

**T.G. Maksimova, V.V. Sosnin, S.D. Verzilin**  
**INFORMATIONAL BASICS AND RESULTS OF STATISTICAL**  
**MONITORING OF DYNAMICS OF PROPERTY STRUCTURE**  
**AND EMPLOYMENT IN HEALTHCARE**

**Tatyana Maksimova** – Head of the Department of Statistics and Modelling of Social and Economic Processes, Peter the Great St. Petersburg Polytechnic University, Doctor of Economics, professor, St. Petersburg; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

**Vladimir Sosnin** – deputy director, St. Petersburg Branch of Biofizpribor, St. Petersburg; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

**Sergey Verzilin** – trainee, the Department of Labour Economics, St. Petersburg State University of Economics, PhD in Sociology, St. Petersburg; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

*The aim of healthcare strategic development implying the integration of all medical organizations into national healthcare system despite their departmental affiliation and form of property determine the relevance of quantitative analysis of property structure and employment in the healthcare system.*

*The research is based on the official statistics of the Russian Statistics Committee concerning the sphere of healthcare and social services provision.*

*The sources of mosaic structure of official statistics concerning healthcare organizations are revealed to optimize the national healthcare system. We distinguish the main trends in demography of medical organizations as well as dynamics of absolute and structural development indicators of healthcare organizations network. Trends in the structure of employment in healthcare and social services provision are determined.*

**Keywords:** *informational basics; statistical monitoring; structure of property; employment; healthcare.*

**Т.Г. Максимова, В.В. Соснин, С.Д. Верзилин**  
**ИНФОРМАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ**  
**СТАТИСТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ДИНАМИКИ**  
**СТРУКТУРЫ СОБСТВЕННОСТИ И ЗАНЯТОСТИ**  
**В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Татьяна Геннадьевна Максимова** – зав. кафедрой статистики и моделирования социально-экономических процессов ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого», доктор экономических наук, профессор, г. Санкт-Петербург; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

**Владимир Викторович Соснин** – заместитель директора Санкт-Петербургского филиала ФГУП «ЭПМ» ФМБА России СКТБ «Биофизприбор», г. Санкт-Петербург; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

**Сергей Дмитриевич Верзилин** – стажер кафедры экономики труда ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», кандидат социологических наук, г. Санкт-Петербург; **e-mail: dekanat205@yandex.ru.**

*Актуальность количественного анализа изменения структуры собственности и занятости в системе здравоохранения обусловлена целью стратегического развития здравоохранения, предполагающей объединение в единую систему национального здравоохранения всех медицинских организаций, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности.*

*Исследование выполнено по официальным статистическим данным Росстата о деятельности в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг.*

*Выявлены источники мозаичности официальных статистических данных о деятельности организаций в сфере здравоохранения в интересах оптимизации национальной системы здравоохранения. Установлены основные тенденции демографии медицинских организаций и динамики абсолютных и структурных показателей развития сети организаций здравоохранения. Определены тенденции структуры занятости в здравоохранении и предоставлении социальных услуг.*

**Ключевые слова:** информационные основы; статистический мониторинг; структура собственности; занятость; здравоохранение.

Проблемы социально-экономической эффективности здравоохранения, обостряющиеся в условиях бюджетного дефицита, проявляются на сегодняшний день в уменьшении бюджетных расходов на здравоохранение и росте денежных объемов платных медицинских услуг на фоне снижения доходов населения [12; 13; 14]. Развивается практика финансирования частных медицинских организаций из средств обязательного медицинского страхования. Планируется объединение в единую систему национального здравоохранения всех медицинских организаций, независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности [1]. Исходя из вышеизложенного очевидно актуальность всестороннего количественного анализа изменения структуры собственности и занятости в системе здравоохранения. Игнорирование объективных тенденций динамики структуры собственности и занятости в сфере здравоохранения может привести к углублению существующей региональной дифференциации качества и доступности медицинской помощи [17], снижению уровня социальной безопасности [15].

