

УДК 330.567.4:61

ЖУК СОФЬЯ СЕРГЕЕВНА

к.э.н., доцент ФГОБУ ВО Финансовый университет при Правительстве РФ,
e-mail: szhuk@fa.ru

СЕЛЕЗНЕВ ПАВЕЛ СЕРГЕЕВИЧ

д.полит.н. ФГОБУ ВО Финансовый университет при Правительстве РФ, e-mail: sps@fa.ru

СТУКАНОВА ИРИНА ПЕТРОВНА

д.э.н., доцент ФГОБУ ВО Финансовый университет при Правительстве РФ,
e-mail: istukanova@fa.ru

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ В РОССИИ И ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН¹

Аннотация. Здоровье населения является основополагающей ценностью и ключевым показателем социально-экономического развития страны, ввиду чего проекты, направленные на совершенствование и повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, должны иметь приоритетное для разработки и реализации значение. Состояние здоровья населения России, а также оценка эффективности функционирования сферы здравоохранения и мер ее поддержки со стороны государства свидетельствуют о необходимости актуализации механизмов и подходов к управлению системой охраны и поддержания здоровья. Многие развитые страны сталкиваются со схожими проблемами в рассматриваемой сфере, но наряду с этим ими накоплен значительный управленческий опыт, изучение которого полезно для выявления возможностей развития здравоохранения в России.

Ключевые слова: социальные проекты, проекты в сфере здравоохранения, эффективность системы здравоохранения, государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения.

ZHUK SOFYA SERGEEVNA

Candidate of Economic Sciences, associate professor Financial University under the Government of the Russian Federation, e-mail: szhuk@fa.ru

SELEZNEV PAVEL SERGEEVICH

D.Sc., Financial University under the Government of the Russian Federation,
e-mail: sps@fa.ru

STUKANOVA IRINA PETROVNA

Doctor of Economic Sciences, Associate Professor Financial University under the Government of the Russian Federation, e-mail: istukanova@fa.ru

THE STATE SOCIAL HEALTHCARE PROJECTS: IMPORTANCE OF DEVELOPMENT IN RUSSIA AND FOREIGN COUNTRIES EXPERIENCE

Abstract. Health of population is the fundamental value and a key indicator of social and economic development of the country, that is why projects, directed to the healthcare system effectiveness enhancement, should have priority for their development and implementation. Health of Russian population, effectiveness of healthcare sphere functioning estimation, as well as measures of this sphere governmental support evaluation prove the importance of managerial mechanisms and approaches to health protection system development actualization. A lot of developed countries face with similar problems in the analyzed sphere, but they've accumulated considerable managerial experience, which should be researched with the aim of identification of opportunities for healthcare system development in Russia.

Keywords: social projects, projects in healthcare sphere, healthcare system effectiveness, public-private partnership in health sector.

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект № 15-02-00080а.

Здоровье населения представляет собой важнейший показатель социально-экономического развития страны, во многом определяющий возможности и направленность развития качественных параметров человеческих ресурсов, а значит, потенциал и темпы экономического развития определенной территории и страны в целом.

Определяемое посредством множества простых и агрегированных показателей здоровье населения является объектом внимания субъектов управления всех уровней, однако зачастую меры, принимаемые данными субъектами для поддержания и улучшения состояния здоровья людей, носят фрагментарный и/или непоследовательный характер, что негативно сказывается на качестве жизни и обосновывает необходимость применения новых инструментов управления и реализации соответствующих проектов.

Показатели здоровья населения России характеризуются длительным отрицательным трендом. Причины, обусловившие данный факт, многочисленны: это и последствия развала системы здравоохранения, и недоступность качественной медицинской помощи и лекарств (ввиду их дороговизны и наличия множества подделок), ухудшение качества питания, неудовлетворительные меры контроля за ввозимой в страну продовольственной продукцией, несоблюдение норм и условий труда, наличие большого количества стрессовых ситуаций и др. [3].

Влияние перечисленных факторов привело к тому, что показатели заболеваемости населения продолжают расти (табл. 1), а показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении, непосредственно связанный с индикаторами состояния здоровья, в России ниже, чем в развитых странах (табл. 2).

