

# Государственная отраслевая политика и эффективность государственной службы (на примере отрасли здравоохранения)

*Борщевский Г. А.*

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Российская Федерация; ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru

## РЕФЕРАТ

Целью статьи является оценка эффективности реализации государственной отраслевой политики на примере здравоохранения в сопоставлении с развитием системы государственной службы в данной отрасли. Используется методология факторного анализа, экономико-статистические методы, а также историко-сравнительный метод, позволяющие проследить долговременные тренды развития отрасли и отраслевой системы государственной службы. Собран и обобщен большой массив эмпирических данных, описывающих развитие здравоохранения и госслужбы в органах управления здравоохранением в период политического транзита. Впервые изучено развитие отечественного здравоохранения, начиная с кризиса политики развитого социализма в середине 1980-х годов и вплоть до настоящего времени. Предложена методика расчета индексов, позволяющих оценивать эффективность развития отрасли и отраслевого аппарата управления с опорой на объективные статистические данные.

Подтверждено закономерное соответствие процессов развития отрасли здравоохранения и аппарата государственной службы, осуществляющего управление отраслью. Вместе с тем доказано, что реального развития здравоохранения все постсоветские годы не происходило: отрасль вошла в затяжной кризис и только в самый последний период возвратилась на исходный уровень. Сделан вывод, что отрасль в настоящее время развивается более быстрыми темпами по сравнению с управляющей ей системой государственной службы. Уровень организационного и кадрового обеспечения в аппарате здравоохранения в основном отвечает потребностям текущего развития, но не способствует формированию стратегической отраслевой политики.

*Ключевые слова:* отраслевая политика, эффективность, здравоохранение, государственное управление, государственная служба, государственная программа

## Effective Sectoral Policy and Civil Service (on the Example of the Health Sector)

*Borshchevskiy G. A.*

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russian Federation; ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru

## ABSTRACT

The purpose of the article is to assess the effectiveness of the implementation of public sectoral policy on the example of public healthcare in comparison with the development of the civil service system in this sector. We use the methodology of factor analysis, i. e. economic-statistical methods, regression-correlation analysis, principle component analysis, as well as the historical-comparative method, which allows tracing long-term trends in the development of the sector and the sectoral civil service system.

We collected a large array of empirical data describing the development of public healthcare and civil service in the healthcare administration during the period of political transit in Russia. For the first time, we have studied the development of national healthcare beginning with the crisis of the Socialist policy in the mid-1980s and up to the present time. We offer new methodology for calculating indices, which makes it possible to simultaneously evaluate the efficiency of the sectoral development and the sectoral bureaucracy, based on objective statistical data.

The consistent pattern exists of conformity in the development of the public healthcare sector and the civil service system. At the same time, we proved that during post-Soviet years did not occur in the real development of healthcare in Russia: the sector entered a protracted crisis and only in the very last period returned to the initial level, but at a very slow rate. We concluded that the healthcare system is currently developing at a faster pace than the civil service system that manages it. The level of organization and staffing in the public healthcare apparatus basically meets the needs of the current development, but does not contribute to the formation of a strategic sectoral policy.

*Keywords:* sectoral policy, healthcare, efficiency, public administration, public service, programs and policies

---

## Введение

Повышение качества жизни граждан является общепризнанным приоритетом деятельности современных государств. Здравоохранение является маркером как социальной справедливости в обществе, так и его экономической эффективности. Поэтому анализ успехов и неудач национальных правительств в реализации политики здравоохранения широко используется в мировой практике для оценки эффективности государственного управления. В России здравоохранение в последние годы переживает вместе со страной период непростой трансформации.

Целью данной статьи является оценка эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения и рассмотрение динамики этого процесса в сопоставлении с развитием отраслевой системы государственной службы. Государственный аппарат вносит существенный вклад в достижение приоритетов отраслевого развития, поставленных политическим руководством. Исходя из этого мы предполагаем существование закономерного соответствия процессов развития в отрасли здравоохранения и в аппарате государственной службы, осуществляющем управление данной отраслью. Такая постановка вопроса представляется правомерной, но требующей обоснования. С этой целью мы рассмотрим основные этапы реализации государственной политики здравоохранения в новейший период, используя массив эмпирических данных, изучим изменения в системе управления здравоохранением на общегосударственном уровне и сравним эффективность обоих процессов. Это позволит сформулировать выводы о провалах и «точках роста», представляющие ценность для выработки регуляторных мер управления системой российского здравоохранения на современном этапе ее развития.

## Обзор теоретических подходов

Вопросы управления здравоохранением попали в фокус научного внимания в послевоенное время, когда произошло формирование феномена, известного как «государство всеобщего благосостояния» (англ. *Welfare State*). Акцент сместился с чисто лечебных вопросов на проблемы управления объектами здравоохранения, а позднее и на более широкие проблемы управления здравоохранением как отраслью. Здравоохранение перестало быть лишь делом врача и пациента, а здоровье граждан вошло в число государственных приоритетов [14].

Государство постепенно отходит от традиционной идеологии господства, доминирования над обществом, его ключевой функцией становится удовлетворение потребностей предельно широких слоев общества посредством оказания качественных и доступных услуг. Это возможно либо напрямую, через государственные организации, либо опосредованно, через регулирование и поддержку участников рынков социально значимых услуг [6].

Большое внимание стало уделяться вопросам экономики здравоохранения: обеспечению предоставления доступных услуг в условиях ограниченности ресурсов, стимулированию медицинских работников в государственной системе здравоохранения [10]. Это привело к необходимости оценки эффективности системы здравоохранения [18].

Отрасль здравоохранения предполагает лучшие возможности для оценки по сравнению со многими иными сферами (отличить здорового человека от больного проще, чем, скажем, образованного от невежественного). Но объективность оценки затрудняется огромным числом факторов, которые должны быть при этом учтены. Медучреждения конкурируют друг с другом за пациентов, а здравоохранение в целом испытывает конкуренцию со стороны иных сфер при распределении бюджетных расходов. Поэтому оценка отраслевой эффективности является не узкоспециальной, а глобальной политической проблемой.

Национальные системы здравоохранения и социального страхования существуют, как правило, за счет отчислений работников. Такая схема действует с XIX в. Позднее в социалистических странах здравоохранение дотировалось напрямую из средств бюджета путем перераспределения государственных доходов [4]. Это позволяло аккумулировать значительные средства на борьбу с социально опасными инфекционными заболеваниями, охватить всю территорию объектами здравоохранения, проводить сплошную вакцинацию, осуществлять профилактику заболеваемости. Однако подобная система полностью зависела от стабильности государственной финансовой системы.