**Проблемы анализа официальных статистических данных о деятельности организаций в сфере здравоохранения** в интересах оптимизации национальной системы здравоохранения обусловлены игнорированием деятельности медицинских организаций частной и иных негосударственных форм собственности как полноправных участников сети учреждений здравоохранения. Это проявляется в отсутствии единообразия в статистическом учете для государственных и частных организаций, предоставляющих медицинские услуги, в частности, в большинстве форм не учитываются все возможные формы собственности медицин-

ских организаций и организационно-правовые формы, используемые в ряде форм классификации медицинских организаций не соответствуют действующей номенклатуре [8]. Поясним сформулированное утверждение на конкретных примерах.

Источниками официальной статистической информации о деятельности организаций в сфере здравоохранения являются агрегированные данные форм статистической отчетности, предоставляемой медицинскими организациями [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8].

Наиболее информативным источником является форма 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению» [6], которую представляют все медицинские организации, не зависимо от ведомственной принадлежности, а также от того, оказывают ли в них помощь по программе ОМС. Предусмотрен учет медицинских организаций по типам, соответствующим действующей номенклатуре медицинских организаций [8] (выделен 21 тип), для каждого типа выделено 4 организационно-правовых формы (автономные, бюджетные, казенные, иные) и 5 форм собственности (муниципальная, субъекта РФ, федеральная, иная (в том числе частная). Для федеральной, субъекта РФ и муниципальной форм учитываются дополнительно медицинские организации, расположенные в сельской местности.

Юридические лица, оказывающие медицинские услуги населению в соответствии с имеющейся лицензией (за исключением медицинских организаций Минздрава России и микропредприятий), заполняют также форму № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению» [3], в которой также приводятся сведения о форме собственности с выделением трех

форм: государственной (суммарно собственности субъекта РФ и федеральной) и муниципальной собственности, негосударственной (частной и иных) форм собственности. Выделены следующие типы медицинских организаций: больничные и амбулаторно-поликлинические организации для взрослых и детей, женские консультации, центр общей врачебной (семейной) практики, немедицинские организации, имеющие подведомственное медицинское подразделение, и прочие медицинские организации. Перечисленные типы организаций не совпадают с типами организаций, заданными в номенклатуре [8].

Деятельность медицинских организаций частной формы собственности, оказывающих платные медицинские услуги населению, находит отражение в форме федерального государственного статистического наблюдения № 1-медуслуги «Сведения об оказании платных услуг частной медицинской организацией» [2]. Частные медицинские организации дифференцированы не по типам (в соответствии с номенклатурой [8]), как в форме № 62, а по профилям: многопрофильная; акушерско-гинекологическая; офтальмологическая; стоматологическая; психиатрическая, наркологическая; онкологическая; другой (указать). Учитывается объем коечного фонда, плановая мощность, выручка от продажи товаров, услуг, затраты на оказание медицинских услуг.

Кроме того, учет платных медицинских услуг осуществляется в форме № 1-услуги [4], которую заполняют организации, имеющие численность работников более 15 человек, независимо от формы собственности и организационно-правовой формы, в том числе казенные учреждения, оказывающие платные услуги населению.

Агрегированная информация о деятельности медицинских организаций в субъектах РФ содержится в форме № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» [6], которую представляют органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья населения терри-

ториальному органу Росстата и Минздраву России. В этом документе графа «форма собственности» заменена формой подчиненности медицинской организации: федерального, субъекту РФ, муниципального подчинения. Также учитываются организации, расположенные в сельской местности. Частные медицинские организации в составе сети учреждений здравоохранения в форме № 47 не учитываются.

