модуль позволяет оценить результаты тестирования, выделить вопросы, получившие наибольшее и наименьшее количество правильных ответов, проследить успешность прохождения теста каждым участником тестирования в режиме реального времени.

Для организационно-правовой оценки результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги по Забайкальскому краю за период 2015-2017 гг. на базе Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю проведен анализ данных за 2015-2017 гг. отчетных форм отраслевого статистического наблюдения № 1-15, 1-16, 1-17 «Сведения о результатах осуществления федерального государственного надзора территориальными органами Роспотребнадзора», утвержденных приказами Роспотребнадзора от 08.11.2015 № 1220, от 08.07.2016 № 768, от 04.07.2017 № 604, а также актов плановых и внеплановых проверок медицинских организаций (n=11). На основании актов проверок составлена выкопировочная карта (приложение 8).

На четвертом этапе в целях изучения и обобщения проблем при оказании платных услуг в медицинских организациях субъекта Российской Федерации

применен метод экспертных оценок. При проведении исследования сформирована экспертная группа из числа организаторов здравоохранения – руководителей медицинских организаций (n=48) государственной и негосударственной форм собственности, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в т.ч. первичную специализированную помощь. Исследование осуществлялось в два этапа. В рамках первого этапа проведен сбор экспертной информации путем заочного письменного заполнения респондентами карты опроса, в которой руководителям предложено описать существующие проблемные области в организации оказания медицинских услуг на возмездной основе и дать их подробную характеристику (приложение 9). Второй этап сопровождался анализом полученной информации посредством обобщения ответов экспертов в 6 групп, отражающих проблемные области процесса оказания платных медицинских услуг, и ранжирования их по частоте встречаемости в картах опроса респондентов.

Оценка разности зависимых выборок с качественными показателями проводилась с использованием критерия Кокрена (Q) [108]. Критерий Кокрена – непараметрический критерий для проверки значимости различия двух и более воздействий на группы. Воздействие (отклик) является дихотомической переменной (т.е. принимает два значения – 0/1; да/нет). Расчет критерия Кокрена (Q) проводился по формуле:

$$Q = \frac{(K-1) \times [K \sum (\sum X)^2 - (\sum X_R)^2]}{K \sum (\sum X_R) - \sum (X_R^2)}, \quad (9)$$

где K – число повторных исследований у каждого эксперта, в данном случае – 6. Методика расчета представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2 - Определение однородности зависимых выборок с качественными признаками (критерий Кокрена)

№ анкеты	Группы проблем						$\sum X_R$	$(\sum X_R)^2$
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа		
1	1	1	1				3	9
2		1		1		1	4	16
И т.д.			1	1	1		3	9
Всего	$\sum X_1$	$\sum X_2$	$\sum X_3$	$\sum X_4$	$\sum X_5$	$\sum X_6$	$\sum (\sum X_R)$	$\sum (\sum X_R)^2$

Полученное значение сравнивалось с табличными данными критерия Кокрена. Результаты исследования, с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,01$), позволяли утверждать, что отмеченные различия в группах не случайны.

Для дальнейшего определения причин выявленных проблем из группы классических «семи инструментов качества» использована причинно-следственная диаграмма, или диаграмма Исикавы («рыбий скелет») [62]. Данный аналитический метод позволил продемонстрировать основные причины конкретных событий, а также выявить факторы, влияющие на возникновение проблемы; визуализировать связи между проблемой и возможными причинами; расставить акценты для анализа и решения проблем. При построении диаграммы Исикавы сформулированная проблема размещалась у правой границы рабочего листа бумаги и заключалась в овальную фигуру. От геометрической фигуры влево проводилась горизонтальная линия, так называемый «осевой скелет». Далее сверху и снизу от горизонтальной линии древовидно располагались основные причины (факторы), влияющие на изучаемую проблему – ключевые категории причин (рисунок 2.1).

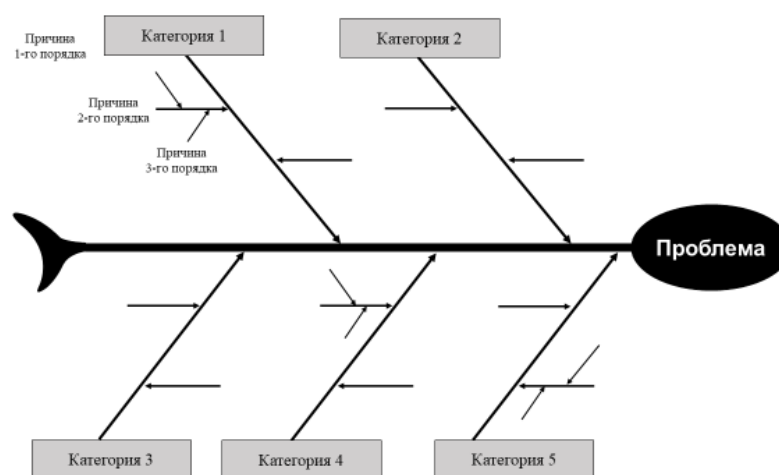


Рисунок 2.1 - Схема диаграммы Исикавы

Количество основных категорий причин варьировалось в зависимости от содержания проблемы, уровня рассматриваемого вопроса, глубины изучаемого процесса и т.д. При этом все возможные причины в диаграммах Исикавы классифицированы по одной схеме: причины, связанные с человеческими факторами (медицинские кадры), ресурсы (материально-техническое оснащение),

организация (процесс) оказания медицинских услуг, методы измерения (показатели контроля оказания медицинских услуг).

На пятом, заключительном этапе, разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях. На основании полученных результатов исследования для решения ключевых проблем с использованием метода моделирования разработаны три блока мероприятий, которые были объединены в программу по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг. Для каждого программного мероприятия разработаны целевые индикаторы, отражающие эффективность предлагаемой программы.

Оценка результатов внедрения мероприятий выполнена с использованием двух периодов наблюдения (2015-2016 гг. и 2017-2018 гг.). Результативность программных мероприятий информационного блока оценивались с применением разработанной методики оценки сайтов медицинских организаций (приложение 2). В качестве пилотных баз выступили сайты 3-х государственных и 3-х негосударственных медицинских организаций. Для оценки внедрения порядка информационного сопровождения потребителей проведено социологическое исследование среди пациентов медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги, с использованием специальной анкеты (приложение 5). Число респондентов составило 400 человек.

При оценке результатов внедрения программных мероприятий для сопоставления показателей при сравнении наблюдений до и после внедрения использован тест Мак-Немара.

Резюме. Формирование программы и плана исследования, применение современных методов сбора и обработки информации, использование системного подхода и анализа носили комплексный характер и обеспечили достижение цели и решение поставленных в исследовании задач.

Глава 3. Оценка развития негосударственного сектора здравоохранения Забайкальского края

3.1 Комплексная характеристика региона

3.1.1 Социально-экономический анализ Забайкальского края

В результате объединения Читинской области и Агинского Бурятского автономного округа 1 марта 2008 г. образован Забайкальский край. Регион располагается за Байкалом на крайнем юго-востоке Сибири. Регион имеет большую протяженность границ: на западе и северо-западе край граничит с республикой Бурятия и Иркутской областью, на северо-востоке и востоке – с республикой Саха (Якутия) и Амурской областью, на юге – с КНР и Монголией. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 2018 г. Забайкальский передан из состава Сибирского федерального округа в состав Дальневосточного федерального округа. Забайкальский край отличается выгодным геополитическим положением, которое обеспечивает экономические и транспортные связи между странами Европы, западными регионами России, Китаем и другими странами. Благодаря развитой сети автомобильных и железнодорожных дорог, наличию Транссибирской магистрали регион выполняет функцию транспортного моста между отдаленными друг от друга странами, такими как КНР, Монголия. Особенности региона, включающие выгодное экономико-географическое положение, наличие крупных торгово-транспортных путей, богатого природно-ресурсного потенциала, определяют специализацию и структуру экономики Забайкальского края [31, 104].

Забайкальский край – регион, отличающийся множеством сложившихся экономико-географических условий и разнообразием национального состава населения [172]. Территория края насчитывает 431892 кв. м., что составляет 2,53% площади Российской Федерации. В состав Забайкальского края входит 31 район, 10 городов, 41 поселок городского типа, 750 сельских населенных пунктов и

Агинский Бурятский округ – административно-территориальная единица с особым статусом. Административный центр Забайкальского края – город Чита [31].

Главным ресурсом, обеспечивающим развитие экономики региона, является трудоспособное население, проживающее на данной территории. При этом социально-экономическое положение субъекта оказывает определяющее влияние на уровень жизни населения [77, 116, 125]. С другой стороны, экономически активное население выступает основным источником финансовых средств в частном секторе здравоохранения [14, 159, 191]. С целью оценки уровня жизни населения Забайкальского края проведен анализ основных экономических показателей [124].

Для определения состояния экономики субъекта Российской Федерации анализу подлежит валовый региональный продукт (далее – ВРП), который является основным макроэкономическим показателем, характеризующим уровень развития социальных и экономических процессов в регионе (таблица 3.1.1.1) [52, 61].

Таблица 3.1.1.1 - Объем и динамика валового регионального продукта в 2013-2017 гг.

	2013	2014	2015	2016	2017
Валовой региональный продукт (в текущих основных ценах), млн.руб.	229239.4	234840.8	247666.2	262801.9	300651.1
Индексы физического объема валового регионального продукта (в постоянных ценах), в процентах к предыдущему году	98.1	94.2	99.1	100.1	103.9
Валовой региональный продукт на душу населения, руб.	209781	215668	228215	243110	279443.1

Удельный вес края в общероссийском ВРП в 2017 г. составлял 0,4%. В рейтинге регионов России по ВРП на душу населения Забайкальский край в 2017 году занял 65-ю позицию. Для сравнения позиции соседних регионов: Иркутская область – 29 место, республика Бурятия – 70, Амурская область – 51 [126]. В структуре валового регионального продукта в 2017 г. основными видами экономической деятельности являлись: транспорт и связь – 22,6%; добыча полезных ископаемых – 14%; оптовая и розничная торговля; ремонт

автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования – 11,4%; здравоохранение и предоставление социальных услуг – 7,2%. Несмотря на небольшую долю в общероссийском ВВП и низкий объем по сравнению с другими регионами России, ВРП Забайкальского края имеет тенденцию к росту на протяжении анализируемого периода.

Среднегодовая численность занятых в Забайкальском крае в 2017 г. составила 467,3 тыс. человек, что составляет 43,6% от всего населения региона и 76,8% от населения трудоспособного возраста. За анализируемый период с 2013 по 2017 годы в регионе наблюдается снижение численности занятых на 4% (рисунок 3.1.1.1). Забайкальский край занимает 72 место среди регионов РФ по уровню занятости населения.

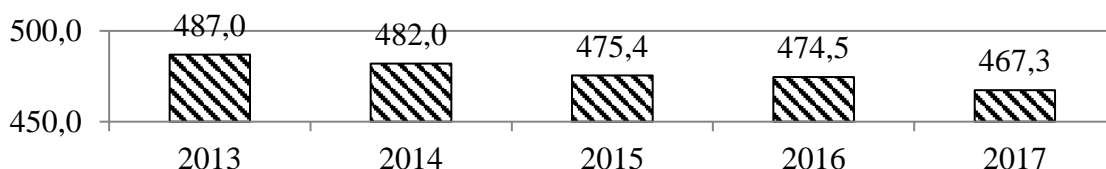


Рисунок 3.1.1.1 - Среднегодовая численность занятых в Забайкальском крае за период 2013-2017 гг., тыс. человек

Основная доля занятого населения приходится на возрастную группу 30-39 лет (31,3%), так же как в СФО (29,5%) и РФ (28,1%). Средний возраст занятого населения в крае в 2017 г. составлял 39,2 лет. Большая часть работающего населения (25%) имеют высшее образование (СФО – 30,2%, РФ – 34,2%).

Уровень безработицы в Забайкальском крае за 2017 г. составил 10,7%. С 2014 г. наблюдается негативная тенденция роста данного показателя на 7%. В соответствии с данными, представленными на рисунке 3.1.1.2, уровень безработицы в регионе в два раза выше показателя по Российской Федерации (5,2%) и на 46,6% выше показателя по СФО (7,3%).

Доходы населения, их уровень, структура являются важнейшими характеристиками экономического и социального благополучия общества. Данная социально-экономическая категория отражает основу удовлетворения личных потребностей человека и составляет базу более широкого понятия, такого как

уровень жизни населения. Вопросы уровня доходов населения и заработной платы работающих граждан являются одними из основных проблем политики региона, так как их величина определяет демографическую ситуацию в регионе, доступность для населения услуг сферы образования, здравоохранения и др. [35, 84].

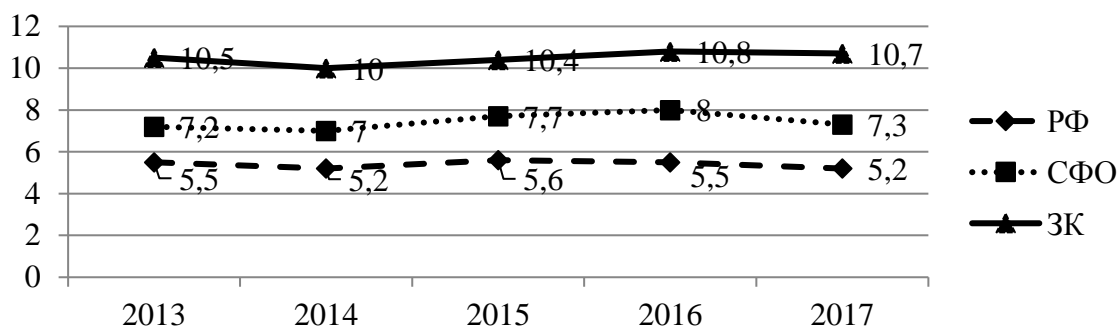


Рисунок 3.1.1.2 Уровень безработицы в Забайкальском крае, Сибирском Федеральном округе, Российской Федерации в 2013-2017 гг., %

При анализе динамики доходов населения края определена тенденция к увеличению номинальных денежных доходов, выраженных в абсолютных значениях, и снижение реальных доходов (относительный показатель, исчисленный путем деления индекса номинального размера денежных доходов населения на индекс потребительских цен за соответствующий временной период), демонстрирующих покупательскую способность денег (таблица 3.1.1.2). Среднедушевые денежные доходы за анализируемый период выросли на 17% или на 3,4 тыс. руб. Номинальная начисленная заработная плата работников увеличилась в абсолютном значении на 7,5 тыс. руб., в относительном – на 28%. При этом реальная заработная плата населения при высоком росте уровня розничных цен имеет тенденцию к снижению.

Среднедушевые денежные доходы в Забайкальском крае за 2017 г. составляли в среднем 2,2 прожиточных минимума (прожиточный минимум в среднем на все население в 2017 г. – 10590,23 руб. в месяц). Численность населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума, в 2017 г. составила 21,2%, что выше показателя по Российской Федерации (13,2%) на 60,6%. С 2013 года в Забайкальском крае складывается отрицательная динамика увеличения

относительной бедности населения, выраженной долей населения со среднедушевыми денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, на 30,9%. Забайкальский край по уровню среднедушевого денежного дохода населения занимает 60 место среди субъектов Российской Федерации.

Таблица 3.1.1.2 - Динамика доходов населения Забайкальского края в 2013-2017 гг.

Наименование показателя	2013	2014	2015	2016	2017	Темп роста, %	Изменение, тыс. руб.
Среднедушевые денежные доходы (в мес., тыс. руб.)	19,9	20,5	22,9	22,8	23,3	117,0	3,4
Номинальная начисленная заработная плата работников (в мес., тыс. руб.)	27,3	29,3	30,9	32,7	34,8	128,0	7,5
Реальные денежные доходы населения (в % к предыдущему году)	104,8	95,3	95,3	92,4	97,7	-	-
Реальная начисленная заработная плата работников (в % к предыдущему году)	104,5	99,7	90,1	98,6	103,0	-	-

В структуре численности населения по величине среднедушевых денежных доходов в 2017 г. первое место принадлежит гражданам, имеющим доход от 19000,1 до 27000,0 руб. – 19,4%, второе место – от 27000,1 до 45000,0 – 19,2%, третье место – от 14000,1 до 19000,0 – 17,4%.

Потребительские расходы в среднем на душу населения Забайкальского края в 2017 г. составили 16471 руб., что выше на 25,5% в сравнении с 2013 г. (13128 руб.). В структуре потребительских расходов за 2017 г. в регионе лидирующую позицию занимают затраты на продукты питания – 33,8%, на втором месте расходы на транспорт – 10,9%, на третьем – оплата жилищно-коммунальных услуг – 10,5% (рисунок 3.1.1.3). В структуре расходов издержки потребителей на здравоохранение поднялись с 11 места в 2010 году и заняли 8 позицию в 2017 году.

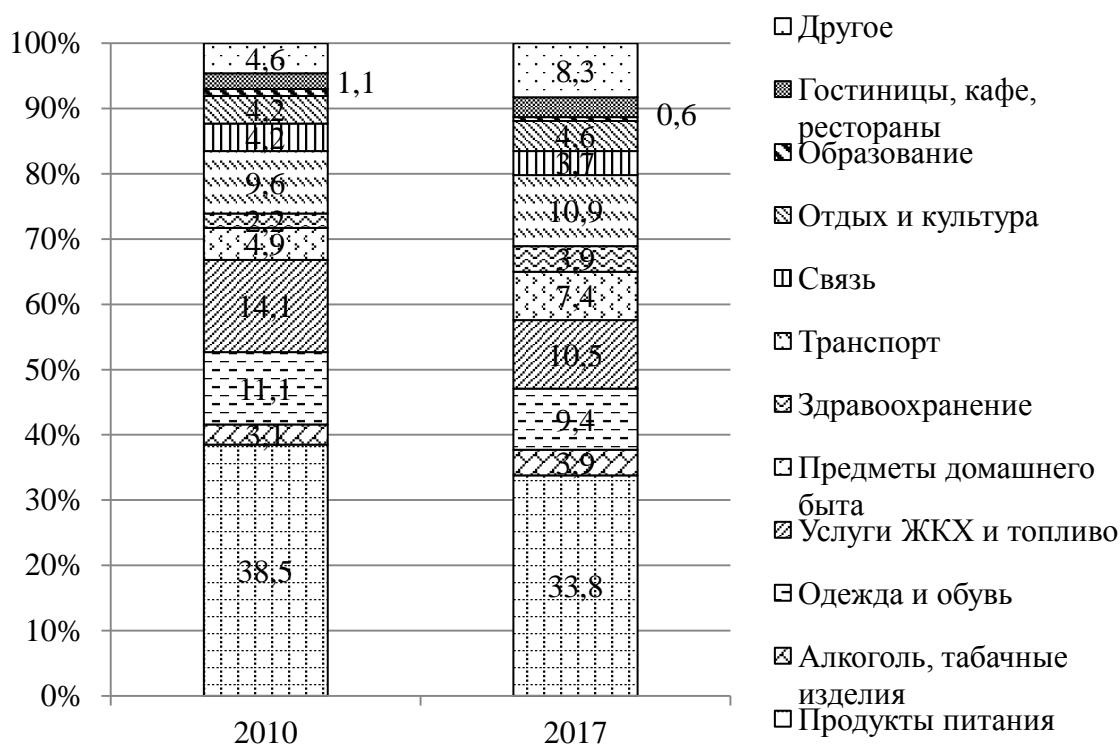


Рисунок 3.1.1.3 - Структура потребительских расходов в Забайкальском крае в 2010, 2017 гг., %

Таким образом, проведенный социально-экономический анализ уровня жизни населения региона выявил негативные тенденции в снижении численности занятых в Забайкальском крае. Наряду со снижением числа занятых, происходит увеличение уровня безработицы, снижение реальных доходов и увеличение относительной бедности среди населения субъекта Российской Федерации. Несмотря на накопленный социально-экономический потенциал, перед регионом стоит задача в повышении уровня жизни населения через выявление и поддержание финансовых резервов.

3.1.2 Медико-демографическая характеристика населения Забайкальского края

Определяющими уровень развития рынка медицинских услуг являются показатели объема и структуры предоставленных платных медицинских услуг, значения которых зависят от ряда факторов, оказывающих на них наиболее сильное воздействие [157]. Такими факторами являются: демографическая ситуация в

регионе, платежеспособность потребителей, уровень и структура заболеваемости населения, обеспеченность населения медицинскими организациями, а также обеспечение социальных гарантий [53].

Основным экономическим ресурсом для любого государства в целом и для региона в частности является человеческий потенциал [128]. Самым широким понятием для обозначения человеческих ресурсов является такая социально-экономическая категория, как население, оценка состояния которого проводится через анализ демографических, экономических показателей и показателей здоровья [110].

Численность населения края на 1 января 2018 г. составила 1072,8 тыс. человек. В регионе преобладает население женского пола – 52,1% над численностью мужчин – 47,9%. Число городских жителей составляет 68,2%, в сельской местности проживает 31,8%. При этом за исследуемый период наблюдается тенденция к сокращению сельского и увеличению городского населения. Коэффициент демографической нагрузки за 2017 г. в регионе составил 361 человек старше трудоспособного возраста на 1000 человек трудоспособного возраста. Данный показатель имеет тенденцию к повышению с 312 в 2013 г. до 361 в 2017 г. В сравнении с показателем по Российской Федерации коэффициент ниже на 20,5% (рисунок 3.1.2.1).

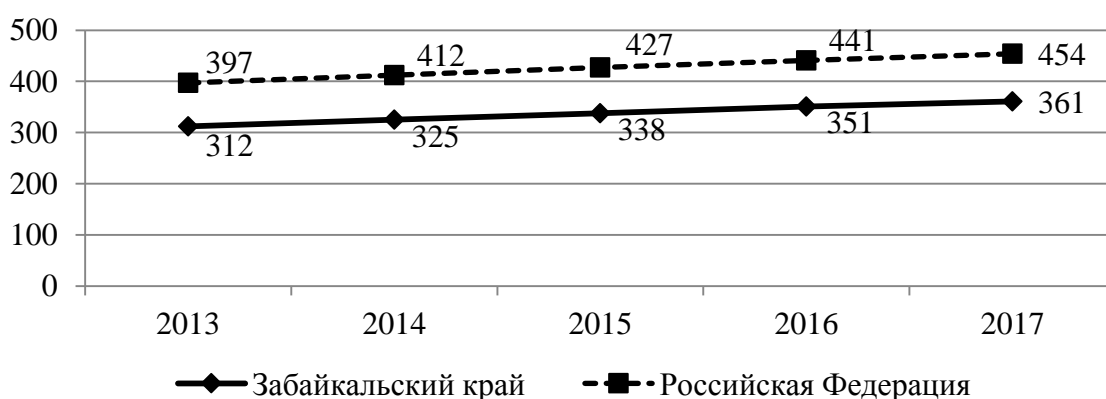


Рисунок 3.1.2.1 - Коэффициент демографической нагрузки Забайкальского края и Российской Федерации за период 2013 по 2017 гг., на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц старше трудоспособного возраста

За исследуемый период с 2013 по 2017 годы численность региона сократилась на 1,6% (рисунок 3.1.2.2). Для оценки причин изменения численности населения проанализирован коэффициент естественного прироста (убыли) населения, а также показатель механического движения населения.

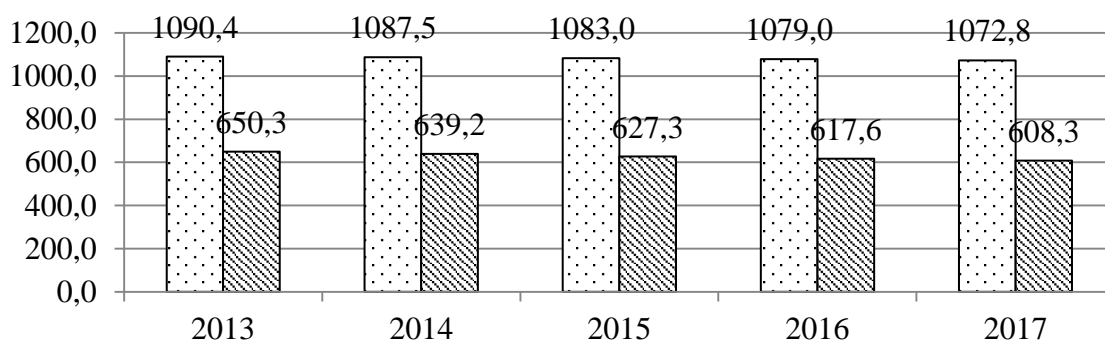


Рисунок 3.1.2.2 Численность всего населения и населения трудоспособного возраста Забайкальского края за период с 2013 по 2017 гг., тыс. человек

Естественное движение населения Забайкальского края за период 2013-2017 гг. характеризуется приростом населения. С 2013 по 2014 годы отмечается позитивная тенденция роста естественного прироста населения с +3,4 до +3,5. Однако в 2015 году происходит снижение показателя на 29% (+2,5), и в 2016 году показатель достигает значения +2,3. В 2017 году в Забайкальском крае регистрируется естественный прирост населения (+1,7) при впервые зарегистрированной естественной убыли по Сибирскому федеральному округу (-0,1) и в Российской Федерации (-0,9). Естественное движение населения характеризуется взаимодействием основных демографических процессов – рождаемостью и смертностью.

Ведущим медико-демографическим показателем является рождаемость, на который оказывают влияние не только биологические факторы, но также и социальные и экономические условия жизни населения [2, 54, 88, 144]. По данным таблицы 3.1.2.1, показатель рождаемости в Забайкальском крае, за анализируемый период 2013-2017 годы, сохраняет стабильность и превышает аналогичный показатель по Сибирскому федеральному округу на 5-9%, по Российской Федерации – на 13-21%. С 2014 года показатель рождаемости имеет тенденцию к снижению с 16,0 до 13,4 на 1000 населения в 2017 году. По данным Росстата,

Забайкальский край в 2017 году занимал 13 место среди регионов России по уровню рождаемости.

Таблица 3.1.2.1 - Показатели естественного движения за период с 2013 по 2017 гг. в Забайкальском крае, Сибирском федеральном округе, Российской Федерации, на 1000 населения

	Рождаемость			Смертность			Естественный прирост		
	ЗК	СФО	РФ	ЗК	СФО	РФ	ЗК	СФО	РФ
2013	15,9	14,8	13,2	12,5	13,3	13,0	3,4	1,5	0,2
2014	16,0	14,7	13,3	12,5	13,2	13,1	3,5	1,5	0,2
2015	15,4	14,3	13,3	12,9	13,2	13,0	2,5	1,1	0,3
2016	14,6	13,8	12,9	12,3	13,0	12,9	2,3	0,8	-0,01
2017	13,4	12,3	11,5	11,7	12,7	12,4	1,7	-0,1	-0,9

За анализируемый период в Забайкальском крае показатель смертности имел неоднозначную тенденцию. Так, за период 2014-2015 годы отмечалось увеличение смертности населения на 3,2%. С 2015 года происходит снижение смертности. В 2017 году показатель достиг уровня 11,7‰, что ниже показателя по СФО на 7,9%, по РФ – на 5,6%. Несмотря на неоднозначный характер изменения показателя, уровень смертности на протяжении всего анализируемого периода не превышал аналогичные показатели по СФО и РФ, а также оставался ниже показателя рождаемости в Забайкальском крае, что обеспечило естественный прирост населения региона. По данным Росстата, Забайкальский край занимает 26 место по уровню смертности среди регионов России.

В структуре причин смертности населения Забайкальского края лидирующую позицию занимают болезни системы кровообращения – 40,5%, на втором месте новообразования – 16,2%, на третьем месте – внешние причины смерти – 13,6%, среди которых основную позицию занимают самоубийства – 25,8%. Данная структура соответствует структуре смертности населения Российской Федерации.

Одним из демографических показателей, позволяющим оценить не только биологические закономерности старения и смерти, но и роль социальных факторов, таких как уровень жизни населения, его отношение к своему здоровью, ведение

здорового образа жизни, доступность и качество медицинской помощи, достижения науки, является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении [39, 69, 114].

Показатель ожидаемой продолжительности жизни в Забайкальском крае в 2017 году составил 69,64 лет (рисунок 3.1.2.3). На всем протяжении анализируемого периода с 2013 по 2017 гг. наблюдается постепенное увеличение показателя на 3,8%. В Российской Федерации темп роста показателя за аналогичный период составил 2,8%, по Сибирскому федеральному округу – 2,7%.

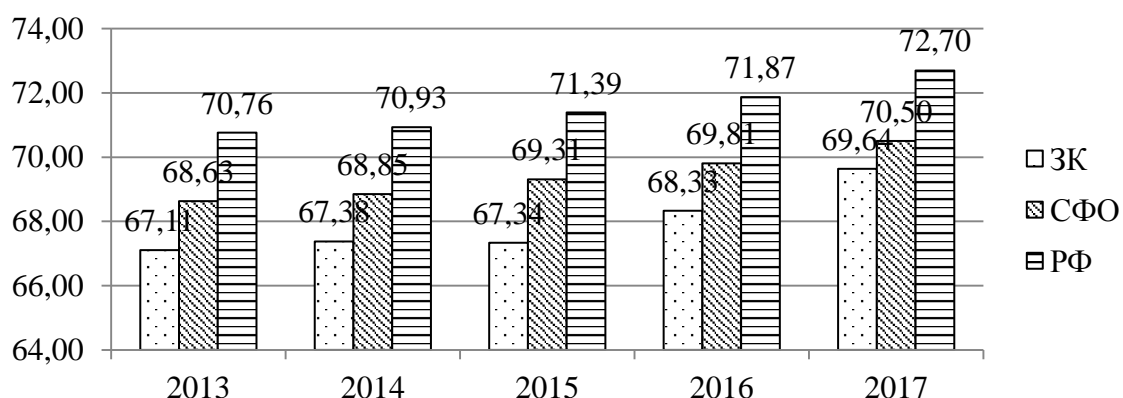


Рисунок 3.1.2.3 - Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Забайкальском крае, Сибирском федеральном округе и Российской Федерации за период с 2013 по 2017 гг., число лет

Несмотря на положительную тенденцию к увеличению, показатель ожидаемой продолжительности жизни в регионе всегда оставался ниже таковых по РФ и СФО. В 2017 году уровень показателя в Забайкальском крае (69,64 лет) на 1,2% ниже показателя по СФО (70,5 лет) и на 4,2% ниже показателя по России (72,7 лет). В целом низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении в регионе отражают социально-экономическое положение в обществе и недостаточность мер, направленных на предотвращение смертности и поддержание здоровья населения со стороны органов государственной власти региона.

Основной причиной низкого показателя ожидаемой продолжительности жизни населения России, и в том числе Забайкальского края, является высокая смертность лиц трудоспособного возраста. Так, в 2017 году данный показатель по

Забайкальскому краю составил 563,3 на 100000 населения трудоспособного возраста, что ниже такового по СФО (583,9 на 100000 населения трудоспособного возраста) на 3,5%, но выше показателя по РФ (484,5 на 100000 населения трудоспособного возраста) – на 16,3%. Данная тенденция, при невысокой продолжительности жизни и сверхсмертности населения трудоспособного возраста, приводит к постарению населения.

Ежегодное снижение численности населения Забайкальского края при естественном приросте создает предпосылки для анализа механического движения населения. Миграция происходит под влиянием различных факторов, среди которых основными для нашей страны, и в том числе для региона, являются экономическая неустойчивость, безработица и т.д. В Забайкальском крае в течение анализируемого периода наблюдается миграционная убыль населения с максимальным уровнем коэффициента в 2013 году (-78 на 10000 населения) и минимальным в 2014 году (-62 на 10000 населения). Данный показатель значительно превышает показатели по СФО и РФ. В структуре выбывших (по направлениям передвижения) в 2017 г. 49,8% составляют лица, выбывшие за пределы региона. Очень важным фактом является тот, что Забайкальский край занимает лидирующее место по доли выбывших за пределы субъекта среди регионов, входящих в состав Сибирского федерального округа.

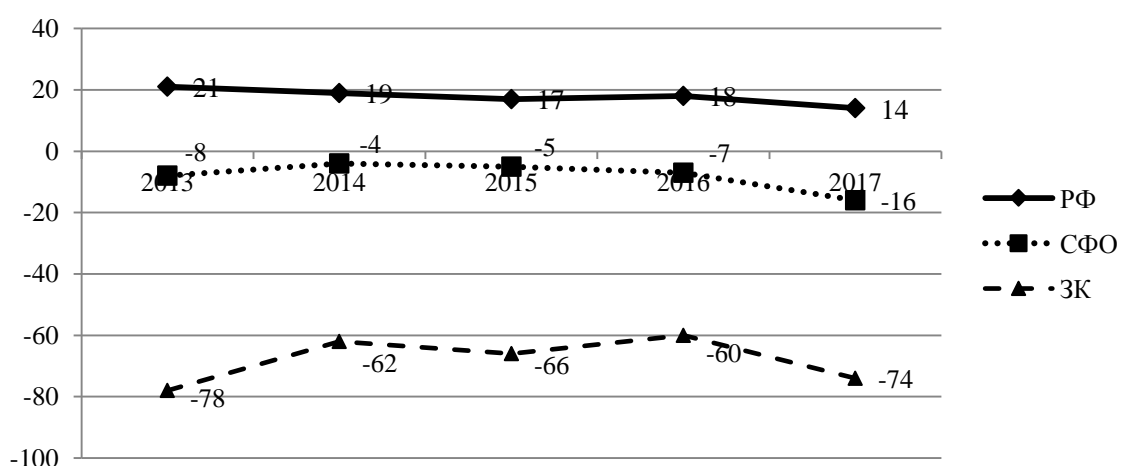


Рисунок 3.1.2.4 - Коэффициент миграционного прироста в Забайкальском крае, Сибирском федеральном округе, Российской Федерации за период с 2013 по 2017 гг., на 10000 населения

Результаты проведенного анализа демографических процессов населения региона за изучаемый период выявили снижение численности населения за счет высокой миграционной убыли. Несмотря на увеличение продолжительности предстоящей жизни, показатель остается на низком уровне, в сравнении с российским показателем, за счет невысокой продолжительности жизни и сверхсмертности населения трудоспособного возраста. Полученные данные определяют негативные тенденции демографических, социальных и экономических процессов, происходящих в регионе, которые в свою очередь, обуславливают особенности региона, влияющие на уровень жизни населения.

Оценка показателей заболеваемости населения по данным обращаемости за медицинской помощью, по которым можно судить о доступности медицинской помощи и реализации программ по профилактике и здоровому образу жизни, выявила нестабильную динамику [9]. С целью определения закономерности изменения первичной заболеваемости за анализируемый период проведено выравнивание динамического ряда путем расчета скользящей средней. Скорость изменений показателей заболеваемости различна, наибольший темп прироста отмечается в 2017 г. При выравнивании показателей динамического ряда с 2013 по 2016 гг. регистрируется тенденция снижения первичной заболеваемости, в 2017 г. уровень заболеваемости повышается. Данный показатель остается ниже аналогичного по СФО на 17%, по Российской Федерации – на 9,4% за 2017 г. (таблица 3.1.2.2).

Таблица 3.1.2.2 - Заболеваемость населения Забайкальского края с диагнозом, установленным впервые в жизни, за период с 2013 по 2017 гг., на 1000 населения

Год	Уровень	Темп прироста, %	Темп роста, %	Скользящая средняя	Показатель наглядности
2013	737,5	-	-	-	
2014	764,7	+3,7	103,7	732,0	
2015	693,8	-9,3	90,7	706,3	
2016	660,5	-4,8	95,2	686,6	
2017	705,6	+6,8	106,8	-	
СФО, 2017 год	849,8				-17,0
РФ, 2017 год	779,1				-9,4

В структуре первичной заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания, второе место – травмы, отравления, третье – болезни органов пищеварения.

Показатели общей заболеваемости населения Забайкальского края представлены в виде динамического ряда в таблице 3.1.2.3. При анализе показателя определяется волнообразный характер течения. С 2014 г. наблюдается снижение общей заболеваемости. В 2017 г. отмечается повышение показателя, темп прироста составил +2,5% по отношению к 2016 г. При этом показатель остается ниже показателя по РФ на 9% и по СФО – на 16,5%.

В структуре распространенности лидирующая позиция принадлежит болезням органов дыхания, второе место занимают болезни системы кровообращения, третье – болезни органов пищеварения.