Кризисные явления в экономике социалистических стран в конце 1980-х годов привели к сворачиванию социальных программ и форсированному переходу к рынку, что способствовало поиску новых путей организации и финансирования здравоохранения [16]. В результате в странах Центральной и Восточной Европы сложился ряд национальных моделей, демонстрирующих спектр от почти полной либерализации (Эстония, Румыния) до сохранения значительных социальных обязательств государства (Чехия, Словакия) [8].

Обращает внимание тот факт, что вне зависимости от реализуемой модели, требования к эффективности здравоохранения универсальны, что позволяет осуществлять сравнение стран с разным политическим строем и уровнем экономического развития [15, 17]. Данная особенность важна для настоящего исследования, в котором проводится оценка развития здравоохранения в условиях постсоветского политического транзита в России.

В последние годы все больше исследований посвящено проблемам выстраивания оптимальной сети медицинских учреждений. Приоритетом здесь является преодоление дезинтеграции между ними [19]. Большое значение отечественные и зарубежные исследователи уделяют программно-целевым методам планирования и управления в здравоохранении [2]. В частности, в работе акад. А.Г. Аганбегяна подчеркивается неэффективное применение данных методов в России и даются рекомендации по улучшениям [1].

Определенное исследовательское внимание уделяется процессам в кадровой сфере. Известны публикации, посвященные участию государства в подготовке медицинских работников, оплате их труда [11].

Вместе с тем практически отсутствуют исследования, посвященные вопросам государственной службы в органах управления здравоохранением. Выявлена лишь одна подобная публикация, носящая описательный характер [12]. Такое положение представляется странным, так как именно государственные служащие осуществляют государственное планирование, администрируют бюджетные расходы, размещают государственный заказ, контролируют, выдают лицензии и сертификаты — то есть приводят в движение весь механизм государственной политики здравоохранения.

В этой связи представляется крайне важным выяснить, как соотносятся изменения системы госслужбы с развитием управляемой отрасли. В теории система государственного управления должна оказывать на развитие управляемой отрасли сильное положительное влияние, но с учетом существующих проблем, приемлемым, на наш взгляд, будет являться уже отсутствие однозначно отрицательного влияния. Пролить свет на этот вопрос призвано настоящее исследование.

## Методология и данные

Методология исследования базируется на использовании количественных методов, распространенных в международной практике.

В применении статистических данных для оценки эффективности управления имеется ряд проблем, которым посвящена специальная литература [9]. Ряд авторов даже утверждают, что медицинская статистика используется преимущественно лишь для обоснования увеличения государственных расходов [7]. Понимая имеющиеся ограничения, мы, однако, должны констатировать, что одним из преимуществ количественного анализа является возможность проследить динамику процесса на протяжении некоторого времени по описывающим этот процесс показателям. Достоверность результатов повышается с увеличением продолжительности наблюдений. В рамках настоящего исследования мы рассматриваем процесс реализации государственной политики в сфере здравоохранения в широком временном диапазоне с середины 1980-х годов до конца 2016 г. Подобный подход позволяет проследить динамику изменений состояния системы здравоохранения от модели развитого социализма через период политического транзита к ее современному состоянию и сделать обоснованные суждения о направлении этих изменений.

Для того чтобы комплексно характеризовать развитие отрасли, были изучены целевые показатели действующей государственной программы «Развитие здравоохранения»<sup>1</sup> и показатели, используемые Всемирным банком для межстрановых сравнений уровня здравоохранения<sup>2</sup>. Эти перечни показателей были сопоставлены с планом статистических работ<sup>3</sup>. В итоговый перечень включен 21 статистический показатель, информативность которых для описания процессов здравоохранения подтверждена проведенным исследованием и методология расчета которых не менялась во все исследуемые годы<sup>4</sup>. Они сгруппированы по тематическому принципу:

### 1) кадровые показатели:

- численность врачей, чел.;
- обеспеченность врачами, на 10 000 чел. населения;
- численность среднего медперсонала, тыс. чел.;

### 2) инфраструктурные показатели:

- число больничных организаций, тыс.;
- число поликлиник, тыс.;
- число фельдшерских, акушерских пунктов, тыс.;
- число больничных коек, тыс.;
- число станций скорой помощи, тыс.;
- обеспеченность больничными койками, на 10 000 чел. населения;

<sup>1</sup> Утверждена постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.

<sup>2</sup> The World Bank Indicators // <https://data.worldbank.org/indicator> (accessed 07.09.2017).

<sup>3</sup> Распоряжение Правительства РФ от 06.05.2008 № 671-р (ред. от 26.05.2017) «Об утверждении Федерального плана статистических работ».

<sup>4</sup> Источниками данных служили сборники: СССР в цифрах. М.: ЦСУ, 1985–1990; РСФСР в цифрах. М.: ЦСУ, 1985–1990; Россия в цифрах. М.: Госкомстат, 1991–2003; Российский статистический ежегодник. М.: Росстат, 2004–2017.

3) *показатели качества функционирования:*

- охвачено периодическими медосмотрами, млн чел. населения;
- заболеваемость населения по основным классам болезней, млн зарегистрированных пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни;
- число больных туберкулезом, тыс.;
- число больных алкоголизмом, тыс.;
- коэффициент смертности на 1000 чел.;
- смертность от болезней системы кровообращения на 100 000 чел.;
- смертность от новообразований на 100 000 чел.;
- смертность от болезней дыхания на 100 000 чел.;
- младенческая смертность, тыс.;
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;

4) *финансово-экономические показатели:*

- отношение средней начисленной заработной платы работников здравоохранения к средней оплате труда по экономике, %;
- доля государственных расходов на здравоохранение, % от всех расходов консолидированного бюджета РФ.