Информация о деятельности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования содержится в соответствующих квартальной (14-Ф (ОМС) и полугодовой (14-МЕД (ОМС) формах [7]. Помимо государственных и частных медицинских организаций эту форму заполняют индивидуальные предприниматели, занятые медицинской деятельностью. В этой форме вместо классификации форм собственности предусмотрена классификация национальной системы здравоохранения на три подсистемы: государственную, муниципальную, частную. Дифференцированный учет деятельности медицинских организаций других форм собственности (собственность общественных и религиозных организаций, смешанная российская, госкорпораций и т.д.) не предусмотрен. Более того, в составе государственного здравоохранения выделено уже три варианта подчиненности организаций: федеральным и в субъектах РФ органам власти, а также Федеральному агентству научных организаций.

Помимо указанных форм информация о деятельности организаций в сфере здравоохранения формируются Росстатом в рамках учета «демографии организаций». Ежеквартально и ежегодно фиксируется численность зарегистрированных, вновь возникших и ликвидированных организаций в разрезе организационно-правовых форм, форм собственности, видов экономической деятельности и субъектов РФ. По аналогичным идентификационным признакам учитывается среднесписочная численность работников. Представленная в ЕМИСС [9] информация о демографии медицинских организаций и численности занятых в них оказывается включенной в

информацию об организациях, учтенных по разделу ОКВЭД N «Здравоохранение и предоставление социальных услуг».

Официальный статистический сборник [10. С. 107] содержит также дифференцированные сведения о занятых в здравоохранении, а также занятых, зарегистрированных по другим разделам ОКВЭД (в производстве медицинских изделий, в производстве фармацевтической продукции). Однако дифференциация данных осуществляется не по формам собственности организаций, не по номенклатуре медицинских организаций, а по видам деятельности, трудно сопоставимым с классификациями в формах статистической отчетности: деятельность лечебных организаций, врачебная и стоматологическая практики, прочая деятельность по охране здоровья, ветеринарная деятельность, предоставление социальных услуг.

Таким образом, анализ содержания и структуры официальной статистической информации о деятельности в сфере здравоохранения свидетельствует, с одной стороны, о дублировании первичной информации в различных статистических формах, с другой – о мозаичности агрегированной информации, обусловленной тем, что статистические данные не всегда согласованы по идентификационным признакам объектов статистического учета, методики учета претерпевают частые изменения, обобщение данных осуществляется на различных уровнях управления, в организациях различной ведомственной принадлежности.

**Основные тенденции демографии медицинских организаций** определены по данным ЕМИСС о численности зарегистрированных и вновь созданных органи-

заций в разрезе организационно-правовых форм и форм собственности [9].

Выявлено возрастание общего количества и числа вновь созданных организаций, зарегистрированных в 2012–2016 гг. по разделу ОКВЭД «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» (табл. 1). Доля этих организаций в суммарном числе организаций выросла за указанный период с 1,64% до 1,71%. Оценку снизу для среднего времени существования организации в случае возрастания ежегодного количества зарегистрированных и вновь созданных организаций дает формула Литтла [11]: *[средняя продолжительность существования организации, лет] = [количество зарегистрированных организаций] / [количество вновь созданных организаций в течение года]*.

Средняя продолжительность существования организаций, занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг, от возникновения до ликвидации превышает 16 лет (табл. 1).

**Основные тенденции динамики структуры собственности в российском здравоохранении** определены в результате анализа изменения численности организаций, для которых вид экономической деятельности указан как «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» (ОКВЭД, раздел N), по формам собственности.

Выявлен абсолютный рост числа организаций в государственной собственности, в частной собственности, собственности общественных и религиозных организаций (от 3 210 до 3 610), совместной российской и иностранной (от 531 до 603). Наблюдается резкое, более чем в 3 раза,

*Таблица 1*

**Динамика количества организаций, зарегистрированных по разделу ОКВЭД «Здравоохранение и предоставление социальных услуг»**

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Зарегистрировано на 1 января	80 038	80 810	81 476	83 232	85 997
Вновь создано в текущем году	5 093	5 255	5 696	6 200	-
Ликвидировано в текущем году	4 321	4 589	3 940	3 435	-
Отношение количества вновь созданных к зарегистрированным	15,7	15,4	14,3	13,4	-

*Источник:* Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <https://www.fedstat.ru/> (дата обращения: 05.04.2016).