Снижение показателей заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью выявило ряд неблагоприятных тенденций, которые требуют соответствующего внимания и принятия управленческих решений на территории Забайкальского края.

Таблица 3.1.2.3 - Общая заболеваемость населения Забайкальского края за период с 2013 по 2017 гг., на 1000 населения

Год	Уровень	Темп прироста, %	Темп роста, %	Скользкая средняя	Показатель наглядности
2013	1491,4	-	-	-	
2014	1519,7	+1,9	101,9	1482,2	
2015	1435,5	-5,5	94,5	1463,9	
2016	1436,4	+0,1	100,1	1447,8	
2017	1471,6	+2,5	102,5	-	
СФО, 2017 год	1761,4				-16,5
РФ, 2017 год	1617,8				-9,0

Многочисленные исследования подтверждают влияние социально-экономических характеристик региона и, как следствие, уровня жизни населения на развитие рынка платных медицинских услуг [35, 61, 84, 116, 125, 128, 183]. С целью дополнительного исследования возможных причин изменения рынка платных медицинских услуг в Забайкальском крае проведено изучение возможного

влияния ряда факторов на негосударственный сектор здравоохранения региона [163]. Для установления связей между объемами платных медицинских услуг (объемом платных медицинских услуг населению, млрд. руб., объемом платных медицинских услуг на душу населения, руб.) и социально-экономическими факторами, такими как валовый региональный продукт на душу населения, руб., уровень безработицы, %, среднедушевые денежные доходы, тыс. руб., заболеваемость по обращаемости (первичная, общая), на 1000 населения, применен метод корреляционного анализа Пирсона с построением корреляционной матрицы (рисунок 3.1.2.5).

Переменная	Корреляции (Корреляция)	
	Объем ПМУ на душу населения	Объем ПМУ
ВРП	.9349 p=,002	.9352 p=,002
Первичная заболеваемость	-,6296 p=,130	-,6266 p=,132
Общая заболеваемость	-,1893 p=,684	-,1861 p=,689
Уровень безработицы	-,4899 p=,264	-,4933 p=,261
Денежные доходы населения	.9873 p=,000	.9879 p=,000

Рисунок 3.1.2.5 - Матрица взаимосвязей между социально-гигиеническими факторами и показателями объемов платных медицинских услуг

При проведении корреляционного анализа не определена взаимосвязь между показателями заболеваемости по обращаемости и объемом платных медицинских услуг.

Прослеживается статистически достоверная зависимость между социально-экономическими показателями региона и объемом платных медицинских услуг. Так, зафиксирована прямая сильная корреляционная связь между уровнем валового регионального продукта на душу населения и объемом платных медицинских услуг ($r=0,94$, $p=0,002$) (так как нет значимых отличий в полученных коэффициентах корреляции между объемом платных медицинских услуг в млрд. руб. и объемом платных медицинских услуг на душу населения, руб., в описании приведены данные коэффициента объема платных медицинских услуг в млрд. руб.), что свидетельствует о росте объемов платных медицинских услуг при увеличении

уровня жизни населения и, как следствие, его платежеспособности. При изучении взаимосвязи между показателем уровня среднедушевых денежных доходов населения и объемом платных медицинских услуг выявлена сильная прямая корреляционная связь ($r=0,99$, $p=0,001$).

При проведении корреляционного анализа не выявлена взаимосвязь между уровнем безработицы и объемом платных медицинских услуг.

Таким образом, основным фактором, влияющим на объемы рынка платных медицинских услуг, является уровень социально-экономического развития региона. Повышение основных социально-экономических показателей региона, таких как валовый региональный продукт, среднедушевые доходы населения оказывает прямое влияние на объемы платных медицинских услуг.

3.2 Оценка негосударственного сектора системы здравоохранения Российской Федерации и Забайкальского края

На сегодняшний день в Российской Федерации мониторинг финансирования отрасли здравоохранения производится по системе счетов здравоохранения. В рамках данной системы объемы платных медицинских услуг рассматриваются с позиции финансового обеспечения здравоохранения по источникам [158]. Финансирование системы здравоохранения осуществляется из государственных и негосударственных источников. К негосударственным источникам относятся личные средства населения (домашних хозяйств), финансовые расходы работодателей на лечение сотрудников, членов их семей и др. [13, 197]. По данным исследования Флека В.О. объем негосударственных средств на здравоохранение в 2017 г. составил 2112 млрд. руб., 2,3% от валового внутреннего продукта [158, 159]. В динамике с 2013 г. по 2017 г. доля негосударственных расходов на здравоохранение имеет тенденцию к увеличению на 51,4% (с 1395,1 млрд. руб. до 2112 млрд. руб., с 2,1% до 2,3% от ВВП) (рисунок 3.2.1).

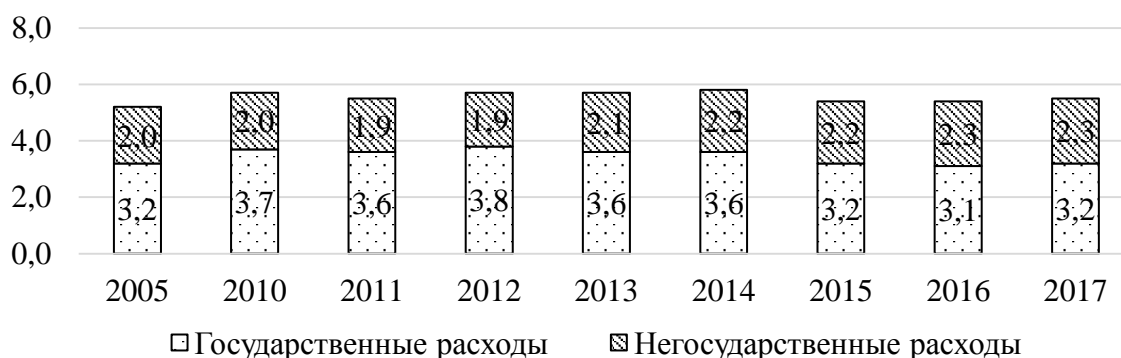


Рисунок 3.2.1 - Государственные и негосударственные расходы на здравоохранение РФ от валового внутреннего продукта, 2005-2017 гг., %

Доля негосударственных расходов в 2013 г. составила 36,2%, в 2017 г. – 41,8% от всех расходов на здравоохранение (рисунок 3.2.2).



Рисунок 3.2.2 - Доля государственных и негосударственных расходов в совокупных расходах на здравоохранение, 2013-2017 гг.

Основная финансовая нагрузка в частном секторе здравоохранения приходится на население (домашние хозяйства) [197]. Доля расходов домохозяйств в общем объеме негосударственных средств, по данным системы счетов здравоохранения, в 2017 г. составила 93,7%, что на 13,2% больше показателя 2013 г. Остальная доля расходов приходится на негосударственное социальное страхование за счет работодателей и средства прочих корпораций. По данным выборочных обследований бюджетов домашних хозяйств, проведенных Федеральной службой государственной статистики, отмечается увеличение денежных расходов домохозяйств на медицинские услуги [27]. Так, в 2013 г. сумма расходов на платные медицинские услуги в среднем на одного члена домашнего хозяйства составляла 493,5 руб., в 2017 г. – 635,6 руб., темп роста составил 28%. По

данным ВОЗ 2016 г. частные расходы на здравоохранение в РФ на душу населения составили 202 доллара США, что составляло около 14443 руб. Среди них расходы личных средств граждан составили 13585 руб. на одного человека [159].

По данным Федеральной службы государственной статистики [118], в России отмечается ежегодное увеличение объема платных медицинских услуг. Так за период с 2013 по 2017 гг., регистрируется увеличение объема платных медицинских услуг на душу населения на 47%. В 2017 г. на платные медицинские услуги было потрачено 626625,9 млн. руб., что на 8,6% больше, чем в 2016 г. (572445,4 млн. руб.). При этом за период с 2013 по 2017 гг. наблюдается тенденция к росту удельного веса платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, с 6% до 6,8%. На душу населения объем платных медицинских услуг в 2017 г. составил 4267 руб., что на 47% больше показателя 2013 г. (2900 руб. на душу населения) (таблица 3.2.1). В Забайкальском крае объем платных медицинских услуг в 2017 г. равнялся 2858 руб. на душу населения, темп роста данного показателя за период 2013-2017 гг. составил 51%.

Таблица 3.2.1 - Основные показатели платных медицинских услуг в Забайкальском крае и Российской Федерации в динамике с 2013 по 2017 гг., по данным Росстата

	2013		2014		2015		2016		2017	
	РФ	ЗК	РФ	ЗК	РФ	ЗК	РФ	ЗК	РФ	ЗК
Объем платных медицинских услуг населению, млн. руб.	416227	2060	474432	2260	528359	2660	572445	2934	626439	3066
на душу населения, руб.	2900	1890	3248	2078	3609	2456	3903	2719	4267	2858
Удельный вес платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, в %	6,0	5,7	6,4	5,8	6,6	6,5	6,6	6,9	6,8	7,0

При рассмотрении индекса физического объема платных медицинских услуг в Российской Федерации, который демонстрирует изменение потребления платных услуг без учета влияния ценового фактора, можно отметить неоднозначную тенденцию изменения данного показателя за анализируемый период (рисунок 3.2.3). С 2013 г. показатель ежегодно имел положительный прирост, и только в 2016

г. темп прироста составил -0,1%. В Забайкальском крае с 2013 по 2017 гг. отмечается положительный прирост индекса физического объема платных медицинских услуг. Несмотря на изменения уровня цен на платные медицинские услуги, ежегодно отмечается высокое потребление платных медицинских услуг населением Забайкальского края.

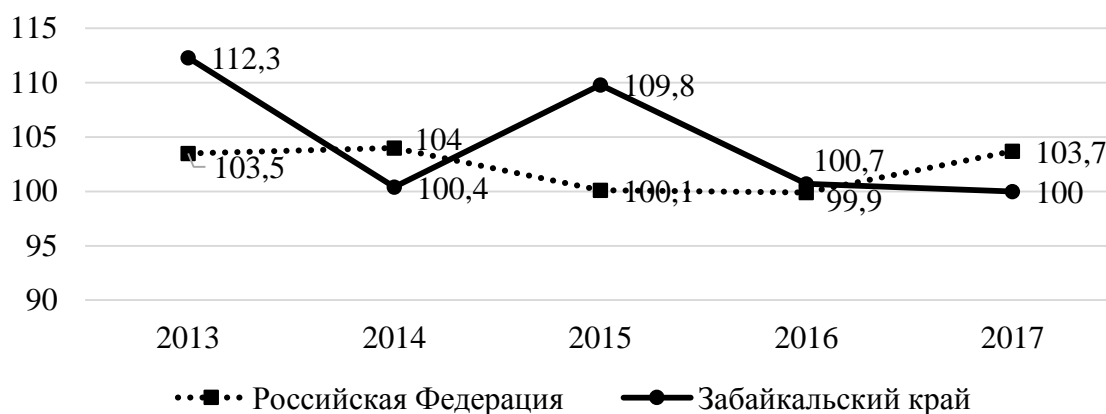


Рисунок 3.2.3 - Индекс физического объема платных медицинских услуг населению Российской Федерации и Забайкальского края за 2013-2017 гг., в процентах к предыдущему году

Источником информации об объемах медицинских услуг является форма № 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению», содержащая данные о медицинских организациях, реализующих ПТГ. Данная форма содержит сведения об услугах, выполняемых на возмездной основе сверх гарантированных объемов медицинской помощи в государственных и негосударственных медицинских организациях.

Число медицинских организаций, предоставляющих данные по статистической форме № 62 в 2017 г., составило 83, из них число негосударственных организаций – 9.

По данным формы за 2017 г. в Забайкальском крае, объем негосударственных источников составил 12,4% от всех расходов на здравоохранение. В динамике за период 2013-2017 гг. отмечается увеличение негосударственных средств с 5,9% до 12,4% (в 1,1 раза) в общем объеме финансирования здравоохранения региона. Среди этих расходов в 2017 г. основную долю составили личные средства граждан

– 59,8%, на втором месте – прочие источники финансирования – 36,2%. Наименьшие расходы пришлось на добровольное медицинское страхование – 4%.

Для оценки зависимости объемов платных медицинских услуг от реализации объемов бесплатной медицинской помощи в регионе проанализировано выполнение объемов Территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Анализ проводился путем сопоставления фактически выполненных объемов медицинской помощи в регионе с нормативными показателями, рекомендуемыми на федеральном уровне (таблица 3.2.2). Так как основная доля граждан обращается за платными медицинскими услугами по заболеванию, были оценены объемы первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями.

Таблица 3.2.2 - Анализ объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями по ТПГГ и ПГГ и на возмездной основе в Забайкальском крае за период 2013-2017 гг.

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017
Норматив объема обращений по заболеванию на 1 жителя по ПГГ	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Фактические показатели объема обращений по заболеванию на 1 жителя в ЗК	0,32	0,13	0,07	0,17	0,1
Норматив объема обращений по заболеванию на 1 застрахованного по ПГГ	1,9	1,92	1,95	1,98	1,98
Фактические показатели объема обращений по заболеванию на 1 застрахованного в ЗК	1,93	2,33	2,41	1,78	1,61
Нормативы объема для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, всего	2,1	2,12	2,15	2,18	2,18
Фактические показатели объема для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями в ЗК, всего	2,25	2,46	2,48	1,95	1,71
Выполнение нормативов обращений по заболеванию ПГГ, %	107,1	116,0	115,3	89,4	78,4
Фактические показатели объема обращений по заболеванию на 1 жителя в ЗК, оказанных на платной основе	0,14	0,35	0,42	0,19	0,19

Так с 2013 по 2015 гг. в регионе выявлено превышение объемов медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях в связи с заболеванием (максимально на 16% в 2014 г.) по ПГГ. Несмотря на данную тенденцию в течение всего анализируемого периода в 2014 и 2015 гг. в регионе регистрировались

наибольшие объемы платных медицинских услуг на одного жителя (максимальный показатель в 2015 г. – 0,42 обращения на 1 жителя). В 2016-2017 гг. в Забайкальском крае показатели объема обращений по заболеванию ниже рекомендуемых значений по ПГГ. При этом за данный период не отмечается значимого увеличения объемов платных медицинских услуг (0,19 обращений на 1 жителя) (рисунок 3.2.4).

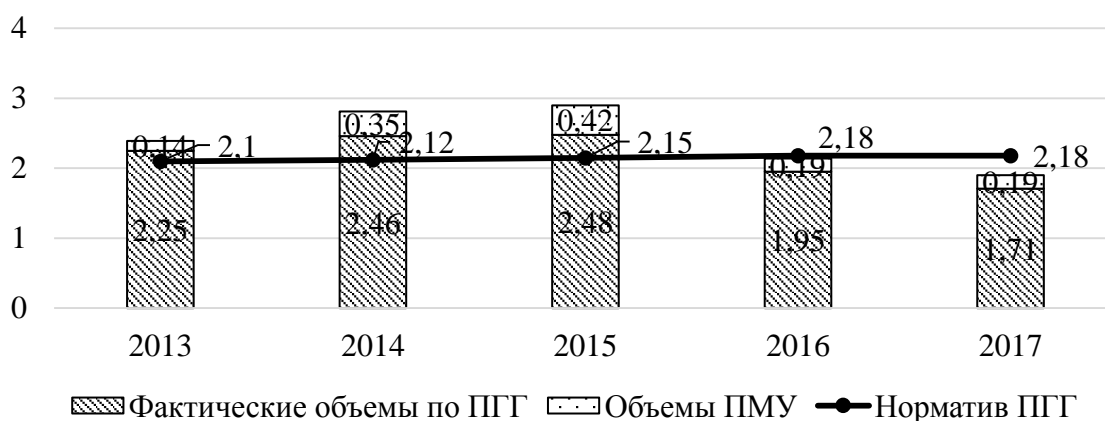


Рисунок 3.2.4 - Показатели объемов обращений в связи с заболеваниями по ТПГГ и ПГГ и на платной основе в Забайкальском крае за период 2013-2017 гг., число обращений на 1 жителя

По результатам анализа формы № 62 изменения объемов платных медицинских услуг в регионе не имеют четкой взаимосвязи с выполнением объемов бесплатной медицинской помощи. Однако, учитывая, что данная статистическая форма заполняется исключительно медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь населению в рамках ТПГГ, необходимо отметить, что представленные данные о негосударственном секторе здравоохранения, не отражают объемы платных медицинских услуг, оказываемых в медицинских организациях, не реализующих ТПГГ.

Анализ имеющихся источников показал, что одним из существенных недостатков в сфере здравоохранения является несовершенство механизмов статистического учета рынка платных медицинских услуг. Так государственные медицинские организации, оказывающие медицинские услуги на возмездной основе, не выделяют сведения о платных услугах из общего объема предоставляемых данных. Одной из причин сложившейся ситуации является

отсутствие в отчетных формах разделов об информации о платных медицинских услугах.

По данным Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю [37], поставщики платных медицинских услуг, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, представлены числом посещений в смену (мощностью), оказывающие специализированную помощь в стационарных условиях – числом коек (таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3 - Данные, характеризующие исполнителей платных медицинских услуг Забайкальского края, за период 2013-2017 гг.

	2013	2014	2015	2016	2017
Мощность медицинских организаций, всего посещений	26880	21488	24835	26541	27230
Мощность негосударственных медицинских организаций, посещений	492	1255	1072	1862	2363
Число коек в медицинских организациях	12138	11908	10981	10333	10617
Число коек в негосударственных медицинских организациях	81	82	85	86	84
Число врачей	5762	5677	5289	5468	5567
Число врачей в негосударственных медицинских организациях	155	222	214	241	301

На протяжении анализируемого периода в регионе происходит увеличение числа посещений в смену в негосударственных медицинских организациях, темп роста с 2013 по 2017 гг. составил 480,3%. Доля посещений негосударственных медицинских организаций в смену в 2017 г. составила 8,7% от всех посещений медицинских организаций, по Российской Федерации – 10%. Реформирование здравоохранения, направленное на сокращение числа коек в государственных медицинских организациях, связанное с реструктуризацией коечного фонда и внедрением стационарозамещающих технологий (темп роста за период 2013- 2017 гг. составил 87,5%), регистрируемое в регионе, не относится к частным медицинским организациям. Так, число коек в негосударственных медицинских организациях на протяжении анализируемого периода оставалось на одном уровне. При этом доля коек в частной системе здравоохранения Забайкальского края в 2017

г. составляла 0,8%. Для сравнения с показателем по Российской Федерации: доля частного коечного фонда в стране в 2017 г. составляла 2%.

Данные, представленные Территориальным органом федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю, не позволяют оценить число медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги в государственных организациях. Число врачей, работающих в негосударственных медицинских организациях, имеет тенденцию к увеличению с 2013 г., темп роста составляет 194% (рисунок 3.2.5).

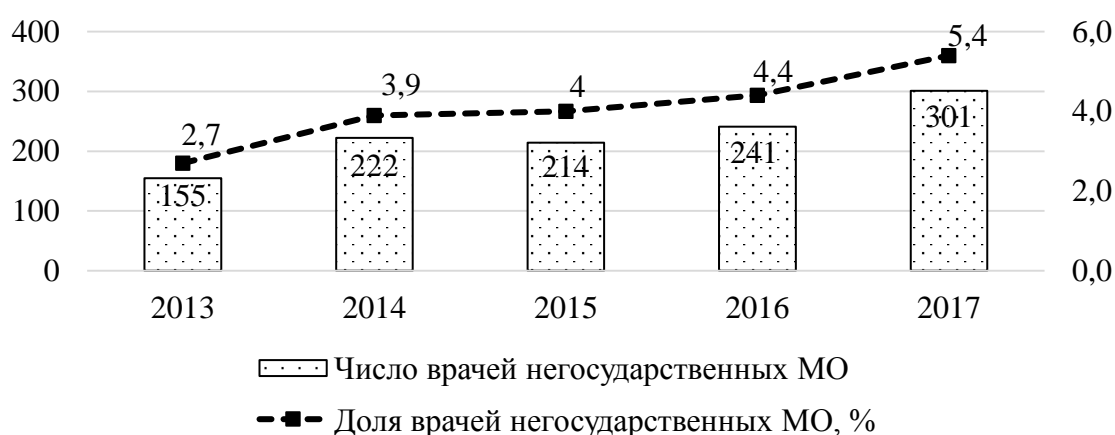


Рисунок 3.2.5 - Данные, характеризующие кадровый персонал частных медицинских организаций в Забайкальском крае, за период 2013-2017 гг.

Таким образом, по данным различных источников в Российской Федерации и Забайкальском крае отмечается ежегодное увеличение доли негосударственных расходов на здравоохранение. Основным источником финансовых средств выступают расходы населения на услуги, предоставляемые на возмездной основе. На основании статистических данных, представленных Федеральной службой государственной статистики и ее территориальным органом, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Забайкальского края, не представляется возможным дать оценку поставщикам платных медицинских услуг государственной формы собственности. Среди негосударственных медицинских организаций региона отмечается тенденция к увеличению числа врачебных кадров и рост обращений за получением платных медицинских услуг.

3.3 Анализ объемов платных медицинских услуг и структуры финансовых затрат потребителей

По результатам анализа негосударственного сектора здравоохранения определено, что одним из существенных недостатков является несовершенство механизмов сбора и использования данных о платных медицинских услугах, в т.ч. информации об объемах и структуре финансовых затрат в негосударственном секторе здравоохранения [115]. На сегодняшний день изучением рынка платных медицинских услуг занимаются авторы, работы которых чаще всего посвящены анализу рынка в отдельных регионах и городах [53, 154, 174].

По данным проведенного социологического исследования по оценке объемов и структуры расходов населения на платные медицинские услуги на уровне Забайкальского края среди потребителей медицинских услуг, оказываемых на возмездной основе [162], нет предпочтений организационно-правовых форм медицинских организаций. Так, 40,6% [95% ДИ 36,6% – 44,6%] респондентов обращались как в государственные, так и в частные медицинские организации, 30,3% [95% ДИ 26,6% – 34%] пациентов обращаются в государственные, 29,1% [95% ДИ 25,4% – 32,8%] – в частные медицинские организации.

Среди опрошенных потребителей платных медицинских услуг удельный вес женщин составил 70,1% [95% ДИ 66,3% – 73,8%], мужчин – 29,9% [95% ДИ 26,2% – 33,7%].

По результатам социологической оценки установлены возрастные особенности пациентов. Большая часть респондентов находилась в возрастном диапазоне – 13-30 лет – 32,4% [95 % ДИ 28,6% – 36,2%]. На втором месте группа лиц в возрасте 31-40 лет – 25,6% [95 % ДИ 22,1% – 29,2%] (рисунок 3.3.1). Основными потребителями платных медицинских услуг является экономически активное население трудоспособного возраста.

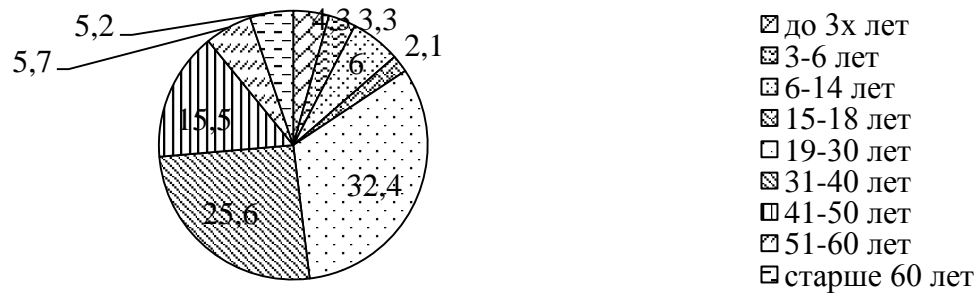


Рисунок 3.3.1 - Возрастная структура потребителей платных медицинских услуг, %

Одними из факторов, влияющих на обращение за платными медицинскими услугами, являются социально-экономические характеристики населения [14, 116, 125, 160]. Социальное положение потребителей платных медицинских услуг в большинстве представлено работающими (служащими) – 72,5% [95% ДИ 68,8% – 76,1%].

Образование населения определяет отношение к здоровью, ведение здорового образа жизни, медицинскую активность. По результатам исследования уровень образования опрошенных достаточно высок. Так, высшее образование имеют 59,9% [95% ДИ 55,9% – 68,9%] респондентов, среднее специальное – 21,9% [95% ДИ 18,5% – 25,2%].

Еще одним фактором, влияющим как на здоровье граждан, уровень удовлетворенности медицинской помощью, так и на обращаемость за платными медицинскими услугами, является уровень жизни населения, характеризующийся материальным достатком. По данным исследования у основной части респондентов подушевой доход в месяц составил от 10 до 15 тыс. рублей – 35,1% [95% ДИ 31,2% – 39%]. На втором месте располагаются лица с доходом на одного члена семьи от 15 до 25 тыс. руб. в месяц – 30,3% [95% ДИ 26,6% – 34%] (рисунок 3.3.2).

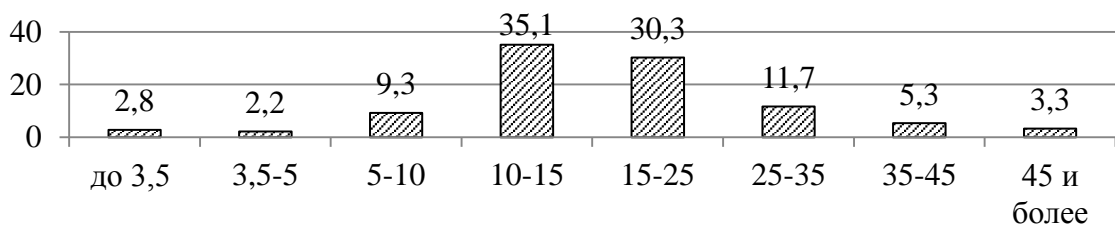


Рисунок 3.3.2 - Распределение респондентов по уровню среднемесячного дохода (тыс. руб.), %

По данным Забайкалкрайстата, средняя заработная плата по региону на период проведения исследования составляла 34847,6 руб., прожиточный минимум – 10921 руб. на душу населения. Подушевой доход на уровне средней заработной платы и выше имели только 8,6% [95% ДИ 6,3% – 10,9%] респондентов. Доход ниже прожиточного минимума зарегистрирован у 14,3% [95% ДИ 11,4% – 17,1%] опрошенных.

Среди респондентов как с доходом ниже, так и выше прожиточного минимума не выявлено отличий в частоте обращений за платными медицинскими услугами (рисунок 3.3.3). Большинство респондентов с доходами ниже 10000 руб. чаще всего обращались за платными медицинскими услугами не более одного раза в год – 48,2% [95% ДИ 37,4% – 58,9%]. Опрошенные с подушевыми доходами от 10000 руб. и выше в большинстве случаев предпочитали получать платные медицинские услуги также один раз в год – 52,8% [95% ДИ 48,4% – 57,2%].

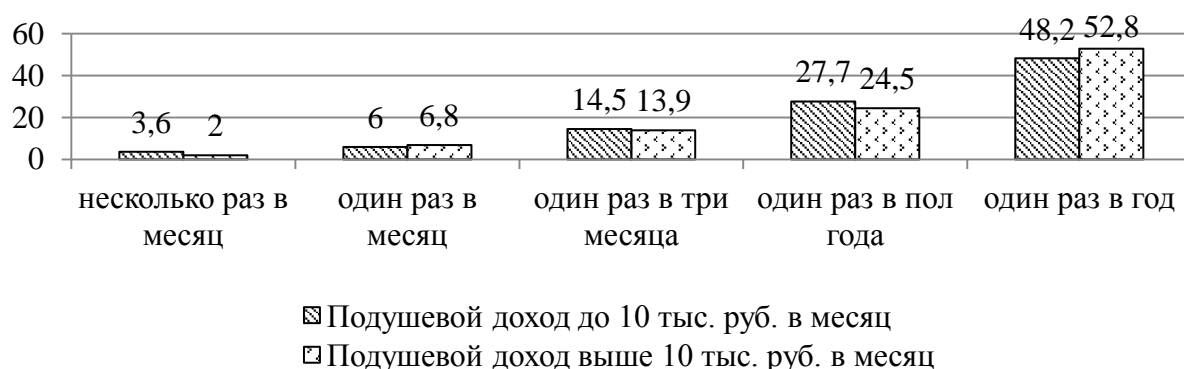


Рисунок 3.3.3 - Частота обращений за платными медицинскими услугами в разрезе доходов на душу населения (тыс. руб.), %

Основной причиной обращений граждан за платными медицинскими услугами является длительное ожидание бесплатной медицинской помощи. Данный факт отметили 39,4% [95% ДИ 35,4% – 43,4%] респондентов. На втором месте по причинам обращаемости располагается отсутствие необходимой услуги в перечне видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с ПГГ и ТПГГ – 27% [95% ДИ 23,4% – 30,6%] (рисунок 3.3.4).

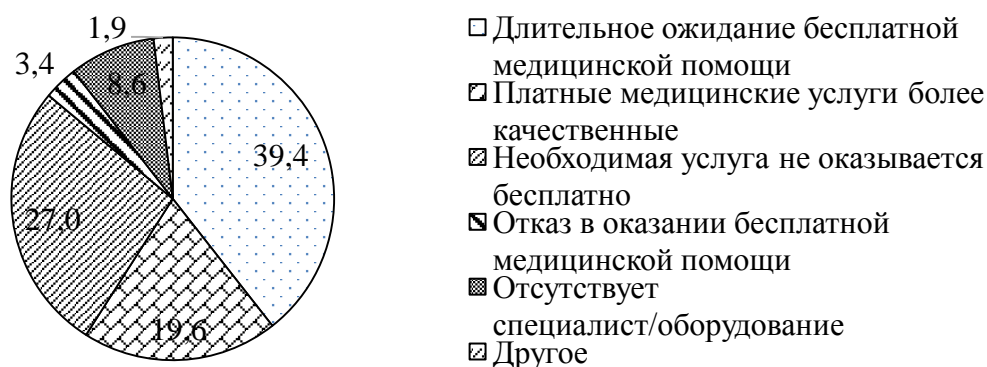


Рисунок 3.3.4 - Причины обращений граждан за платными медицинскими услугами, %

С целью оценки объемов и структуры расходов населения на медицинские услуги, проведен опрос с использованием анкеты, рекомендуемой Счетной Палатой РФ [4, 12]. Единицей наблюдения явилось домохозяйство – семья, имеющая общие для членов семьи источники доходов и расходов. Число респондентов составило 319 домовых хозяйств.

По результатам исследования установлено, что основная доля домохозяйств – 27,9% состоит из 4-х членов семьи, 25,9% – из 3-х членов, 17,9% домохозяйств представлено 2-я членами семей. Среднемесячный доход на одного члена семьи составил $19629 \pm 2355,5$ рублей. Среди всех респондентов расходы на медицинскую помощь на возмездной основе на одного члена семьи в среднем составили $10306,7 \pm 1138,4$ рублей в год.

Наибольшая доля оказанных платных медицинских услуг также приходилась на экономически активный возраст населения от 16 до 55 лет: среди женщин – 32,6% [95% ДИ 26,8% – 38,5%], среди мужчин – 22,9% [95% 17,8% – 28,2%]. Сумма средств на оплату медицинской помощи у женщин в возрасте от 16 до 55 лет в среднем составила $16566,7 \pm 1354,4$ руб. в год, у мужчин – $11321,1 \pm 1231,3$ руб. в год. Наибольшие денежные средства ($36175 \pm 3159,5$ руб. в год) были затрачены на медицинскую помощь мужчинам пенсионного возраста.

Добровольное медицинское страхование в регионе остается невостребованным населением, что подтверждает 91% [95% ДИ 84,4% – 96,6%] опрошенных. Среди респондентов, имеющих полис ДМС, данным видом

страхования охвачено только детское население в возрасте до 14 лет. Средняя сумма расходов на приобретение полиса ДМС среди домохозяйств составила $4750 \pm 632,1$ рублей в год.

За услугами в медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, обратились 91% [95% ДИ 84,4% – 96,6%] опрошенных, среди них 46% [95% ДИ 37,2% – 56,8%] оплачивали медицинские услуги (таблица 3.3.1).

Таблица 3.3.1 - Расходы пациентов Забайкальского края на медицинские услуги в 2017 г.

Вид услуги	Медицинские услуги в амбулаторных условиях		Медицинские услуги в стационарных условиях		Стоматологические услуги	
	Рублей на одного потребителя	Удельный вес потребителей	Рублей на одного потребителя	Удельный вес потребителей	Рублей на одного потребителя	Удельный вес потребителей
Всего	$6153 \pm 753,2$	46	$6302 \pm 821,3$	48	$8020 \pm 1237,4$	94

Общая сумма расходов в амбулаторных условиях составила 849150 руб. или $6153 \pm 753,2$ руб. на одного потребителя. Основная часть расходов приходилась на медицинскую помощь в негосударственных организациях – 64,8% [95% ДИ 64,6% – 64,9%], тогда как в государственных организациях затраты на предоставленные медицинские услуги составили 14,1% [95% ДИ 14,0% – 14,2%] от общей суммы средств.

Часть респондентов отмечали случаи оплаты медицинских услуг в амбулаторных условиях помимо кассы. Так, основная доля теневых платежей приходилась на кабинеты официально частнопрактикующих врачей, где 20,2% [95% ДИ 19,9% – 20,5%] оплаты производилась лично врачу, минуя кассу медицинской организации.

Основная часть оплаты за медицинскую помощь в амбулаторных условиях производилась пациентами за диагностические и лабораторные исследования – 40,9% [95% ДИ 40,7% – 41,0%] и 36,9% [95% ДИ 36,8% – 37,1%] соответственно,

за консультации врачей и помощь среднего медицинского персонала – 12,8% [95% ДИ 12,7% – 12,9%].

Медицинскую помощь на платной основе в стационарных условиях получили 48% [95% ДИ 37,2% – 56,8%] опрошенных. Общая сумма расходов составила 480520 руб. или $6302 \pm 821,3$ руб. на одного потребителя. Наибольшую часть средств (271420 рублей) при оказании помощи в стационарных условиях израсходовали пациенты негосударственных медицинских организаций, что составило 46,1% [95% ДИ 45,8% – 46,3%] от общих денежных средств. Пациенты государственных организаций затратили на платные медицинские услуги в стационарных условиях 209100 рублей (32,2% [95% ДИ 32,0% – 32,4%]). Длительность пребывания у большинства респондентов составила от 7 до 14 дней (38%). Данные результаты свидетельствуют о востребованности медицинской помощи в стационарных условиях на возмездной основе. Основные расходы пациентов в стационарных условиях связаны с оплатой помощи врачей и среднего медперсонала – 43% [95% ДИ 42,7% – 43,3%], диагностических процедур – 33,6% [95% ДИ 33,3% – 33,9%], лабораторных исследований – 22,2% [95% ДИ 21,9% – 22,5%].

Стоматологические услуги являлись самыми востребованными среди домохозяйств Забайкальского края. Данными услугами на возмездной основе воспользовались 94% [95% ДИ 91,3% – 96,7%] опрошенных. Общая сумма расходов домашних хозяйств составила 2406146 руб. или $8020 \pm 1237,4$ руб. на одного потребителя. Основные затраты пациентов на оплату стоматологических услуг были совершены в частных медицинских организациях – 52,5% [95% ДИ 52,42% – 52,54%]. На долю оплаты работы официально частнопрактикующего врача приходилось 30,1% [95% ДИ 30,08% – 30,2%] расходов опрошенных.

Одной из основных областей медицины, которая имеет ряд важных экономических аспектов, является лекарственное обеспечение населения. По данным социологического опроса, объем затрат домохозяйств на приобретение лекарственных средств в течение анализируемого года составил 1 345 350 руб. Большая часть расходов направлена на приобретение лекарственных средств без

рецепта – 63,7% [95% ДИ 63,66% – 63,82%]; далее располагаются расходы на лекарственные средства по рецепту – 31% [95% ДИ 30,95% – 31,1%] и на лекарственные средства по льготному рецепту – 5,3% [95% ДИ 5,2% – 5,37%].

По данным исследования, 30% [95% ДИ 24,81% – 35,19%] респондентов приходилось отказываться от приобретения лекарственных средств или получения медицинских услуг из-за отсутствия средств.