Состав показателей достаточно разнообразен и может быть в будущем расширен. Значения показателей определяются на конец каждого года. Динамика индексов, характеризующих развитие здравоохранения в 1980–2010-е годы, рассмотрена с привлечением историко-компаративистского метода и анализа документов, позволяющих интерпретировать выявленные закономерности и объяснить их причины. Показатели агрегированы с использованием метода главных компонент (*Principle component analysis*), позволившего сжать массив данных без потери их информативности до простого набора индексов, отражающих характеристики всего массива. Построение индексов осуществлено в статистическом пакете обработки и анализа данных Stata. Для индекса развития сферы здравоохранения объясненная дисперсия (коэффициент детерминации) составила 58%, то есть находится на приемлемом уровне. Таким образом, используемая модель соответствует данным, между которыми существует статистически значимая зависимость, предложенный набор показателей является достаточно информативным, чтобы описать с его помощью наблюдаемые тенденции.

Далее изучены преобразования системы управления здравоохранением. В качестве базовых показателей развития государственной службы в здравоохранении предложены следующие показатели:

- *показатель бюрократизации отрасли:* доля численности государственных гражданских служащих в органах управления здравоохранением от общей численности гражданских служащих государственных органов исполнительной власти на республиканском (федеральном) уровне, %;
- *показатель уровня оплаты труда госслужащих:* отношение средней начисленной заработной платы гражданских служащих в органах управления здравоохранением к средней начисленной заработной плате работников в отрасли здравоохранения, %;
- *показатель трудозатрат в органах управления:* соотношение между численностью гражданских служащих в органах управления здравоохранением и количеством государственных функций, реализуемых данными органами;
- *показатель уровня профессиональной квалификации госслужащих:* доля лиц с высшим профессиональным образованием среди госслужащих в сфере здравоохранения, %;
- *показатель стабильности кадров:* отношение среднего стажа госслужащих в сфере здравоохранения к среднему стажу работников в системе гражданской службы, %;

- *показатель обновления кадров*: отношение среднего возраста госслужащих в сфере здравоохранения к среднему возрасту работников в системе гражданской службы, %.

За исключением числа государственных функций, данные показатели в постсоветские годы представлены в официальной статистике<sup>1</sup>. В качестве государственных служащих учитывался штатный административный персонал органов управления здравоохранением на общегосударственном уровне. В период 1984–1991 гг. учитывались кадры органов управления здравоохранением РСФСР. Значения показателей определялись на конец каждого года на основании статистических данных и архивных источников, многие из которых впервые выявлены автором<sup>2</sup>. В качестве государственных функций учитывались полномочия государственных органов, согласно положениям о них. Методика функционального анализа описана в работе [3].

Далее осуществлено агрегирование данных описанным выше способом с построением набора соответствующих индексов. Объясненная дисперсия составляет 51%, то есть используемые показатели, несмотря на их ограниченный состав, достаточно информативны.

Визуализация индексов, характеризующих развитие отрасли и развитие отраслевой системы государственной службы, позволяет оценить согласованность их динамики. Для этого применимы методы регрессионно-корреляционного анализа. Мы не имеем оснований интерпретировать связи между индексами как причинно-следственные, однако наличие тесной статистической связи на фоне восходящей динамики обоих индексов позволяет оценить функционирование системы как эффективное. Рассогласование динамики индексов указывает на отсутствие значимого влияния системы госслужбы на управляемую отрасль. Наконец, наличие статистически значимой связи индексов на фоне их одновременного снижения указывает на неэффективное взаимодействие между органами управления и процессами в отрасли. Выявление одной из этих тенденций позволит понять провалы и «точки роста» в развитии здравоохранения и сформулировать рекомендации для его будущего реформирования.

## Тенденции развития российского здравоохранения

Советский Союз подошел к началу перестройки в 1985 г., имея сформированную систему здравоохранения, обладавшую преимуществами, признанными во всем мире. Данная высоко интегрированная система строилась на существовании разветвленной сети учреждений, покрывавшей территорию страны и укомплектованной специалистами широкого профиля, что позволяло выявлять на начальной стадии и устранять наиболее распространенные заболевания даже при среднем уровне квалификации персонала и при невысоком объеме финансирования здравоохранения.

В целом за 1984–1991 гг. рассчитанный нами сводный индекс развития здравоохранения снизился на 11%. Рост был отмечен в показателях численности медицинских работников (+2%), числа поликлиник (+14%) и больниц (+2%), станций скорой помощи (+32%). Улучшились показатели по заболеваемости туберкулезом

<sup>1</sup> См.: Численность и состав работников, замещавших должности государственной гражданской и муниципальной службы. Государство, общественные организации // Сайт Росстат [Электронный ресурс]. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/state/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/state/) (дата обращения: 23.05.2018).

<sup>2</sup> Например: Постановление Совмина РСФСР от 01.04.1969 № 197 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения РСФСР» в ред. СП РСФСР, 1981, № 5, ст. 22; Справка о численности работников центрального аппарата министерств и ведомств РСФСР на 1 января 1985 г. // Гос. архив РФ. Ф. А259. Оп. 46. Д. 4256. Т. 3. Л. 21–22.

(–22%), смертности от болезней органов дыхания (–32%), младенческой смертности (–32%).

Однако при этом снизилась обеспеченность населения медперсоналом на 3% (на фоне роста численности населения), числа фельдшерских и акушерских пунктов (–3%), охвата населения профилактическими осмотрами (–20%). Увеличилась заболеваемость (+10%) и смертность (+9%), в том числе от болезней органов кровообращения (+12%) и новообразований (+20%). Все это происходило на фоне резкого снижения доли расходов бюджета на здравоохранение с 9,2% в 1984 г. до 0,7% в 1991 г.

Следует отметить, что преобразования в здравоохранении не входили в число приоритетов команды реформаторов, пришедшей к власти после распада СССР. Предполагалось, что рыночные механизмы в экономике совместимы с системой здравоохранения, оставшейся в наследство от советского времени, при условии ее «косметического» обновления. Все институты советского здравоохранения, программы, кадры и инфраструктура не исчезли; государство не отказывалось от своих социальных обязательств, декларировало их в новых законах, но фактически не исполняло.

В 1993 г. был принят новый базовый закон о здравоохранении, носивший по традициям того времени предельно демократичный, но декларативный характер<sup>1</sup>. В том же году был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и его филиалы в регионах. Фонд действовал как государственная структура, но не имел властных полномочий, что снижало его эффективность.

Предпринимались попытки реализовывать новые программы в здравоохранении. Следует назвать программы «Вакцинопрофилактика» на 1993–1997 гг. (финансирование в 288 млн долл. осуществлялось при поддержке зарубежных доноров), «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» на 1998–2004 гг. (17,5 млрд руб.), а также Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в РФ<sup>2</sup>. Однако в реализации данных программ отсутствовала системность, они не были обеспечены ресурсами.