снижение числа организаций, находящихся в муниципальной собственности.

Динамика структуры форм собственности организаций, деятельность которых связана со здравоохранением и предоставлением социальных услуг, в период 2012–2015 гг. характеризуется следующими основными тенденциями:

- изменение структуры государственной собственности – рост числа организаций в собственности субъектов РФ за счет уменьшения числа организаций в федеральной собственности;

- изменение соотношения государственной и муниципальной собственности и частной собственности в пользу частной (в 2012 году доля организаций в частной собственности от общего числа организаций составляла 55%, в 2015 – 62%, в государственной и муниципальной – 39% и 32% соответственно).

В последние годы наблюдается развитие холдинговых структур в частном здравоохранении [1]. Более двухсот юридических лиц входят в состав медицинских холдингов, учредителями которых являются ОАО АФК «Система», ОАО «Альфастрахование», МД «Медикал Груп Инвестментс», АО «Сканферт», «Альфа-корп лимитед» [16]. С 2012 года неуклонно увеличивается и практически достигает количества государственных корпораций количество медицинских организаций, которые находятся в их собственности. По данным Росстата [9], количество таких медицинских организаций в 2012 году равнялось одной, в 2013 – двум, 2014 – трем, 2015 – пяти. Отмеченные тенденции позволяют сделать вывод о развитии в системе национального здравоохранения подсистемы «корпоративной медицины».

Анализ динамики основных абсолютных и структурных показателей развития сети организаций здравоохранения [9; 10] позволяет сделать вывод о концентрации ресурсов здравоохранения в государственной собственности. Если по абсолютному числу организаций, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг, лидирующие позиции занимает частная форма собственности

(62% частных организаций в 2014 году); то по количеству больничных и амбулаторно-поликлинических организаций ведущим оказывается государственное здравоохранение (68% государственных организаций в 2014 году). Среди больничных организаций государственных 95% в городах и 99,3% в сельской местности; среди амбулаторно-поликлинических – 60% государственной и 19% частной формы собственности. По объему коечного фонда и мощности амбулаторно-поликлинических организаций государственный сектор также занимает лидирующие позиции.

Тем не менее, отрицательной является динамика государственного сектора больничных учреждений (по количеству организаций и объему коечного фонда), что, впрочем, должно компенсироваться наблюдаемым ростом государственного сектора амбулаторно-поликлинических учреждений (по количеству и плановой мощности).

**Анализ динамики структуры занятости в здравоохранении и предоставлении социальных услуг** по формам собственности позволяет заключить, что, несмотря на интенсивный рост количества организаций частной формы собственности, в них работают всего около 8% занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг.

Основная доля (90%) занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг работают в организациях государственной и муниципальной форм собственности. Среднее число работников, приходящихся на одну государственную организацию, составляет около 150 человек, частную – 6–7 человек. Следует подчеркнуть, что приведенные выводы сделаны по статистическим данным для организаций, зарегистрированных по разделу N ОКВЭД «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» [9]. Как указывалось выше, информация о занятых непосредственно в сфере здравоохранения представлена в сборнике «Здравоохранение в России – 2015» [10. С. 107].

Анализ указанных данных (табл. 2)

позволяет выделить следующие тенденции: рост доли занятых в здравоохранении при снижении абсолютной численности занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг и численности занятых в здравоохранении; снижение абсолютной численности и доли занятых в сфере предоставления социальных услуг; снижение абсолютного числа и доли занятых в лечебных организациях от занятых в здравоохранении; рост абсолютного числа и доли занятых врачебной и стоматологической практикой от занятых в здравоохранении; рост абсолютного числа и доли занятых прочей деятельностью по охране здоровья от занятых в здравоохранении.