Таким образом, в результате проведенного анализа выявлено, что потребители платных медицинских услуг обращаются в медицинские организации всех организационно-правовых форм. При этом добровольное медицинское страхование остается невостребованным гражданами региона. Наибольшие финансовые затраты при оказании платных медицинских услуг приходятся на граждан трудоспособного возраста. В структуре всех затрат на платные медицинские услуги основную долю занимают расходы на стоматологические услуги. При предоставлении помощи в амбулаторных и стационарных условиях основные расходы пациентов осуществляются в негосударственных медицинских организациях.

Резюме. В Российской Федерации и Забайкальском крае отмечается ежегодное увеличение объемов платных медицинских услуг. Одним из факторов, влияющим на данный процесс, является уровень социально-экономического развития региона. Основным источником финансовых средств в негосударственном секторе здравоохранения выступают расходы населения. Наибольшие финансовые затраты приходятся на потребителей трудоспособного возраста. В структуре всех затрат на платные медицинские услуги основную долю занимают расходы на стоматологические услуги. Среди негосударственных поставщиков платных медицинских услуг в регионе отмечается тенденция к увеличению числа врачебных кадров и рост обращений за получением платных медицинских услуг. На основании официальных статистических данных не представляется возможным дать детальную характеристику исполнителям платных медицинских услуг.

Глава 4. Информационное сопровождение оказания платных медицинских услуг

В современных условиях развития здравоохранения вопросам информирования пациентов уделяется большое внимание [18, 24, 30, 33, 90, 147, 149, 161, 181]. Информирование населения, получающего услуги бесплатно и на возмездной основе – это не только повышение правовой грамотности пациентов и защита их прав при получении медицинской помощи, но и способ сохранения и привлечения потока пациентов, что является одной из актуальных задач, стоящих перед медицинскими организациями. Нормативно-правовая база определяет для исполнителей медицинских услуг предоставление информации различными способами, основными из которых являются: коммуникация «медицинский работник – пациент», официальный сайт медицинской организации в сети «Интернет», информационные стенды и стойки в медицинской организации.

4.1 Анализ сайтов медицинских организаций, предоставляющих платные медицинские услуги

На современном этапе одним из инструментов информационного сопровождения пациентов на рынке медицинских услуг выступает официальный сайт медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» [1, 3, 6, 34, 49, 50, 71, 113, 119]. Критериями качества сайта медицинской организации являются открытость и доступность информации для пациента.

Для оценки содержания, информативности, доступности, практической значимости официальных сайтов медицинских организаций проведено комплексное исследование, включающее: сравнительный анализ официальных сайтов медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности; оценку структурного наполнения официальных сайтов медицинских организаций как инструмента информирования населения о

медицинской помощи; экспертную оценку информативности, доступности и функциональности официальных сайтов медицинских организаций [164].

Медицинские организации, включенные в исследование по соблюдению требований к содержанию и форме предоставления информации, размещаемой на официальных сайтах медицинских организаций, по организационно-правовой принадлежности разделены на две группы: государственные (56% [95% ДИ 42,2% – 70,9%]) и негосударственные (44% [95% ДИ 29,2% – 57,8%]). По результатам исследования [73] выделены основные блоки информации, отражающие содержание сайтов медицинских организаций. Наиболее высокую оценку, на сайтах государственных и негосударственных медицинских организаций, получил блок информации «О медицинской организации», содержащий основные сведения об адресах, контактных телефонах, схеме проезда, режиме и графике работы ($85\% \pm 14,0$ и $87\% \pm 20,0$ соответственно). Выполнение требований к размещению информации «О медицинской деятельности» не получило высокой оценки и составило $62\% \pm 31,6$ на сайтах государственных и $47\% \pm 50,3$ на сайтах частных медицинских организаций. Данный критерий включает информацию о лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая представлена на сайтах 40% [95% ДИ 18,5% – 61,5%] негосударственных и 92% [95% ДИ 82,1% – 102,6%] государственных медицинских организаций. Информативность блока «О медицинских работниках», предоставляющего пациенту основные сведения о специалистах медицинской организации, составила $41\% \pm 30,0$ на сайтах частных и $54\% \pm 41,9$ на сайтах государственных медицинских организаций. Наивысшую оценку на сайтах негосударственных медицинских организаций получил блок информации, отражающий функциональность сайтов, включающий интерактивные возможности для пациентов ($87\% \pm 12,5$). Все сайты негосударственных медицинских организаций отличаются удобством навигации, наличием форума пациентов, возможностью оставить отзыв о полученной услуге.

Среднее значение уровня информативности официальных сайтов государственных и негосударственных медицинских организаций составило $69,5\% \pm 6,3$.

В рамках оценки информативности и практической значимости официальных сайтов медицинских организаций г. Читы получены результаты социологического опроса потребителей медицинских услуг [85].

Социальный портрет пользователей интернет-ресурсами представлен работающими и служащими, в возрасте от 26 до 35 лет, с высшим образованием и ежемесячным доходом от 15-25 т.р. Около половины респондентов (48,3% [95% ДИ 37,9% – 58,7%]) относят себя к уверенным пользователям компьютера (рисунок 4.1.1) и проводят в интернете от 3 до 4 часов в день (30,4% [95% ДИ 21,0% – 39,8%]) (рисунок 4.1.2).

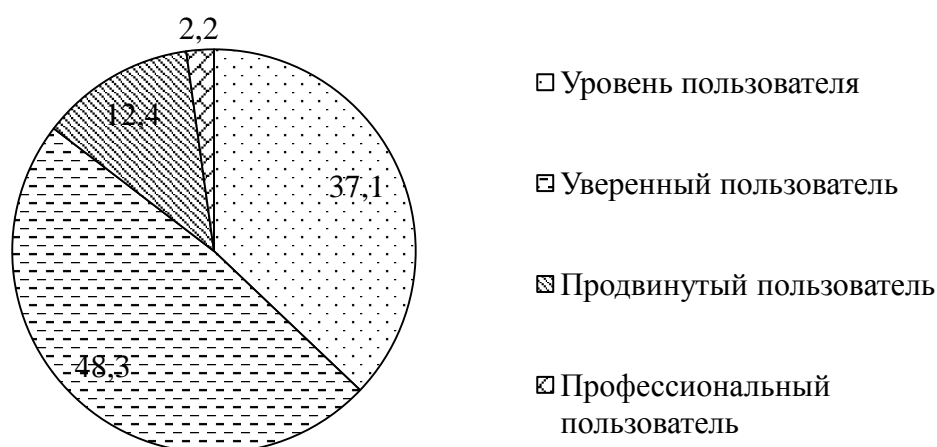


Рисунок 4.1.1 – Распределение респондентов по уровню владения компьютером, %

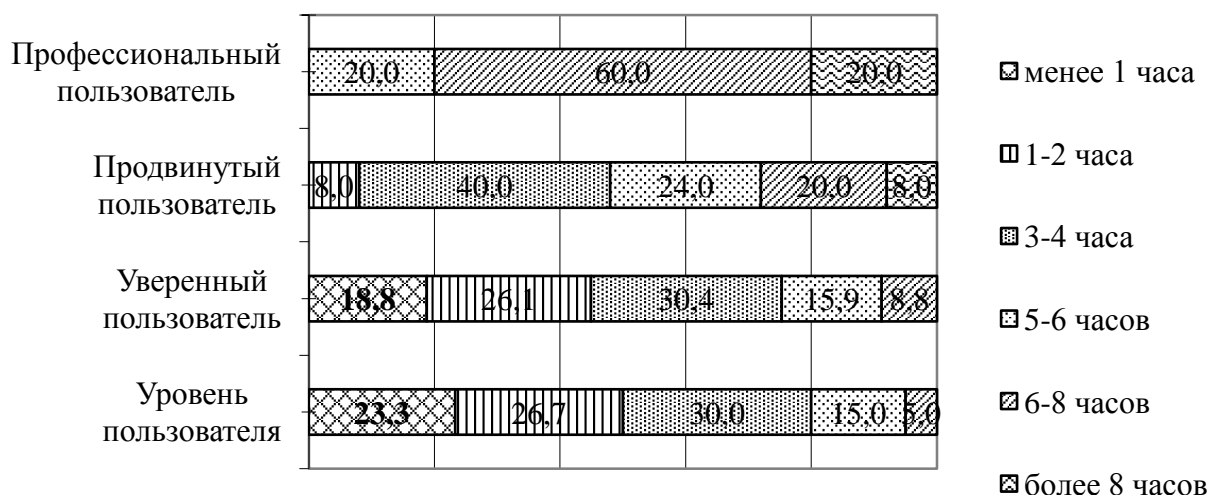


Рисунок 4.1.2 – Распределение уровней пользователей по времени, проводимом в интернете в день, %

Большинство респондентов, 87,2% [95% ДИ 80,5% – 93,9%], осведомлены о наличии официальных сайтов медицинских организаций в сети «Интернет». Среди пациентов заметной популярностью пользуются сайты государственных и частных медицинских организаций (46,9% [95% ДИ 36,1% – 57,8%]). По мнению респондентов, сайты медицинских организаций, в первую очередь, могут служить для записи на прием к специалисту 67% [95% ДИ 57,5% – 76,5%] и для получения необходимой информации (63,8% [95% ДИ 54,1% – 73,5%]). Основными способами записи на прием к врачу в медицинскую организацию остаются запись по телефону и обращение в регистратуру, что отмечают 44,6% [95% ДИ 34,4% – 54,7%] и 56,5% [95% ДИ 46,4% – 66,7%] респондентов соответственно. Пользуются электронной регистратурой для записи на прием к специалисту 7,7% [95% ДИ 0,5% – 14,9%] пациентов государственных и 17,3% [95% ДИ 7,0% – 27,6%] пациентов частных медицинских организаций. Невысокая степень обращения пациентов к данной функции связана, прежде всего, с отсутствием возможности электронной записи на сайтах медицинских организаций. По результатам оценки официальных сайтов, наличие электронной записи отмечено у 45% [95% ДИ 23,2% – 66,8%] медицинских организаций частной формы собственности, на сайтах 62% [95% ДИ 42,8% – 80,2%] государственных медицинских организаций действует ссылка на электронный региональный портал пациента и Единый портал государственных услуг, которые позволяют записаться на прием в любую медицинскую организацию Забайкальского края. При оценке респондентами разделов сайтов – «Контакты», «Платные услуги», «О медицинских работниках» – 48,4% [95% ДИ 38,1% – 58,6%] пользователей удалось найти всю интересующую информацию. Большое значение для пациентов имеют отзывы о медицинской организации и персонале. Данная информация на сайтах интересует 44,6% [95% ДИ 33,3% – 55,9%] пользователей. Необходимо отметить, что наиболее значимыми разделами на сайтах медицинских организаций для пациентов являются: личный кабинет, который позволяет управлять записями на прием, просматривать перечень представленных услуг и результаты обследования (56% [95% ДИ 45,9% – 66,2%]), рейтинг врача, рейтинг медицинской организации (30,8% [95% ДИ 21,3% – 40,3%]),

видео о каждом отделении с информацией о персонале и услугах (26,4% [95% ДИ 17,3% – 35,4%]), виртуальный тур по больнице (19,8% [95% ДИ 11,6% – 27,9%]) (рисунок 4.1.3).



Рисунок 4.1.3 - Информация, которой отдают предпочтение пользователи сайтов медицинских организаций, %

Данные разделы не входят в обязательные требования к содержанию и форме предоставления информации на сайтах медицинских организаций и представлены на сайтах 50% [95% ДИ 28,1% – 71,9%] негосударственных и 42,3% [95% ДИ 23,3% – 61,3%] государственных медицинских организаций. Несмотря на то, что информация, представленная на официальных сайтах государственных и негосударственных медицинских организаций региона, в целом отвечает требованиям действующего законодательства в сфере здравоохранения, 34,1% [95% ДИ 24,3% – 43,8%] респондентов не удовлетворены качеством, полнотой и доступностью данной информации.

В рамках экспертного метода получена оценка уровня информативности официальных сайтов медицинских организаций Забайкальского края. Так, 65% [95% ДИ 44,1% – 85,9%] экспертов считают этот уровень средним (от 50% до 79%), 25% [95% ДИ 6,0% – 43,9%] – низким (менее 49%). Только 10% экспертов отметили высокий уровень информативности официальных сайтов учреждений здравоохранения Забайкальского края (от 80% до 100%). Выполнение

медицинскими организациями требований нормативно-правовых актов к содержанию и форме предоставляемой информации о деятельности медицинской организации на сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», по мнению экспертов, является средним (60% [95% ДИ 38,5% – 81,5%]). По оценкам большинства экспертов (60% [95% ДИ 38,5% – 81,5%]) информация на сайтах представлена в доступной форме для пациентов. Основной функцией сайтов медицинских организаций эксперты считают электронную запись, которая позволяет снизить интенсивность потока пациентов в регистратуру (60% [95% ДИ 38,5% – 81,5%]). Также 3% [95% ДИ 9,9% – 50,1%] экспертов отметили роль сайта в привлечении потока пациентов в медицинскую организацию. По степени значимости разделов официальных сайтов, на первые ранговые позиции эксперты поставили раздел «Контакты», который включает основную информацию, необходимую для связи с медицинской организацией. На втором месте эксперты указывают раздел с информацией о специалистах, их персональные данные, профессиональные достижения и др. Третье и четвертое ранговые места занимают правила записи на первичный прием/консультацию/исследование и возможность электронной записи на прием (таблица 4.1.1).

Экспертное распределение разделов сайта по степени значимости, в целом, отражает последовательные действия потребителей медицинских услуг при выборе медицинской организации.

Функциональность и удобство использования сайтов негосударственных медицинских организаций свидетельствуют об их ориентации на привлечение пациентов. Это подтверждается и мнением экспертов-организаторов здравоохранения. Так, 45% [95% ДИ 23,2% – 66,8%] экспертов считают, что сайты негосударственных медицинских организаций наиболее удобны и информативны для пациентов. При этом 65% [95% ДИ 44,1% – 85,9%] экспертов указывают, что сайт медицинской организации может являться приемом неценовой конкуренции среди медицинских организаций по привлечению пациентов.

Таблица 4.1.1 - Экспертная оценка степени значимости наиболее важных разделов официальных сайтов медицинских организаций

Раздел	Место	W	χ^2
Лицензии на виды деятельности	6	0,21	71,75
Нормативные акты, регламентирующие деятельность медицинских организаций и оказание медицинской помощи в РФ	7		
Информация о правах пациентов	8		
Контакты: адрес, телефон, электронная почта, как проехать, график работы организации	1		
Новостная лента и объявления учреждения в актуальном состоянии, научно-популярные материалы по здоровому образу жизни и здоровьесберегающему поведению	12		
Фотографии внешнего вида и интерьера организации	17		
Информация о заболеваниях, с которыми принимают пациентов на лечение; информация о заболеваниях, на лечении которых специализируется организация, и способах их лечения	5		
Информация о платных услугах; описание условий предоставления платных услуг; размещение актуального прейскуранта на платные услуги; образец договора на платные услуги	10		
Список страховых компаний, с которыми работает медицинская организация	14		
Правила записи на первичный прием/консультацию/исследование	3		
Для стационаров – правила госпитализации: сроки, необходимые документы; условия пребывания в стационаре; информация о возможностях и условиях проживания для родственников; наличие плана приема пациентов, наличие свободных мест, фотографий госпитальных палат и палат повышенной комфортности	9		
Информация о специалистах: специальность, ф.и.о., квалификация, степень, дата последнего повышения квалификации; информация о квалификации и достижениях врачебных кадров на уровне отделений	2		
Отзывы пациентов о лечении в медицинской организации, об излечении	13		
Возможность подать жалобу на сайте	16		
Информация о порядке приема претензий по качеству медицинской помощи	15		
Информация о наличии бытовых сервисов для пациентов и их родственников (магазинов, буфета, банкомата, газетного киоска при медицинской организации и т. п.)	18		
Возможность записаться на прием (электронная регистратура)	4		
Возможность получить онлайн-консультацию	11		

Подавляющее большинство экспертов – 70% [95% ДИ 49,9% – 90,1%] основной причиной неудовлетворенности пациентов сайтами учреждений здравоохранения считают неактуальную, несовременную информацию, содержащуюся на сайтах, а также отсутствие той информации о медицинской

организации, которую пациенты хотели бы видеть на сайте (35% [95% ДИ 14,1% – 55,9%]).

В рамках анализа экспертами выделены наиболее актуальные функции сайтов медицинских организаций, которые позволили бы повысить посещаемость и использование сайтов пациентами (таблица 4.1.2).

Таблица 4.1.2 - Экспертная оценка степени значимости наиболее важных функций сайтов медицинских организаций, которые позволят повысить эффективность использования сайтов

Функции	Место	W	χ^2
Виртуальный тур по медицинской организации	8	0,25	45,3
Видео о каждом отделении с информацией о персонале и услугах	6		
Личный кабинет, который без труда бы позволил управлять записями на приём, просматривать перечень представленных услуг, результаты обследования	3		
Возможность установки приложения для телефона с информацией о медицинской организации	7		
Рейтинг врача	1		
Рейтинг медицинской организации	2		
Современный дизайн сайта	9		
Новостные медицинские темы, научные статьи	10		
Полная информация о специалистах медицинской организации (контактные данные, фотографии докторов, сведения об их лицензии и образовании, сведения о специализации врачей, уровне их квалификации, данные о наградах и дипломах)	4		
Он-лайн консультации с врачами	5		

Первое и второе ранговые места занимают рейтинг врача и медицинской организации. Следует отметить, что основная часть экспертов считает, что официальные сайты влияют на выбор пациентами медицинского учреждения (70% [95% ДИ 49,9% – 90,1%]) и врача (50% [95% ДИ 28,1% – 71,9%]). Третье место занимает организация личного кабинета на сайте, который позволит управлять записями на прием, просматривать перечень представленных услуг, результаты обследования.

Таким образом, в современном мире информационных технологий, где большая часть населения является активным пользователем интернет-ресурсов, официальный сайт медицинской организации может служить информационной

площадкой для взаимодействия с пациентами. Официальные сайты медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по своему содержанию и форме предоставления информации, должны отвечать требованиям нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения. По мнению экспертов, сайт медицинской организации предназначен не для формального выполнения требований нормативно-правовых актов, а для активного информационного взаимодействия между медицинской организацией и пациентом. Содержание сайтов медицинских организаций государственной формы собственности по информативности, функциональности и удобству для пациентов значительно уступает сайтам негосударственных медицинских организаций, клиентоориентированность которых значительно выше. Пользователи официальных сайтов медицинских организаций предпочитают видеть на сайтах современные интерактивные функции, которые позволяют быстро и в доступной форме получать необходимую информацию.

Сегодня ведение сайта является обязательным разделом работы медицинской организации по сопровождению процесса оказания медицинских услуг. Большинство медицинских организаций имеют формальный подход к созданию сайтов, оформлению и размещению информации, что ведет к снижению информированности пациентов и доступности медицинских услуг, а также к нарушению информационных прав потребителей платных медицинских услуг. Руководителям медицинских организаций при создании и оформлении сайта необходимо ориентироваться на предпочтения пациентов и использовать современные интерактивные функции, которые позволят привлечь и сохранить поток потребителей медицинских услуг как в системе обязательного медицинского страхования, так и при выборе платных медицинских услуг.

4.2. Оценка информационного сопровождения оказания платных медицинских услуг

Одним из требований предоставления платных медицинских услуг, предъявляемых к производителям услуг на возмездной основе, являются правила по информационному сопровождению пациентов. Основные акты, определяющие права потребителей, такие как ФЗ-323, Правила, Закон № 2300-1, закрепляют требования для медицинских организаций – исполнителей к соблюдению прав потребителей услуг на возмездной основе, что обеспечивает качество и безопасность медицинских услуг. В таблице 4.2.1 представлены информационные правила оказания платных медицинских услуг в соответствии с основными нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения.

Для оценки реализации правил оказания платных медицинских услуг, в том числе информационного сопровождения, проведено комплексное исследование среди медицинских работников, предоставляющих услуги на возмездной основе, экспертов в области здравоохранения и потребителей медицинских услуг.

Одними из основных разделов правил оказания платных медицинских услуг являются требования к информированию потребителей платных услуг. Среди них – требования к предоставлению информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках ПГГ. Отсутствие информирования пациентов о возможности получить услугу бесплатно может интерпретироваться контролирующими органами как злоупотребление медицинской организацией предложениями платных услуг [19, 130].

Таблица 4.2.1 - Информационные правила при оказании платных медицинских услуг

Нормативно-правовой акт (статья, пункт)	Информационное право
Ст. 20, п. 1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Предоставление медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи как предварительное условие дачи информированного добровольного согласия
Постановление Правительства РФ от 4.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»:	
П. 6	Предоставление информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках ПГГ и ТПГГ
П. 11	Предоставление информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации
П. 15	Уведомление потребителя в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя
Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»:	
Ст. 8	Право потребителя на информацию об изготовителе (исполнителе, продавце) и о товарах (работах, услугах)
Ст. 9	Информация об изготовителе (исполнителе, продавце)
Ст. 10	Информация о товарах (работах, услугах)
Ст. 36	Обязанность исполнителя информировать потребителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество выполняемой работы (оказываемой услуги) или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок

По данным исследования [7], среди потребителей платных медицинских услуг о возможности получения услуг в рамках ПГГ и ТПГГ были проинформированы 39,5% [95% ДИ 32,3% – 46,8%] респондентов. Пациенты

получили информацию от медицинского персонала (25% [95% ДИ 21,4% – 28,5%]), из материалов официального сайта медицинской организации (15,1% [95% ДИ 12,2% – 18,1%]), а также из договора оказания платных медицинских услуг (11,5% [95% ДИ 8,9% – 14,1%]). На стенде медицинской организации с информацией ознакомились 11,7% [95% ДИ 9,1% – 14,3%] потребителей (рисунок 4.2.1).

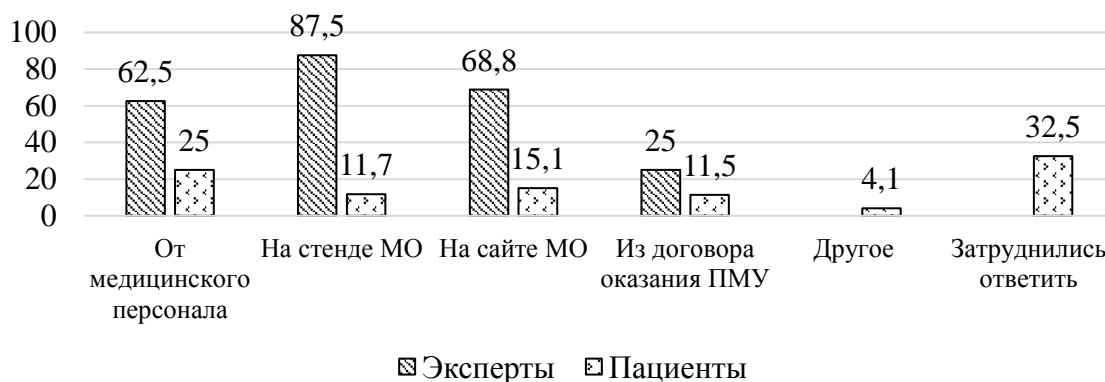


Рисунок 4.2.1 - Способы информирования потребителей о возможности получения услуги на безвозмездной основе, по мнению пациентов и экспертов в сфере здравоохранения, %

Согласно экспертной оценке, в медицинских организациях пациентам предоставляют информацию о возможности получения помощи бесплатно в рамках ПГГ и ТПГГ в каждом случае оказания платной медицинской услуги. Основной формой информирования, по мнению организаторов здравоохранения, является размещение информации на стендах – 87,5% [95% ДИ 71,9% – 100%]) и официальных сайтах медицинских организаций – 68,8% [95% ДИ 46% – 91,4%]. В существующих нормативно-правовых актах не регламентирован порядок предоставления информации при заключении договора на оказание платных медицинских услуг о возможности пациента получить медицинскую помощь бесплатно. Для потребителей основным источником информации является представитель медицинской организации. На практике, в медицинских организациях наиболее доступной формой оповещения пациентов является размещение информации на стендах (стойках), при этом большая часть потребителей остаются неинформированными, т.к. не обращаются к данным формам представления информации.

В соответствии со ст. 20 Основ предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданином или его законным представителем. По результатам социологического опроса медицинских работников, ИДС на оказание платных медицинских услуг получают 86,8% [95% ДИ 79,2% – 94,4%] врачей государственных и 84,2% [95% ДИ 74,4% – 93,7%] врачей негосударственных медицинских организаций. Потребители платных медицинских услуг указывают, что в 86,2% [95% ДИ 83,4% – 89%] случаев получения медицинских услуг давали информированное добровольное согласие.

В соответствии с нормативно-правовой базой ИДС дается гражданином на основании предоставления медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах, рисках предстоящего медицинского вмешательства. Информация перед оформлением ИДС предоставлялась 69,9% [95% ДИ 65,8% – 73,9%] пациентам. При этом с 68,3% [95% ДИ 63,4% – 73,2%] пациентов беседу перед оформлением ИДС проводил лечащий врач, с 6% [95% ДИ 3,5% – 8,5%] – персонал со средним медицинским образованием, а 23,1% [95% ДИ 18,7% – 27,6%] респондентам была предоставлена информация только на бланке ИДС (рисунок 4.2.2).

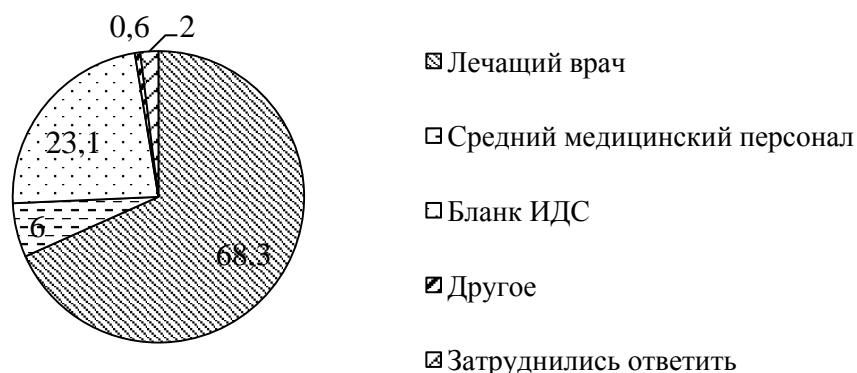


Рисунок 4.2.2 - Способы предоставления информации пациентам о целях, методах, рисках предстоящего медицинского вмешательства, в %

Основным фактором несоблюдения данного правила, по мнению врачей негосударственных медицинских организаций, является отсутствие времени при оказании платных услуг (50% [95% ДИ 23,8% – 76,2%]). Врачи государственных

медицинских организаций указывают, что данная информация не интересует пациентов (50% [95% ДИ 32,1% – 67,9%]), что подтверждает низкую квалификацию врачей в правовых вопросах оказания платных медицинских услуг. В комментариях по этому вопросу анкеты медицинские работники отмечают, что ИДС оформляют в регистратуре или приемном покое перед получением услуги. Оформление ИДС возле стойки регистратуры является нарушением, т.к. регистраторы (администраторы в частных клиниках) не имеют медицинского образования и не должны информировать пациентов [161]. Уведомление пациентов о медицинских вмешательствах посредством оформления бланка, без беседы с медицинским работником, также нарушает права потребителя, поскольку у пациента отсутствует возможность получить разъяснения по определенному виду вмешательства, т.к. типовая форма ИДС не содержит сведения обо всех особенностях медицинских процедур.

Таким образом, проведенный анализ информационного обеспечения потребителей платных медицинских услуг показал, что в медицинских организациях различных организационно-правовых форм существуют недостатки в механизмах информирования пациентов, что приводит к нарушению прав потребителей и грозит медицинским организациям привлечением к юридической ответственности.

4.3 Оценка правовых знаний специалистов по вопросам предоставления платных медицинских услуг

В современных условиях реформирования образования формируется качественно новое представление об образовательном процессе как непрерывной системе [164]. Первым этапом медицинского образования является освоение ОПОП высшего образования по соответствующей специальности. Второй этап – это подготовка по программам ординатуры. Третий этап включает программы ДПО. Активное изменение правовой информации в сфере здравоохранения требует от медицинского работника постоянного совершенствования. Соблюдение

требований нормативно-правовых актов и реализация прав потребителей в сфере здравоохранения определяются уровнем правовых знаний медицинских работников в вопросах охраны здоровья и, в частности, в вопросах организации оказания платных медицинских услуг [165].

Для оценки уровня правовой компетенции по вопросам оказания платных медицинских услуг проведено тестирование обучающихся по программам ординатуры и программам ДПО по специальностям «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Общее количество тестируемых ординаторов и врачей основных клинических специальностей, имеющих опыт практической работы не менее пяти лет, составило 231 человек. Вопросы тестовых заданий о правилах организации оказания платных медицинских услуг строились на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Значение среднего уровня правовой информированности обучающихся по программам ординатуры и по программам ДПО не высоко. Среди ординаторов показатель составил $49,5 \pm 0,5$ на 100 тестируемых, среди слушателей факультета ДПО – $60,5 \pm 0,4$ на 100 тестируемых. При анализе результатов тестирования по блокам, отражающим нормы отдельных законодательных актов, регулирующих организацию оказания платных медицинских услуг, получены отличия (таблица 4.3.1). Так, для тестируемых более знакомы правовые нормы ФЗ-323, т.к. данный нормативный акт является основным в сфере здравоохранения и подробно изучается на этапе освоения ОПОП высшего образования по соответствующей специальности в рамках обязательной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение». Уровни знаний слушателей факультета ДПО правовых норм ФЗ-323 и Правил отличаются не значительно, т.к. знания правил оказания платных медицинских услуг имеют прикладное значение для врачей, оказывающих платные медицинские услуги.

Таблица 4.3.1 - Распределение уровня правовой информированности обучающихся по программам ординатуры и программам дополнительной профессиональной подготовки, на 100 тестируемых

Наименование блока	Значение показателя (Р на 100 тестируемых)			
	Для ординаторов	Ранг	Для врачей	Ранг
Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	58,8	1	65,1	1
Постановление Правительства РФ № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»	48,8	2	64,5	2
Закон РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей»	39,8	3	51,8	3

Наименьший уровень знаний среди тестируемых отмечается по блоку, характеризующему закон РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей», т.к. данный нормативно-правовой акт содержит нормы, направленные на организацию оказания платных медицинских услуг в целях предотвращения нарушения прав потребителей, адресованные для выполнения руководителям медицинских организаций.

Оценка уровня правовой подготовки ординаторов и врачей с учетом профиля клинической специальности не выявила достоверных различий показателя, что отражает недостаточный объем подготовки по вопросам оказания платных медицинских услуг на всех этапах обучения (таблица 4.3.2).

Специалисты, проходящие обучение по программам ДПО по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», продемонстрировали более высокий уровень подготовки по вопросам организации оказания платных медицинских услуг. Среднее значение показателя составило $71,5 \pm 0,4$ на 100 тестируемых. Такие результаты обусловлены изучением вопросов правовых основ охраны здоровья в качестве тематических блоков, выделенных в структуре учебных планов подготовки специалистов по данной специальности, а также знанием аспектов организации системы здравоохранения и механизмов взаимодействия потребителей и производителей медицинских услуг.

Таблица 4.3.2 - Распределение уровня правовой информированности обучающихся по программам дополнительной профессиональной подготовки с учетом клинической специальности, на 100 тестируемых

Наименование блока	Значение показателя (Р на 100 тестируемых)					
	Для терапевтов	Ранг	Для хирургов	Ранг	Для акушеров-гинекологов	Ранг
Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	66,8	1	63,8	1	64,7	2
Постановление Правительства РФ № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»	65,2	2	62,9	2	65,4	1
Закон РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей»	51,6	3	52,4	3	51,5	3

Таким образом, в настоящее время актуальной является проблема формирования правовой компетенции медицинских работников, основной причиной которой является недостаточный уровень специальных знаний по вопросам медицинского права. Необходимо включить изучение вопросов организации оказания платных медицинских услуг на этапах подготовки по освоению основной профессиональной образовательной программы высшего образования, подготовки по программам ординатуры и ДПО независимо от профиля клинической специальности. Повышение уровня правовой культуры медицинских работников позволит снизить риски нарушения прав потребителей платных медицинских услуг.

4.4 Организационно-правовой анализ результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги (по материалам проверок Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю)

Соблюдение требований законодательства в сфере негосударственного сектора здравоохранения является предметом контроля Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [98].

По данным государственного доклада «Защита прав потребителей в Российской Федерации», в рамках государственного надзора территориальными органами Роспотребнадзора ежегодно проводятся плановые и внеплановые проверки в отношении медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, предоставляющих платные медицинские услуги. По результатам проверок устанавливаются нарушения требований законодательства о защите прав потребителей. Нарушения выявляются при проведении плановых проверок в 80% случаев, при проведении внеплановых проверок – в 38% случаев. В структуре нарушений лидирующие позиции занимают: непредоставление потребителям в наглядной и доступной форме информации об исполнителе и оказываемых им платных медицинских услугах, заключение договоров на условиях, ущемляющих права потребителя. При этом число нарушений имеет тенденцию к увеличению [22, 87, 207, 212].

Для оценки соблюдения медицинскими организациями требований нормативно-правовых актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг, проведен организационно-правовой анализ деятельности медицинских организаций по материалам проверок Роспотребнадзора Забайкальского края.

В рамках проводимого исследования объектами изучения выступили формы отраслевого статистического наблюдения № 1-15, 1-16, 1-17 «Сведения о результатах осуществления федерального государственного надзора территориальными органами Роспотребнадзора», позволяющие оценить

деятельность федерального государственного надзора в области защиты прав потребителей, а также акты плановых и внеплановых проверок медицинских организаций.

Число проведенных проверок за 2015 г. составило 39, за 2016 г. – 29, за 2017 г. – 24 (таблица 4.4.1).

Таблица 4.4.1 - Данные о проверках, проведенных Роспотребнадзором Забайкальского края за период 2015-2017 гг., число проверок

		2015	2016	2017
Проведено проверок, всего		39	29	24
Из них:	плановые	28	23	16
	внеплановые	11	6	8
Проведено проверок, при которых выявлены нарушения, всего		31	25	13
Из них:	плановые	23	22	8
	внеплановые	8	3	5

В структуре проверок основную долю занимали плановые проверки (72,8% [95% ДИ 63,7% – 81,9%]), проводимые в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, являющихся производителями платных медицинских услуг. Наибольшее число проверок, при которых выявлены нарушения оказания платных медицинских услуг, зарегистрировано в 2016 г. – 86,2% [95% ДИ 73,7% – 98,8%], в 2015 г. этот показатель составил 79,5% [95% ДИ 66,8% – 92,2%], в 2017 г. – 54,2% [95% ДИ 32,2% – 74,1%]. В целом за три года в 75% [95% ДИ 66,2% – 83,9%] случаев всех проведенных проверок Роспотребнадзором выявлены нарушения. В структуре нарушений основную часть занимает несоблюдение информационных прав потребителей. Так, наибольшую долю нарушений составило неисполнение медицинскими организациями требований Закона № 2300-1 (51,6% [95% ДИ 44,5% – 58,7%]) и постановления Правительства № 1006 (41,6% [95 % ДИ 34,6% – 48,6%]). По результатам проверок выполнения норм Закона № 2300-1, основные нарушения касались несоблюдения предоставления информации потребителям платных медицинских услуг (ст. 8-10, 12) – 56,1% [95% ДИ 46,3% – 65,9%]. Нарушения порядка заключения договора на оказание услуг на возмездной основе (ст. 16) определены в 15,3% [95% ДИ 8,2% – 22,4%] случаев (таблица 4.4.2).

Таблица 4.4.2 - Структура нарушений положений нормативно-правовых актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг, выявленных при проведении проверок Роспотребнадзором Забайкальского края, за период 2015-2017 гг.

Нормативно-правовые акты	Абс.	% [95% ДИ]
Выявлено нарушений НПА всего, из них:	190	100,0
Закон РФ N 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе:	98	51,6% [44,5-58,7]
Ст. 8 Право потребителя на информацию об изготовителе (исполнителе, продавце) и о товарах (работах, услугах); Ст. 9 Информация об изготовителе (исполнителе, продавце, владельце агрегатора); Ст. 10 Информация о товарах (работах, услугах); Ст. 12 Ответственность изготовителя (исполнителя, продавца, владельца агрегатора) за ненадлежащую информацию о товаре (работе, услуге)	50	26,3% [20,1-32,6]
Ст. 11 Режим работы продавца (исполнителя)	5	2,6% [0,4-4,9]
Ст. 16 Недействительность условий договора, ущемляющих права потребителя	15	7,9% [4,1-11,7]
Другие статьи	28	14,7% [9,7-19,8]
Постановление Правительства РФ № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в том числе:	79	41,6% [34,6-48,6]
П. 11 Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую сведения	10	5,3% [2,1-8,4]

Продолжение таблицы 4.4.2 - Структура нарушений положений нормативно-правовых актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг, выявленных при проведении проверок Роспотребнадзором Забайкальского края, за период 2015-2017 гг.