В период с 1992 по 1999 гг. индекс развития здравоохранения снизился на 5%. Улучшились показатели обеспеченности врачами (+7%) и младенческой смертности (–33%). Однако эти изменения были скорее статистическими, чем реальными (например, врачи работали одновременно на нескольких ставках по совместительству, что создавало иллюзию роста их численности). Сократились обеспеченность средним и младшим медперсоналом (–5%), число больниц (–13%), фельдшерских пунктов (–5%), охват населения профилактическими осмотрами (–52%)<sup>3</sup>. Усилилась заболеваемость (+12%), в том числе туберкулезом (+27%); коэффициент смертности увеличился на 15%, в том числе смертности от болезней кровообращения на 20%, от новообразований на 4%, ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 3%.

<sup>1</sup> Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1.

<sup>2</sup> Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (одобрена постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387).

<sup>3</sup> Изменение инфраструктурных показателей (число больниц, поликлиник, фельдшерских, акушерских пунктов, больничных коек, станций скорой помощи), равно как и численности медперсонала, само по себе является нейтральным показателем, указывающим на институциональные изменения, но не их вектор. Сокращение числа объектов и численности работников, сопровождающееся улучшением финансирования и ростом показателей качества функционирования (статистика заболеваемости, смертности, продолжительности жизни), указывает на позитивные изменения и может рассматриваться как оптимизация системы. В обратном случае эти процессы указывают на негативную динамику. Это справедливо как в рассматриваемом периоде, так и в дальнейшем.

В 2001 г. программа ОМС была заменена на программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, подлежащую ежегодному продлению. На данную программу приходилось более 85% государственных расходов на здравоохранение.

На 2000-е годы пришелся «программный бум». В частности, реализовывались такие целевые программы, как: «Медицина высоких технологий» на 1999–2007 гг. (3,1 млрд руб.); «Профилактика и лечение артериальной гипертонии» на 2002–2008 гг. (3,6 млрд руб.), «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2002–2006 гг. (92 млрд руб.) и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007–2012 гг. (95,8 млрд руб.).

Особое место занимает приоритетный национальный проект «Здоровье», инициированный президентом в 2006 г. На финансирование проекта было направлено в 2006 г. 78,9 млрд руб. и в 2007–2009 гг. — 346,3 млрд. рублей. Основные мероприятия проекта сводились к повышению уровня оплаты врачей и закупкам нового медицинского оборудования [5].

В 2004 г., на фоне коммерциализации здравоохранения, была предпринята попытка реформы социального обеспечения («монетизация льгот»), вызвавшая недовольство в обществе.

В целом по итогам 2000–2009 гг. индекс развития здравоохранения впервые за долгое время вырос на 2,7%. Улучшилась обеспеченность врачами (+4%), ожидаемая продолжительность жизни (+5%), оплата врачей (+29%), увеличилась доля расходов на здравоохранение (+55%). Снизились число больных туберкулезом (–31%), алкоголизмом (–8%), смертность (–8%), в том числе от болезней кровообращения (–5%), дыхания (–20%), а также младенческая смертность (–24%). Однако на этом фоне произошло сокращение обеспеченности средним и младшим медперсоналом (–3%), числа больниц (–39%), поликлиник (–28%), фельдшерских и акушерских пунктов (–13%), станций скорой помощи (–6%), больничных коек (–18%). Охват населения периодическими осмотрами снизился на 12%. Заболеваемость увеличилась на 3%.

В середине 2000-х годов средняя продолжительность жизни в России была самой низкой среди развитых стран, а смертность мужчин самой высокой в мирное время (в 5 раз выше смертности женщин в возрастной группе 45–49 лет и в 4 раза выше в группе 25–29 лет). По коэффициенту смертности мы находились на 130-м месте из 200 стран мира. Учитывая эти тенденции, в дальнейшем правительство уделяло вопросам здравоохранения приоритетное внимание. В 2010–2011 гг. обновлено законодательство о медицинском страховании и медобслуживании<sup>1</sup>. По сути только в этот период началось формирование современной системы здравоохранения.

Система кадров медицины остается раздробленной. Существует 92 специальности врачей<sup>2</sup>, в результате медики утрачивают способность к комплексной диагностике. Они также не имеют мотивации к наблюдению за пациентами, лечат болезнь, а не человека; 58% врачей никогда не взаимодействуют с коллегами других специальностей, а 55% поликлиник не отслеживают состояние своих больных, направленных в стационары. Доля врачей увеличивается за счет снижения доли среднего и младшего медперсонала; 80% дипломированных медсестер не работают по специальности.

<sup>1</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»; Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

Отчасти решению данных проблем способствует реализация государственной программы «Развитие здравоохранения» на 2014–2020 гг. (13,1 трлн руб.)<sup>1</sup>. В программе запланированы ресурсы для закупки медицинской техники и внедрения информационных систем (электронная запись к врачу, цифровая медкарта). Кадровая часть программы предусматривает выход на мировые стандарты обеспечения младшим персоналом (три медсестры на одного врача). Предусматривается переход врачей на эффективные контракты, чтобы обеспечить оплату не за отработанное время, а за сложность работы и результаты деятельности [13].

В Указе президента «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» заложены целевые показатели развития отрасли до 2018 г.<sup>2</sup> Минздрав России отвечает за организационно-методическое обеспечение выполнения указа<sup>3</sup>. Своего рода «полигоном» для реализации реформы здравоохранения стала Москва, где организации здравоохранения в 2012–2014 гг. были укрупнены и внедрена единая информационная система (ЕМИАС), охватывающая более 6 млн пациентов<sup>4</sup>. Система позволила сократить время ожидания в очереди на прием к врачу.

Общий индекс развития здравоохранения за 2010–2016 гг. вырос на 15%. Это произошло за счет роста охвата населения периодическими осмотрами (+99%), ожидаемой продолжительности жизни (+3%) и уровня оплаты медработников (+20%). Снизилась смертность (–9%), в том числе младенческая (–4%), от болезней кровообращения (–19%), новообразований (–2%), заболеваемость туберкулезом (–67%) и алкоголизмом (–19%). Однако на этом фоне отмечено снижение обеспеченности врачами (–9%), числа больниц (–14%), станций скорой помощи (–13%), фельдшерских пунктов (–5%); рост заболеваемости (+3%), смертности от болезней дыхания (+4%).