Таблица 1

Динамика заболеваемости населения (зарегистрировано заболеваний у больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 чел. населения) [4, с. 41; 9, с. 399]

	Год						
	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2014
Российская Федерация	676,0	730,6	745,9	779,6	796,9	793,9	787,1

Таблица 2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) (Россия — по данным на 2014 год, остальные страны — по данным на 2012 год) [9, с. 55–57; 10, с. 52–53]

Страна	Мужчины	Женщины
Россия	65,29	76,47
Австрия	78,4	83,6
Бельгия	77,8	83,1
Германия	78,6	83,3
Ирландия	78,7	83,2
Великобритания	79,1	82,8
Франция	78,7	85,4
Чехия	75,1	81,2
Швеция	79,9	83,6
Эстония	71,4	81,5
Израиль	79,9	83,6
Австралия	79,3	83,2

Следует отметить, что в последнее время в России как на федеральном, так и на региональном уровнях реализуется множество программ, нацеленных на улучшение состояния здоровья граждан, охрану материнства и детства, повышение доступности медицинской помощи и др.

Однако видимых положительных результатов, согласно данным статистики, они не дают (табл. 3). Также, по оценкам эффективности систем здравоохранения, опубликованным Bloomberg в 2015 году, из 55 стран Россия заняла предпоследнее место (табл. 4), что свидетельствует о необходимости поиска новых инструментов и форм управления сферой здравоохранения, реализации более действенных проектов, а также изучения возможностей применения зарубежного опыта в отечественной практике.

Таблица 3

**Отдельные показатели функционирования сферы здравоохранения
в Российской Федерации [5, с. 89,91,93,94,96,97,105,107]**

Показатель	Год					
	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Число больничных организаций	9479	6308	6343	6172	5870	5638
Число диспансеров	1433	1048	967	840	794	747
Число больниц скорой медицинской помощи	45	49	48	48	46	47
Число амбулаторно-поликлинических организаций	21783	15732	16262	16537	16461	17106
Число санаторно-курортных организаций	2173	1945	1959	1905	1840	1905
Среднегодовая численность занятых в здравоохранении, тыс. чел.	4433	4617	4603	4573	4523	4496
Число больничных организаций, требующих капитального ремонта, тыс.	28,5	32,9	31,7	31,5	28,2	...
Число амбулаторно-поликлинических организаций, требующих капитального ремонта, тыс.	24,0	25,7	24,6	23,3	21,8	...
Исходы лечения в стационаре: выписано пациентов, тыс. чел., умерло пациентов, тыс. чел., умерло беременных, рожениц и родильниц, чел.	30534 444,6 223	30847 470,4 207	30419 464,9 216	30322 478,0 218	30069 480,1 179	30334 500,9 173

Таблица 4

Рейтинг эффективности систем здравоохранения (по результатам оценки Bloomberg) [2]

Место в рейтинге	Страна	Место в рейтинге	Страна
1	Гонконг	6	Италия
2	Сингапур	7	Япония
3	Израиль	8	Австралия
4	Испания	9	ОАЭ
5	Южная Корея	54	Россия

В целом социальные проекты в сфере здравоохранения, реализуемые в зарубежных странах на уровне государства, могут быть сгруппированы в два основных блока: это, во-первых, проекты и программы, целью которых является сохранение здоровья; а во-вторых, так называемые отраслевые проекты, направленные на совершенствование системы здравоохранения. Оба блока представляют собой интерес для изучения и практической реализации, поскольку ни эффективность системы здравоохранения, ни состояние здоровья населения не проявляют в макроразрезе положительной динамики.

Проекты, направленные на сохранение и поддержание здоровья населения, весьма дифференцированы: они охватывают развитие системы профилактической медицинской помощи; повышение ее качества и доступности; культурно-образовательные и просветительские проекты, нацеленные на повышение ответственности граждан за свое здоровье, понимание его как

основной ценности в жизни и формирование эффективных индивидуальных стратегий поведения в отношении собственного здоровья. Парадоксально, но при объективно лучших показателях здоровья и реализации большего количества проектов по его охране и поддержанию гражданами зарубежных стран состояние их здоровья субъективно оценивается хуже. Так, в России только 5 % населения считает свое здоровье плохим и 41 % — удовлетворительным, в то время как, например, в Италии и Испании, эффективность систем здравоохранения в которых значительно выше, чем в России, мнение о том, что их здоровье плохое, разделяют 11 и 12 % населения соответственно (табл. 5).