Нормативно-правовые акты	Абс.	% [95% ДИ]
П. 15 До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя	6	3,2% [0,7-5,6]
П. 16 Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме	10	5,3% [2,1-8,4]
П. 17 Содержание договора	47	24,7% [18,6-30,9]
П. 28 Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах	6	3,2% [0,7-5,6]
Международные договоры	13	6,8% [3,3-10,4]

В рамках проверок выполнения медицинскими организациями требований Правил предоставления платных медицинских услуг, основными правонарушениями являлись пункты, касающиеся договора на оказание услуг 87,3% [95% ДИ 80% – 94,7%]. На втором месте находятся нарушения информирования пациентов – 12,7% [95% ДИ 5,3% – 19,9%].

По данным анализа актов проверок, проводимых Роспотребнадзором в отношении медицинских организаций, основными причинами нарушений, связанными с заключением договора, являются:

- недоведение информации об оказании услуг, обязательность которой предусмотрена Законом № 2300-1;

- невозможность отказа потребителя от заказанной им услуги при условии оплаты исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по договору (включение в договоры условий, устанавливающих обязанности потребителя при неисполнении условий договора оплатить полную стоимость работ без учета фактически понесенных расходов);

- ограничение исполнителем права потребителя на предъявление иска о защите прав в суд по месту пребывания истца, по месту нахождения организации, по месту заключения или исполнения договора;

- ограничение права потребителя на судебную защиту без обязательного претензионного порядка;

- ущемление права потребителя на предъявление претензий посредством ограничения установленного законом срока для их предъявления.

Среди нарушений информирования потребителей, регистрировалось не только отсутствие информации в договоре, но также:

- недоведение информации до потребителей посредством стендов, стоек в медицинской организации, а также на официальном сайте в сети «Интернет»;

- представление платных медицинских услуг при отсутствии ИДС потребителя;

- отсутствие уведомления потребителя в письменной форме до заключения договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Таким образом, ежегодное число выявленных нарушений при оказании платных медицинских услуг, по данным проверок, проводимых Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в отношении медицинских организаций, остается на высоком уровне.

Резюме. Анализ информационного обеспечения потребителей платных медицинских услуг показал, что в медицинских организациях различных

организационно-правовых форм существуют недостатки в механизмах информирования пациентов, связанные с отсутствием алгоритмов предоставления информации, а также с недостаточным уровнем правовой грамотности медицинских работников по вопросам медицинского права. Несоблюдения требований нормативно-правовых актов, касающихся информирования потребителей платных медицинских услуг, приводят к нарушению прав потребителей и привлечению к юридической ответственности исполнителей услуг. Результаты проведенного анализа подтверждают необходимость разработки мероприятий по совершенствованию организации оказания платных медицинских услуг.

Глава 5. Оценка реализации имеющихся механизмов оказания платных медицинских услуг

5.1 Оценка правил оказания платных медицинских услуг экспертами в области здравоохранения, производителями и потребителями медицинских услуг

Для оценки реализации правил оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях на территории региона проведено исследование, позволившее оценить организацию оказания платных медицинских услуг с позиции медицинских работников, предоставляющих услуги на возмездной основе, экспертов в области здравоохранения и потребителей медицинских услуг [167, 168].

В исследовании приняли участие врачи, оказывающие платные медицинские услуги в государственных (57,1% [95% ДИ 48,7% – 65,6%]) и негосударственных (42,9% [95% ДИ 34,5% – 51,3%]) медицинских организациях. Как в государственных, так и в частных медицинских организациях подавляющее большинство – это лица женского пола (83,5% [95% ДИ 77,1% – 89,8%]). В государственных медицинских организациях кадровый состав по возрастному критерию распределился фактически на равные доли: 30,3% [95% ДИ 19,9% – 40,6%] составили врачи в возрасте от 25-35 лет, 25% [95% ДИ 15,3% – 34,7%] – врачи от 36-45 лет, 44,7% [95% ДИ 33,6% – 55,9%] – от 46 лет и старше. В частных медицинских организациях основная доля специалистов находилась в возрастной группе от 25-35 лет – 59,7% [95% ДИ 46,9% – 72,4%], 19,3% [95% ДИ 9,1% – 29,5%] – врачи в возрасте от 36-45 лет, 21,1% [95% ДИ 10,5% – 31,6%] – старше 46 лет (рисунок 5.1.1).

Медиана стажа работы специалистов государственных организаций составила 17,7 (Me (25%; 75%) = 17,7 (9,75; 28)) лет, негосударственных – 12,5 (Me (25%; 75%) = 12,5 (5; 20)) лет. Среди врачей, оказывающих платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях, высшую

квалификационную категорию имели 52,6% [95% ДИ 41,4% – 63,9%], первую категорию – 15,8% [95% ДИ 7,6% – 24%], вторую – 11,8% [95% ДИ 4,6% – 19,1%]. Среди врачей негосударственных организаций врачи, имеющие высшую квалификационную категорию, составили 31,6% [95% ДИ 19,5% – 43,7%], первую – 24,6% [95% ДИ 13,4% – 35,7%], вторую – 12,3% [95% ДИ 3,8% – 20,8%]. В негосударственных медицинских организациях доля врачей, не имеющих квалификационную категорию, – 31,6% [95% ДИ 19,5% – 43,7%], в государственных медицинских организациях – 19,7% [95% ДИ 10,8% – 28,5%].



Рисунок 5.1.1 - Распределение врачей государственных и негосударственных медицинских организаций по возрасту, %

Основной причиной, по которой врачи государственных медицинских организаций занимаются оказанием платных медицинских услуг, является материальная выгода, это отметили 34,7% [95% ДИ 26,2% – 43,2%] участвующих в опросе. Для врачей частной системы здравоохранения работа привлекательна, прежде всего, комфортными условиями труда (32,2% [95% ДИ 23,6% – 40,7%]), а также материальной выгодой (27,8% [95% ДИ 19,6% – 36%]). Однако 6,6% [95% ДИ 2,2% – 11%] врачей государственных учреждений не заинтересованы в оказании платных медицинских услуг (таблица 5.1.1).

По результатам опроса, удовлетворены заработной платой 15,8% [95% ДИ 7,5% – 23,9%] врачей, оказывающих платные услуги в государственных медицинских организациях, и 70,2% [95% ДИ 58,3% – 82,1%] врачей частных организаций. При этом 27,6% [95% ДИ 17,6% – 37,7%] врачей государственных и 5,3% [95% ДИ 1,1% – 9,5%] врачей негосударственных медицинских организаций

положительно относятся к практике денежных вознаграждений лично врачу, отмечая, что это компенсирует низкую заработную плату. Денежные средства и подарки от пациентов получали 2,8% [95% ДИ 86,1% – 94,7%] медицинских работников.

Таблица 5.1.1 - Причины оказания платных медицинских услуг врачами государственных и негосударственных медицинских организаций, %

Причины \ МО	Государственные медицинские организации	Негосударственные медицинские организации
Материальная выгода	34,7%	27,8%
Комфортные условия труда	21,5%	32,2%
Нет строгого регламента времени на прием пациента	20,7%	13,9%
Хорошее материально-техническое оснащение	15,7%	20,0%
Возможность карьерного роста	0,8%	5,2%
Другое	6,6%	0,9%

По результатам исследования выявлены нарушения требований к предоставлению и ведению медицинской документации. Так, 88,2% [95% ДИ 80,9% – 95,4%] врачей медицинских организаций государственной формы собственности и 86% [95% ДИ 77% – 95%] врачей медицинских организаций негосударственной формы собственности, оказывающих платные услуги, обеспечивают заполнение первичной медицинской документации. При этом 22% [95% ДИ 15,9% – 28,2%] пациентам не предоставлялась первичная медицинская документация после консультации врача или стационарного лечения. Эксперты в области здравоохранения отметили, что врачи, оказывающие платные медицинские услуги, всегда оформляют первичную документацию (100%). В соответствии со ст. 22 ФЗ-323 пациент, либо его законный представитель, имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Также пациент, либо его законный представитель, имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Пункт 25 Правил содержит требования, предъявляемые к исполнителю платных медицинских услуг, на основании которых медицинская организация после исполнения договора должна выдать потребителю медицинские документы (копии, выписки), отражающие состояние его здоровья. Помимо этого, медицинская документация является источником проведения экспертизы качества медицинской помощи, обеспечивает взаимодействие медицинских работников, выполняет юридическую функцию в досудебных и судебных разбирательствах [58, 113]. Таким образом, отсутствие ведения первичной медицинской документации не только нарушает процесс оказания медицинской помощи, но и в случае возникновения конфликтной ситуации между потребителем и исполнителем может привести к невозможности защиты прав как пациента, так и врача.

В связи с ростом объема платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях актуальной проблемой как системы здравоохранения, так и государства в целом, является отсутствие официального статистического учета рынка платных медицинских услуг. Не ведут учет при оказании платных медицинских услуг, согласно статистическим документам, утвержденным контролирующими организациями, 67,1% [95% ДИ 56,5% – 77,7%] врачей государственных и 57,9% [95% ДИ 45,1% – 70,7%] врачей негосударственных медицинских организаций, что подтверждают 62,5% [95% ДИ 38,7% – 86,2%] экспертов. По оценкам экспертов, в 37,5% [95% ДИ 13,8% – 61,2%] медицинских организаций ведется статистическая отчетность по формам, разработанным самостоятельно на уровне медицинской организации. Также 50% [95% ДИ 24,5% – 74,5%] организаторов здравоохранения отмечают, что организации, оказывающие платные медицинские услуги, не предоставляют учетные и отчетные статистические формы, утвержденные на законодательном уровне, в контролирующие органы. На сегодняшний день данные официального статистического учета выступают одним из средств обратной связи в системе отраслевого управления. Важной необходимостью является достоверное и полное обеспечение информационных потребностей государства и общества о рынке

платных медицинских услуг в целях создания правовых основ для реализации единой государственной политики в сфере здравоохранения.

В соответствии с Правилами, одним из ведущих условий предоставления платных медицинских услуг является заключение договора между потребителем и исполнителем – медицинской организацией. По результатам опроса пациентов, договор на оказание платных медицинских услуг, при обращении в медицинскую организацию, был заключен с 90,4% [95% ДИ 86,1% – 94,7%] потребителей. Согласно экспертному мнению, договор заключается при каждом предоставлении платной медицинской услуги (100%). Можно предположить, что 9,6% [95% ДИ 5,3% – 13,9%] потребителей производили оплату медицинских услуг лично медицинским работникам (помимо кассы), без оформления письменного договора. Также 3% [95% ДИ 0,1% – 5,9%] врачей государственных и негосударственных медицинских организаций отметили, что оплата за оказанные услуги в медицинских организациях производится лично врачу. Письменный договор позволяет зафиксировать заключение сделки и рассматривается контролирующими органами при проведении контроля за соблюдением правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

По данным социологического опроса, 56,3% [95% ДИ 31,9% – 80%] организаторов здравоохранения указали на поступления жалоб от потребителей платных медицинских услуг, причем в 12,5% случаев урегулирование разногласий осуществлялось на этапе судебного разбирательства.

Одним из важных практических вопросов организации оказания платных медицинских услуг является вопрос о том, в какое время оказываются услуги в государственных медицинских организациях, работающих в рамках ПГГ. В медицинских организациях государственной формы собственности 47,4% [95% ДИ 36,1% – 58,6%] врачей оказывают платные медицинские услуги в основное рабочее время. Необходимо отметить, что оказание платных услуг медицинскими работниками в основное рабочее время может привести к нарушениям прав граждан на бесплатную помощь [42]. Так складывается ситуация, когда врач, оказывая помощь пациентам, обслуживающимся в рамках ПГГ, принимает

пациентов, получающих услуги за счет личных средств. Это приводит к нарушению прав застрахованных граждан по ОМС и увеличению сроков ожидания бесплатной медицинской помощи.

При изучении влияния отдельных социальных и профессиональных параметров, которые могут являться факторами риска нарушений правил оказания платных медицинских услуг, методом расчета относительного риска выявлено, что квалификационные категории ($RR=1,02$ [95% ДИ 0,87 – 1,19]), возраст ($RR=0,72$) и стаж работы врачей ($RR=0,61$), а также организационно-правовая форма медицинских организаций ($RR=2,06$ [95% ДИ 1,14 – 3,65]) не оказывают статистически значимого влияния на возникновение нарушений правил предоставления медицинских услуг на возмездной основе.

Таким образом, в современной системе здравоохранения для организации работы по предоставлению услуг на возмездной основе разработана нормативно-правовая база, выполнение требований которой обеспечивает качество и безопасность оказываемых услуг. Наряду с этим, отмечаются нарушения, связанные с несоблюдением порядка предоставления платных медицинских услуг. По результатам социологической оценки реализации правил оказания платных медицинских услуг среди поставщиков и потребителей медицинских услуг, а также экспертов в области организации здравоохранения выявлено несоблюдение требований предоставления услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях на региональном уровне. По результатам исследования выявлено, что профессиональные и социальные характеристики медицинских работников, оказывающих услуги на возмездной основе, не оказывают статистически значимого влияния на соблюдение правил оказания платных медицинских услуг.

5.2 Экспертная оценка механизмов оказания платных медицинских услуг

Выявленный в ходе социально-гигиенической оценки процесса организации оказания платных медицинских услуг в медицинских организациях различных организационно-правовых форм целый комплекс проблем требует экспертной оценки, структуризации и выявления причин сложившейся ситуации.

В рамках экспертного метода получена оценка процесса организации оказания медицинских услуг на возмездной основе [166, 170]. Наличие проблем при оказании платных медицинских услуг отметили 60% [95% ДИ 44,8% – 75,2%] руководителей государственных и 75% [95% ДИ 45% – 105%] руководителей негосударственных медицинских организаций. По результатам анализа проблемы обобщены в 6 групп и ранжированы по частоте встречаемости в картах опроса респондентов (по убыванию) (таблица 5.2.1).

Первая группа – кадровые проблемы. Слабые стороны в этой группе отметили и охарактеризовали 76,6% [95% ДИ 61,5% – 91,8%] экспертов. Самым частым предметом обсуждения явился вопрос кадрового дефицита. Данные официальной статистики подтверждают ежегодное снижение обеспеченности врачебными кадрами системы здравоохранения. В Российской Федерации за анализируемый период с 2013 по 2017 гг. регистрируется снижение уровня обеспеченности врачами на 8,6% (с 40,9 до 37,4 на 10 тыс. населения). В Забайкальском крае с 2013 по 2017 г. наблюдается аналогичная тенденция сокращения врачебных кадров на 17% (с 45,8 до 38 на 10 тыс. населения) [127].

Одной из основных проблем в негосударственном секторе здравоохранения является отсутствие учета кадров, предоставляющих оказание платных медицинских услуг. Штатные нормативы для частных медицинских организаций, согласно порядкам оказания медицинской помощи, носят рекомендательный характер. В сложившейся ситуации дефицита кадров, часть врачей, работающих в государственных организациях, имеют внешнее совместительство в негосударственных медицинских организациях. Данный показатель также не учитывается в официальной статистике.

Таблица 5.2.1 - Ранжирование групп проблем организации оказания платной медицинской помощи в зависимости от организационно-правовой формы собственности медицинских организаций

Группа проблем	Государственные		Негосударственные		Всего	
	Ранг	В %	Ранг	В %	Ранг	В %
Нормативно-правовое обеспечение оказания платных медицинских услуг	V	54,2	-	0	V	43,3
Организация оказания платных медицинских услуг	III	66,7	-	0	III	53,3
Обеспечение материально-технической базой оказания платных медицинских услуг	I	83,3	II	25,0	II	73,3
Кадровое обеспечение оказания платных медицинских услуг	II	70,8	I	62,5	I	76,6
Информирование пациентов, получающих медицинские услуги на возмездной основе	IV	58,3	-	0	IV	46,7
Ведение статистического учета и отчетности оказания платных медицинских услуг	VI	45,8	III	12,5	VI	40,0

Второе ранговое место занимают проблемы обеспечения материально-технической базой оказания платных медицинских услуг. Так считают 73,3% [95% ДИ 57,5% – 89,2%] руководителей. В данной области эксперты отметили затруднения в дифференциации оборудования для оказания платной и бесплатной медицинской помощи, недостаточное обеспечение материально-технической базой, износ оборудования и др. В настоящее время, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, перед медицинскими организациями стоит задача по соблюдению стандартов оснащения соответствующих структурных подразделений диагностическим и лечебным оборудованием для обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Экспертная оценка состояния ресурсного обеспечения выявила проблемы как в государственных (83,3%), так и в негосударственных (25%) медицинских организациях. Руководители указали на недостатки процесса обеспечения материально-техническими ресурсами в рамках

неудовлетворительного обоснования потребности в медицинских изделиях, отсутствия необходимого взаимодействия различных групп персонала медицинской организации, ответственных за вопросы ресурсного обеспечения на различных уровнях. Также эксперты подчеркнули, что в должной мере не организованы учет использования медицинских изделий и документооборот, что способствует отсутствию контроля над ресурсным обеспечением медицинской деятельности.

Для медицинских организаций государственной формы собственности оказание платных медицинских услуг служит дополнительным источником финансирования, а для негосударственных – основным источником дохода [10]. В современных условиях ресурсное обеспечение является одним из значимых направлений оптимизации деятельности медицинской организации любой организационно-правовой формы собственности. Выделение экспертами проблем ресурсного обеспечения при оказании медицинских услуг на первые ранговые позиции подтверждает актуальность данных групп проблем.

Третью ранговую позицию занимают организационные проблемы оказания платных медицинских услуг – 53,3% [95% ДИ 35,5% – 71,2%]. В данную группу вошли вопросы разделения потока пациентов (маршрутизация), получающих медицинскую помощь на возмездной основе и бесплатно, вопрос формирования цен на платные медицинские услуги, который отметили эксперты негосударственных организаций и др. Также респонденты обозначили недостатки в разработке формы договора на оказание платных медицинских услуг. Несмотря на четкие требования к содержанию договора об оказании медицинских услуг на возмездной основе, закрепленные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг [98], в большинстве случаев в ходе контрольных мероприятий, осуществляемых Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, выявляются нарушения порядка составления договоров [22, 151].

Четвертую ранговую позицию занимают проблемы информирования пациентов – 46,7% [95% ДИ 28,8% – 64,5%]. В данной группе эксперты указали на

несовершенство порядка предоставления информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи на бесплатной основе; несовершенство порядка предоставления потребителю информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах; несовершенство порядка уведомления потребителя в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя [195, 201, 211, 214]. Организаторы здравоохранения обозначили проблему соблюдения требований наполнения официальных сайтов медицинских организаций. Эксперты медицинских организаций подчеркнули наличие недостатков в механизмах информирования пациентов при оказании медицинских услуг. В нормативно-правовых актах не детализировано, каким образом необходимые сведения должны быть доведены до пациента [129]. При этом отсутствие необходимой информации влечет предупреждение или наложение административного штрафа контролирующими организациями. Среди ответов руководителей также можно отметить проблемы несовершенства процедуры получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство потребителем платных медицинских услуг, которое, по мнению экспертов, носит формальный характер и не отражает особенности каждого отдельного случая обращения за медицинской помощью. Руководители медицинских организаций законодательно наделены полномочиями для устранения проблем несовершенства порядка предоставления информации потребителям медицинских услуг и должны решать эти вопросы на локальном уровне.

Пятая группа содержит проблемы нормативно-правового обеспечения оказания платных медицинских услуг. Руководители медицинских организаций (43,3% [95% ДИ 25,6% – 61,1%]) обозначили несовершенство законодательной базы оказания платных медицинских услуг на федеральном, региональном и локальном уровнях. В рамках данного вопроса организаторы здравоохранения

отметили наличие проблем обеспечения прав пациентов, организации контроля качества медицинской помощи, оказанной на возмездной основе. Отдельного внимания экспертов заслужил вопрос неправомерного действия пациентов в качестве потребителей платных медицинских услуг (потребительский экстремизм) и отсутствие законодательно установленного механизма защиты прав медицинских работников.

Шестое ранговое место занимают проблемы ведения статистического учета и отчетности оказания платных медицинских услуг – 40% [95% ДИ 22,5% – 57,5%]. В комментариях к данному предмету обсуждения эксперты государственных медицинских организаций отметили, что при оказании услуг на возмездной основе ведется заполнение первичной медицинской документации согласно требованиям нормативно-правовых актов [100-102]. Актуальность данного вопроса подтверждают эксперты частных медицинских организаций, которые отмечают пробелы в организации по ведению учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

Принимая во внимание, что проблемы сформулированы руководителями различных медицинских организаций и характеризуют процесс организации оказания платных медицинских услуг в многообразных условиях (организационных, правовых, экономических и др.), для исключения случайного характера замечаний проведено исследование по определению однородности выборки (6-и групп проблем) с использованием непараметрического критерия Кокрена (Cochran). При определении экспертами проблем каждый ответ принимал значение дихотомической переменной (положительный ответ – да) и вносился в определенную группу. После чего производилось суммирование всех положительных ответов и рассчитывался критерий Кокрена. Методика расчета представлена в таблице 5.2.2.

Таблица 5.2.2 - Определение однородности зависимых выборок с качественными признаками (критерий Кокрена) при анализе проблем организации оказания платных медицинских услуг

№ анкеты	Группы проблем						ΣX_R	$(\Sigma X_R)^2$
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа		
1	1	1	1				3	9
2		1		1		1	3	9
3	1	1		1	1		4	16
4			1	1	1		3	9
5			1	1	1		3	9
И т.д.								
Всего – 30	$\Sigma X_1 =$ 13	$\Sigma X_2 =$ 16	$\Sigma X_3 =$ 22	$\Sigma X_4 =$ 23	$\Sigma X_5 =$ 14	$\Sigma X_6 =$ 12	$\Sigma (\Sigma X_R) = 115$	$\Sigma (\Sigma X_R)^2 = 567$

Расчет критерия Кокрена для определения характера проблем руководителей медицинских организаций:

$$Q = \frac{(6-1) \times [6 \times 115^2 - 115^2]}{6 \times 115 - 567} = 2688 \quad (10)$$

Полученное значение критерия Кокрена (2688) значительно больше табличного (21,67), поэтому с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,01$) можно утверждать, что отмеченные среди руководителей медицинских организаций различия в ответах (проблемы оказания платных медицинских услуг) не случайны, а обусловлены дефектами организации оказания платных медицинских услуг в каждом конкретном случае.

Таким образом, проведенное исследование среди экспертов – руководителей медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности, предоставляющих платные медицинские услуги, определило наличие актуальных проблем в организации оказания медицинских услуг на возмездной основе и позволило выделить наиболее значимые из них. Для медицинских организаций как государственной, так и негосударственной форм собственности основной проблемной областью является недостаточность ресурсного обеспечения, как кадрового, так и материально-технического для

качественного и доступного оказания платных медицинских услуг. Дефицит ресурсов для оказания медицинской помощи может привести к нарушению соблюдения медицинскими организациями требований порядков оказания и стандартов оказания медицинских услуг, и, как следствие, невозможности обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи на возмездной основе. Для повышения качества, эффективности и доступности медицинской помощи необходимо соблюдение порядка и условий оказания медицинских услуг на возмездной основе. По результатам экспертной оценки получены качественные вербальные характеристики о проблемах организации оказания платных медицинских услуг. Использованная методика определения однородности зависимых выборок с качественными признаками позволила объективизировать экспертную оценку и подтвердить достоверность полученных результатов.

5.3 Анализ причинно-следственных связей между проблемами организации оказания платных медицинских услуг и факторами, влияющими на них

Для определения причинно-следственных связей между проблемами организации оказания платных медицинских услуг и факторами, влияющими на них, все проблемы, объединены в две группы: информационные и организационные [166, 170]. Первая группа представлена недостатками информационного сопровождения пациентов (рисунок 5.3.1). В данную категорию вошли проблемы способа предоставления информации пациентам о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи на бесплатной основе; несовершенства порядка предоставления потребителю информации об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах; несовершенства порядка уведомления потребителя в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



Рисунок 5.3.1 - Причинно-следственные связи между проблемами информирования потребителей платных медицинских услуг и факторами, влияющими на них

Основными источниками информации для потребителей служат медицинские работники, поэтому одной из причин несоблюдения порядка информационного сопровождения являются кадровые проблемы, где ключевым фактором выступает дефицит медицинских специалистов. Указанный фактор определяет возрастающую нагрузку на специалистов, что, в свою очередь, приводит к ограничению времени для беседы с пациентами и, как следствие, нарушению правил информирования. Основной задачей руководителей медицинских организаций является разработка мотивационных мероприятий, направленных на привлечение соискателей на вакантные должности для устранения недостатка медицинских кадров. Еще одним из вариантов информирования потребителей является размещение информации на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет». Существующая проблема соблюдения требований наполнения официальных сайтов медицинских организаций может быть отнесена к проблемам **ресурсного** обеспечения. В соответствии со ст. 11 Правил, ст. 79 ч. 7 ФЗ-323, ст. 8, 9, 10 Закона № 2300-1, медицинские организации должны предоставлять потребителям информацию об услуге и организации, оказывающей эту услугу, и размещать эту информацию на информационных стендах (стойках) медицинской организации и в сети «Интернет». Причинами несоответствующего нормоприменения является отсутствие в медицинских организациях специалистов, разрабатывающих сайты и отвечающих за их наполнение. Фактором, влияющим на представленную проблему, является необходимость привлечения дополнительных расходов на оплату работы данных специалистов. Особенно остро этот вопрос стоит в государственных медицинских организациях, ограниченных в возможности разделения имеющихся финансовых ресурсов в соответствии с целевым распределением финансовых средств. Очень часто решение данных вопросов находится в ведении руководителей медицинских организаций и основными причинами недостаточного наполнения сайтов является нехватка дополнительных знаний, навыков и времени у организаторов здравоохранения. Одной из причин **организационных** проблем информирования пациентов являются недостатки

механизмов информационного сопровождения потребителей при оказании медицинских услуг. Так, отдельного внимания заслуживают проблемы несовершенства процедуры получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство потребителем платных медицинских услуг. Руководители медицинских организаций законодательно наделены полномочиями решать эти вопросы на локальном уровне. Однако часто медицинские организации не используют данную возможность для устранения пробелов в процедуре информационного сопровождения потребителей. Еще одним фактором, влияющим на недостатки в информировании потребителей платных медицинских услуг, является несовершенство процедуры **контроля** за соблюдением информирования на локальном уровне внутри медицинской организации. Одним из элементов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности может стать контроль информационного сопровождения через оценку показателей эффективности и дефектов, отражающих работу по информированию потребителей платных медицинских услуги, и включение данных показателей в эффективный контракт для стимулирования медицинских работников к выполнению правил информационного сопровождения пациентов.

Второй группой проблем являются организационные вопросы платных медицинских услуг (рисунок 5.3.2). На возникновение данной проблемы влияют кадровые факторы, среди которых: дефицит специалистов в области здравоохранения, невозможность статистического учета обеспеченности и совместительства медицинских работников в частной системе здравоохранения и др. Также к причинам первого порядка в данной области относятся проблемы ресурсного обеспечения, в т.ч. недостаточное обеспечение материально-технической базой, износ оборудования и др.

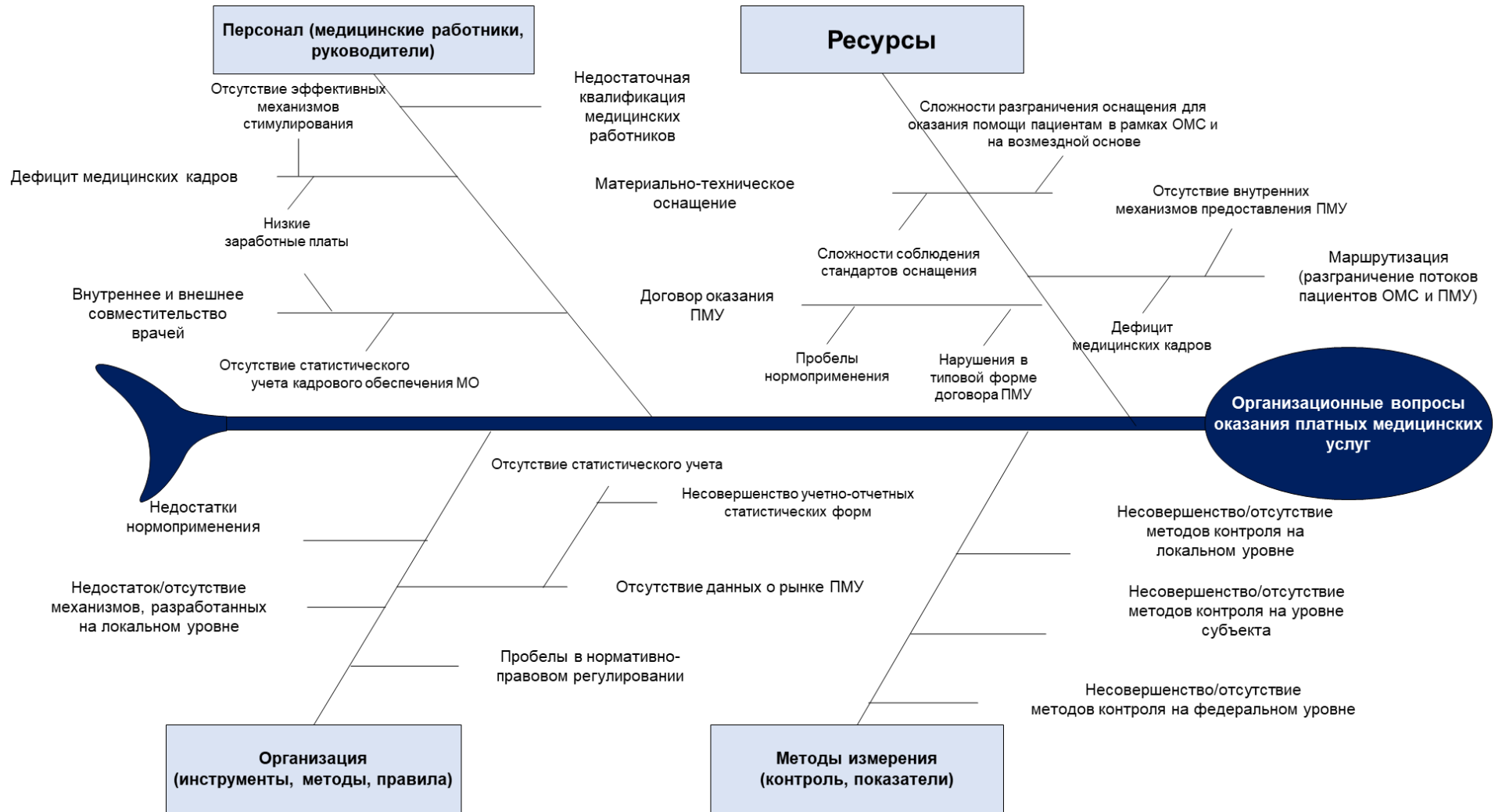


Рисунок 5.3.2 - Причинно-следственные связи между проблемами в организации оказания платных медицинских услуг и факторами, влияющими на них

Одними из проблем в данной группе являются недостатки в форме договора на оказание платных медицинских услуг. К факторам, влияющим на процесс организации оказания платных услуг, относится отсутствие достоверных статистических данных об объемах, структуре оказываемых платных медицинских услуг, сведений о заболеваемости потребителей услуг на возмездной основе и др. В свою очередь, причиной, влияющей на данную проблему, является несоблюдение законодательных норм в рамках порядка ведения медицинской документации и предоставления статистической отчетности. На сегодняшний день данные официального статистического учета выступают одним из средств обратной связи в системе отраслевого управления. Важной необходимостью является достоверное и полное обеспечение информационных потребностей государства и общества о рынке платных медицинских услуг в целях создания правовых основ для реализации единой государственной политики в сфере здравоохранения.

Отдельного внимания заслуживает несовершенство процедуры контроля качества и безопасности предоставления платных медицинских услуг, где влияющим фактором являются недостатки в существующих методах проведения контроля на локальном уровне.

Таким образом, на современном этапе модернизации в сфере охраны здоровья возрастает роль частной системы здравоохранения. При этом выявляется ряд проблем, влияющих на качество предоставления платных медицинских услуг. Основными причинами существующих проблем являются: отсутствие достоверной статистической информации о рынке платных медицинских услуг, что не позволяет осуществлять единую государственную политику в сфере здравоохранения; несовершенство правоприменения действующих норм законодательства по обеспечению информирования пациентов; несовершенство организации контроля качества медицинской помощи, оказанной на возмездной основе на государственном, региональном и локальном уровнях. Анализ проблем, установление факторов, влияющих на проблемы, определение причинно-следственных связей между ними позволит предложить мероприятия по

совершенствованию норм правового, организационно-методического, в т.ч. статистического и информационного сопровождения при оказании платных медицинских услуг.

Резюме. Таким образом, наряду с увеличением объемов платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях происходит рост обращений граждан вследствие нарушений прав потребителей, где основными причинами выступают несоблюдения требований основных положений нормативно-правовых актов. Социологическое исследование позволило выявить наиболее распространенные нарушения правил оказания платных медицинских услуг, такие как несоблюдение процедуры информирования потребителей услуг, нарушения ведения первичной медицинской документации, несоблюдение порядка предоставления учетно-отчетной статистической информации. Проведенное исследование среди экспертов – руководителей медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности, предоставляющих платные медицинские услуги, подтвердило наличие актуальных проблем в организации оказания медицинских услуг на возмездной основе и позволило выделить наиболее значимые из них, среди которых: недостаточность ресурсного обеспечения, что может привести к нарушению соблюдения медицинскими организациями требований порядков оказания и стандартов оказания медицинских услуг, и, как следствие, невозможности обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи на возмездной основе.

Глава 6. Разработка и обоснование мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг

Проведенный анализ сложившейся организации оказания платных медицинских услуг на уровне региона выявил ряд проблем, которые требуют решения через системное комплексное направление. Результаты исследований явились основой для обоснования совершенствования организационно-методических аспектов организации оказания платных медицинских услуг. Для урегулирования выявленных недостатков разработана программа, содержащая блоки мероприятий, в соответствии с определенными в ходе исследований ключевыми группами проблем (рисунок 6.1). Программа мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг представляет комплекс последовательно осуществляемых мероприятий и разделена на несколько этапов. На первом этапе несовершенства организации оказания платных медицинских услуг структурированы в основные блоки: информационный, образовательный и статистический блоки. На втором этапе для каждой группы разработаны программные мероприятия, определяющие механизмы и пути их решения. На третьем этапе предложены индикаторы, отражающие результативность предлагаемой программы (рисунок 6.1).