В целом за весь период 1984–2016 гг. увеличились численность врачей (+15%), уровень их оплаты (+24%); число станций скорой помощи (+10%), ожидаемая продолжительность жизни (+4%); снизились младенческая смертность (–74%), смертность от болезней дыхания (–41%), число больных алкоголизмом (–22%) и туберкулезом (–76%).

При этом произошло снижение обеспеченности средним медперсоналом (–10%), числа больниц (–57%), больничных коек (–35%), фельдшерских и акушерских пунктов (–27%), охват населения профилактическими осмотрами (–42%). Увеличились заболеваемость (+26%), смертность (+17%), в том числе от болезней кровообращения (+13%) и новообразований (+23%). Доля расходов бюджета РФ на здравоохранение в 2016 г. составляла 2,9%, а бюджета РСФСР в 1984 г. 9,2%. В целом зафиксировано снижение индекса развития здравоохранения страны на 1,5%. Описательная статистика этих процессов представлена в табл. 1. Таким образом, итоги трех десятилетий реформ здравоохранения нельзя признать вполне удачными.

## Организация управления здравоохранением

В СССР управление здравоохранением осуществлялось профильными министерствами союзного и республиканского подчинения, так как вопросы организации здравоохранения относились к совместному ведению Союза и республик.

<sup>1</sup> Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

<sup>2</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 26.06.2014 № 322 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах»; письмо Минздрава России и ФОМС от 24.12.2015 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

<sup>4</sup> Постановление Правительства Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2012 годы» (в ред. от 21.05.2013 № 1322-ПП).

## Описательная статистика развития

Table 1. Descriptive statistics of

Значения	Численность врачей (чел.)	Обеспеченность врачами на 10 000 чел.	Численность среднего медперсонала, тыс.	Число больничных организаций, тыс.	Число поликлиник, тыс.	Фельдшерских, акушерских пунктов, тыс.	Число больничных коек, тыс.	Обеспеченность больничными койками на 10 000 чел.	Охвачено периодическими осмотрами, млн чел.	Число станций скорой помощи
Среднее	679	47	1614	10	20	43	1667	115	29	3001
Стандартное отклонение	29	2	98	3	2	5	264	18	18	229
Максимум	733	51	1817	13	22	49	2047	139	64	3276
Минимум	615	43	1509	5	15	35	1222	83	16	2325
Коэффициент вариации (дисперсия)	828	5	9540	8	5	23	69 668	309	306	52401
<b>Темп роста значений показателя</b>										
1984–1991	103	97	101	102	114	97	106	101	80	132
1992–1999	107	110	94	87	102	96	86	87	48	102
2000–2009	105	106	97	61	72	87	82	84	88	94
2010–2016	94	91	103	86	118	95	91	89	199	87
1984–2016	109	104	92	43	99	73	65	62	58	110

Источник: расчеты автора по данным официальной статистики.

В ноябре 1991 г. функции союзного министерства перешли к Министерству здравоохранения и социального обеспечения РСФСР. В 1992 г. Минздравсоцобеспечения было снова преобразовано в Минздрав, а в 1994 г. — в Министерство здравоохранения и медицинской промышленности (Минздравмедпром). В 1998 г. управление медицинской промышленностью было выведено в другое ведомство, а функции Госсанэпиднадзора отданы в восстановленный Минздрав РФ. Однако в 2004 г. последовала новая реорганизация. Всего за 23 года ведомство здравоохранения выдержало 7 реорганизаций, что негативно сказывалось на его работе.

Численность государственных служащих в органах управления здравоохранением демонстрировала тенденцию снижения в период с 1984 по 1998 г. с 1969 до 465 служащих в центральном аппарате. В дальнейшем с 1999 по 2010 гг. происходил рост численности до 1458 чел., сменившийся снижением к 2016 г. до 1040 государственных служащих.

**здравоохранения (1984–2016 гг.)**  
 ealth care development (1984–2016)

Заболелаемость, млн чел.	Число больных туберкулезом, тыс.	Число больных алкоголизмом, тыс.	Коэффициент смертности, на 1000 чел.	Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 000	Смертность от новообразований, на 100 000	Смертность от болезней дыханий, на 100 000	Младенческая смертность, тыс.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Отношение ср. з/п в здравоохранении к средней по экономике, %	Доля расходов бюджета на здравоохранение, %
103	287	2260	14	745	199	63	24	68	73	3
8	61	371	2	104	10	9	12	2	6	2
115	387	2946	16	927	210	92	49	71	90	9
90	85	1577	10	580	164	49	13	64	62	1
70	3694	13 7279	3	10789	100	86	146	5	40	4

телей по периодам (%):

110	78	128	109	112	120	68	68	101	105	8
112	127	87	115	120	104	100	68	97	97	159
108	69	92	92	95	101	80	74	105	129	156
103	33	81	91	81	98	104	97	104	120	94
127	24	78	117	113	123	59	26	105	125	32

На территориальном уровне максимальная численность служащих отмечена в 2012 г. (20 134 чел.), а к 2016 г. она сократилась до 16 760 человек. Доля работников управления здравоохранением варьировалась от 1,4% общей численности госслужащих в 1985 г. до 4,9% в 2010 г., и в среднем составляла 3% от этой численности.

Число функций органов здравоохранения сократились с 348 в 1984 г. до 162 в 1998 г.; в дальнейшем происходил рост до 399 в 2004 г., 423 в 2012 г. и 561 в 2016 г. Минздрав традиционно относится к числу органов с максимальным количеством реализуемых функций.

Распределение функций органов управления здравоохранением по направлениям деятельности показано на рис. 1.

Видна тенденция резкого возрастания доли функций, связанных с нормотворчеством на фоне снижения доли функций по оказанию услуг, контролю, управлению собственностью. Это связано с процессом приватизации, увеличением доли рынка коммерческой медицины.