Обобщая указанные тенденции, можно сделать вывод об оттоке кадров из лечебных организаций в частную медицинскую практику и деятельность по охране здоровья. Указанный вывод кажется пара-

доксальным на фоне анализа динамики среднемесячной зарплаты в организациях здравоохранения и предоставления социальных услуг различных форм собственности, так как в течение 2010–2014 гг. среднемесячная номинальная начисленная заработная плата занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг в государственных организациях оказывается выше, чем в частных, причем разница между уровнем заработных плат с каждым годом увеличивается. Этот показатель для государственных организаций составил 27640 руб., для частных – 23550 руб. [10]. Отмеченный парадокс может быть следствием оптимизации налоговой нагрузки со стороны руководства частных организаций.

В результате анализа содержания и структуры официальной статистической информации о деятельности организаций в сфере здравоохранения выявлено, с од-

*Таблица 2*

**Динамика абсолютных и структурных показателей занятости в сфере здравоохранения**

Вид деятельности	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Здравоохранение и предоставление социальных услуг, тыс. чел.	4464	4455,3	4435,4	4360,8	4344,4
в том числе:					
деятельность в области здравоохранения, тыс. чел.	3691,8	3673	3670,3	3609,9	3610
<i>доля от занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг</i>	82,7%	82,4%	82,8%	82,8%	83,1%
из нее:					
деятельность лечебных организаций, тыс. чел.	2956	2932,7	2898,6	2831,6	2836,9
<i>доля от занятых в здравоохранении</i>	80,1%	79,8%	79,0%	78,4%	78,6%
врачебная практика, тыс. чел.	416,2	417,1	431,6	436,5	433,7
<i>доля от занятых в здравоохранении</i>	11,3%	11,4%	11,8%	12,1%	12,0%
стоматологическая практика, тыс. чел.	89,7	92	96,8	100,6	99,3
<i>доля от занятых в здравоохранении</i>	2,4%	2,5%	2,6%	2,8%	2,8%
пр. деятельность по охране здоровья, тыс. чел.	229,8	231,2	243,3	241,3	240,1
<i>доля от занятых в здравоохранении</i>	6,2%	6,3%	6,6%	6,7%	6,7%
ветеринарная деятельность, тыс. чел.	92,3	107,6	91,2	89,8	89
<i>доля от занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг</i>	2,1%	2,4%	2,1%	2,1%	2,0%
предоставление социальных услуг, тыс. чел.	679,9	674,7	673,9	661	645,4
<i>доля от занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг</i>	15,2%	15,1%	15,2%	15,2%	14,9%

*Источник:* Здравоохранение в России – 2015: стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.

ной стороны, дублирование первичной информации в различных статистических формах, с другой – мозаичность агрегированной информации. Источниками мозаичности являются: несогласованность объектов статистического учета по идентификационным признакам в различных формах учета; частые изменения методик учета; обобщение данных на различных уровнях управления, в организациях различной ведомственной принадлежности; отсутствие единообразия в статистическом учете для государственных и частных организаций, предоставляющих медицинские услуги.

Получена оценка снизу для среднего времени существования организаций, занятых в здравоохранении и предоставлении социальных услуг, от возникновения до ликвидации – более 16 лет.

Выявлены основные тенденции динамики объемов и структуры собственности в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг, в том числе изменение структуры государственной собственности – рост числа организаций в собственности субъектов РФ за счет уменьшения числа организаций в федеральной собственности; изменение соотношения государственной и муниципальной собственности и частной собственности в пользу частной; развитие холдинговых структур в частном здравоохранении и подсистемы «корпоративной медицины»; концентрация ресурсов здравоохранения в государственной собственности. Выявлен отток кадров из лечебных организаций в частную медицинскую практику и деятельность по охране здоровья.