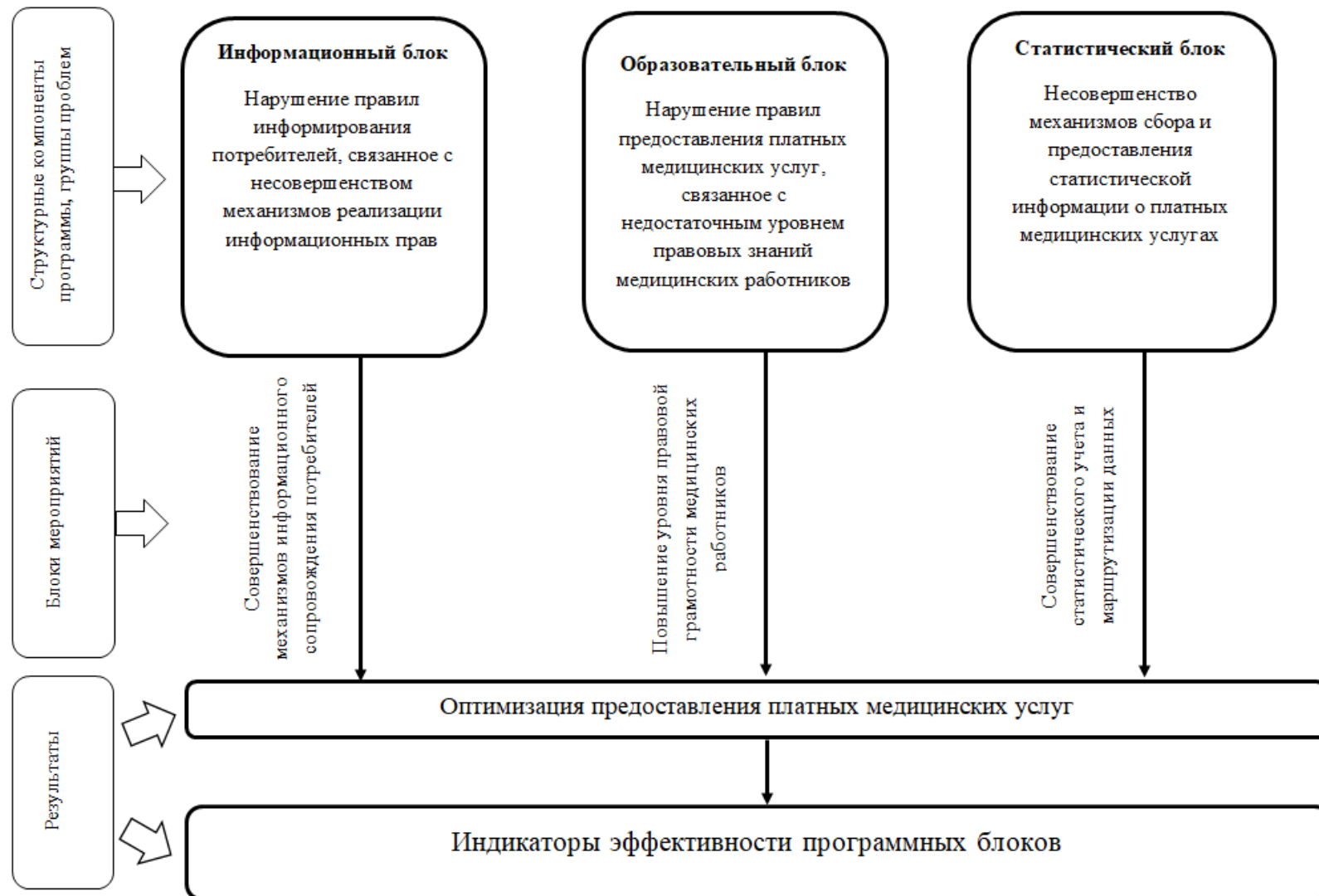


Рисунок 6.1 - Алгоритм реализации программы совершенствования организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг

6.1 Информационный блок программных мероприятий

Одним из ключевых разделов программы является совершенствование механизмов информационного сопровождения потребителей медицинских услуг для нивелирования нарушений правил предоставления платных медицинских услуг. В соответствии с нормативно-правовой базой [93, 96, 98], потребители платных медицинских услуг имеют право на получение в доступной форме необходимой информации. Недостатком в работе медицинской организации является отсутствие четкого алгоритма нормоприменения информирования пациентов. В рамках информационного блока разработана программа, включающая мероприятия по предоставлению полного, стандартизованного объема данных потребителю медицинских услуг. Схема, отражающая поэтапное доведение информации до пациента, представлена на рисунке 6.1.1.



Рисунок 6.1.1 - Алгоритм информирования потребителя платных медицинских услуг

Перед обращением за платной медицинской услугой в государственную или негосударственную медицинскую организацию гражданин имеет право получить полную и достоверную информацию о медицинской организации и услугах, которые будут ему предоставлены на возмездной основе. На данном этапе одним из ведущих источников сведений для пациента должен выступать официальный сайт медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Важно, что на этапе выбора пациентом медицинской организации сайт является инструментом конкуренции на рынке медицинских услуг.

Ключевые проблемы по вопросам информирования об исполнителе и о медицинских услугах, предоставляемых на возмездной основе, посредством сайта связаны с отсутствием шаблона единых требований, предъявляемых к сайтам государственных и негосударственных медицинских организаций, а также с формальным подходом к выполнению существующих правил размещения информации на сайтах. Современная нормативно-правовая база закрепляет требования к наполнению сайтов только для медицинских организаций, участвующих в реализации ПГГ и ТПГГ [95]. Негосударственные медицинские организации по данному вопросу опираются на требования Закона № 2300-1, где правила информационного сопровождения потребителей представлены достаточно узко. С целью конкретизации требований к содержанию сайтов медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности разработано Положение, содержащее унифицированные требования, предъявляемые к наполнению официальных сайтов медицинских организаций всех организационно-правовых форм, внедренное в работу медицинских организаций Забайкальского края, в деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю (приложения 15-21).

Введение шаблона предоставления информации о медицинской организации и оказываемых услугах посредством сайта в сети «Интернет», в рамках соответствующего Положения, структурирует и обеспечивает выполнение

требований ФЗ-323, Правил, Закона № 2300-1, предъявляемых к исполнителям платных медицинских услуг по информационному сопровождению пациентов.

Правила по наполнению сайтов медицинских организаций унифицированы и могут использоваться медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках ПГГ и ТПГГ, а также предоставляющими платные медицинские услуги. Раздел, посвященный оказанию платных медицинских услуг, выделен на сайте в отдельную вкладку и содержит информацию, позволяющую потребителю ознакомиться со сведениями о правилах предоставления платных медицинских услуг, о перечне, оказываемых платных услуг, о ценах (тарифах) на медицинские услуги (с приложением электронного образца документов), о медицинских работниках, оказывающих платные медицинские услуги, об отзывах потребителей услуг. Одна из страниц сайта, где отдельно выделен подраздел «Правила записи на получение платной медицинской услуги», предоставляет пациенту возможность записи на прием, содержит электронную регистратуру медицинской организации с расписанием приема специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, информацию о возможности записи на прием через телефонный звонок в регистратуру, через инфомат в медицинской организации. Выполнение медицинскими организациями требований к содержанию сайтов медицинских организаций обеспечивает пациентам доступность, достоверность, простоту и понятность восприятия информации.

Немаловажным в Положении является наличие набора возможностей или функций сайта для пациента. Самыми актуальными являются электронная регистратура, он-лайн консультация или форма обратной связи, личный кабинет пациента.

Представленные в Положении требования к сайтам медицинских организаций отражают не только декларативные правила по их наполнению, но и содержат практические аспекты, помогающие потребителям получить информационную поддержку и необходимые медицинские услуги, а производителям – привлечь пациентов и повысить статус среди медицинских

организаций. Разработанное Положение может использоваться контролирующими организациями для оценки наполнения сайтов медицинских организаций.

На этапе обращения пациента в медицинскую организацию за услугой на возмездной основе задачами, стоящими перед исполнителем в рамках информирования, в соответствии с законодательной базой [88, 91, 93], является ознакомление пациента с порядком и условиями предоставления услуг по ПГГ и на возмездной основе, с возможностью получить услугу бесплатно по ПГГ и ТПГГ. Несмотря на законодательное закрепление нормы права, условия и порядок информирования потребителя по данному вопросу не регламентированы.

В рамках программных мероприятий разработано Положение о порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, внедренное в работу медицинских организаций Забайкальского края, в деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю (приложения 15-21).

Информирование пациента о возможности получения медицинской услуги бесплатно в соответствии с ТПГГ бесплатного оказания медицинской помощи осуществляется путем:

1) Включения блока информации о порядке и условиях предоставления медицинской помощи бесплатно в соответствии с ПГГ и ТПГГ и на возмездной основе в единую информационную систему медицинской организации через размещение в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте в разделе «Пациентам» (в соответствии с Положением о требованиях к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации) на стенде и информационных стойках;

2) Информирования граждан в форме устной консультации сотрудником регистратуры (администратором) медицинской организации посредством формулировки: «Информируем, что Вы имеете право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и можете реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу

государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи»;

3) Приложения к договору на оказание платных медицинских услуг «Памятка о платных медицинских услугах, содержащая информацию о порядке и условиях предоставления услуг по ПГГ и на возмездной основе».

Для юридического подтверждения выполнения данного требования необходимо включение в договор на оказание платных медицинских услуг информации об уведомлении потребителя, пример формулировки: «Заказчик (Пациент) уведомлен о порядке получения платных медицинских услуг на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». По просьбе пациента сведения, содержащиеся в договоре, должны быть прокомментированы работником медицинской организации.

Представленное Положение о порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг предусматривает введение механизмов информирования пациентов о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, также о состоянии здоровья. Данные информационные права граждан являются индивидуальными, содержат частную информацию, отражающую положение отдельного пациента, поэтому процедура по предоставлению данной информации не должна носить формальный, стандартизированный подход, а должна иметь личные, самостоятельные, специфичные характеристики, которые должен учитывать медицинский персонал, непосредственно осуществляющий функцию информирования.

Реализация мероприятий информационного блока программы не только обеспечит совершенствование применения действующих правовых норм по информационному сопровождению потребителей платных медицинских услуг, но

и предоставит возможность пациентам в доступной, простой и понятной форме ознакомиться с действующим законодательством в области охраны здоровья, в т.ч. с правилами оказания медицинских услуг, что предотвратит возникновение нарушений прав потребителей услуг на возмездной основе.

6.2 Образовательный блок программных мероприятий

По результатам проведенного исследования выявлены недостатки в соблюдении правил оказания платных медицинских услуг среди медицинских работников, связанные с недостаточным уровнем правовой подготовки специалистов. Решением данного вопроса, в контексте предлагаемой программы, является разработка мероприятий по повышению уровня правовой компетенции медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги. Основной задачей медицинских кадров при предоставлении услуг на возмездной основе является соблюдение требований нормативно-правовой базы по организации оказания платных медицинских услуг, в т.ч. ключевой задачей исполнителей выступает доведение до пациента в доступной форме полного объема информации. Повышение уровня правовой компетенции медицинского персонала по вопросам оказания платных медицинских услуг представляется вариантом решения сложившейся ситуации.

Современное медицинское образование заключается в непрерывности получения знаний и навыков. Изменение правовой информации в сфере здравоохранения происходит очень активно и требует от медицинского работника постоянного совершенствования. Повышение уровня правовой компетенции медицинских работников по вопросам охраны здоровья и, в частности, по вопросам организации оказания платных медицинских услуг, является управляемым фактором, определяющим выполнение требований законодательства, формирующим качество оказываемых услуг, а также уровень удовлетворенности потребителей. Поэтому в рамках образовательного блока программы предложены мероприятия, позволяющие усовершенствовать все этапы медицинского

образования как на додипломном, так и на последипломных уровнях обучения по вопросам изучения правил оказания платных медицинских услуг.

В современных условиях реформирования образования формируется качественно новое представление об образовательном процессе как непрерывной системе. Принятие компетентностной модели специалиста, переход к платформе федеральных государственных образовательных стандартов и утверждение профессиональных стандартов определяют новые требования к организации учебного процесса. Освоение общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных компетенций (ПК) позволяет обеспечить формирование специалиста, ориентированного на выполнение трудовых функций, определяемых профессиональными стандартами.

В процессе освоения обучающимися ОПОП высшего образования по соответствующей специальности («Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология») для повышения правовой культуры специалистов по вопросам организации оказания платных медицинских услуг разработан тематический модуль «Правила организации оказания платных медицинских услуг» в структуре учебно-методических комплексов дисциплин «Правовые основы охраны здоровья», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Этика, право и менеджмент в стоматологии», который внедрен и используется в деятельности образовательных организаций высшего образования (приложения 22-24).

Дисциплин

Целью модуля является овладение знаниями правовых норм и правоотношений в сфере охраны здоровья, а также принципами современного правового регулирования медицинской деятельности.

Учебно-методическое сопровождение модуля в структуре дисциплин представлено методическими разработками лекций, методическими разработками практических занятий для преподавателей в соответствии с учебно-тематическим планом, а также методическими рекомендациями для подготовки к практическим занятиям для студентов.

Для повышения уровня правовой подготовки специалистов по вопросам оказания платных медицинских услуг разработана лекция на тему: «Платные медицинские услуги: нормативно-правовая база, порядок оказания». Структура лекции позволяет познакомить обучающихся с основными разделами нормативно-правовой базы, регулирующей оказание платных медицинских услуг, а также на практических примерах демонстрирует случаи возникновения административной ответственности при нарушении правил предоставления платных медицинских услуг. Содержание лекции предусматривает рассмотрение следующих вопросов:

- 1) Требования, предъявляемые к исполнителям платных медицинских услуг;
- 2) Правила информирования потребителей платных медицинских услуг;
- 3) Требования, предъявляемые к содержанию сайтов медицинских организаций;
- 4) Условия предоставления платных медицинских услуг;
- 5) Порядок заключения и содержание договора на оказание платных медицинских услуг;
- 6) Административная ответственность при нарушении правил предоставления платных медицинских услуг.

Практическое занятие и лекция вносят вклад в формирование следующих компетенций: ОПК-3, ОПК-5, ОПК-6 (таблица 6.2.1). Занятие реализуется через самостоятельную работу студентов, выполняемую в аудиторной и внеаудиторной формах, и позволяет закрепить полученные знания лекционных материалов и обеспечить практикоориентированность изучаемой дисциплины.

Самостоятельная деятельность обучающихся основана на выполнении теоретических и практических заданий, применяемых для увеличения объема практической работы и разнообразия ее содержания и формы. Оптимальное сочетание информационной подготовки студентов и направление движения мыслительной деятельности позволяет повысить эффективность проведения практических занятий.

Таблица 6.2.1 - Формирование у обучающихся по программам специалитета компетенций при изучении модуля дисциплины

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1	ОПК-3	способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности	<p>1. Основы законодательства в области охраны здоровья (основные законы и нормативно-правовые акты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи).</p> <p>2. Права и обязанности в области охраны здоровья субъектов процесса оказания медицинской помощи.</p> <p>3. Порядок организации оказания платных медицинских услуг</p> <p>4. Права потребителей платных медицинских услуг</p>	<p>1. Применять нормы действующего законодательства в области охраны здоровья в рамках профессиональной деятельности.</p> <p>2. Применять нормы действующего законодательства в области организации оказания платных медицинских услуг.</p>	<p>1. Навыками работы с нормативно-правовыми актами в сфере охраны здоровья.</p>	<p>Тестовые задания.</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Мозговая атака.</p> <p>Круглый стол.</p>
2	ОПК-5	способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<p>1. Нормативно-правовую регламентацию порядков оказания и стандартов медицинской помощи.</p> <p>2. Права и обязанности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности.</p> <p>3. Условия наступления юридической ответственности медицинских работников.</p> <p>4. Причины наступления врачебных ошибок в ходе осуществления своей профессиональной деятельности.</p>	<p>1. Обеспечить реализацию правовых норм в области охраны здоровья в рамках своей компетенции при оказании медицинской помощи.</p> <p>2. Применять механизмы правового регулирования для предотвращения возникновения врачебных ошибок.</p>	<p>1. Порядком предоставления информации пациентам при оказании медицинских услуг.</p> <p>2. Порядком заключения договора на оказание платных медицинских услуг.</p>	<p>Тестовые задания</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Кейс-ситуации.</p>

Продолжение таблицы 6.2.1 - Формирование у обучающихся по программам специалитета компетенций при изучении модуля дисциплины

3	ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	1. Требования к оформлению и ведению медицинской документации.	1. Оценить правильность оформления первичной медицинской документации в соответствии с требованиями законодательства.	1. Навыками оформления первичной медицинской документации в соответствии с требованиями законодательства.	Тестовые задания. Ситуационные задачи.
---	-------	-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

Проверка уровня сформированности компетенций осуществляется с применением фонда оценочных средств. Для этой цели разработан комплекс заданий, которые в рамках тематики занятия позволяют сконцентрировать внимание обучающихся на актуальных вопросах, касающихся правил организации оказания платных медицинских услуг, механизмов защиты прав потребителей медицинских услуг, посредством вербальных репродуктивных методов: бесед, дискуссий, заданий повышенной сложности, которые имеют несколько вариантов решения (кейс-ситуации) и требуют оригинального, творческого подхода студента, и использование таких методов, как «Мозговая атака», «Круглый стол». Освоение задач практического занятия, обеспечиваемое посредством фонда оценочных средств, происходит путем формирования системы знаний, умений и навыков по основным компетенциям.

Для формирования следующего квалифицированного уровня в системе высшего образования предусмотрена реализация программ ординатуры, целью которых служит приобретение обучающимися необходимого для осуществления профессиональной деятельности уровня знаний, умений и навыков, а также квалификации, позволяющей занимать определенные должности медицинских работников. Для освоения вопросов по организации оказания платных медицинских услуг разработан авторский тематический курс, включенный в структуру учебно-тематических планов подготовки клинических специалистов в рамках смежной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», что позволяет восполнить пробел правовой подготовки специалистов. Изучение данного модуля направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций: ПК-4, ПК-10 (таблица 6.2.2). В качестве одного из компонентов учебно-методического сопровождения дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в части обеспечения самостоятельной работы обучающихся по программам ординатуры, использован педагогический инструментарий в форме рабочей тетради.

Таблица 6.2.2 - Формирование у обучающихся по программам ординатуры компетенций при изучении модуля дисциплины

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1. Основные методики медико-статистического анализа. 2. Основные показатели здоровья населения.	1. Использовать результаты медико-статистического анализа для прогнозирования основных тенденций показателей здоровья населения.	1. Методикой расчета медико-демографических показателей здоровья населения. 2. Методикой медико-статистического анализа основных показателей здоровья населения. 3. Методикой оценки влияния факторов на показатели здоровья населения.	Рабочая тетрадь
2	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1. Основы законодательства в сфере охраны здоровья. 2. Структурные компоненты правил оказания платных медицинских услуг. 3. Структуру порядков оказания медицинской помощи взрослому населению.	1. Анализировать соблюдение требований порядков и стандартов оказания медицинской помощи населению. 2. Анализировать соблюдение требований правил оказания платных медицинских услуг.	1. Методикой оценки соблюдения порядков оказания медицинской помощи по профилю 2. Порядком предоставления информации пациентам при оказании медицинских услуг.	Рабочая тетрадь

Разработан комплекс разноуровневых теоретических и практических заданий в рабочей тетради для освоения основных разделов учебной дисциплины, в т.ч. посвященных ключевым вопросам по организации оказания платных медицинских услуг.

Третий этап медицинского образования осуществляется путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде тематического усовершенствования, повышения квалификации и профессиональной переподготовки. В рамках реализации программ дополнительной профессиональной подготовки на кафедре общественного здоровья и здравоохранения разработаны тематические лекции, включающие практические вопросы исполнения требований нормативно-правовых актов по организации оказания платных медицинских услуг, применения досудебных и судебных механизмов урегулирования конфликтных ситуаций, возникающих при нарушении прав потребителей платных медицинских услуг.

6.3 Статистический блок программных мероприятий

Несовершенство механизмов сбора, хранения, предоставления и использования официальной статистической информации о рынке платных медицинских услуг, включающей данные о медицинских кадрах, объемах медицинских услуг, структуре расходов на здравоохранение в зависимости от источников финансирования, зарегистрированной заболеваемости, послужило основой для разработки статистического блока мероприятий программы по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг. Для устранения недостатков необходимо совершенствование ведения статистического учета и подготовки статистической информации о деятельности медицинских организаций по следующим направлениям:

- о ресурсах (кадрах), используемых при оказании платных медицинских услуг, фактических объемах услуг;

- об объемах и структуре финансовых затрат на платные медицинские услуги;
- о заболеваемости потребителей платных медицинских услуг.

Современные статистические формы, утвержденные на законодательном уровне, не предусматривают разграничение информации по оказанию бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг для государственных медицинских организаций [96]. Также существующие официальные формы не учитывают особенности организации оказания платных медицинских услуг. В рамках статистического блока программы разработаны локальные изменения основных форм федерального статистического наблюдения (далее – ФСН).

Одним из недостатков в рассматриваемом вопросе является отсутствие информации о кадровом потенциале, занимающемся предоставлением платных медицинских услуг. В рамках кадрового учета усовершенствована годовая форма ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации», утвержденная приказом Росстата от 3 августа 2018 г. № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (приложение 10). В таблицу 1100 раздела II «Штаты медицинской организации» формы № 30 государственными медицинскими организациями вносятся сведения о платных медицинских услугах, оказываемых в обособленном, отдельно выделенном подразделении, специалистами, занятыми по основному месту работы или по совместительству, с использованием собственного оборудования. Негосударственные медицинские организации вносят данные по основным графам таблицы. Данная таблица позволяет получить сведения о количестве штатных и занятых должностей в медицинской организации с учетом условий оказания медицинской помощи (подразделения, оказывающие помощь в амбулаторных и стационарных условиях). Форма позволяет выделить число физических лиц основных работников, оказывающих платные медицинские услуги на занятых должностях. Также большим преимуществом учетной формы является возможность идентификации сведений, касающихся квалификационных характеристик медицинского персонала.

Для получения данных об объемах оказываемых платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях, в разрезе посещений с профилактической целью и обращений по поводу заболеваний, усовершенствована годовая форма ФСН № 30. Разработана таблица «Работа врачей медицинской организации в амбулаторных условиях, оказывающих платные медицинские услуги», включенная в раздел III «Деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях» (приложение 11). В предлагаемую таблицу вносятся сведения о работе врачей соответствующих должностей, проводящих платный прием пациентов в амбулаторных условиях и на дому, а также консультативный прием. Учету подлежат посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием, как в основное рабочее время, так и в специально отведенное время для приема пациентов на возмездной основе. В данную таблицу заносятся сведения из учетной формы № 025/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». Таблица предполагает получение информации не только об объемах посещений с профилактической целью и по заболеваниям, но и о контингентах населения, разделенных по возрасту, обратившихся за получением платных медицинских услуг.

Для получения информации об объемах специализированной медицинской помощи усовершенствован раздел IV «Деятельность медицинской организации по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях» формы № 30. В данном разделе, в соответствии с указаниями по заполнению формы ФСН № 30, данные об оказании платных медицинских услуг в стационаре включают в таблицу 3100 «Коечный фонд и его использование» формы по строкам, соответствующим их профилям и отдельной строкой указывают сумму всех платных коек. Внесение информации по платным услугам в общую информацию о коечном фонде

медицинской организации, оказывающей бесплатную медицинскую помощь, не позволяет выделить объем платных медицинских услуг в разрезе каждого отдельного профиля. Для устранения потери информации разработана отдельная таблица «Коечный фонд и его использование при оказании платных медицинских услуг» (приложение 12).

Данную таблицу заполняют по сведениям из «Сводной ведомости учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (учетная форма № 016/у, утверждена приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413) и «Листков ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (учетная форма № 007/у, утверждена приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413). Предлагаемая таблица позволит получить данные об объемах специализированной медицинской помощи на рынке платных медицинских услуг в соответствии с профилями коек, которые развернуты в медицинских организациях государственной и негосударственной форм собственности.

Учетной формой, которая позволяет получать данные об объемах и структуре финансирования медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, является форма № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению». Раздел «VII. Платные медицинские услуги» формы предусматривает учет данных об объемах медицинской помощи по видам и объемах финансовых средств по источникам (за счет личных средств граждан, ДМС, прочих источников). Необходимо рекомендовать заполнение и предоставление в контролирующие организации данного раздела статистической формы медицинским организациям, которые не участвуют в реализации медицинской помощи в рамках ТПГГ.

Следующим направлением совершенствования ведения статистического учета и подготовки статистической информации является регистрация сведений о заболеваемости потребителей платных медицинских услуг.

В рамках статистического блока мероприятий разработана форма «Сведения

о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, получивших платные медицинские услуги» (приложение 13). Существующая отчетная форма ФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», утвержденная приказом Росстата от 24.12.2018 № 773 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», не предполагает разделение сведений о числе заболеваний, зарегистрированных при обращении за медицинской помощью бесплатно и на возмездной основе, а также не адаптирована для внесения данных о заболеваниях, зафиксированных при оказании платных медицинских услуг.

Разработанная отчетная форма предполагает внесение данных о числе заболеваний, зарегистрированных среди потребителей платных медицинских услуг как в государственных, так и в негосударственных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Для исключения дублирования информации при обращении пациента за платной медицинской услугой, негосударственная медицинская организация, ведущая только консультативный прием, включает данные в форму в том случае, если в данной организации у пациентов не только выявляются эти заболевания, но и осуществляется их лечение.

Для учета сведений о зарегистрированных заболеваниях при оказании специализированной медицинской помощи разработана форма «Состав пациентов в стационаре, сроки и исходы лечения при оказании платных медицинских услуг» (приложение 14). Данная форма позволяет, в соответствии с возрастными категориями, получить информацию о заболеваниях, регистрируемых при оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара на возмездной основе в государственных и негосударственных медицинских организациях. Отчетная форма позволит получить информацию о структуре госпитализированной заболеваемости при обращении за платными медицинскими

услугами.

Предлагаемое разделение учета платных услуг и бесплатной медицинской помощи позволит не только получить необходимые данные о рынке платных медицинских услуг, но и предоставит возможность сбалансировать объемы медицинской помощи в государственной и негосударственной системах здравоохранения. Разработанные макеты форм статистического наблюдения, направленные на получение официальных статистических данных о деятельности медицинских организаций по оказанию медицинских услуг на возмездной основе и о рынке платных медицинских услуг, внедрены в деятельность государственных и негосударственных медицинских организаций региона (приложения 15-20).

В современных условиях единая система здравоохранения, объединяющая государственную, муниципальную и частную системы для достижения тактических и стратегических целей здравоохранения, должна опираться на изучение и анализ тенденций и закономерностей развития как системы здравоохранения, так и состояния здоровья населения. Необходимые данные государственных и негосударственных медицинских организаций должны быть представлены в единой информационной системе в сфере здравоохранения.

Таким образом, предлагаемая программа определяет организационно-методические подходы к организации оказания платных медицинских услуг в государственной и частной системах здравоохранения. Интеграция механизмов совершенствования оказания услуг на возмездной основе позволит существенно оптимизировать работу медицинских организаций по оказанию платных услуг, разграничить сведения о бесплатной медицинской помощи и услугах, оказываемых на возмездной основе, повысить эффективность информационного обеспечения потребителей, снизить риски возникновения нарушений прав потребителей и улучшить уровень организации оказания платных медицинских услуг. Целевые индикаторы программных мероприятий являются основой для коррекции нарушений при организации оказания платных медицинских услуг и могут использоваться в государственных и негосударственных медицинских организациях.

Таблица 6.1 – Программа совершенствования организации оказания платных медицинских услуг

№	Проблема	Программное мероприятие	Инструмент	Целевой индикатор	Предполагаемый результат
1	Нарушение правил информирования потребителей, связанное с несовершенством механизмов реализации информационных прав	Информационный блок			
		1.1 Введение шаблона предоставления информации потребителю при оказании платных медицинских услуг	Положение о порядке предоставления информации потребителю ПМУ	1. Доля пациентов, информированных о возможности получения помощи бесплатно в рамках ПГГ и ТПГГ. 2. Доля пациентов, информированных перед оформлением ИДС.	Обеспечение реализации информационных прав пациентов
		1.2 Введение унифицированного шаблона по содержанию сайтов государственных и негосударственных медицинских организаций	Положение о требованиях к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации	Уровень информативности официального сайта медицинской организации	Обеспечение конкуренции среди производителей платных медицинских услуг, реализации права выбора потребителем медицинской организации и врача, реализации информационных прав пациентов
2	Нарушение правил предоставления платных медицинских услуг, связанное с недостаточным уровнем правовых знаний медицинских работников	Образовательный блок			
		2.1 Оптимизация учебного плана на этапе подготовки по основным профессиональным образовательным программам высшего образования	Введение авторского курса по вопросам предоставления ПМУ в структуру ОПОП по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»	Уровень правовой компетентности специалистов по вопросам оказания платных медицинских услуг	Формирование общепрофессиональных компетенций, обеспечивающих достаточный уровень подготовки по вопросам оказания ПМУ
		2.2 Оптимизация учебного плана на этапе подготовки по программам ординатуры	Введение авторского курса по вопросам предоставления ПМУ в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура)		Формирование компетенций, обеспечивающих достаточный уровень подготовки по вопросам оказания ПМУ
		2.3 Оптимизация учебного плана на этапе ДПО	Введение в структуру программ ДПО тематического блока по вопросам предоставления ПМУ		Формирование врачебных компетенций, обеспечивающих достаточный уровень подготовки по вопросам оказания ПМУ
3	Несовершенство механизмов сбора и предоставления статистической информации о платных медицинских услугах	Статистический блок			
		3.1 Оптимизация форм федерального статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг	Введение в систему статистической отчетности блоков, позволяющих получить информацию о ПМУ	1. Показатели, характеризующие кадровый состав, оказывающий ПМУ. 2. Объемы ПМУ, оказанных в амбулаторных условиях. 3. Объемы ПМУ, оказанных в стационарных условиях. 4. Сведения о заболеваемости, зарегистрированной у пациентов, получающих ПМУ.	Разделение информации при оказании бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг. Формирование достоверной статистической информации об оказании ПМУ

6.4 Оценка результатов внедрения программы мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг

В процессе исследования была проведена оценка результатов внедрения программных мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг. Оценка результативности внедренных программных мероприятий строилась на основе достижения целевых индикаторов и была выполнена с использованием двух периодов наблюдения (2015-2016 гг., и 2017-2018 гг.).

Оценка информационного блока осуществлялась по двум направлениям. Внедрение Положения об унифицированных требованиях к структуре официальных сайтов медицинских организаций, проведенное на пилотных базах государственных и негосударственных медицинских организаций, позволило дать оценку содержания, информативности, доступности сайтов медицинских организаций на основе целевого индикатора. По результатам внедрения структурное наполнение разделов сайтов продемонстрировало повышение уровня информативности (таблица 6.4.1).

Таблица 6.4.1 - Изменения уровня информативности официальных сайтов медицинских организаций по разделам, %

Раздел сайта	2015-2016 M±σ	2017-2018 M±σ	p
О медицинской организации	86%±17,0	95%±17,0	≤0,001
О медицинской деятельности	54,5%±19,0	97%±17,0	≤0,001
О медицинских работниках	86%±17,0	89%±17,0	≤0,001
Функциональность	44,5±20,0	100%	≤0,001

Наиболее высокие оценки получил раздел, отражающий функциональность сайтов медицинских организаций (100%), куда были включены форум пациентов, возможность записи на прием (электронная регистратура), личный кабинет.

Среднее значение уровня информативности официальных сайтов государственных и негосударственных медицинских организаций, являющееся

индикатором программы, имеет достоверно значимое увеличение с $69,5\% \pm 6,3$ до $95,3\% \pm 4,6$ ($p \leq 0,001$). Таким образом, результатом мероприятий данного блока программы явилось выполнение требований нормативно-правовых актов по содержанию сайтов и реализация информационных прав пациентов.

По второму направлению информационного блока для оценки результативности внедренных мероприятий проведен анализ индикаторов, отражающих информационное сопровождение потребителей платных медицинских услуг. Так, доля потребителей платных медицинских услуг, информированных о возможности получения услуг в рамках ПГГ и ТПГГ увеличилась с $39,5\%$ [95% ДИ $32,3\% - 46,8\%$] до $82,3\%$ [95% ДИ $78,9\% - 85,7\%$] ($p \leq 0,001$). Источником информации для потребителей на данном этапе в $61,6\%$ [95% ДИ $59,3\% - 63,9\%$] случаях явился медицинский персонал (до внедрения мероприятий данный показатель составлял 25% [95% ДИ $21,4\% - 28,5\%$], ($p \leq 0,001$)) (рисунок 6.4.1).

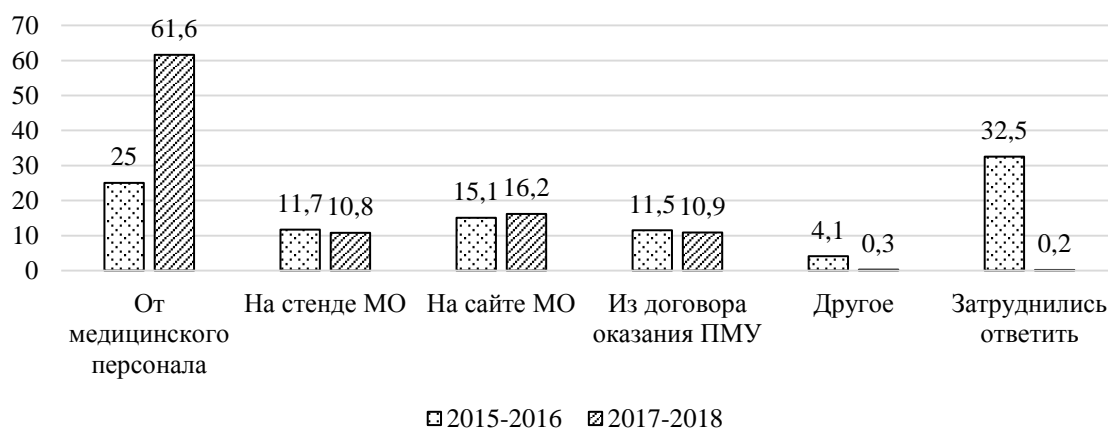


Рисунок 6.4.1 - Способы информирования потребителей о возможности получения услуги на безвозмездной основе, по мнению пациентов, %

Доля пациентов, которым была предоставлена информация перед оформлением ИДС, в сопоставимые периоды статистически значимо увеличилась с $69,9\%$ [95% ДИ $65,8\% - 73,9\%$] до 96% [95% ДИ $93,9\% - 98,12\%$] ($p \leq 0,001$). Основным источником данной информации явился лечащий врач – $96,8\%$ [95% ДИ $94,9\% - 98,7\%$], тогда как до внедрения разработанных мероприятий данный показатель составлял $68,3\%$ [95% ДИ $63,4\% - 73,2\%$] ($p \leq 0,001$) (рисунок 6.4.2).

Устранены случаи информирования пациентов посредством бланка ИДС без беседы с медицинским работником.

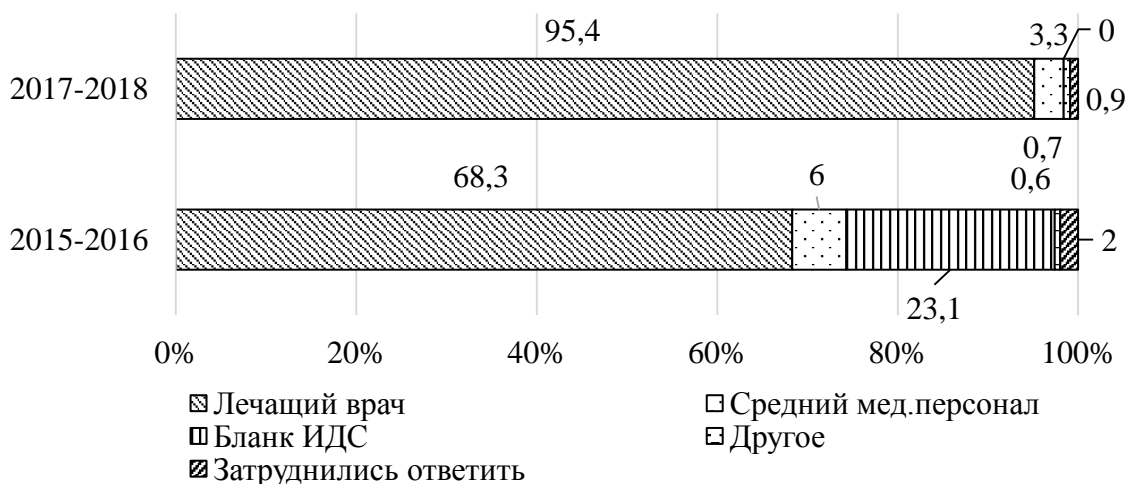


Рисунок 6.4.2 - Способы информирования потребителей о целях, методах, рисках предстоящего медицинского вмешательства, по мнению пациентов, %

Разработанные и внедренные программные мероприятия по информационному обеспечению потребителей платных медицинских услуг позволили нивелировать недостатки в механизмах информирования пациентов в медицинских организациях различных организационно-правовых форм.

В рамках оценки результатов внедрения мероприятий образовательного блока получены данные уровня правовой компетенции обучающихся по программам ординатуры и ДПО после изучения авторского курса, посвященного вопросам организации оказания платных медицинских услуг. Так, среди обучающихся по программам ординатуры отмечено статистически значимое увеличение среднего уровня правовой грамотности с $49,5 \pm 0,5$ до $75,8 \pm 0,3$ на 100 тестируемых ($p=0,001$), среди обучающихся по программам ДПО с $60,5 \pm 0,4$ до $83,2 \pm 0,3$ на 100 тестируемых ($p=0,001$).