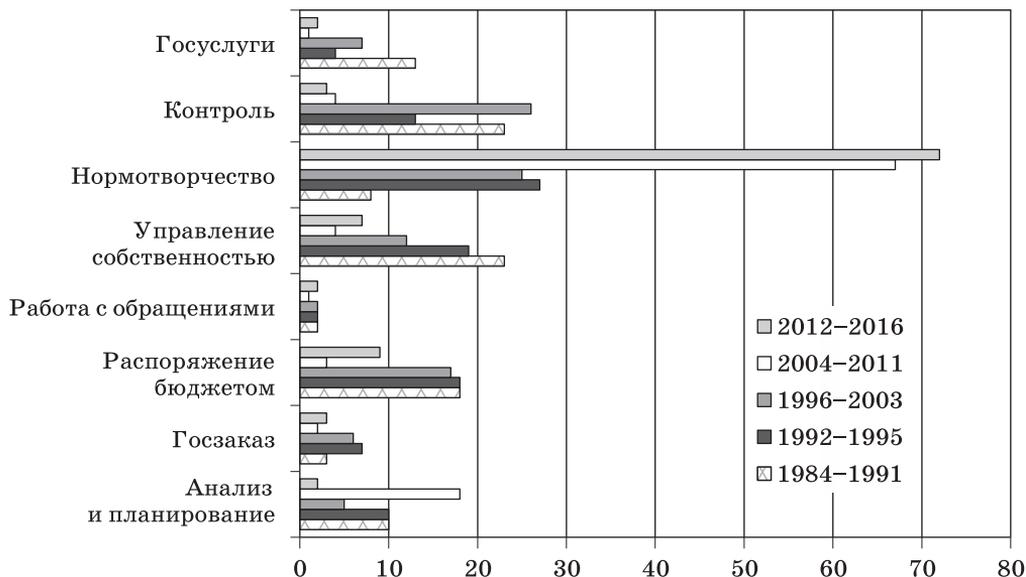


Рис. 1. Распределение функций государственных органов управления здравоохранением по направлениям (1984–2016 гг.), %

Fig. 1. Distribution of functions of state authorities on health care management in the directions (1984–2016), %

Источник: составлено автором по текстам положений о государственных органах.

Средний возраст госслужащих в здравоохранении в основном соответствовал тенденциям, характерным для системы федеральной гражданской службы в целом. Это же можно сказать и в отношении среднего стажа служащих в органах управления здравоохранением. Среди руководящего состава данных ведомств 80% служащих имеют опыт работы в организациях здравоохранения до прихода на госслужбу. Между тем следует констатировать, что переход на госслужбу осуществляется, как правило, из государственных учреждений здравоохранения. Таким образом, действующие чиновники имеют довольно слабое представление о функционировании рынка медицинских услуг, что может сказываться на их взаимодействии с представителями предпринимательского сообщества.

Это же можно сказать и об общественных организациях. Хотя при всех федеральных органах власти в настоящее время функционируют общественные советы, выдвижение их экспертов на должности госслужбы не получило распространения. Также практически не отмечено переходов в центральный аппарат федеральных органов здравоохранения кадров из аналогичного аппарата регионального и муниципального уровня. Это указывает на то, что вертикальная мобильность отраслевых специалистов еще недостаточно развита, а кадровый потенциал субъектов РФ не востребован.

Доля лиц с профильным образованием в данной сфере всегда была выше, чем в большинстве ведомств. Среди руководящего состава Минздрава около 60% являются врачами по специальности и около 40% экономистами<sup>1</sup>. Более половины высокопоставленных госслужащих в данном ведомстве имеют ученые степени по медицинским или экономическим наукам.

<sup>1</sup> Расчеты автора по данным официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61> (дата обращения: 07.09.2017).

Уровень оплаты труда госслужащих в здравоохранении целесообразно оценивать относительно среднего уровня оплаты в органах исполнительной власти. В 1984 г. эта доля составляла 83,6%, в 1991 г. — 95,4%, в 1995 г. — 91%, в 2000 г. — 94,8%, в 2010 г. — 93,3%, в 2016 г. — 93,2%. Видно, что оплата труда чиновников в здравоохранении обычно была ниже средней по органам исполнительной власти. Минимальным это соотношение было в 2011 г. (77%), максимальным в 2006 г. (147%). При этом уровень оплаты госслужащих во все годы был выше уровня оплаты работников отрасли здравоохранения.

На основании изучения динамики рассмотренных показателей были рассчитаны индексы развития отраслевого аппарата государственной службы в здравоохранении. Индекс принимал максимальные значения в 1985–1988 гг. (на 42–43% выше среднего по выборке). Минимальное значение отмечено в 2004, 2008 и 2010 гг. (на 7–8% ниже средних).

### Тенденции и выводы

Рассмотрим развитие отрасли здравоохранения и трансформацию управляющей ею системы государственной службы как взаимосвязанные и взаимообусловленные процессы. Используемая методика позволяет сделать это и представить обе тенденции графически на рис. 2.

Обращает внимание совпадение динамики рассматриваемых индексов. Если в отдельные периоды эта связь носила неявный характер, то в горизонте всего исследования она очевидна. В этом проявляется преимущество исследования длинных трендов.

Теснота статистической связи между значениями индексов подтверждается расчетом корреляции между ними, с коэффициентом равным 90% при  $p = 0,0000$ . Иными словами, в 90% случаев рост показателей развития здравоохранения в 1984–2016 гг. происходил на фоне аналогичного возрастания значений показателей в отраслевой системе государственной службы. Стандартные дескриптивные характеристики массива показателей развития отраслевой госслужбы представлены в табл. 2. Все использованные показатели являются независимыми переменными, поэтому одновременный рост и снижение индексов отражает существование объективной эмпирической закономерности.

Это подтверждают и материалы регрессионного анализа на 924 наблюдениях (693 значения показателей отраслевого развития и 231 показатель развития госслужбы). При индексе отраслевого развития, взятом в качестве независимой переменной, выявлена значимая ( $P = 0,0000$ ;  $R^2 = 0,81$ ;  $\text{const} = 68,3$ ) положительная связь (коэффициент равен 31%) с индексом развития госслужбы. В обратном случае, при индексе развития госслужбы в качестве независимой переменной ( $P = 0,0000$ ;  $R^2 = 0,81$ ;  $\text{const} = -156,3$ ), коэффициент составляет 258%.

Таким образом, подтверждается гипотеза о том, что государственный аппарат вносит вклад в достижение приоритетов отраслевого развития, и существует закономерное соответствие в процессах развития отрасли здравоохранения и аппарата государственной службы, осуществляющего управление данной отраслью. Знание данных закономерностей важно для проектирования мероприятий по дальнейшему реформированию здравоохранения и государственной службы в России.