Полученные результаты позволяют усомниться в целесообразности предложений авторов работы перейти «от строительства новых центров высокотехнологичной помощи и приобретения дорогостоящего оборудования к наиболее массовой и правильно организованной первичной медико-санитарной помощи, от федерального уровня управления здравоохранением к субъектному и далее к восстановлению муниципального здравоохранения, где должны создаваться наиболее

простые, доступные и общие для всех условия жизни, включая медицинскую помощь общего типа» [12].

На наш взгляд, указанные предложения противоречат объективным тенденциям развития отечественного здравоохранения, их социально-экономическая эффективность обоснована не достаточно полно. Реализация этих предложений может привести к снижению доступности и качества высококвалифицированной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для широких слоев населения, ухудшению здоровья населения, а также снижению уровня инновационной безопасности здравоохранения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период // Министерство здравоохранения Российской Федерации: [сайт]. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period> (дата обращения: 05.04.2016).

2. Постановление Росстата от 12.11.2004 г. № 52 «Об утверждении статистического инструментария для организации статистического наблюдения за оказанием платных услуг частными медицинскими организациями». Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

3. Приказ Росстата от 19.06.2013 г. № 216 (в ред. Приказов Росстата от 01.04.2014 г. № 224, от 23.07.2014 г. № 485) «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью в сфере здравоохранения, травматизмом на производстве и естественным движением населения». Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».

4. Приказ Росстата от 26.08.2015 г. № 390 (ред. от 03.12.2015 г.) «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью органи-

заций и объеме платных услуг населению по видам». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

5. Приказ Росстата от 31.12.2010 г. № 483 (в ред. Приказов Росстата от 29.12.2011 г. № 520, от 16.10.2013 г. № 410, от 25.12.2014 г. № 723) (ред. от 25.12.2014 г.) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

6. Приказ Федеральной службы государственной статистики (Росстат) от 30.12.2015 г. № 672 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

7. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 17 апреля 2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций». Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

9. Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС). URL: <https://www.fedstat.ru/> (дата обращения: 05.04.2016).

10. Здравоохранение в России – 2015:

стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.

11. *Клейнрок Л.* Теория массового обслуживания / пер. с англ. И.И. Грушко; ред. В.И. Нейман. М.: Машиностроение, 1979. 432 с.

12. О ситуации в российском здравоохранении // Официальный сайт Московского городского комитета КПРФ. URL: <http://msk.kprf.ru/2016/03/15/5270/> (дата обращения: 15.03.2016).

13. Резолюция шестого Всероссийского конгресса пациентов (от 12.11.15 г.) // Всероссийский Союз пациентов: [сайт]. URL: <http://www.patients.ru/kongress/vivserossiyskiy-kongress-patsientov> (дата обращения: 05.04.2016).

14. Решение четвертого (внеочередного) Съезда Национальной Медицинской Палаты 22–23 мая 2015 года (Москва) // Официальный сайт НП «Национальная Медицинская Палата». URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=20235> (дата обращения: 05.04.2016).

15. *Сигов В.И., Верзилин Д.Н., Верзилин С.Д.* Программно-целевое управление социальной безопасностью: концептуальный подход к оцениванию результативности // Журнал правовых и экономических исследований. 2015. № 4. С. 162–168.

16. Холдинговая структура частной медицины в России в 2015 г. // Готовые обзоры рынков и бизнес-планы BusinesStat: [сайт]. URL: [http://businesstat.ru/russia/services/health/medicine/holdingovaya\\_struktura\\_chastnoj\\_mediciny\\_v\\_rossii/](http://businesstat.ru/russia/services/health/medicine/holdingovaya_struktura_chastnoj_mediciny_v_rossii/) (дата обращения: 05.04.2016).

17. *Черешнев В.А., Верзилин Д.Н., Максимова Т.Г., Верзилин С.Д.* Экологизация и социальноэкономическое развитие регионов: оценка региональной дифференциации // Экономика региона. 2013. № 1 (33). С. 33–46.