Оценка результативности внедрения мероприятий статистического блока по оптимизации учета информации о платных медицинских услугах, реализованных в качестве пилотного проекта на базах государственных и частных медицинских организаций, продемонстрировала получение сведений о деятельности медицинских организаций по предоставлению платных медицинских услуг.

Внедрение разработанных изменений отчетных форм позволило получить данные о количестве медицинского персонала, предоставляющего платные услуги, и их квалификационные характеристики, зарегистрировать сведения о заболеваемости населения, обратившегося за услугами на возмездной основе, рассчитать показатели объемов платных медицинских услуг. В государственных медицинских организациях статистические формы способствовали дифференцировке сведений о бесплатной медицинской помощи и услугах, производимых на платной основе.

Резюме. Разработанная и внедренная программа мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях позволила обеспечить соблюдение медицинскими организациями требований правил предоставления платных медицинских услуг, что подтверждается увеличением доли потребителей, информированных по вопросам оказания платных медицинских услуг; высокими оценками информационного наполнения разделов сайтов медицинских организаций; повышением среднего уровня правовой компетенции по вопросам предоставления платных медицинских услуг среди обучающихся по программам ординатуры, по программам ДПО; получением официальных статистических данных о деятельности медицинских организаций по предоставлению услуг на возмездной основе.

Заключение

Актуальность проблемы, связанной с необходимостью совершенствования организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг, послужила основанием для проведения настоящего исследования и разработки программы по решению сложившейся ситуации в негосударственном секторе здравоохранения в Забайкальском крае. Обоснование программы совершенствования организации оказания платных медицинских услуг базируется на результатах проведенных исследований, направленных на получение информации об оказании платных медицинских услуг.

По данным исследования литературных источников становление и развитие платных медицинских услуг на разных исторических этапах определялось влиянием множества факторов: политических, социальных, экономических, культурных, религиозных и др. Становление платных медицинских услуг прошло путь от повсеместного занятия возмездным врачеванием, официального запрета частной практики, формирования теневой платной медицины до полного законодательного закрепления и регламентирования негосударственного сектора здравоохранения.

На современном историческом этапе нормативно-правовое регулирование рынка платных медицинских услуг представлено единой законодательной базой, определяющей право медицинских организаций заниматься предоставлением платных медицинских услуг, правила организации оказания услуг на возмездной основе, права потребителей услуг и механизмы их защиты.

Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих коммерческий сектор здравоохранения, определил особенности законодательной базы. Оказание платных медицинских услуг осуществляется медицинскими организациями государственной и негосударственной форм собственности. ФЗ-323 законодательно закрепляет частную систему здравоохранения, в структуру которой входят частные медицинские организации. ФЗ-323 объединяет функционирование и развитие государственной, муниципальной и частной систем

здравоохранения в целях организации охраны здоровья граждан и определяет единые требования для государственных и негосударственных медицинских организаций, являющихся исполнителями платных медицинских услуг, среди которых основными являются: соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, ведение первичной медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности по видам, формам в установленные сроки и объемы.

Закон № 2300-1 наделяет пациентов, получающих медицинские услуги на возмездной основе, правами потребителей услуг. Медицинские организации, реализующие данные права, выступают производителями медицинских услуг. Недостатком данного нормативного акта является его общий характер, не учитывающий специфику оказания медицинских услуг.

Правила являются отраслевым нормативным актом и определяют требования к оказанию платных медицинских услуг. Большой блок в Законе № 2300-1 и Правилах посвящен вопросам информационного сопровождения потребителей. Именно на оценку этих требований нацелены контрольно-надзорные мероприятия, проводимые Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, являющейся основным контролирующим органом при оказании платных медицинских услуг. Современная нормативно-правовая база не раскрывает детали механизмов по реализации исполнителями информационных правил при оказании услуг на возмездной основе, что приводит к недостаткам организации платных медицинских услуг и, как следствие, нарушению прав потребителей.

Существующие основные статистические формы в системе федеральной государственной статистики не предусматривают возможность регистрации сведений об оказании платных услуг. Несовершенство системы статистической отчетности в вопросах сбора сведений о деятельности медицинских организаций в коммерческом секторе здравоохранения обуславливает потерю большого поля данных о рынке платных медицинских услуг, что не позволяет планировать деятельность всей системы здравоохранения, а также осуществлять контроль и

координацию сферы платных медицинских услуг. По результатам медико-правового анализа определены недостатки нормативно-правовой базы, регулирующей сферу платных медицинских услуг, что требует разработки дополнительных правил нормоприменения.

Комплексное исследование позволило проанализировать социально-экономическое положение в негосударственном секторе здравоохранения на территории региона.

В Забайкальском крае отмечается ежегодное увеличение объемов платных медицинских услуг на душу населения (за анализируемый период на 51,2%). В структуре объемов платных услуг, доля медицинских услуг ежегодно возрастает (с 5,7% в 2013 г. до 7% в 2017 г.). Основным источником финансовых средств в коммерческом здравоохранении выступают личные средства граждан.

Характеристика населения региона, являющегося потребителями платных медицинских услуг, дана через анализ уровня жизни с оценкой основных социально-экономических параметров Забайкальского края. Представленные показатели проанализированы за период с 2013 по 2017 гг. Ключевой макроэкономический показатель – ВРП в Забайкальском крае составляет небольшую долю в общероссийском ВВП (за 2017 г. – 0,4%) и имеет низкий объем по сравнению с другими регионами России. В регионе отмечается неблагоприятная демографическая ситуация, характеризующаяся снижением численности населения (на 1,6% с 2013 по 2017 гг.), низкими показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении (69,64 лет), высокой смертностью лиц трудоспособного возраста (563,3 на 100000 населения трудоспособного возраста в 2017 г.), миграционной убылью населения (-74 на 10000 населения в 2017 г.).

За анализируемый период отмечается ежегодное снижение численности занятого населения на 2,6%. Вместе с этим регистрируется негативная тенденция в увеличении уровня безработицы на 8%. Значение данного показателя за 2017 г. (10,7%) превышает среднероссийские показатели в два раза (5,2%). Основными индикаторами, отражающими социально-экономическое благополучие общества, являются уровни доходов и заработной платы населения. В регионе отмечается

снижение уровня реальных доходов населения, демонстрирующих покупательскую способность денег (2013 г. – 104,8% к предыдущему году, в 2017 г. – 97,7%), увеличение доли населения со среднедушевыми денежными доходами ниже величины прожиточного минимума за анализируемый период на 30,9%, что говорит об увеличении доли относительной бедности населения Забайкальского края.

Полученные данные определяют негативные тенденции демографических, социальных и экономических процессов, происходящих в регионе, которые, в свою очередь, обуславливают особенности региона, влияющие на уровень жизни населения. Метод корреляционного анализа Пирсона с построением корреляционной матрицы определил статистически достоверную зависимость объема платных медицинских услуг от социально-экономических показателей региона (прямая сильная корреляционная связь между уровнем валового регионального продукта на душу населения и объемом платных медицинских услуг ($r=0,94$, $p=0,002$)).

По данным социологического исследования среди домохозяйств Забайкальского края, позволяющим оценить объемы и структуру расходов личных средств граждан на медицинские услуги, определено, что основная часть потребителей представлена экономически активным работающим населением трудоспособного возраста (72,5% [95% ДИ 68,8% – 76,1%]) с подушевым доходом от 10 до 25 тыс. руб. в месяц (65,4% [95% ДИ 31,2% – 39%]). Расходы женского населения в возрасте от 16 до 55 лет в среднем составляют $16566 \pm 1354,4$ руб. в год, мужчин – $11321 \pm 1231,3$ руб. При анализе платных услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи определено, что 46% [95% ДИ 37,2% – 56,8%] домохозяйств получали данный вид помощи на возмездной основе. Большинство опрошенных обращались в частные медицинские организации, где основными услугами явились лабораторные и диагностические исследования (40,9% [95% ДИ 40,7% – 41%] и 36,9% [95% ДИ 36,8% – 37,1%] соответственно). Средний чек за предоставление услуг в амбулаторных условиях на возмездной основе составил $6153 \pm 753,2$ руб. За получением специализированной помощи на платной основе

обращались 48% [95% ДИ 37,2% – 56,8%] членов домохозяйств, из которых основная часть – в государственные медицинские организации (46,1% [95% ДИ 45,8% – 46,3%]), где чаще всего оплата производилась за услуги врачей и среднего медицинского персонала – 43% [95% ДИ 42,7% – 43,3%]. В структуре медицинских услуг, предоставляемых на платной основе, основная доля приходилась на стоматологические услуги – 94% [95% ДИ 91,3% – 96,7%], где средняя сумма расходов на одного потребителя составила $8020 \pm 1237,4$ руб.

Оценка деятельности поставщиков платных медицинских услуг государственной формы собственности затруднена в связи с недостаточностью официальных статистических данных, представленных Федеральной службой государственной статистики и ее территориальным органом, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Забайкальского края. Данные о работе негосударственных медицинских организаций в регионе позволили определить тенденцию к увеличению числа врачебных кадров (на 94%) и рост обращений за получением платных медицинских услуг (в 4,8 раза).

В исследовании отдельно рассмотрены вопросы информационного сопровождения пациентов при оказании платных медицинских услуг. Наиболее современным и актуальным способом передачи информации выступает официальный сайт медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». По результатам комплексного исследования по оценке содержания, информативности, доступности, практической значимости официальных сайтов медицинских организаций отмечено, что медицинские организации всех организационно-правовых форм выполняют требования законодательства по наполнению разделов сайта. По данным экспертной оценки, уровень выполнения требований среди медицинских организаций Забайкальского края является средним (60% [95% ДИ 38,5% – 81,5%] экспертов). Наиболее важным разделом официального сайта медицинской организации, по мнению экспертов, выступает общая информация о медицинской организации и специалистах ($W=0,21$; $\chi^2=71,75$). Пользователи сети «Интернет» считают, что самой необходимой информацией на сайтах являются рейтинги врача

и медицинской организации – 30,8% [95% ДИ 21,3% – 40,3%], личный кабинета пациента – 56% [95% ДИ 45,9% – 66,2%]. Тем не менее данная информация представлена на сайтах 50% [95% ДИ 28,1% – 71,9%] негосударственных и 42,3% [95% ДИ 23,3% – 61,3%] государственных медицинских организаций. Содержание сайтов медицинских организаций государственной формы собственности отражает формальный подход в соблюдении требований и по информативности, функциональности и удобству для пациентов, значительно уступает сайтам негосударственных медицинских организаций, которые, прежде всего, ориентированы на предпочтения потребителей и используют современные интерактивные функции, для привлечения и сохранения потока потребителей медицинских услуг. Все сайты негосударственных медицинских организаций отличаются удобством навигации, наличием форума пациентов и отзывов о лечении. В рамках информационного блока программных мероприятий разработаны унифицированные требования к наполнению сайтов медицинских организаций всех организационно-правовых форм собственности, обеспечивающие не только полноту содержания, но функциональность и удобство пользования для потребителей.

Основными источниками получения информации при оказании платных медицинских услуг, по мнению пациентов, являются медицинский персонал (25% [95% ДИ 21,4% – 28,5%]), официальные сайты (15,1% [95% ДИ 12,2% – 18,1%]), стенды и стойки в организации (11,7% [95% ДИ 9,1% – 14,3%]), договор на оказание платных медицинских услуг (11,5% [95% ДИ 8,9% – 14,1%]). На практике в медицинских организациях, что подтверждает мнение руководителей (87,5% [95% ДИ 71,9% – 100%]), наиболее доступной формой оповещения пациентов является размещение информации на стендах (стойках), при этом большая часть потребителей остаются неинформированными, т.к. не обращаются к данным формам представления информации. Информация перед оформлением ИДС предоставляется 69,9% [95% ДИ 65,8% – 73,9%] потребителям. С 68,3% [95% ДИ 63,4% – 73,2%] пациентов беседу перед оформлением ИДС проводит лечащий врач, а 23,1% [95% ДИ 18,7% – 27,6%] респондентам информация предоставляется

только на бланке ИДС. Врачи государственных медицинских организаций указывают, что данная информация не интересует пациентов (50% [95% ДИ 32,1% – 67,9%]), что подтверждает низкую квалификацию врачей в правовых вопросах оказания платных медицинских услуг.

Проведение тестирования по вопросам организации оказания платных медицинских услуг определило невысокий уровень правовой компетенции в группе обучающихся по программам ординатуры ($49,5 \pm 0,5$ на 100 тестируемых) и в группе обучающихся по программам ДПО ($60,5 \pm 0,4$ на 100 тестируемых). Так, одним из блоков программных мероприятий является образовательный блок, содержащий комплекс мероприятий, направленных на повышение правовой культуры медицинских работников по вопросам оказания платных медицинских услуг.

По данным организационно-правового анализа результатов деятельности медицинских организаций, оказывающих платные медицинские услуги, по данным проверок, проводимых Роспотребнадзором Забайкальского края, определено, что основными нарушениями в медицинских организациях являются несоблюдения требований нормативно-правовых актов, касающихся предоставления информации пациентам. Так, в среднем за анализируемый период Роспотребнадзором выявлены нарушения в 75% [95% ДИ 66,2% – 83,9%] случаев всех проведенных проверок. По результатам проверок выполнения норм Закона о защите прав потребителей по предоставлению информации, нарушения зарегистрированы в 51,6% [95% ДИ 44,5% – 58,7%] случаев, при оценке Правил предоставления платных медицинских услуг – в 41,6% [95% ДИ 34,6% – 48,6%]. Результаты анализа соблюдения информационных правил при оказании платных медицинских услуг свидетельствуют о недостатках в механизмах информирования пациентов в медицинских организациях различных организационно-правовых форм. Информационный блок программных мероприятий включает разработанное Положение о порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, которое определяет функции и алгоритм действий персонала медицинской организации в отношении реализации информационных прав

пациента при обращении его за медицинской услугой. Положение имеет своей целью обеспечение порядка предоставления информации, ориентированное на соблюдение приоритета интересов пациента при оказании медицинских услуг, и гарантий реализации его прав на информированный выбор формы оказания медицинской услуги (бесплатно или платно), медицинской организации и информированное согласие (отказ) на проведение медицинского вмешательства.

Анализ соблюдения организационных требований при оказании платных медицинских услуг среди государственных и негосударственных медицинских организаций выявил существенные недостатки. Одним из нарушений является несоблюдение правил предоставления и ведения первичной медицинской документации. По данным опроса, 88,2% [95% ДИ 80,9% – 95,4%] врачей медицинских организаций государственной формы собственности и 86% [95% ДИ 77% – 95%] врачей медицинских организаций негосударственной формы собственности, оказывающих платные услуги, обеспечивают заполнение первичной медицинской документации. По мнению пациентов, первичная медицинская документация не предоставляется 22% [95% ДИ 15,9% – 28,2%] потребителей после консультации врача или стационарного лечения. Отсутствие ведения первичной медицинской документации не только нарушает процесс оказания медицинской помощи, но и в случае возникновения конфликтной ситуации между потребителем и исполнителем может привести к трудностям при защите прав как пациента, так и врача.

При оценке выполнения требований по ведению статистического учета при оказании медицинских услуг на возмездной основе установлено, что 67,1% [95% ДИ 56,5% – 77,7%] врачей государственных и 57,9% [95% ДИ 45,1% – 70,7%] врачей негосударственных медицинских организаций не ведут учет при оказании платных медицинских услуг, согласно статистическим документам, утвержденным контролирующими организациями, что подтверждают 62,5% [95% ДИ 38,7% – 86,2%] экспертов. По мнению 50% [95% ДИ 24,5% – 74,5%] организаторов здравоохранения, организации, оказывающие платные медицинские услуги, не предоставляют в контролирующие органы учетные и отчетные статистические

формы, утвержденные на законодательном уровне. В рамках статистического блока мероприятий программы разработаны изменения форм статистического наблюдения, которые позволят регистрировать данные о деятельности медицинских организаций по предоставлению платных медицинских услуг, а также дифференцировать сведения о бесплатной медицинской помощи и услугах, производимых на платной основе. Предлагаемое разделение учета платных услуг и бесплатной медицинской помощи обеспечит получение необходимых данных о рынке платных медицинских услуг, а также предоставит возможность более точно планировать деятельность всей системы здравоохранения.

При изучении влияния отдельных социальных и профессиональных характеристик медицинских работников, которые могут являться факторами риска нарушений правил оказания платных медицинских услуг, методом расчета относительного риска выявлено, что квалификационные категории ($RR=1,02$), возраст ($RR=0,72$) и стаж работы врачей ($RR=0,61$), а также организационно-правовая форма медицинских организаций ($RR=2,06$) не оказывают статистически значимого влияния на возникновение нарушений правил предоставления медицинских услуг на возмездной основе, что подтверждает актуальность разработки и внедрения мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг для медицинских работников организаций любой организационно-правовой формы собственности.

Полученные результаты исследования обусловили необходимость экспертной оценки выявленных проблем при оказании платных медицинских услуг. Наличие недостатков в медицинских организациях, предоставляющих платные услуги, отметили 60% [95% ДИ 44,8% – 75,2%] руководителей государственных и 75% [95% ДИ 45% – 105%] руководителей негосударственных медицинских организаций. Основными проблемными областями, по мнению экспертов, явились кадровые (76,6% [95% ДИ 61,5% – 91,8%]), материально-технического обеспечения (73,3% [95% ДИ 57,5% – 89,2%]), организационные (53,3% [95% ДИ 35,5% – 71,2%]), информационного обеспечения (46,7% [95% ДИ 28,8% – 64,5%]), нормативно-правового обеспечения (43,3% [95% ДИ 25,6% –

61,1%]), ведения статистического учета (40% [95% ДИ 22,5% – 57,5%]). Однородность выборок была оценена с использованием непараметрического критерия Кокрена ($Q=2688$).

Таким образом, в сложившихся условиях платные медицинские услуги являются неотъемлемой частью системы здравоохранения и являются дополнением к объемам бесплатной медицинской помощи. По результатам проведенного комплексного социально-гигиенического исследования выявлены ключевые группы проблем при организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях Забайкальского края, которые послужили основой для разработки и внедрения организационно-методических подходов к совершенствованию организации оказания платных медицинских услуг. Предлагаемые организационно-методические подходы объединены в блоки мероприятий программы. Сочетание полного комплекса программных мероприятий позволит повысить результативность деятельности медицинских организаций по информационному сопровождению пациентов, уменьшить риски нарушений прав потребителей, получить данные о негосударственном секторе в системе здравоохранения.

Разработанная и внедренная программа по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях позволила обеспечить соблюдение медицинскими организациями требований правил предоставления платных медицинских услуг, что подтверждается увеличением доли потребителей, информированных по вопросам оказания платных медицинских услуг; высокими оценками информационного наполнения разделов сайтов медицинских организаций; повышением среднего уровня правовой компетенции по вопросам предоставления платных медицинских услуг среди обучающихся по программам ординатуры, по программам ДПО; получением официальных статистических данных о деятельности медицинских организаций по предоставлению услуг на возмездной основе.

Выводы

1. Организационно-методические аспекты организации оказания платных медицинских услуг определяются влиянием медико-социальных и экономических факторов. В настоящее время организация оказания платных медицинских услуг строится на единой нормативно-правовой базе для государственных и негосударственных медицинских организаций. При этом современные подходы к организации оказания медицинских услуг на возмездной основе имеют ряд проблем: несовершенство механизмов реализации требований нормативно-правовой базы, ненадлежащий уровень правовой компетенции медицинского персонала в вопросах информационного сопровождения пациентов, недостатки механизмов сбора и использования данных о частных расходах на здравоохранение.

2. Негосударственный сектор здравоохранения на территории региона характеризуется ежегодным увеличением объемов платных медицинских услуг (темп роста за период с 2013 по 2017 гг. составил 48,8%). Потребители медицинских услуг на возмездной основе представлены экономически активным работающим населением трудоспособного возраста (72,5%) с невысоким подушевым уровнем дохода от 10 до 25 тыс. руб. в месяц (65,4%). Наиболее востребованными услугами в негосударственном секторе здравоохранения выступают стоматологические услуги (94%). Сложившиеся организационно-методические подходы к учету данных в системе государственной статистики в сфере здравоохранения, не позволяют получить детальную информацию о деятельности производителей платных медицинских услуг.

3. В медицинских организациях различных организационно-правовых форм выявлено несоблюдение требований нормативно-правовой базы по информированию пациентов. Уровень выполнения законодательных норм по содержанию сайтов медицинских организаций производителями медицинских услуг является средним (по оценке экспертов – 60%). ИДС при оказании платных услуг получают 86,8% врачей государственных и 84,2% врачей негосударственных медицинских организаций. Информация перед оказанием услуги предоставляется

69,9% пациентам, из которых 23,1% сведения предоставляются на бланке ИДС без беседы с врачом.

4. Установлены следующие наиболее частые нарушения действующих административных правил оказания платных медицинских услуг: несоблюдение процедуры информирования потребителей услуг, недостатки в ведении первичной медицинской документации и предоставления учетно-отчетной статистической информации. Экспертная оценка руководителями медицинских организаций соблюдения исполнителями правил предоставления платных медицинских услуг подтвердила наличие нерешенных проблем в организации оказания медицинских услуг на возмездной основе (60%; $Q=2000,4$, $p \leq 0,01$) и позволила выделить наиболее значимые из них: проблемы кадрового (76,6%), материально-технического (73,7%), информационного обеспечения (46,7%), организационные проблемы (53,3%), недостатки нормативно-правового регулирования (43,3%), ведения статистического учета (40%).

5. Разработка и внедрение программы мероприятий по совершенствованию организационно-методических подходов к организации оказания платных медицинских услуг в медицинских организациях, включающая мероприятия информационного, образовательного и статистического блоков, привели к следующим результатам: увеличение доли потребителей, информированных по вопросам оказания платных медицинских услуг (с 39,5% до 82,3%, $p=0,001$); высокие оценки информационного наполнения разделов сайтов медицинских организаций (более 80%, $p=0,001$); повышение среднего уровня правовой компетенции по вопросам предоставления платных медицинских услуг среди обучающихся по программам ординатуры (с $49,5 \pm 0,5$ до $75,8 \pm 0,3$ на 100 тестируемых, $p=0,001$), по программам ДПО (с $60,5 \pm 0,4$ до $83,2 \pm 0,3$ на 100 тестируемых, $p=0,001$); получение официальных статистических данных о деятельности медицинских организаций по предоставлению услуг на возмездной основе.

Практические рекомендации

На уровне медицинских организаций:

1. Применять предлагаемые требования к содержанию сайтов медицинских организаций, что обеспечит единую структуру сайтов медицинских организаций всех организационно-правовых форм, их наполнение, функциональность, и позволит стать сайту эффективным информационным ресурсом медицинской организации и выполнить требования нормативно-правовых актов по информированию пациентов.

2. Использовать предложенные механизмы информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, что даст возможность унифицировать подходы к информированию пациентов в медицинских организациях при оказании платных медицинских услуг и нивелировать риски нарушения прав потребителей.

3. В целях получения официальных данных о негосударственном секторе здравоохранения, оценки работы медицинских организаций по оказанию платных медицинских услуг, дифференцировки сведений о бесплатной медицинской помощи и услугах, производимых на платной основе, планирования деятельности единой системы здравоохранения использовать медицинским организациям разработанные изменения форм федерального статистического наблюдения.

На уровне образовательных организаций высшего образования:

1. Ввести разработанный авторский курс по вопросам организации оказания платных медицинских услуг в вариативную часть учебного плана в структуре ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело», «Стоматология» (уровень специалитета), ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура), программ ДПО на базе высших медицинских образовательных организаций, что позволит повысить качество правовой подготовки специалистов по вопросам охраны здоровья и в целом уровень правовой информированности врачебного персонала.

На уровне контролирующих организаций в сфере здравоохранения:

1. Применять положение о требованиях к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации, Положение о порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг при разработке алгоритма проведения проверок соблюдения требований законодательства в области защиты прав потребителей при оказании платных медицинских услуг в рамках исполнения контрольно-надзорных функций специалистами отдела защиты прав потребителей Управления Роспотребнадзора.

Список сокращений

ВВП – валовой внутренний продукт

ВРП – валовый региональный продукт

ГК РФ – Гражданский кодекс Российской Федерации

ДИ – доверительный интервал

ДМС – добровольное медицинское страхование

ДПО – дополнительное профессиональное образование

ЗК – Забайкальский край

ИДС – информированное добровольное согласие

КНР – Китайская Народная Республика

МО – медицинская организация

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОПОП – основная профессиональная образовательная программа

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ПМУ – платные медицинские услуги

РФ – Российская Федерация

СФО – Сибирский федеральный округ

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ФСН – федеральное статистическое наблюдение

Список литературы

1. Абдолдинова, Г.Т. Особенности WEB сайта в медицинских организациях / Г.Т. Абдолдинова, У.А. Бекиш // Научный потенциал. – 2015. – № 2(19). – С. 30-32.
2. Абрамов, А.Ф. Влияние социально-экономических факторов, образа жизни, антропогенных, техногенных нагрузок на демографию и здоровье населения Якутии / А.Ф. Абрамов, Т.А. Абрамова. – Калуга: ООО «Манускрипт», 2014. – 399 с.
3. Амхадова, М.А. Интернет-сайт - один из ключевых факторов успеха в развитии медицинской стоматологической организации / М.А. Амхадова, А.М. Ключев // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 38-41.
4. Андреева, О.В. Аудит эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации: анализ и результаты / О.В. Андреева, В.О. Флек, Н.Ф. Соковицова; под ред. В.П. Горегляда. – М.: ГЕОТАР - Медиа, 2006. – 240 с.
5. Аристова, Е.В. Проблемы и перспективы развития рынка платных медицинских услуг / Е.В. Аристова, Д.В. Волков // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2012. – № 2. – С. 207-209.
6. Арсаханова, Г.А. Классы медицинских рунет-ресурсов / Г.А. Арсаханова // Сборник трудов Международной научно-практической конференции «Современные условия взаимодействия науки и техники». – 2017. – С. 133-134.
7. Баясхаланова, Ц.Б. Оценка соблюдения правил оказания платных медицинских услуг в государственных и негосударственных медицинских организациях / Ц.Б. Баясхаланова, В.С. Васильева, Ю.В. Евстафьева // Материалы XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня». Сборник тезисов. – Чита. – 2018. – с. 280-281.
8. Бережков, Д.В. Совершенствование деятельности медицинской организации частной системы здравоохранения, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования: дис. ... канд. мед. наук :

- 14.02.03 : защищена 27.12.18 / Бережков Дмитрий Владимирович. – Челябинск, 2018. – 207 с.
9. Богатова, И.В., Заболеваемость взрослого населения городского округа «Город Чита» за 2006-2010 гг. / И.В. Богатова, Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова [и др.] // Забайкальский медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 64-67.
10. Быков, Д.Ю. Доходы населения в реформируемой экономике : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 : защищена 25.11.03 / Быков Денис Юрьевич. – М., 2003. – 165 с.
11. Вареник, А.В. Исследование факторов влияния на величину подушевого финансирования в системе здравоохранения Курской области / А.В. Вареник, Н.Н. Гриб, А.А. Токмакова // Молодой ученый. – 2015. – №11. – С. 770-774.
12. Велихер, М.Г. Анализ объемов и структуры расходов населения на платные медицинские услуги / М.Г. Велихер, А.Е. Мнацаканян, Н.С. Дианова, Ю.В. Евстафьева // Материалы XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня». Сборник тезисов. – Чита. – с. 2018. – с. 281-283.
13. Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2017-2019 гг. / КПМГ. – Режим доступа: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/ru/pdf/2017/03/ru-ru-research-on-development-of-the-private-medical-services-market-v1.pdf> (Дата обращения: 12.11.2018).
14. Всеобщий охват услугами здравоохранения. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения [сайт]. – Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (дата обращения 03.05.2019).
15. Выступление Министра Вероники Скворцовой на итоговой коллегии Минздрава России, 2018 [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/03/30/7544-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii> (дата обращения 09.10.2018).

16. Гадаборшев, М.И. Проблемы оказания платных услуг медицинскими организациями государственного сектора здравоохранения. Российская академия медицинских наук / М.И. Гадаборшев // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – №2. – С. 100-103.
17. Гецманова, И.В. Актуальные вопросы правовой оценки и расследования преступлений, связанных с дефектами оказания медицинской помощи / И.В. Гецманова // Медицинское право. – 2007. – № 2. – С. 33-40.
18. Гецманова, И.В. Проблемы реализации права граждан на информацию в правоотношениях, связанных с оказанием медицинских услуг / И.В. Гецманова // ПЭМ. – 2015. – № 3-4. – С. 59-60.
19. Голенищев, П.С. Информирование потребителя о платных услугах / П.С. Голенищев // ГлавВрач. – 2017. – № 8. – С. 38-40.
20. Гончарова, О.В. Состояние и тенденции развития частного здравоохранения в Российской Федерации / О.В. Гончарова // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №4. – С. 40-44.
21. Горяинов, А. Опасные формулировки в договорах на платные медуслуги / А. Горяинов, А. Степнова, Р. Стефанкова // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2017. – № 12. – С. 80-85.
22. Государственный доклад Роспотребнадзора «Защита прав потребителей в Российской Федерации в 2017 году» // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [сайт]. – Режим доступа: https://rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=10144 (дата обращения 02.05.2018).
23. Гражданский кодекс Российской Федерации [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/10164072/paragraph/521837163:7> (дата обращения 09.10.2017).
24. Гуревич, Д.В. Гражданско-правовая ответственность при недостаточном информировании пациента / Д.В. Гуревич // Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Сборник научных трудов по результатам второй

всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – 2019. – С. 120-125.

25. Гуров, А.Н. Организация оказания платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях. Учеб. Пособие [Электронный ресурс] / А.Н. Гуров, С.М. Смбатян, Е.В. Николаева. – М. : ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2017. – 430 с. Режим доступа: http://www.ks-gs.ru/sites/default/files/docs/therapist_2017_doc1.pdf (дата обращения 02.05.2019).

26. Дерябин, А.В. Совершенствование организационно-экономических механизмов развития рынка медицинских услуг в условиях модернизации здравоохранения : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.05 : защищена 10.03.11 / Дерябин Андрей Владимирович. – Сочи, 2011. – 196 с.

27. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств [Электронный ресурс] / Росстат. – М., 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 гг. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140096812812 (дата обращения 09.10.2017).

28. Евстафьева, Ю.В. Формирование организационно-правовых подходов по оказанию платных медицинских услуг в России (обзор литературы) [Электронный ресурс] / Ю.В. Евстафьева // Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 4. – С. 209-222; Режим доступа URL: <http://zabmedvestnik.ru/journal/2017/4/29.pdf> (дата обращения 09.10.2017).

29. Егиазарян, К.А. Нормативно-правовое регулирование оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения / К.А. Егиазарян, Л.Ж. Агтаева // Медицинский альманах. – 2013. – № 2(26). – С. 24-25.

30. Елина, Н.К. К вопросу о правовом регулировании информированного добровольного согласия / Н.К. Елина // Медицинское право: теория и практика. – 2015. – № 2. – С. 81-85.

31. Забайкальский край. [Электронный ресурс] / Энциклопедия Забайкалья [сайт]. – Режим доступа: <http://encycl.chita.ru/encycl/concepts/?id=2112> (дата обращения 03.05.2019).

32. Зражевская, Т.Д. Платные медицинские услуги в бюджетных медицинских организациях в системе гарантий конституционного права на охрану здоровья / Т.Д. Зражевская // Медицинское право. – 2016. – № 6(70). – С. 39-42.
33. Иванов, А.В. Информирование пациента медицинской организацией: как избежать ошибок / Иванов А.В., Еругина М.В. // Здравоохранение. – 2014. – № 3. – С. 78-85.
34. Иванов, И.В. Анализ информации, размещенной на официальных сайтах органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по вопросам организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности / И.В. Иванов // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 3. – С. 29-32.
35. Ильин, А.Е. Доходы населения и их дифференциация в Курской области / А.Е. Ильин, Г.В. Ильина, Д.Е. Ванин // Вестник Курской государственной сельскохозяйственной академии. – 2012. – № 2. – С. 47-49.
36. Ильченко, И.Н. Отношение населения двух российских городов к платным амбулаторно-поликлиническим медицинским услугам / И.Н. Ильченко, П. Аарва, Г.Г. Введенский // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». – 2009. – № 4. – С. 1-15.
37. Интернет-публикации Забайкалкрайстата / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю [сайт]. – Режим доступа: http://chita.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/chita/ru/ (дата обращения 05.05.2019).
38. Исследование рынка коммерческой медицины в России 2015 год. / ООО «Эрнст энд Янг – оценка и консультационные услуги». – Режим доступа: <https://ru.investinrussia.com/data/files/sectors/EY-health-care-report-october-2015.pdf> (дата обращения 05.05.2019).
39. Кабашова, Е.В. Статистический анализ факторов демографического старения населения / Е.В. Кабашова // Апробация. – 2014. – № 8. – С. 154-155.
40. Кадыров, Ф.Н. Как платить врачу, который оказывает бесплатные и платные услуги / Ф.Н. Кадыров // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2018. – № 3. – С. 98-100.

41. Кадыров, Ф.Н. Платные медицинские услуги в основное рабочее время: приоритеты и ограничения / Ф.Н. Кадыров // *Здравоохранение*. – 2016. – № 8. – С. 36-40.
42. Кадыров, Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Том 1 / Ф.Н. Кадыров, под ред. Академика РАН В.И. Стародубова. – М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с.
43. Кадыров, Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Том 2 / Ф.Н. Кадыров, под ред. Академика РАН В.И. Стародубова. – М. : ИД «Менеджер здравоохранения», 2017. – 266 с.
44. Калашникова, К.Н. Медицинская помощь: взгляд с позиции экономической теории [Электронный ресурс] / К.Н. Калашникова, М.А. Ласточкина, К.А. Гулин // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 6. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15914> (дата обращения 02.05.2017).
45. Калиева, О.М., Продвижение услуг в сфере медицинского бизнеса / О.М. Калиева, Е.Ю. Самуленкова // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. – 2013. – №6. – С. 5-9.
46. Калина, А.С. Портрет Карагандинского покупателя платных медицинских услуг / А.С. Калина, А.В. Морой // *Медицина и экология*. – 2016. – № 3. – С. 130-137.
47. Калинин, Р.Е. К вопросу о платных медицинских услугах в государственных учреждениях здравоохранения / Р.Е. Калинин, О.В. Медведева, Г.Б. Артемьева [и др.] // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2016. – № 24(4). – С. 235-237.
48. Каменев А.В. Роль и место частного здравоохранения [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=7729>.
49. Каминская, О.Н. Соблюдение обязательных требований к интернет-сайтам частными медицинскими организациями / О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева, И.В. Самусь // *Кузбасская международная неделя здравоохранения. Сборник трудов научно-практической конференции*. – 2014. – С. 60-62.

50. Каминская, О.Н., Обязательные требования к сайтам медицинских организаций / О.Н. Каминская, Т.Ю. Грачева // Медицинское право: теория и практика. – 2016. – № 2(4). – С. 130-135.
51. Караваева, Е.И. Законодательство Российской Федерации о здравоохранении (история, современное состояние, тенденции развития) / Е.И. Караваева // Сибирский юридический вестник. 2004. – №2. – С. 24-25.
52. Карпунина, Е.К. Валовой региональный продукт как основной показатель развития региона / Е.К. Карпунина, Е.А. Колесниченко // Социально-экономические явления. – 2008. – № 1. – С. 35-41.
53. Килимова, Л.В. Региональный рынок медицинских услуг.: социологический анализ / Л.В. Килимова, В.А. Белкина // Вестник Тамбовского университета. Серия Общественные науки. – 2017. – № 3(11). – С. 69-75.
54. Козлова, О.А. Роль социально-экономических факторов в формировании демографических процессов: эволюция теоретических концепций / О.А. Козлова Е.И. Левина // Журнал экономической теории. – 2019. – № 1. – С. 144-153.
55. Колядо, Е.В. Анализ норм действующего законодательства по предоставлению медицинскими организациями платных медицинских услуг / Е.В. Колядо, В.А. Лещенко, В.Н. Карташев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 138-141.
56. Кондрашкина, Л.Г. Медицина и здравоохранение в России в Новейшей истории / Л.Г. Кондрашкина // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. – Т1. – С. 115-117.
57. Конституция Российской Федерации 21.07.2014 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/10103000/paragraph/14366:1> (дата обращения 09.10.2017).
58. Коренков, Г.П. Правила ведения медицинской документации / Г.П. Коренков // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2014. – № 4. – С. 9-13.