Если оценивать эффективность отраслевого управления, то органами здравоохранения в последние годы достигнут относительно более высокий уровень эффективности, чем ранее, так как значительный объем функций исполняется сравнительно небольшим числом госслужащих в условиях умеренного финансирования и на фоне положительной динамики показателей развития отрасли. Эффективность государственной службы в территориальных органах в среднем ниже, чем в центральном



Рис. 2. Динамика развития отрасли здравоохранения и отраслевой системы государственной службы в России (1984–2016 гг.), %

Fig. 2. Dynamics of development of health care branch and the branch system of state service in Russia (1984–2016), %

Источник: составлено автором по материалам собственного исследования.

аппарате. Это связано преимущественно с избыточной численностью работников, способствующей высокой бюрократизации и низкой функциональной нагрузке. Значительная численность федеральных служащих на региональном уровне компенсируется их низкой средней оплатой, провоцирующей коррупцию и невысокий профессионализм служащих. В центральном аппарате эти проблемы проявляются в меньшей степени.

Вместе с тем, поводы для оптимизма пока весьма умеренные, если оценивать динамику развития обоих индексов не в краткосрочной, а в длительной перспективе, соответствующей хронологическим рамкам исследования. Видно, что самые низкие значения индекса развития отрасли здравоохранения отмечены в 1999–2003 гг. (на 5–6% ниже средних по выборке), а самые высокие значения — в 1984–1989 гг. (на 10–15% выше средних). Одинаковые значения индекса отмечены в 1991 и 2014, а также в 1985 и 2016 гг. Это означает, что реального развития здравоохранения все постсоветские годы не происходило: отрасль вошла в затяжной кризис и только в самый последний период возвратилась на исходный уровень, но очень медленными темпами.

С другой стороны, в целом за все анализируемые годы значение индекса развития государственной службы в органах управления здравоохранением снизилось на 6%. Сопоставимые значения выявлены в 1992 и 2014, а также 1991 и 2016 гг. Это указывает, что за весь период система государственной службы не продемонстрировала развития, эволюционировала нестабильно и в целом функционирует сегодня на уровне, сопоставимом с началом 1990-х, но хуже середины 1980-х гг.

Таким образом, можно сделать вывод, что отрасль в настоящее время развивается более быстрыми темпами по сравнению с управляющей ей системой государственной службы. Уровень организационного и профессионально-кадрового обеспечения в аппарате здравоохранения в основном отвечает потребностям текущего развития, но не задает стратегию развития отрасли. Иными словами, аппарат от-

## Описательная статистика развития государственной службы в органах управления здравоохранением (1984–2016 гг.)

Table 2. Descriptive statistics of development of state service in governing bodies of health care (1984–2016)

Значения	Число государственных органов в сфере здравоохранения, ед.	Число государственных функций в сфере здравоохранения, ед.	Число государственных функций в расчёте на 1 госоргана	Число госслужащих в сфере здравоохранения, чел.	Отношение численности госслужащих в сфере здравоохранения к числу государственных функций	Доля госслужащих в сфере здравоохранения от общей численности гражданских служащих, %	Средняя зарплата госслужащих в сфере здравоохранения, руб. в мес.	Доля средней зарплаты госслужащих в сфере здравоохранения от средней зарплаты гражданских служащих, %	Доля средней зарплаты госслужащих в сфере здравоохранения, %	Доля лиц с высшим образованием в сфере здравоохранения, %	Средний стаж госслужащих в сфере здравоохранения, лет	Средний возраст госслужащих в сфере здравоохранения, лет	Темп роста значений показателей по периодам (%)		
													1984–1991	1992–1999	2000–2009
Среднее	3	322	92	1127	365	3	24623	97	401	74	6	40	115	100	98
Стандартное отклонение	1	107	14	378	110	1	28832	15	143	13	1	1	115	86	105
Максимум	6	561	140	1969	566	5	86011	147	722	98	7	42	116	115	105
Минимум	1	162	68	465	185	1	162	77	116	54	5	37	163	83	95
Коэффициент вариации (дисперсия)	2	11439	209	143237	12043	1	831 306 732	219	20321	163	1	2	112	140	103
	75	68	100	58	86	111	844	114	282	115	100	98	115	100	98
	67	91	101	58	63	106	39	93	159	115	86	105	115	86	105
	200	172	117	189	110	139	615	115	57	116	83	95	116	83	95
	100	135	135	71	53	71	158	100	86	112	140	103	112	140	103
	100	161	161	53	33	194	53224	111	258	181	100	100	181	100	100

Источник: составлено автором по материалам собственного исследования.

стает от темпов роста отрасли. Можно предположить, что этот рост обеспечивается, главным образом, не федеральным регулятором, а иными субъектами, выходящими за рамки данной статьи, такими как региональные органы управления, организации коммерческого сектора и общественные организации. Аппарат госслужбы не мешает развитию здравоохранения, однако требуются новые и планомерные усилия для того, чтобы этот аппарат оказался способен осуществлять планирование приоритетов отраслевого развития в новых условиях, формировать тренды на будущее, на равных взаимодействовать с субъектами отрасли.

Федеральные органы управления здравоохранением призваны исправлять дисфункции в отрасли. Для того чтобы эта деятельность приобрела системный характер, представляется необходимым установить более тесную взаимосвязь между показателями развития отрасли и деятельностью органов государственной власти. Например, целесообразно нормировать численность госслужащих с учетом общей динамики занятых в здравоохранении, а уровень оплаты труда в аппарате управления увязывать (но не обязательно приравнивать) к оплате труда работников отрасли на должностях эквивалентного уровня квалификации.

На наш взгляд, именно реальная динамика релевантных социально-экономических показателей должна являться основой для оценки эффективности деятельности органов власти и их руководителей, оплаты труда, стимулирования и принятия кадровых решений. Современные госслужащие призваны не «командовать» отраслью, а анализировать происходящие в ней процессы, изучать влияние различных факторов и формировать стратегии изменений для достижения конечных результатов, заданных на политическом уровне, с учетом имеющихся ресурсов. Для этого в аппарат должны привлекаться отраслевые специалисты с опытом работы в первичном звене. К подобным выводам приводит изучение лучших практик управления здравоохранением в мире и в нашей стране.

## Литература

1. Аганбегян А. Г., Варшавский Ю. В., Жуковский В. Д. О программно-целевом управлении в здравоохранении // SPERO. 2007. № 7. С. 5–26.
2. Богма К. А. Программно-целевой подход как стратегия эффективного управления региональной системой здравоохранения // В сб.: Актуальные проблемы повышения эффективности государственной власти и управления в современной России. Ростов-на-Дону. : ЮРИУ РАНХиГС, 2016. С. 27–32.
3. Борщевский Г. А. Применение количественных методов для исследования процессов реформирования государственной службы // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 2. С. 147–172.
4. Бурменко Т. Д., Тарханова Е. Г. Состояние сферы социально значимых усл уг в мире (на примере здравоохранения и образования) // Известия Иркутской государственной экономической академии. 2013. № 5. С. 109–116.
5. Гришин В. В. Реформа национальной системы здравоохранения // Здравоохранение. 2008. № 4. С. 139–144.
6. Краснопольская И. И., Мерсиянова И. В. Трансформация управления социальной сферой: запрос на социальные инновации // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. № 2. С. 29–52.
7. Крашенинникова Ю. А. Медицинская статистика как способ легитимации распределения ресурсов в российской системе здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2011. № 4. С. 28–42.
8. Кук Л. Государство в социальной сфере: уходит или остается? Итоги реформ в России и странах Центральной и Восточной Европы // Вопросы государственного и муниципального управления. 2014. № 2. С. 120–144.
9. Михайлова Ю. В., Леонов С. А., Сон И. М. [и др.]. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики // Социальные аспекты здоровья населения. 2007. № 1. С. 5–11.

10. Поляков М. В. Особенности подушевого финансирования амбулаторной помощи // *Здравоохранение*. 2015. № 4. С. 20–25.
11. Пономаренко Б. Т., Раевская И. А. Работа с персоналом в медицинских организациях // *Государственная служба*. 2016. № 2. С. 104–108.
12. Семенов Ф. М. Государственная служба и кадровая политика Росздравнадзора // *Вестник Росздравнадзора*. 2014. № 5. С. 56–62.
13. Шейман И. М. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи // *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2016. № 4. С. 143–164.
14. Шишкин С. В., Власов В. В., Боярский С. Г., [и др.]. *Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: доклад*. М. : НИУ ВШЭ, 2017.
15. Berman B. W. The Generalist-Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game // *Clin Pediatr (Phila)*. 2014. N 53. P. 719–720.
16. Halvorson G. *Health Care will Not Reform Itself*. New York: Productivity Press, 2009.
17. *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*. OECD, EUROSTAT, European Commission, 2017.
18. Hernández-Quevedo C., Llano R., Mossialos E. Paying for integrated care: An Overview // *Eurohealth*. 2013. Vol. 19. N 2. P. 3–6.
19. Speller V. Principles and Practice of Health Promotion // *Health Promotion and Healthy Public Policy*. 2013. N 3. P. 356–379.

#### Об авторе:

**Борщевский Георгий Александрович**, доцент Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (Москва, Российская Федерация), кандидат исторических наук; ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru

#### References

1. Aganbegyan A. G., Varshvsky Yu.V., Zhukovsky V. D. About program goals management in health care // *SPERO*. 2007. N 7. P. 5–26. (In rus)
2. Bogma K. A. Goals management approach as the strategy of effective management of a regional health care system // In collection of articles: *Current problems of increase in efficiency of the government and management in modern Russia*. Rostov-on-Don: South-Russian Institute of Management of RANEPa, 2016. P. 27–32. (In rus)
3. Borschevsky G. A. Application of quantitative methods for studying civil service reforms // *Public Administration Issues [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]*. 2015. N 2. P. 147–172. (In rus)
4. Burmenko T. D., Tarkhanova E. G. A condition of the sphere of socially important services in the world (on the example of health care and education) // *News of the Irkutsk State Economic Academy [Izvestiya Irkutskoi gosudarstvennoi ekonomicheskoi akademii]*. 2013. N 5. P. 109–116. (In rus)
5. Grishin V. V. Reform of a national health care system // *Health care [Zdravookhranenie]*. 2008. N 4. P. 139–144. (In rus)
6. Krasnopolskaya I. I., Mersiyanova I. V. Transformation of the social sphere administration: demand for social innovations // *Public Administration Issues [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]*. 2015. N 2. P. 29–52. (In rus)
7. Krasheninnikova Yu. A. Medical Statistics As a Means to Legitimize Resources Distribution in the System of Health Service in Russia // *Public Administration Issues [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]*. 2011. N 4. P. 28–42. (In rus)
8. Kuk L. The state in the social sphere: departing or staying? Social reforms in central Eastern Europe and Russia // *Public Administration Issues [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]*. 2014. N 2. P. 120–144. (In rus)
9. Mikhaylova Yu. V., Leonov S. A., Son I. M. [etc.]. Current state and ways of development of domestic medical statistics // *Social aspects of health of the population [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2007. N 1. P. 5–11. (In rus)
10. Polyakov M. V. Features of per capita financing of the out-patient help // *Health care [Zdravookhranenie]*. 2015. N 4. P. 20–25. (In rus)
11. Ponomarenko B. T., Raevskaya I. A. Work with personnel in the medical organizations // *Public administration [Gosudarstvennaya sluzhba]*. 2016. N 2. P. 104–108. (In rus)

12. Semenov F.M. Civil service and personnel policy of Roszdravnadzor // Bulletin of Roszdravnadzor [Vestnik Roszdravnadzora]. 2014. N 5. P. 56–62. (In rus)
13. Sheiman I.M. Problems of Transition to the Capitation Method of Primary Care Payment // Public Administration Issues [Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya]. 2016. N 4. P. 143–164. (In rus)
14. Shishkin S.V., Vlasov V.V., Boyarsky S.G., [etc.]. Health care: current state and possible scenarios of development: report. M. : National Research University Higher School of Economics, 2017. (In rus)
15. Berman B.W. The Generalist-Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game // Clin Pediatr (Phila). 2014. N 53. P. 719–720.
16. Halvorson G. Health Care will Not Reform Itself. New York : Productivity Press, 2009.
17. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. OECD, EUROSTAT, European Commission, 2017.
18. Hernández-Quevedo C., Llano R., Mossialos E. Paying for integrated care: An Overview // Eurohealth. 2013. Vol. 19. N 2. P. 3–6.
19. Speller V. Principles and Practice of Health Promotion // Health Promotion and Healthy Public Policy. 2013. N 3. P. 356–379.

**About the author:**

**George A. Borshevskiy**, Associate Professor of Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russian Federation), PhD in History; ga.borshchevskiy@migsu.ranepa.ru