59. Коржова, Г.А. Проблемы развития предприятий: теория и практика. / Г.А. Коржова // Материалы 15-й Международной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Самарского государственного экономического университета: в 2-х частях. – 2016. – С. 141.
60. Котова, Д.А. Договорное регулирование отношений по возмездному оказанию медицинских услуг / Д.А. Котова // Вопросы науки. – 2016. – № 4. – С. 76-93.
61. Кудымов, В.Н. Взаимосвязь социально-экономических процессов с показателем валового регионального продукта / В.Н. Кудымов // Экономический анализ: теория и практика. – 2007. – № 24 – С. 37-47.
62. Кузьмин, А.М. Диаграмма Исикавы / А.М. Кузьмин // Методы менеджмента качества. – 2006. – № 3. – С. 27.
63. Кулакова, Е.В. Как составить типовой договор, чтобы избежать претензий от платных пациентов / Е.В. Кулакова // Здравоохранение. – 2016. – № 8. – С. 32-35.
64. Кулакова, Е.В. Правовые основы оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях / Е.В. Кулакова // Здравоохранение. – 2016. – № 5. – С. 96-102.
65. Кулакова, Е.В. Предоставление платных медицинских услуг по новым правилам / Е.В. Кулакова // Здравоохранение. – 2012. – № 12. – С. 40-46.
66. Кульминская, А.В. Одноканальное финансирование как фактор трансформации взаимодействия между врачом и пациентом при оказании платных услуг / А.В. Кульминская, В.С. Каташинских // Теория и практика общественного развития. – 2017. – № 5 – С. 36-38.
67. Куранов, В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период / В.Г. Куранов // Пермский медицинский журнал. – 2013. – №6. – С. 133-139.
68. Кучеренко, В.З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения / В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 193 с.

69. Лебедева, К.Р. О взаимосвязи ожидаемой продолжительности жизни при рождении с некоторыми факторами / К.Р. Лебедева // Экономические исследования и разработки. – 2018. – № 1. – С. 58-61.
70. Левчук, К.А. Исторические этапы и формы взаимодействия медицины и православия в России / К.А. Левчук // Современные научные исследования. 2012. – №9(6). – С. 8.
71. Лудупова, Е.Ю. Сайт медицинской организации как инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи / Е.Ю. Лудупова, Е.В. Ширибон // Здравоохранение. – 2016. – №6. – С. 44-48.
72. Лунева, Н.А. Медико-правовые проблемы договора на оказание стоматологических услуг / Н.А. Лунева, С.Ф. Тараян // Медицинское право. – 2015. – № 5(63). – С. 37-41.
73. Ляпунов, А.К. Сравнительный анализ официальных сайтов медицинских организаций государственной и частной форм собственности / А.К. Ляпунов, А.В. Четверяков, Ю.В. Евстафьева // Материалы XV межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня». Сборник тезисов. – Чита. – 2016. – с. 218.
74. Мадьянова, В.В. Современное состояние сферы предоставления платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях амбулаторно-поликлинической сети Москвы / В.В. Мадьянова, А.А. Арестова, В.Г. Винокуров [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – №5-6. – С. 36-40.
75. Мамедова О.В. Платные медицинские услуги в контексте институциональных изменений системы российского здравоохранения / О.В. Мамедова // Вестник нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2014. – №2(34). – С. 88-92.
76. Матвеевко, М.В. Частная медицина в современной системе здравоохранения / М.В. Матвеевко, Т.И. Расторгуева // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2014. – №S1. – С. 135-137.

77. Махотин, А.Е. Повышение качества организации и доступности офтальмологической помощи населению при различных организационно-правовых формах ее оказания : автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.02.03 / Махотин Александр Евгеньевич. – Москва, 2012. – 24 с.
78. Медик, В.А. Математическая статистика в медицине / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М. : Финансы и Статистика, 2007. – 405-407 с.
79. Медик, В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 528 с.
80. Медик, В.А. Социальная статистика в изучении общественного здоровья / В.А. Медик, А.М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 6. – С. 7-11.
81. Медики Приморья чрезмерно увлеклись платными услугами. Информационное агентство [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://vladnews.ru/2016/04/15/104490/mediki-primorya-chrezmerno-uvleklis-platnymi-uslugami.html> (дата обращения 09.10.2017).
82. Мелюх, И.И. Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи по платным медицинским услугам / И.И. Мелюх, Е.В. Суханов // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2007. – № 12. – С. 508-509.
83. Минеев А.Н. Исследования рынка платных медицинских услуг и имиджа медицинской организации / А.Н. Минеев // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2017. – № 6(100). – С. 1-13.
84. Миронова, М.В. Доходы населения в реформируемой экономике : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.01 : защищена 20.06.02 / Миронова Мария Вячеславовна. – Санкт-Петербург, 2002. – 151 с.
85. Мисайлов, Д.П. Структурное наполнение официальных сайтов медицинских организаций г. Читы, как инструмент информированности населения о медицинской помощи / Д.П. Мисайлов, М.С. Молокова, Ю.В. Евстафьева // Материалы XV межрегиональной межвузовской научно-практической

- конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня». Сборник тезисов. – Чита. – 2016. – с. 223.
86. Михалевич, И.М. Основы прикладной статистики. Часть III / И.М. Михалевич, М.А. Алферова, Н.Ю. Рожкова. – Иркутск: НЦРВХ СО РАМН, 2012. – 92 с.
87. Моисеева, М.А. Досудебный и внесудебный порядок урегулирования споров, возникающих вследствие оказания платных медицинских услуг / М.А. Моисеева // Вестник Московской академии Следственного комитета Российской Федерации. – 2017. – № 3. – С. 66-68.
88. Молчанова, Е.В. Влияние социально-экономических и экологических факторов на медико-демографические тенденции в регионах России / Е.В. Молчанова // Региональная экономика: теория и практика. – 2011. – № 39(222). – С. 56-66.
89. Муслимов, М.И. Медико-социальная характеристика потребителей услуг частной медицинской организации [Электронный ресурс] / М.И. Муслимов // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2013. – № 4.– С. 1-15. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/mediko-sotsialnaya-harakteristika-potrebiteley-us-lug-chastnoy-meditsinskoy-organizatsii> (дата обращения 02.05.2017).
90. Нагибин, О.А. К вопросу информирования пациентов о стоимости оказания медицинской помощи / О.А. Нагибин, И.В. Успенская // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 9. – С. 23-26.
91. Нефедова, Е.В. Некоторые тенденции формирования института частной медицины в России / Е.В. Нефедова, И.Л. Кром // Приоритетные научные направления: от теории к практике. – 2012. № 1. – С. 46-48.
92. О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2001 № 12 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4177251/> (дата обращения 27.04.2018).

93. О защите прав потребителей: Закон Российской Федерации от 07.02.1992. № 2300-1 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/paragraph/115592:4> (дата обращения 09.10.2017).
94. Об арбитраже (третейском разбирательстве) в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2015 № 382-ФЗ [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71295378/paragraph/25:2> (дата обращения 02.05.2018).
95. Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70877306/> (дата обращения 05.05.2019).
96. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/paragraph/1:3> (дата обращения 09.10.2017).
97. Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации: приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.12 № 1631н [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70365858/paragraph/1:2> (дата обращения 09.10.2017).

98. Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг: постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70237118/paragraph/1:10> (дата обращения 09.10.2017).
99. Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»: Приказ Минтруда России от 07.11.2017 № 768н [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/71822794/paragraph/1:2> (дата обращения 03.05.2019).
100. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению: приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70877304/paragraph/1:7> (дата обращения 05.05.2019).
101. Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации: приказ Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4178881/> (дата обращения 05.05.2019).
102. Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения: приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 (с изм. 31.12.2002) [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/4171927/paragraph/185191:4> (дата обращения 05.05.2019).
103. Оловянишникова, И.В. Методологические аспекты предоставления платных медицинских услуг / И.В. Оловянишникова // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2011. – № 24 – С. 184-190.
104. Ооржак, В.О. Промышленность Забайкальского края; проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / В.О. Ооржак // Экономические

исследования и разработки. – 2018. – № 10. – С. 14-23. Режим доступа: <http://edrij.ru/article/06-10-2018> (дата обращения 09.12.2018).

105. Осипов, Г.В. Рабочая книга социолога. – 2-е изд. – М.: Наука, 1983. – 477 с.

106. Осипова, Л.В. Преимущества разрешения медицинских споров в третейском суде и перспективы развития третейского разбирательства [Электронный ресурс] / Л.В. Осипова // Электр. сб. ст. по мат. VI междунар. студ. науч.-практ. конф. «Молодежный научный форум: Гуманитарные науки». – 2017. – № 6(6). Режим доступа: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/6\(6\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/6(6).pdf) (дата обращения: 21.02.2018).

107. Османов, И.М. Организация платных услуг в детской государственной многопрофильной скорпомощной больнице / И.М. Османов, А.К. Миронова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – № 62(6). – С. 99-103.

108. Основные методы статистического исследования: методические указания для студентов, клинических ординаторов и аспирантов / Н.И. Вишнякова. – СПб.: СПбГМУ им. И.П. Павлова, 1997. – 101 с.

109. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Основы законодательства от 22.07.1993 № 5487-1 [Электронный ресурс] // Гарант. Информационно-правовая система. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10104616> (дата обращения 09.10.2017).

110. Павлов, Б.С. Человеческий потенциал региона: проблемы воспроизводства, сбережения и использования / Б.С. Павлов // Социум и власть. – 2012. – № 5(37). – С. 7-16.

111. Павлова, Ю.В. Взаимодействие государственного и частного сектора здравоохранения: региональный опыт правовых проблем / Ю.В. Павлова, М.Б. Шарков // Медицинское право. – 2016. – № 6. – С. 43-45.

112. Панов, А.В. Порядок ведения медицинской документации в частных медицинских организациях / А.В. Панов, М. А. Белкин // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2015. – № 10. – С. 64-70.

113. Панов, А.В. Сайт медицинской организации как объект приложения новых контрольно-надзорных полномочий Росздравнадзора / А.В. Панов // Заместитель главного врача. – 2014. – № 5(96). – С. 78-87.
114. Пеленева, Е.А. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в южных странах / Е.А. Пеленева // Контентус. – 2016. – № 6(47). – С. 153-160.
115. Перхов, В.И. Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: что изменилось за 20 лет? / В.И. Перхов, Д.С. Янкевич // MEDICAL ACADEMIC. – 2018. – Т. 18. – №. 4. – С. 31.
116. Пигина, Т.Н. Доходы населения как основа формирования спроса на потребительском рынке: региональный аспект [Электронный ресурс] / Т.Н. Пигина, Н.Л. Тараканова, С.И. Тараканов // Молодой ученый. – 2016. – № 29. – С. 472-475. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/133/37452/> (дата обращения: 03.05.2019).
117. Пищита, А.Н. Защита прав пациентов как экономический фактор регулирования оказания медицинской помощи / А.Н. Пищита // Законодательство и экономика. – 2006. – № 1. – С. 34.
118. Платное обслуживание населения в России 2017 год [Электронный ресурс] / Росстат России. – М., 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 гг. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf (дата обращения 05.05.2019).
119. Полухин, Н.В. Анализ информационного наполнения сайтов медицинских организаций в сети Интернет / Н.В. Полухин // Вестник «Биомедицина и социология». – 2018. – № 1(3). – С. 21-24.
120. Поляков, И.В. Практическое пособие по медицинской статистике / И.В. Поляков, Н.С. Соколова. – Л.: «Медицина», 1975. – 152 с.
121. Пушкова С.И. Научное обоснование оказания платных медицинских услуг в условиях стационара крупной многопрофильной больницы : автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.02.03 / Пушкова Светлана Игоревна. – Москва, 2014. – 24 с.
122. Пушкова, С.И. Анализ удовлетворенности пациентов крупной многопрофильной больницы Москвы платными медицинскими услугами / С.И. Пушкова // Социология медицины. – 2013. – № 2(23). – С. 36-39.

123. Пушкова, С.И. Московский рынок платных медицинских услуг в условиях перехода к одноканальному финансированию / С.И. Пушкова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. – № 5(58). – С. 33-37.
124. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2017 [Электронный ресурс] / Росстат [сайт]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (дата обращения 03.05.2019).
125. Резник, Г.А. Уровень жизни населения в зеркале финансово-экономического кризиса / Г.А. Резник, С.Г. Чувакова // *Региональная экономика: теория и практика*. – 2010. – № 12. – С. 1–5.
126. Рейтинг социально-экономического положения субъектов РФ по итогам 2017 года [Электронный ресурс] / *Россия сегодня* [сайт]. – Режим доступа: <http://riarating.ru/infografika/20180523/630091878.html> (дата обращения 03.05.2019).
127. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть (Медицинские кадры). 2015 год: Статистический сборник / Ред. колл.: Г.А. Александрова, А.В. Поликарпов и др. – М.: Министерство Здравоохранения Российской Федерации, 2016. – 7 с.
128. Рожкова, А.Ю. Экономическая оценка человеческого капитала / А.Ю. Рожкова // *Вестник Псковского государственного университета. Серия: Экономика. Право. Управление*. – 2016. – № 4. – С. 48-53.
129. Романовская, О.В. Право на информацию о состоянии здоровья / О.В. Романовская // *Здравоохранение*. – 2016. – № 4. – С. 74–78.
130. Романовский, Г.Б. Что грозит медорганизации, которая не информировала пациента о бесплатной помощи / Г.Б. Романовский // *Правовые вопросы в здравоохранении*. – 2017. – № 7. – С. 28-33.
131. Ртищева, Е. Как частная медицина в России пострадает от нового порядка оказания платных услуг / Е. Ртищева // *Медицинская власть*. – 2012. – №3. – С.12-17.

132. Сагидов, А.К. Маркетинг в здравоохранении как основной фактор продвижения платных медицинских услуг / А.К. Сагидов // Вопросы структуризации экономики. – 2012. – № 1 – С. 69-71.
133. Салыгина, Е.С. Новые санкции за непредставление медицинскими организациями первичных статистических данных / Е.С. Салыгина // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2016. – № 3. – С. 56-59.
134. Салыгина, Е.С. Сайт медицинской организации: правовые требования к содержанию / Е.С. Салыгина // Заместитель главного врача. – 2016. – №7. – С. 62-68.
135. Сидорович, И.А. Актуальные вопросы организации оказания платных услуг в бюджетной медицинской организации / И.А. Сидорович, О.А. Когут // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 2. – С. 131-135.
136. Сквирская, Г.П. Анализ федеральной нормативно-правовой базы в сфере оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации / Г.П. Сквирская, С.И. Пушкова // Российский медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С.9-12.
137. Скворцов, В.В. Качество оформления медицинской документации. / В.В. Скворцов // ГлавВрач. – 2017. – № 9. – С. 26-32.
138. Складорова, Е.К. История формации / Е.К. Складорова, Л.В. Жаров., Т.Г. Дергоусова. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2015. – 317 с.
139. Смирнова, Е.М. «Медицинские чины» в российской провинции (XVIII – середина XIX вв.) / Е.М. Смирнова // Новый исторический вестник. – 2011. – №2(28). – С. 9.
140. Смирнова, Е.М. Медицинская помощь городскому населению российской провинции в первой половине XIX в. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение / Е.М. Смирнова // Вопросы теории и практики. – 2013. – №7. – С. 187.

141. Смирнова, Е.М. Частная врачебная практика в России (XVIII – начало XX вв.) / Е.М. Смирнова // Новый исторический вестник. – 2014. – №41. – С. 44-62.
142. Смоленская, М.А. Удовлетворенность пациентов качеством оказания платных медицинских услуг в муниципальном и частном ЛПУ г. Барнаула [Электронный ресурс] / М.А. Смоленская // Синергия наук. – 2017. – № 9. – С. 381-386. Режим доступа: <http://synergy-journal.ru/archive/article0322> (дата обращения 02.05.2018).
143. Снегирева, Ю.Ю. Особенности управления частной медицинской организацией / Ю.Ю. Снегирева // Труд и социальные отношения. – 2017. – № 4. – С. 60-69.
144. Сорокина, М.А. Демография как макроэкономический фактор социально-экономического развития государства / М.А. Сорокина // Государственное управление Российской Федерации: вызовы и перспективы. Сборник материалов 15-й Международной конференции. – 2018. – С. 264-270.
145. Сорокина, Т.С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Т.С. Сорокина // 5-е изд., перераб. и доп. – М.: «Академия», 2006. – 560 с.
146. Сотрин, С.В. Создание частных медицинских учреждений в Западно-Сибирском регионе в конце XX – начале XXI в. / С.В. Сотрин // Современные проблемы науки и образования. – 2014. №6. – С. 31-36.
147. Ствольгин, А.В. К вопросу о совершенствовании организации информирования пациентов в частной стоматологической медицинской организации / А.В. Ствольгин, Б.А. Поляков, Д.Л. Мушников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 1. – С. 180-182.
148. Стеценко, С.Г. Актуальные проблемы регулирования медицинской деятельности / С.Г. Стеценко // Здравоохранение. – 2008. – №11. – С. 91-96.
149. Тарасенко Е.А. Сайт медицинской организации как инструмент коммуникации с пациентами / Е.А. Тарасенко // Здравоохранение. – 2011. – №7. – С. 42-48.

150. Тарасенко, И.М. Защита прав потребителей при оказании платных медицинских услуг в ЛПУ: проверки Роспотребнадзора / И.М. Тарасенко // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – № 4. – С. 44–49.
151. Ташбекова, И.Ю. Становление и закрепление правовых основ бесплатной медицины в России во второй половине XIX – начале XX века / И.Ю. Ташбекова // Юридическая наука. – 2011. – №2. – С. 17-20.
152. Тихомиров, А.В. Медицинские суды / А.В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. – 2015. – № 2. – С. 33-39.
153. Тихомиров, А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг [Электронный ресурс] / А.В. Тихомиров. - М. : Статут, 2001. – 256 с. Режим доступа: <http://jurinfozdrav.ru/wp-content/uploads/2016/02/avt-2001-06.pdf> (дата обращения 09.10.2017).
154. Трофименко, Е.Ю. Маркетинговое исследование рынка платных медицинских услуг г. Челябинска на примере МЦ ЧТПЗ / Е.Ю. Трофименко // Вестник ЮУрГУ. Серия «Экономика и менеджмент». – 2013. № 2(7). – С. 142-147.
155. Туренко, Т.А. Проблемы платных медицинских услуг: состояние, проблемы, перспективы. / Т.А. Туренко // Активизация интеллектуального и ресурсного потенциала регионов: новые вызовы для менеджмента компаний. Сборник материалов 2-й Всероссийской конференции. – 2016. – С. 220-224.
156. Ульянова, Г.Н. Здравоохранение и медицина. Россия в начале XX века / Г.Н. Ульянова. - М. : Новый хронограф, 2002. – С. 624-651.
157. Филиппова, Т.А. Современная организация маркетинга на рынке медицинских услуг Волгоградской области / Т.А. Филиппова // Региональная экономика: теория и практика. – 2007. – № 9. – С. 140-145.
158. Флек, В.О. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения по системе счетов / В.О. Флек. – М.: ООО «Буки Веди», 2015. – 224 с.
159. Флек, В.О. Финансовое обеспечение российского здравоохранения : [презентация : материалы семинара «Финансово-статистическая отчетность о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению», Москва,

- 09 – 11 декабря 2019 г.] / В.О. Флек // Финансово-статистическая отчетность о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению. – 2019.
160. Фоменко, В.В. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации : дис. ... канд. эконом. наук : 08.00.10 : защищена 29.05.15 / Фоменко Валерия Викторовна. – Екатеринбург, 2015. – 157 с.
161. Хмелевская, Е. Информированное добровольное согласие пациента. Четыре нарушения, которые грозят медорганизации штрафами / Е. Хмелевская // Заместитель главного врача. – 2018. – № 1. – С. 90-95.
162. Ходакова, О.В. Анализ финансовых расходов населения на платные медицинские услуги / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении. Сборник научных трудов. Красноярск. – 2017. – с. 99-102.
163. Ходакова, О.В. Влияние социально-экономического уровня жизни населения региона на рынок платных медицинских услуг / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 32-40.
164. Ходакова, О.В. Комплексная оценка официальных сайтов медицинских организаций / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – №2 (61). – С. 70–75.
165. Ходакова, О.В. Организационно-правовое регулирование в системе управления качеством медицинской помощи на территориальном уровне: дис. ... док. мед. наук : 14.02.03 : защищена 30.01.14 / Ходакова Ольга Владимировна. – Кемерово, 2014. – 311 с.
166. Ходакова, О.В. Проблемы совершенствования организации оказания платных медицинских услуг / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Материалы II Научной конференции молодых ученых с международным участием «Здоровье и здравоохранение в России». Сборник статей. – М., – 2018. – с. 129-136.
167. Ходакова, О.В. Соблюдение правил предоставления платных медицинских услуг (по результатам социологических оценок) [Электронный ресурс] / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 5 (113). – С. 78-85.

168. Ходакова, О.В. Социально-гигиеническая оценка процесса организации оказания платных медицинских услуг на уровне субъекта Российской Федерации / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию образования ЧГМА «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины». Сборник тезисов. – Чита. – 2018. – с. 111-116.
169. Ходакова, О.В. Социальная удовлетворенность пациентов качеством платных медицинских услуг в медицинских организациях Читы / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении. Сборник научных трудов. Красноярск. – 2016. – с. 158-163.
170. Ходакова, О.В. Экспертное мнение организаторов здравоохранения о проблемах организации оказания платных медицинских услуг / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №9. – С. 20-28.
171. Черкасов, С.Н. Социальный портрет потребителя платных стоматологических услуг как основа разработки маркетинговой стратегии коммерческой медицинской организации / С.Н. Черкасов, Э.Х. Сахибгареева, А.Р. Сараев, А.С. Майорская // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 7. – С. 112-120.
172. Чернякова, М.М. Проблемы и приоритеты региональной социальной политики (на примере Забайкальского края) / М.М. Чернякова // Экономика, предпринимательство и право. – 2013. – № 1. – С. 67-77.
173. Чертухина, О.Б. Новые правила предоставления платных медицинских услуг в свете защиты прав пациентов / О.Б. Чертухина, Г.Г. Шишин // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – № 5(4). – С. 1539-1549.
174. Шерстобитова, Т.И. Маркетинговые исследования пензенского рынка частных медицинских услуг / Т.И. Шерстобитова, Л.Н. Семеркова, Л.Г. Кухтинова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2015. – № 1(33). – С. 248–257.

175. Шиган, Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.
176. Шилова, Ю.И. История развития платных медицинских услуг / Ю.И. Шилова // Экономика и управление: проблемы, тенденции, перспективы развития. Сборник материалов VI Международной научно-практической конференции. – 2017. – С. 155-157.
177. Шильникова, Н.Ф. Основы санитарной статистики. Методическое пособие для самостоятельной работы студентов. – Чита: ГОУ ВПО ЧГМА, 2008. – 114 с.
178. Шишкин, С.В. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения [Электронный ресурс] / С.В. Шишкин, Л.Д. Попович. – М : ИЭП, 2009. – 112 с. Режим доступа: <https://www.iep.ru/ru/analiz-perspektiv-razvitiia-chastnogo-finansirovaniia-zdravookhraneniia-press-reliz.html> (дата обращения 09.10.2017).
179. Шубин, А.М. История развития частного здравоохранения в Саратовском регионе / А.М. Шубин, Е.М. Долгова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – №10. – С. 1110-1111.
180. Яковлева, Л.А. Маркетинг в сфере здравоохранения / Л.А. Яковлева // Социально-экономические явления и процессы. – 2011. – № 3-4(25-26). – С. 352-357.
181. Яременко, А.И. Требования современного законодательства по информированию пациентов при оказании им медицинских услуг / А.И. Яременко, К.Г. Редько // Пародонтология. – 2014. – № 4(73). – С. 76-79.
182. Barros, P.P. Competition policy for health care provision in Portugal / P.P. Barros // Health Policy. – 2017. – Vol. 121, № 2. – P. 141-148.
183. Billi, J.E. Selection in a preferred provider organization enrollment / J.E. Billi, C.G. Wise, S.D. Sher // Health Serv. Res. – 1993. – № 5. – P. 563-575.
184. Bíró, A. Public-private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom [Electronic resource] / A. Bíró, M. Hellowell // Health Policy. – 2016. – №120(7). P. 840. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Publicprivate+sector+interactions+and+t>

[he+demand+for+supplementary+health+insurance+in+the+United+Kingdom](#) (дата обращения 09.10.2017).

185. Brekke, K.R. Competition policy for health care provision in Norway / K.R. Brekke, O.R. Straume // Health Policy. – 2017. – № 121. – № 2. – P. 34-140.

186. Brekke, K.R. Public versus private health care in a national health service / K.R. Brekke, L. Sørgard // HealthEcon. – 2007. – № 6. – P. 579-601.

187. Bryson B. Morgan. Mandatory Medical Arbitration: The Wrong Answer to the Rising Cost of Health Care in Utah [Electronic resource] / Bryson B. Morgan // Hinckley Journal of Politics. – 2005. – P. 43-49. URL: epubs.utah.edu/index.php/HJP/article/view/3749/3266 (дата обращения 02.05.2018).

188. Chow, E. Health Courts: An Extreme Makeover of Medical Malpractice with Potentially Fatal Complications [Electronic resource] / E. Chow // Yale Journal of Health Policy. – 2007. – № 53. URL: <https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol7/iss2/4/> (дата обращения 02.03.2018).

189. Croes, R.R. Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector [Electronic resource] / R.R. Croes, Y.J. Krabbe-Alkemade, M.C. Mikkers // Eur J Health Econ. – 2017. – № 19(1). – P. 5-19.

190. David M.S. Workable Model of «No-Fault» Compensation for Medical Injury in the United States / M.S. David, T.A. Brennan // J.L. & MED. – 2001. – P. 225-236.

191. Diderichsen, F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: Lessons from Sweden / F. Diderichsen // Health Policy. – 1995. – № 32. – P. 141-153.

192. Forsberg, B. Moving towards in-depth knowledge on the private health sector in low- and middle-income countries [Electronic resource] / B. Forsberg, D. Montagu, J. Sundewall // Health Policy and Planning. – 2011. – №26. P. 1–3. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Moving+towards+indepth+knowledge+on+the+private+health+sector+in+low-+and+middle-income+countries> (дата обращения 09.10.2017).

193. Fraser, JJ. Alternative dispute resolution in medical malpractice. / JJ. Fraser // Pediatrics. – 2001. – № 107(3). – P. 602-607.

194. Gaynor, M. What do we Know about competition and quality in health care markets? [Electronic resource] / M. Gaynor. – URL: <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp151.pdf> (дата обращения: 05.05.2019).
195. Ghooi, R.B. Ensuring that informed consent is really an informed consent: Role of videography [Electronic resource] / R.B. Ghooi // *Perspect Clin Res.* – 2014. – № 5(1). – P. 3-5.
196. Hanson, K. The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus / K. Hanson, W.C. Yip, W. Hsiao // *Health Econ.* – 2004. – № 12. – P. 1167-1180.
197. Harry, E. Government stewardship of the for-profit private health sector in Afghanistan [Electronic resource] / E. C. Harry, S. Omarzaman, I. Laili et al. // *Health Policy Plan.* – 2017. – № 32(3). – P. 338–348. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400060/> (дата обращения 05.05.2019).
198. Hoel, M. Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care / M. Hoel, E.M. Saether // *J Health Econ.* – 2003. – № 22, № 4. – P. 599-616.
199. Hort, K. Private-sector Provision of Health care in the Asia-Pacific Region: A Background Briefing on Current Issues and Policy Responses [Electronic resource] / K. Hort, A. Bloom // Nossal Institute for Global Health, University of Melbourne. - 2013. - №29. P. 1-13. URL: <https://ru.scribd.com/document/150061061/Private-sector-provision-of-health-care-in-the-Asia-Pacific-region-A-background-briefing-on-current-issues-and-policy-responses> (дата обращения 09.10.2017).
200. Howard, P.K. The menu of malpractice reforms [Electronic resource] / P.K. Howard // *The Atlantic.* - 2009. - № 9. URL: www.theatlantic.com/national/archive/2009/09/the-menu-of-malpracticereforms/26448/ (дата обращения 02.03.2018).
201. Jefford, M. Improvement of informed consent and the quality of consent documents / M. Jefford, R. Moore // *Lancet Oncol.* – 2008. – № 9(5). – P. 485-93. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70128-1.
202. Katyal, A. Private sector participation in delivering tertiary health care: a dichotomy of access and affordability across two Indian states [Electronic resource] / A. Katyal, P.V. Singh, S. Bergkvist et al. // *Health Policy Plan.* – 2015. – № 1. – P. 23-31. URL:

https://www.academia.edu/21386780/Private_sector_participation_in_delivering_tertiary_health_care_a_dichotomy_of_access_and_affordability_across_two_Indian_states

(дата обращения 03.03.2017).

203. Liebman, C.B. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. / C.B. Liebman, G. Hamm // Health Aff. – 2004. № 23. – P. 22-32.

204. Menon, S. Total Quality Management in Health Care Sector [Electronic resource] / S. Menon. – URL: http://www.indianmba.com/Faculty_Column/FC1190/fc1190.html

(дата обращения: 06.05.2019).

205. Ong, C. Medical mediation: Bringing everyone to the table [Electronic resource] / Cecilia Ong // Bulletin of the American college of surgeons. – 2013. – № 2. URL:

<http://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/> (дата обращения 02.05.2018).

206. Public Stewardship of Private Providers in a Mixed Health Systems. Synthesis Report (Result For Development Institute, The Rockefeller Foundation) [Electronic resource] / G. Lagomarsino, S. Nachuk, S. Kundra // Washington. – 2009. URL:

<https://www.eldis.org/document/A44006>

207. Peeples, T. Following the script: An empirical analysis of court-ordered mediation of medical malpractice cases. / T. Peeples, C. Harris, T. Metzloff // Disp Resolution. – 2007. – № 1. – P. 101-118.

208. Propper, C. The demand for private health care in the UK / C. Propper // J Health Econ. – 2000. – № 19, № 6. – P. 855-876.

209. Regidor, E. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care / E. Regidor, D. Martínez, M.E. Calle // BMC Health Serv Res. – 2008. – № 8. – P. 183.

210. Sohn, D.H. Bal B.S. Medical malpractice reform: The role of alternative dispute resolution. / D.H. Sohn, B.S. Bal // Clin Orthop Relat Res. – 2012. – № 470(5). – P. 1370-1378.

211. Studdert, D.M. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation / D.M. Studdert, M.M. Mello, A.A. Gawande, // New Englan Journal of Medicine. – 2006. – № 354. – P. 2024-2033.

212. Szmania, S.J. Alternative dispute resolution in medical malpractice: A survey of emerging trends and practices [Electronic resource] / S.J. Szmania, A.M. Johnson, M. Mulligan // Conflict Resolution Quarterly. – 2008. – № 26(1). – P. 71-96. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/crq.224> (дата обращения 02.03.2018).
213. Tang, C. The choice and preference for public-private health care among urban residents in China: evidence from a discrete choice experiment [Electronic resource] / C. Tang, J. Xu, M. Zhang // BMC Health Serv Res. – 2016. – № 16(1). – P. 580. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27756292> (дата обращения 02.03.2017).
214. Thornton, I. Informed Consent [Electronic resource] / I. Thornton, J.E. Hipskind // Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. – 2019. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28613577> (дата обращения 06.05.2019).

Приложения

Приложение 1

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О РАСХОДАХ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

(наименование населенного пункта)

Добрый день!

Спасибо за то, что вы согласились участвовать в этом исследовании.

До того, как я начну задавать вопросы, я хотел (а) бы подчеркнуть, что на них не существует правильных или неправильных ответов.

Мы бы хотели знать личное мнение таких людей, как Вы, в сфере медицинского обслуживания населения и о том, какие расходы, связанные с получением медицинской и лекарственной помощи, были у Вас и у членов вашей семьи с начала 2016 года.

Мы гарантируем конфиденциальность ответов.

Они будут использоваться только в обобщенном виде.

Общее число членов домохозяйства _____.

1. Ответьте, пожалуйста, кто из членов Вашей семьи пользовался платными медицинскими услугами, и какова была сумма расходов для членов Вашей семьи за 2017 год.

Расходы на платные медицинские услуги

Дети в возрасте до 3-х лет	
Дети в возрасте до 6-и лет	
Дети в возрасте от 6-и до 14-и лет	
Дети в возрасте от 14-и до 16-и лет	
Лица трудоспособного возраста:	
Женщины в возрасте от 16-и до 55-и лет	
Мужчины в возрасте от 16-и до 60-и лет	
Лица пенсионного возраста	
Женщины старше 55-и лет	
Мужчины старше 60-и лет	

2. Были ли в Вашей семье расходы на приобретение полисов добровольного медицинского страхования?

Да

Нет

- 2.1 Сколько денег в Вашей семье потратили на покупку полисов добровольного медицинского страхования? _____ руб.

- 2.3 Для кого из членов Вашей семьи приобретался полис добровольного медицинского страхования?

Дети в возрасте до 3-х лет	
Дети в возрасте до 6-и лет	
Дети в возрасте от 6-и до 14-и лет	
Дети в возрасте от 14-и до 16-и лет	
Лица трудоспособного возраста:	
Женщины в возрасте от 16-и до 55-и лет	
Мужчины в возрасте от 16-и до 60-и лет	
Лица пенсионного возраста	
Женщины старше 55-и лет	
Мужчины старше 60-и лет	

3. Приходилось ли членам Вашей семьи посещать медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях?

Да

Нет

3.1 Укажите, сколько раз каждый член Вашей семьи посещал медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях:

Структура семьи	Количество раз											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Дети в возрасте до 3-х лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Дети в возрасте до 6-и лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Дети в возрасте от 6-и до 14-и лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Дети в возрасте от 14-и до 16-и лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Лица трудоспособного возраста												
Женщины в возрасте от 16-и до 55-и лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
Мужчины в возрасте от 16-и до 60-и лет												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
Лица пенсионного возраста											
Женщины старше 55-и лет											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
Мужчины старше 60-и лет											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Свыше 10 раз

4. Приходилось ли Вашей семье оплачивать услуги медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях?

Да

Нет

4.1 Каковы были расходы членов Вашей семьи на оплату медицинских услуг в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, и в каких организациях члены Вашей семьи получали медицинскую помощь?

Виды расходов и медицинские организации, в которых выплачивались деньги	Всего	Через кассу	Миную кассу
Расходы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, исключая стоматологическую			
- в государственной организации			
- в негосударственной организации			
Оплата услуг в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях:			
Всего			
Кроме этого, плата:			
За лекарственные и медицинские материалы:			
За лабораторные анализы			
За диагностическое обследование			
За консультации:			
-врача			
- других медицинских работников			

5. Отметьте организации, в которых члены Вашей семьи получали стоматологическую помощь, и сколько денег израсходовали на этот вид медицинской помощи?

	Всего	Через кассу	Миную кассу
Расходы на стоматологическую помощь			
- в государственной поликлинике			
- в негосударственной поликлинике			
В кабинете частнопрактикующего врача			

6. Приходилось ли кому-либо из членов Вашей семьи пользоваться услугами по зубопротезированию?

Да

Нет

6.1. Если «да», то отметьте организацию, в которой была получена услуга по зубопротезированию, и каким образом она оплачивалась:

	Всего	Через кассу	Миную кассу
Расходы на зубопротезирование			
- в государственной поликлинике			
- в негосударственной поликлинике			
В кабинете частнопрактикующего врача			

7. Находились ли Вы или члены Вашей семьи на лечении в стационаре?

Да

Нет

7.1 Какова была длительность пребывания в стационаре:

До 1 недели	До 3 недель	Свыше 4 недель
До 2 недель	До 4 недель	

7.2 Отметьте организации, в которых члены Вашей семьи получали специализированную помощь, и сколько денег израсходовали на этот вид медицинской помощи?

Виды расходов и медицинские организации, в которых выплачивались деньги	Всего	Через кассу	Миную кассу
Расходы, связанные с госпитализацией			
- в государственной поликлинике			
- в негосударственной поликлинике			
Виды расходов:			
- за врачебную помощь			
- за медицинские услуги среднего медперсонала			
За лекарственные и медицинские материалы			
За лабораторные анализы			
За диагностическое обследование			
За замену белья			
За услуги сиделки			
За аборт:			

7.3 Отметьте, пожалуйста, приходилось ли Вам при лечении в медицинской организации использовать перечисленные ниже предметы и сколько Вы за них платили?

Свое белье	_____ Руб.
Свои постельные принадлежности	_____ Руб.
Свои продукты питания:	_____ Руб.
-фрукты	_____ Руб.
-овощи	_____ Руб.
- молочные продукты	_____ Руб.
- мясные продукты	_____ Руб.
- хлеб	_____ Руб.
- сахар	_____ Руб.
- другие продукты	_____ Руб.

8. Укажите, каким образом члены Вашей семьи приобретали лекарства в аптеках и сколько денег израсходовали на это?

	Всего	Через кассу	Миную кассу
Приобретали лекарства в аптеках			
-по рецепту			
-по льготному рецепту			
- без рецепта			

9. Приходилось ли членам Вашей семьи отказываться от приобретения лекарственных средств и получения медицинской услуги из-за отсутствия средств?

Да Нет

10. Укажите, где находятся медицинские организации, в которые члены Вашей семьи обращались за платными медицинскими услугами?

По месту жительства	
В районном центре	
В области	
В областном центре	
В Москве	
В Санкт-Петербурге	
В других областях	

11. Выезжал ли кто-нибудь из Вашей семьи в санаторно-курортные организации?

Да Нет

1. Каковы были расходы на получение медицинской помощи в санаторно-курортных организациях:

	Всего	Через кассу	Миную кассу
Плата за медицинские услуги. ВСЕГО:			
Виды расходов:			
- за врачебную помощь			
- за медицинские услуги среднего медперсонала			
- другому медперсоналу			
За лекарственные и медицинские материалы.			
За лабораторные анализы			
За диагностическое обследование			

За замену белья			
-----------------	--	--	--

12. Получали ли члены Вашей семьи материальную помощь на получение медицинской помощи?

Да

Нет

12.1 Если «да», то укажите сумму и источник материальной помощи.

Помощь на оплату медицинских услуг, приобретение лекарств	На сумму (руб.)
Органов социального обеспечения	
Органов местного самоуправления	
Профсоюзной организации	
Предприятий, где работает какой-либо член Вашей семьи	
Религиозных организаций	
Общественных организаций	
Частных лиц	
Родственников на безвозмездной основе	
Из других источников	

13. Поощряли ли Вы медицинских работников за оказанные медицинские услуги?

Да

Нет

13.1 Если «да», то укажите в какой форме и оцените на какую сумму:

Форма вознаграждения	На сумму (руб.)
Денежные вознаграждения	
Цветы	
Подарки	
Спиртные напитки	
Конфеты	
Продукты	
Предоставление услуг	

14. Скажите, пожалуйста, размер Вашего денежного дохода в среднем в месяц на одного члена Вашей семьи за данный период? _____ рублей.

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!

Критерий	14. Функциональность									15. Открытость и доступность			
	Есть/ Нет	Удобство навигации по сайту	Наличие форума пациентов	отзывы пациентов о медицинской организации	Возможность подать обращение на сайте	Возможность записаться на прием (электронная регистрация)	Возможность получить онлайн-консультацию	Возможность регистрации на сайте, наличие личного кабинета	Возможность распечатать результаты услуги, не выходя из дома	Наличие раздела faq (часто задаваемые вопросы)	Версия сайта на иностранном языке	Доступ на трех браузерах (Google, Yandex, Mail);	Вариант сайта для людей с ограниченными возможностями (версия для слабовидящих пользователей)

Оценка информативности официальных сайтов медицинских организаций

Здравствуйтесь, потратьте, пожалуйста, несколько минут своего времени на заполнение следующей анкеты

1. Укажите Ваш пол:

- а) мужской б) женский

2. Укажите Ваш возраст:

- а) от 18 до 25 лет б) от 26 до 35 лет в) от 36 до 45 г) от 46 до 55 д) от 56 до 65
е) от 66 лет до 75 ж) старше 76

3. Место проживания:

- а) город б) село

4. Укажите Ваше образование:

- а) неоконченное среднее б) среднее в) среднее специальное г) неоконченное высшее
д) высшее е) ученая степень

5. Укажите Ваш род занятий:

- а) учащийся (студент) б) работающий и служащий в) работающий пенсионер
г) неработающий пенсионер д) неработающий

6. Ваш среднемесячный доход (тыс. рублей):

- а) до 3,5 б) 3,5-5 в) 5-7 г) 7-10 д) 10-15 е) 15-25 ж) 25-35 з) свыше 30

7. К какому уровню пользователя компьютера и интернета Вы себя относите?

- а) уровень пользователя б) уверенный пользователь в) продвинутый пользователь
г) профессиональный уровень

8. Как часто Вы пользуетесь интернетом?

- а) каждый день б) время от времени в) очень редко

9. Сколько времени Вы тратите на использование интернета в день?

- а) менее 1 часа б) 1 - 2 часа в) 3 - 4 часа г) 5 - 6 часов д) 6 - 8 часов е) более 8 часов

10. Какими интернет-ресурсами Вы пользуетесь чаще всего?

- а) социальными сетями («ВКонтакте», «Одноклассники» и др.)
б) музыка, фильмы, игры
в) развлекательные сайты (туризм, охота, рыбалка, спорт, красота и др.)
г) чаты и форумы
д) новостные сайты
е) учебные сайты
ж) сайты о здоровье, заболеваниях, их диагностике и лечении
з) интернет-магазины
и) другое _____

11. Знаете ли Вы о существовании сайтов медицинских организаций?

- а) да б) нет

12. Из каких источников Вы узнали о сайте медицинской организации?

- а) от родственников, знакомых
 в) от медицинского персонала
 д) из рекламы по телевидению, радио
- б) на стенде в медицинской организации
 г) из рекламы в интернете
 е) другое _____

13. Пользуетесь ли Вы официальными сайтами медицинских организаций?

- а) да, пользуюсь б) нет, не пользуюсь

14. Сайты каких медицинских организаций Вы посещаете?

- а) государственных
 б) частных
 в) Территориального фонда обязательного медицинского страхования
 г) Федерального фонда обязательного медицинского страхования
 д) Министерства здравоохранения Забайкальского края
 е) Министерства здравоохранения Российской Федерации

15. По Вашему мнению, для чего служат сайты медицинских организаций?

- а) для получения доступной информации для пациента
 б) для записи на прием к специалисту, исследование и др.
 в) возможность оставить отзыв о медицинском работнике, медицинской организации
 г) отправить жалобу
 д) другое _____

16. Отметьте, какими разделами сайта медицинской организации Вы пользовались и удалось ли Вам найти нужную информацию?

	«Контакты» (адрес, схема проезда, номер телефона, график работы)	«Платные услуги»	«О медицинских работниках»	«Информация об услугах»	«Отзывы пациентов»
Нашел(а) всю интересующую меня информацию					
Не нашел(а) интересующую меня информацию					

17. Повлияют ли отзывы о медицинской организации или враче на Ваш выбор медицинской организации или специалиста?

- а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

18. Оставляли ли Вы отзывы о медицинской организации или враче на сайте медицинской организации после получения медицинской помощи?

- а) да б) нет в) хотел(а) бы, но на сайте нет такой возможности

19. Как Вы записываетесь на прием к врачу в государственной медицинской организации?

- а) при обращении в регистратуру медицинской организации б) по телефону
 в) на портале пациента г) на сайте медицинской организации

20. Как Вы записываетесь на прием к врачу в негосударственной медицинской организации?

- а) при обращении в регистратуру медицинской организации б) по телефону
в) на портале пациента г) на сайте медицинской организации

21. Удовлетворены ли Вы качеством, полнотой и доступностью информации на сайте медицинской организации?

- а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

22. Чтобы Вы хотели видеть на сайтах медицинских организаций?

- а) виртуальный тур по больнице
б) видео о каждом отделении с информацией о персонале и услугах
в) личный кабинет, который без труда бы позволил управлять записями на приём, просматривать перечень представленных услуг, результаты обследования
г) возможность установки приложения для телефона с информацией о медицинской организации
д) рейтинг врача, рейтинг медицинской организации
е) другое _____

Благодарим за внимание!

Экспертная оценка содержания, функциональности, удобства сайтов медицинских организаций

1. Ваш стаж работы в медицинских организациях _____
2. Ваш стаж работы по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" _____
3. Ваша квалификационная категория по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" _____
4. Оцените уровень информативности официальных сайтов медицинских организаций Забайкальского края
 - ✓ от 80% до 100%
 - ✓ от 50% до 79%
 - ✓ менее 49%
5. Оцените уровень выполнения медицинскими организациями требований нормативно-правовых актов к содержанию и форме предоставляемой информации о деятельности медицинской организации на официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
 - ✓ от 80% до 100%
 - ✓ от 50% до 79%
 - ✓ менее 49%
6. Как Вы считаете, информация на сайтах медицинских организаций представлена в доступной форме для пациентов?
 - ✓ да
 - ✓ нет
7. Как Вы считаете, влияют ли официальные сайты медицинских организаций на выбор пациентами медицинского учреждения?
 - ✓ да
 - ✓ нет
8. Как Вы считаете, влияют ли официальные сайты медицинских организаций на выбор врача пациентами?
 - ✓ да
 - ✓ нет
9. Как Вы считаете, для чего необходим сайт медицинской организации?
 - ✓ для формального выполнения требований нормативно-правовых актов
 - ✓ для снижения интенсивности потока пациентов в регистратуру путем записи на прием через сайт медицинской организации
 - ✓ для привлечения пациентов в медицинскую организацию

10. Распределите в порядке возрастания наиболее важные разделы, размещаемые на официальных сайтах медицинских организаций (1 - наиболее значимые, 18 - наименее значимые)

Раздел	Ранг
Лицензии на виды деятельности	
Нормативные акты, регламентирующие деятельность медицинских организаций и оказание медицинской помощи в РФ	
Информация о правах пациентов	
Контакты: адрес, телефон, электронная почта, как проехать, график работы учреждения	
Новостная лента и объявления учреждения в актуальном состоянии, научно-популярные материалы по здоровому образу жизни и здоровьесберегающему поведению	
Фотографии внешнего вида и интерьера учреждения	
Информация о заболеваниях, с которыми принимают пациентов на лечение; информация о заболеваниях, на лечении которых специализируется учреждение, и способах их лечения	
Информация о платных услугах; описание условий предоставления платных услуг; размещение актуального прейскуранта на платные услуги; образец договора на платные услуги;	
Список страховых компаний, с которыми работает медицинская организация	
Правила записи на первичный прием/ консультацию/исследование	
Для стационаров - правила госпитализации: сроки, необходимые документы; условия пребывания в стационаре; информация о возможностях и условиях проживания для родственников; наличие плана приема пациентов, наличие свободных мест, фотографий госпитальных палат и палат повышенной комфортности	
Информация о специалистах: специальность, ф.и.о., квалификация, степень, дата последнего повышения квалификации; информация о квалификации и достижениях врачебных кадров на уровне отделений	
Отзывы пациентов о лечении в медицинском учреждении; об излечении;	
Возможности подать жалобу на сайте	
Информация о порядке приема претензий по качеству медицинской помощи	
Информация о наличии бытовых сервисов для пациентов и их родственников (магазинов, буфета, банкомата, газетного киоска при медицинской организации и т. п.)	
Возможность записаться на прием (электронная регистратура)	
Возможность получить онлайн-консультацию	

11. Как Вы считаете, оказывает ли влияние на время ожидания записи на прием функция электронной записи на сайте медицинской организации?

- да
- нет

12. Как Вы считаете, оказывают ли влияние отзывы о медицинской организации и специалистах на сайте на выбор пациентами медицинского учреждения?

- да
- нет

13. Как Вы считаете, сайты медицинских организаций какой организационно-правовой формы собственности наиболее информативны, функциональны и удобны для пациентов?

- государственных
- негосударственных
- не зависит от формы собственности

14. Как Вы считаете, что является причиной неудовлетворенности пациентов сайтами медицинских организаций?

- отсутствие информации о медицинской организации, которую пациенты хотели бы видеть на сайте
- содержащаяся информация на сайтах медицинских организаций, не актуальна, не своевременна
- отсутствие возможности записи на прием через сайт медицинской организации
- неудобный, несовременный дизайн официальных сайтов медицинских организаций

15. По Вашему мнению, сайт медицинской организации может являться приемом неценовой конкуренции среди медицинских организаций по привлечению пациентов?

- да
- нет

16. Распределите в порядке возрастания наиболее актуальные функции сайтов медицинских организаций, которые позволят повысить посещаемость и использование сайтов медицинских организаций пациентами (1 - наиболее актуальные, 6 - наименее актуальные)

Раздел	Ранг
Виртуальный тур по медицинской организации	
Видео о каждом отделении с информацией о персонале и услугах	
Личный кабинет, который без труда бы позволил управлять записями на приём, просматривать перечень представленных услуг, результаты обследования	
Возможность установки приложения для телефона с информацией о медицинской организации	
Рейтинг врача	
Рейтинг медицинской организации	
Современный дизайн сайта	
Новостные медицинские темы, научные статьи	
Полная информация о специалистах медицинской организации (контактные данные, фотографии докторов, сведения о их лицензии и образовании, сведения о специализации врачей, уровне их квалификации, данные о наградах и дипломах)	
Он-лайн консультации с врачами	

Благодарим за внимание!

Анкета «Оценка реализации правил оказания платных медицинских услуг, по мнению медицинских работников»

Здравствуйте! Уделите, пожалуйста, несколько минут своего времени на заполнение данной анкеты. Цель анкеты: Оценить эффективность реализации правил оказания платных медицинских услуг, по мнению медицинских работников

1. К какой организационно-правовой форме собственности относится организация, в которой Вы оказываете платные медицинские услуги?
 - 1) Государственная бюджетная медицинская организация
 - 2) Государственная казенная медицинская организация
 - 3) Государственная автономная медицинская организация
 - 4) Негосударственная медицинская организация

2. Чем привлекательна для Вас работа в сфере платных медицинских услуг?
 - 1) Материальная выгода
 - 2) Комфортные условия для работы
 - 3) Нет строгого регламента времени, отведённого на приём пациента
 - 4) Хорошее материально-техническое оснащение
 - 5) Возможность карьерного роста
 - 6) Другой вариант _____

3. Информировываете ли Вы пациентов перед оказанием платных медицинских услуг о возможности получения данной услуги бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий?
 - 1) Всегда
 - 2) Иногда
 - 3) Никогда
 - 4) Затрудняюсь ответить

4. Если информируете, то в какой форме в Вашей медицинской организации пациентам предоставляется информация о возможности получения данной услуги бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий?
 - 1) Устно, при беседе представителя медицинской организации с пациентом
 - 2) Посредством размещения информации на стендах
 - 3) Посредством размещения информации на официальном сайте медицинской организации
 - 4) В договоре на оказание платных медицинских услуг
 - 5) Другой вариант _____

5. Предоставляете ли Вы пациентам информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи?
 - 1) Всегда
 - 2) Иногда
 - 3) Никогда

6. Если Вы не предоставляете данную информацию, то по какой причине?
 - 1) Нет времени
 - 2) Данная информация не интересует пациентов
 - 3) Считаю предоставление данной информации нецелесообразным
 - 4) Другой вариант _____

7. Оформляете ли Вы добровольное информированное согласие (отказ) пациента при оказании платных медицинских услуг?
 - 1) Всегда
 - 2) Иногда
 - 3) Никогда
 - 4) Затрудняюсь ответить
 - 5) Другой вариант _____

8. Заполняете ли Вы первичную документацию (амбулаторную карту, историю болезни и др.) при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Всегда 2) Иногда 3) Никогда

9. Заполняете ли Вы статистические документы (талон амбулаторного больного, статистическую карту выбывшего из стационара и др.) при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Всегда 2) Иногда 3) Никогда

10. Если не заполняете статистические документы, то по какой причине?

- 1) Нет времени
2) В медицинской организации не предусмотрено заполнение данных учетных форм при оказании платных медицинских услуг
3) Считаю, что в этом нет необходимости
4) Другой вариант
-

11. Руководствуетесь ли Вы стандартами медицинской помощи при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Всегда 2) Иногда 3) Никогда

12. В каком объеме Вы выполняете стандарт медицинской помощи при оказании платных медицинских услуг?

- 1) В полном объеме
2) В виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств по просьбе пациента
3) В объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

13. В какой форме производится оплата за оказанные медицинские услуги на возмездной основе?

- 1) Денежное вознаграждение через кассу медицинской организации
2) Денежное вознаграждение лично врачу
3) Подарок врачу

14. Какой процент от стоимости платной медицинской услуги входит в оплату труда врача (непосредственного исполнителя услуги) при оказании медицинской помощи на возмездной основе?

- 1) менее 10% 2) 10-20% 3) 20-30% 4) 30-40% 5) 40-50% 6) более 50% 7) Затрудняюсь ответить

15. Ваше отношение к практике денежных вознаграждений лично врачу?

- 1) Положительное, вознаграждение помогает компенсировать врачу низкую заработную плату
2) Положительное, вознаграждение помогает ускорить процесс медицинской помощи, получить услуги высокого качества
3) Отрицательно, такие платежи необходимо искоренить

16. Удовлетворены ли Вы своей заработной платой за оказание платных медицинских услуг?

- 1) Вполне устраивает 2) Не устраивает, хотелось бы больше

17. В какое время Вы оказываете платные медицинские услуги (для врачей государственных медицинских организаций)?

- 1) В свое основное рабочее время
- 2) В определенно выделенное время, сверх графика основного рабочего времени

18. Какое оборудование Вы используете для оказания платных медицинских услуг (для врачей государственных медицинских организаций)?

- 1) Оборудование медицинского учреждения
- 2) Специально закупленное оборудование для коммерческих пациентов

19. Пол:

- 1) Женский
- 2) Мужской

20. Возраст:

- 1) 25-30
- 2) 31-35
- 3) 36-40
- 4) 41-45
- 5) 46-50
- 6) 51-55
- 7) 56-60
- 8) старше 60 лет

21. Специальность: _____

22. Стаж работы: _____

23. Квалификационная категория:

- 1) Вторая
- 2) Первая
- 3) Высшая
- 4) Без категории

24. Ученая степень:

- 1) к.м.н.
- 2) д.м.н.
- 3) нет

Благодарим за участие!

Анкета «Оценка реализации правил оказания платных медицинских услуг, по мнению экспертов здравоохранения»

1. Ваш стаж работы в медицинских организациях _____
2. Ваш стаж работы по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" _____
3. Ваша квалификационная категория по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" _____
4. К какой организационно-правовой форме собственности относится организация, в которой Вы трудоустроены?
 - 1) Государственная бюджетная медицинская организация
 - 2) Государственная казенная медицинская организация
 - 3) Государственная автономная медицинская организация
 - 4) Негосударственная медицинская организация
5. Заключают ли в Вашей медицинской организации договор о предоставлении платных медицинских услуг при обращении пациентов за услугами на возмездной основе?
 - 1) Да
 - 2) Нет
6. Информировуют ли в Вашей медицинской организации пациентов перед оказанием платных медицинских услуг о возможности получения данной услуги бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий?
 - 1) Да
 - 2) Нет
7. В какой форме в Вашей медицинской организации пациентам предоставляется информация о возможности получения данной услуги бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий?
 - 1) Устно, при беседе представителя медицинской организации с пациентом
 - 2) Посредством размещения информации на стендах
 - 3) Посредством размещения информации на официальном сайте медицинской организации
 - 4) В договоре на оказание платных медицинских услуг
 - 5) Другой вариант _____
8. Предоставляют ли в Вашей медицинской организации пациентам информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи?
 - 1) Да
 - 2) Нет
9. Оформляют ли в Вашей медицинской организации добровольное информированное согласие (отказ) пациента при оказании платных медицинских услуг?
 - 1) Да
 - 2) Нет

10. Заполняют ли в Вашей медицинской организации первичную документацию (амбулаторную карту, историю болезни и др.) при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Да
- 2) Нет

11. Заполняют ли в Вашей медицинской организации статистические документы (талон амбулаторного больного, статистическую карту выбывшего из стационара и др.) при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Да
- 2) Нет

12. Ведется ли отчетность в Вашей медицинской организации при оказании платных медицинских услуг по статистическим формам, утвержденным Федеральной службой государственной статистики, Министерством здравоохранения РФ и т.д.?

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Ведется отчетность по формам, разработанным самостоятельно на уровне медицинской организации

13. Предоставляет ли Ваша медицинская организация статистическую информацию о платных медицинских услугах в Министерство здравоохранения регионального уровня?

- 1) Да
- 2) Нет

14. Проводятся ли в Вашей медицинской организации проверки качества и безопасности медицинской помощи при оказании услуг на возмездной основе представителями медицинской организации?

- 1) Да
- 2) Нет

15. Проводятся ли в Вашей медицинской организации проверки качества и безопасности медицинской помощи при оказании услуг на возмездной основе представителями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)?

- 1) Да
- 2) Нет

16. Получают ли в Вашей медицинской организации согласие на обработку персональных данных при оказании платных медицинских услуг?

- 1) Да
- 2) Нет

17. Поступают ли в Вашу медицинскую организацию обращения (жалобы) граждан по поводу оказания платных медицинских услуг?

- 1) Да
- 2) Нет

18. Возникали ли в Вашей медицинской организации случаи судебного разбирательства по вопросам ненадлежащего качества оказания платных медицинских услуг?

- 1) Да
- 2) Нет

Анкета

«Изучение соблюдения правил оказания платных медицинских услуг, по мнению потребителей услуг»

1. Оказывались ли Вам (или Вашим детям) платные медицинские услуги в Забайкальском крае?

- 1) Да 2) Нет

2. Укажите Ваш пол (или Вашего ребенка, которому были оказаны платные медицинские услуги)

- 1) Мужской 2) Женский

3. Укажите Ваш возраст (или Вашего ребенка, которому были оказаны платные медицинские услуги)

- 1) До 3х лет
2) От 3х до 6-и лет
3) От 6-и до 14-и лет
4) От 14-и до 16-и лет
5) От 16-и до 60-и лет
6) От 60 лет и старше

4. Укажите Ваш род занятий

- 1) Учащийся (студент)
2) Работающий/служащий
3) Работающий пенсионер
4) Неработающий пенсионер
5) Неработающий

5. Укажите Ваше образование

- 1) Неоконченное среднее 2) Среднее 3) Среднее специальное 4) Неоконченное высшее
5) Высшее 6) Ученая степень

6. Укажите Ваш среднемесячный доход на одного члена семьи (тыс. руб.)

- 1) До 3,5 2) 3,5-5 3) 5-7 4) 7-10 5) 10-15 6) 15-25 7) 25-35 8) Свыше 35

7. Как часто Вы обращаетесь за получением платных медицинских услуг?

- 1) Несколько раз в месяц
2) Один раз в месяц
3) Один раз в три месяца
4) Один раз в 6 месяцев
5) Один раз в год
6) Реже одного раза в год

8. Почему Вы обратились за получением платных медицинских услуг?

- 1) не устраивает длительное ожидание бесплатной медицинской помощи
2) платные медицинские услуги более качественные
3) данная услуга не оказывается бесплатно
4) из-за отказа в бесплатной медицинской помощи
5) отсутствуют нужные врачи/оборудование в медицинской организации, оказывающей бесплатную медицинскую помощь
6) Другой вариант

9. В какую медицинскую организацию Вы обращались за получением платных медицинских услуг?

- 1) В государственную
- 2) В частную

10. За какой услугой Вы обращались на платной основе?

- 1) Консультация участкового врача-терапевта, врача-педиатра
- 2) Консультация узкого специалиста
- 3) Косметологические услуги
- 4) Стоматологические услуги
- 5) Лабораторные исследования
- 6) Инструментальные исследования
- 7) Другое

11. Заключали ли Вы договор на оказание платных медицинских услуг при обращении в медицинскую организацию?

- 1) Да
- 2) Нет

12. Были ли Вы проинформированы о возможности получения данной медицинской помощи бесплатно?

- 1) Да
- 2) Нет

13. Каким образом Вы получили данную информацию?

- 1) От медицинского персонала
- 2) На стенде медицинской организации
- 3) На сайте медицинской организации
- 4) В договоре на оказание платных медицинских услуг

14. Давали ли Вы в письменной форме информированное добровольное согласие при обращении за платной медицинской услугой?

- 1) Да
- 2) Нет

15. Перед оформлением информированного добровольного согласия предоставлялась ли Вам информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи?

- 1) Да
- 2) Нет

16. После получения платной медицинской услуги была ли Вам предоставлена первичная медицинская документация (выписка из амбулаторной/стационарной карты)?

- 1) Да
- 2) Нет

17. Если Вы получали помощь в государственной медицинской организации, то Вам была оказана платная услуга:

- 1) Медицинским работником, который одновременно оказывал бесплатную медицинскую помощь
- 2) Медицинским работником, оказывающим пациентам только платные медицинские услуги
- 3) Затрудняюсь ответить

18. Удовлетворены ли Вы оказанием платных медицинских услуг?

- 1) Удовлетворен
- 2) Не удовлетворен
- 3) Затрудняюсь ответить

Карта «Экспертная оценка проблем оказания платных медицинских услуг»

Уважаемые коллеги!

В целях изучения проблем оказания медицинских услуг на возмездной основе, просим высказать свое экспертное мнение по вопросам организации оказания платных медицинских услуг, а именно, отметить существующие проблемные области и дать характеристику проблем

№	Проблемная область	Есть	Нет	Характеристика проблем
1.	Нормативно-правовое обеспечение оказания платных медицинских услуг			
2.	Организация оказания платных медицинских услуг			
3.	Обеспечение материально-технической базой оказания платных медицинских услуг			
4.	Кадровое обеспечение оказания платных медицинских услуг			
5.	Информирование пациентов, получающих медицинские услуги на возмездной основе			
6.	Ведение статистического учета и отчетности оказания платных медицинских услуг			
7.	Организация контроля качества медицинской помощи, оказанной на возмездной основе			



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГАУЗ «Клинический
медицинский центр г. Читы»

Н.И. Рыкова

«03» марта 2017 г.

Акт

внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг»

Результаты кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг», реализуемые на основе использования разработанного порядка информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, требований к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации», макетов форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг внедрены в деятельность ГАУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы» с целью повышения эффективности информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ «Красвая больница №3»
Н.И. Горяев
«20» января 2017 года

Акт

внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по специальности
14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных
медицинских услуг»

Результаты кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг», реализуемые на основе использования разработанного порядка информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, требований к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации, макетов форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг, внедрены в деятельность ГУЗ «Красвая больница №3» с целью повышения эффективности информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.

Главный врач ГУЗ «Красвая больница №3»

Н.И. Горяев



УТВЕРЖДАЮ
И.о. главного врача ГУЗ «Борзинская
центральная районная больница»
Ф.С. Толстихин
«07» февраля 2014 г.

Акт
внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по
специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к
оказанию платных медицинских услуг»

Результаты кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг», реализуемые на основе использования разработанного порядка информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, требований к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации», макетов форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг внедрены в деятельность ГУЗ «Борзинская центральная районная больница» с целью повышения эффективности информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.

И.о. главного врача



Ф.С.Толстихин

НАИМЕНОВАНИЕ: ООО Клиника
 эстетической медицины «Бьюти»
 АДРЕС: г. Борзя ул. Карла Маркса д.99
 ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: 674600 Забайкальский Край
 г. Борзя ул. Карла Маркса д.99
 ИНН 7536138733 КПП 752901001
 БИК 047601637
 ОГРН 113753600610
 ОКПО 24740012



УТВЕРЖДАЮ
 Директор ООО Клиника
 эстетической медицины «Бьюти»
 Ю.В. Кухаренко
 «14» *февраля* 201*8* г.

Акт
внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по
специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к
оказанию платных медицинских услуг»

Результаты кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг», реализуемые на основе использования разработанного порядка информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг, требований к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации», макетов форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг внедрены в деятельность ООО Клиники эстетической медицины «Бьюти» с целью повышения эффективности информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.

Директор клиники
 эстетической медицины «Бьюти»

Ю.В. Кухаренко Ю.В. Кухаренко

ООО «Бьютифул смайл»
 Лицензия № ЛО-75-01-000510 от 20.02.2012
 года
 Генеральный директор Попова Елена
 Святославовна, устав.
 ИНН 753 612 1828
 КПП 753 601 001
 ОГРН 111 753 601 1560
 Адрес: 672 038 г.Чита, мкр. Октябрьский, д. 7,
 корп. 3.
 Тел.: (3022) 28-29-29.
 Отделение 8600 Сбербанка России г. Читы
 БИК №047 601 637
 Р/С №407 028 103 740 000 247 27
 К/С 30101810500000000637

УТВЕРЖДАЮ
 Главный врач стоматологического центра
 «Бьютифул смайл»
 О.В. Пермякова
 «20» февраля 2017 г.

Акт
внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по
специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к
оказанию платных медицинских услуг»

Разработанные по результатам кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг»:

1. Положение «О порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг»;
 2. Положение «О требованиях к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации»;
 3. Макеты форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг
- внедрены в деятельность стоматологического центра «Бьютифул смайл» для информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.

Главный врач стоматологического центра
 «Бьютифул смайл»



О.В. Пермякова


 медицинский центр
**ЭТАЛОН
МЕД**
 Общество с ограниченной ответственностью
 «Эталон Мед»
 Адрес: 672007, г. Чита, ул. Генерала Белика, дом 10 а, пом. 2.
 р/с: 40702810874000033917 в Читинском отделении № 8600
 Сбербанка России г. Чита
 К/с: 30101810500000000637, ИНН: 7536145233
 ОГРН: 1147536005374, КПП: 753601001
 Код по ОКПО: 12638334, БИК: 047601637
 Телефон: (3022) 217-112
 e-mail: etalonmed@yandex.ru


 УТВЕРЖДАЮ
 Директор ООО «Эталон Мед»
 Е.В. Богатиков
 «13» Декабря 2017 г.

Акт
внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по
специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к
оказанию платных медицинских услуг»

Разработанные по результатам кандидатской диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг»:

1. Положение «О порядке информационного сопровождения потребителей платных медицинских услуг»;
 2. Положение «О требованиях к структуре официального сайта медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату представления на нем информации»;
 3. Макеты форм статистического наблюдения по учету оказания платных медицинских услуг
- внедрены в деятельность ООО «Эталон Мед» для информационного сопровождения потребителей медицинских услуг, учета деятельности медицинской организации по оказанию платных медицинских услуг.

Директор «Эталон Мед»



Е.В. Богатиков



Федеральная служба по надзору в сфере защиты
прав потребителей и благополучия человека
Управление Федеральной службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей и благополучия
человека по Забайкальскому краю
(Управление Роспотребнадзора по Забайкальскому краю)
Амурская ул, д. 109, г. Чита, а/я 1207, 672000
тел. (83022) 35-36-13, факс (83022) 35-36-13
E-mail: tun@75.rosпотребнадzor.ru, <http://75.rosпотребнадzor.ru>
ОКПО 74425399, ОГРН 1057536034731,
ИНН/КПП 7536059217/753601001
№ 1352/248



УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Управления
Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия
человека по Забайкальскому краю

Лапа
С.Э. Лапа
2017 г.

АКТ

внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг»

Материалы диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг» в рамках разработанной комплексной программы совершенствования организации оказания платных медицинских услуг применены при разработке алгоритма рассмотрения обращений граждан на нарушения прав потребителей платных медицинских услуг. Разработанный алгоритм используется при исполнении контрольно-надзорных функций специалистами отдела защиты прав потребителей Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю.

Руководитель Управления
Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека
по Забайкальскому краю, к.м.н.

Лапа

С.Э. Лапа

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Федеральное государственное бюджетное
 образовательное
 учреждение высшего образования
 «АМУРСКАЯ
 ГОСУДАРСТВЕННАЯ
 МЕДИЦИНСКАЯ
 АКАДЕМИЯ»
 (ФГБОУ ВО Амурская ГМА)
 Горького ул., 95, г. Благовещенск, 675000
 тел/факс (4162)319-009, 319-007
 E-mail: amursma@amursma.su

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО Амурская ГМА
 Минздрава России



Т.В.Заболотских

МП «01» сентября 2018 г.

01.09.2018 № 1721
 На № от

Акт

**внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по специальности
 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
 Евстафьевой Юлии Валерьевны
 «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных
 медицинских услуг»**

Результаты диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг» внедрены в образовательный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения и используются при реализации образовательного модуля «Правила организации оказания платных медицинских услуг» дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре основных профессиональных образовательных программ по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» (уровень специалитета), в структуре основных профессиональных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», программ дополнительного профессионального образования.


Председатель комиссии

Проректор по учебной работе ФГБОУ ВО Амурская ГМА
 Минздрава России, к.м.н., доцент


 / Лоскутова Н.В.

Члены комиссии

доцент кафедры общественного
 здоровья и здравоохранения, к.м.н.

 / Сундукова Е.А.

главный врач Научно-практического
 лечебного центра «Семейный врач», к.м.н.

 / Борзенко Е.С.

Подпись заверяю:

Начальник отдела кадров ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
 Добровольская А.Ю.





РОССИЯ
 Министерство здравоохранения
 РФ
 Федеральное государственное бюджетное образовательное
 учреждение
 Высшего образования
 ИРКУТСКИЙ
 ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
 664003 г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1
 Телеграфный адрес: Иркутск, медуниверситет
 Телефон 24-38-25, факс 24-08-26, 24-35-97
 e-mail: administrator@ismu.baikal.ru
 01.09.2018 № _____



«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор

**ФГБОУ ВО Иркутский государственный
 медицинский университет**

профессор И.В.Малов

(степень, звание, ФИО)

«01» сентября 2018 г.

Акт

**внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по специальности
 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
 Евстафьевой Юлии Валерьевны
 «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных
 медицинских услуг»**

Результаты диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг» внедрены в образовательный процесс кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» и используются при реализации образовательного модуля «Правила организации оказания платных медицинских услуг» дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре основных профессиональных образовательных программ по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» (уровень специалитета), в структуре основных профессиональных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», программ дополнительного профессионального образования.

Председатель комиссии
 Проректор по научной работе, профессор

(должность, степень, звание)

(подпись)

И.Ж.Семинский

(ФИО)

Члены комиссии
 Проректор по лечебной работе и

последипломному образованию, профессор

(должность, степень, звание)

(подпись)

А.Н.Калягин

(ФИО)

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения,
 профессор

(должность, степень, звание)

(подпись)

Г.М.Гайдаров

(ФИО)

Подписи заверяю
 Начальник отдела кадров

(полное наименование образовательной организации)

(ФИО сотрудника отдела кадров)



Подпись _____ (подпись)
 Специалист по кадровой работе
 01 сентября 2018 г.

Комиссия А.Н. Калягин, Г.М. Гайдаров и И.Ж. Семинский

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
 ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
 МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**
 672000, г. Чита, ул. Горького, 39а
 факс 323058, тел. 354324
 E - mail: pochta@chitgma.ru
 Исх. № 41/191 от 02.09.2018



УТВЕРЖДАЮ
 Проректор по УВР
 ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ
 д.м.н., доцент О.В. Ходакова
 02.09.2018 2018 года

Акт
внедрения результатов кандидатской диссертационной работы по
специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение
Евстафьевой Юлии Валерьевны
«Совершенствование организационно-методических подходов к
оказанию платных медицинских услуг»

Результаты диссертационной работы Евстафьевой Юлии Валерьевны «Совершенствование организационно-методических подходов к оказанию платных медицинских услуг» используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России при чтении лекций, ведении практических занятий по дисциплине «Правовые основы охраны здоровья» для обучающихся по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» (уровень специалитета); при чтении лекций для обучающихся по программам ординатуры, программам дополнительного профессионального образования.

Заведующий кафедрой организации
 здравоохранения ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Н.Ф. Шильникова

Доцент кафедры организации здравоохранения
 ФПК и ППС, к.м.н., доцент

А.И. Сенижук

Старший преподаватель кафедры общественного
 здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения

И.В. Бобрович