Таблица 5

Оценка населением состояния собственного здоровья [13]

Страна	% респондентов, оценивших собственное здоровье как		
	хорошее	удовлетворительное	плохое
Ирландия	84	13	3
Великобритания	77	16	6
Нидерланды	76	19	5
Дания	75	17	8
Франция	70	20	9
Испания	68	21	12
Италия	64	26	11
Чехия	61	26	12
Германия	60	31	9
Португалия	46	35	19
Россия	53	41	5

Однако при разработке государственных социальных проектов более достоверными принято считать объективные данные, согласно которым требуется значительное повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, поэтому в отечественной практике управления целесообразно изучить зарубежный опыт реализации проектов, связанных с модернизацией самой системы здравоохранения. Данные проекты не менее многочисленны и разнообразны, чем виды программ и проектов первого блока. В частности, учитывая особенности российского менталитета в отношении сохранения здоровья, когда более уместно говорить не о разделении большинством граждан идеи ценности здоровья, а о «культуре нездоровья», важным представляется комплексный подход к совершенствованию рассматриваемой сферы.

Всю совокупность внутриотраслевых проектов в сфере здравоохранения можно условно разделить на несколько групп: проекты, направленные на изменение системы управления здравоохранением, на изменение подходов к лечению и финансированию. Причем зачастую те или иные проекты могут решать задачи, относимые к разным группам.

Учитывая современное состояние системы здравоохранения в России, специфику отношения населения к своему здоровью, а также национальные условия хозяйствования, представляется, что практический интерес имеет изучение особенностей проектов по расширению семейной и общеврачебной практики, успешно реализованных в Испании, Сингапуре, Израиле, Великобритании и др.; созданию крупных поликлинических центров, значительно повышающих доступность медицинской помощи и услуг (множество таких проектов осуществлено правительствами Швеции, Финляндии, Дании); реструктуризации стационарной помощи в сторону расширения амбулаторного лечения (опыт Израиля, Италии, Японии, Великобритании) и др.

Не менее значимыми представляются программы по совершенствованию управления национальными системами здравоохранения и их финансированием. Проекты и программы по реструктуризации системы управления здравоохранением основываются преимущественно на внедрении управления, базирующегося на разной степени участия государства в процессе регулирования рассматриваемой сферы; степени охвата гражданами программами медицинской под-

держки; особенностями стимулирования медицинских работников и населения и др. Возможные сочетания указанных характеристик позволяют выделить три основные модели здравоохранения: государственную, рыночную и страховую. Тем не менее проекты правительств разных стран, даже при внедрении одинаковых моделей здравоохранения, имеют свои особенности. Например, социально-страховая система была внедрена во многих странах, в том числе в Японии и Канаде, однако важно иметь в виду, что национальные особенности хозяйствования и социально-экономической политики обусловили наличие различных характеристик и ограничений содержания проектов рассматриваемых стран.

Содержание проекта, раскрывающее основные его характеристики, включает определение принципов финансирования модели здравоохранения, контроля, дифференциации медицинских услуг, регулирования цен и т. д. По всем перечисленным характеристикам проекты правительств Японии и Канады различны. Так, результатами внедрения проекта социально-страховой модели здравоохранения в Японии стало то, что медицинские услуги рассматриваются как квазиобщественное благо; порядка 40 % и 60 % населения охвачены, соответственно, системами национального и профессионально-производственного страхования; активно стимулируется развитие новых медицинских технологий при единоличном утверждении Министерством здравоохранения и социального обеспечения цен на медицинские услуги; расходы на финансирование системы здравоохранения делятся между такими источниками, как личные и бюджетные средства, ОМС и общественные фонды в соотношении 20 %, 10 %, 60 % и 10 % соответственно; а контролируется система здравоохранения страховыми фирмами.

При этом для социально-страховой модели Канады характерны иные признаки: медицинская услуга в данной модели представляет собой общественное благо; контролирует систему здравоохранения государство, правительство которого регулирует и цены на медицинские услуги; практически 100 % населения охвачено программами ОМС, а финансирование здравоохранения осуществляется преимущественно за счет федеральных фондов и провинциальных бюджетов (порядка 90 %) и только на 10 % за счет частных пожертвований и страховых компаний.

Очевидно, что обеспечить повышение качества и доступности медицинской помощи невозможно без наличия достаточного и своевременного финансирования, которое во многом определяет результативность и эффективность анализируемой сферы. Согласно исследованиям Bloomberg [2], Россия тратит 6,5 % от ВВП на здравоохранение, однако в сложившихся условиях, по-видимому, этого недостаточно, ввиду чего в данную сферу целесообразно привлекать иные источники финансирования, давно и действенно используемые зарубежными странами (табл. 6) и включающие прямые доплаты граждан, взносы бизнеса и работодателей, страховые взносы граждан.

Проблема финансирования системы здравоохранения является значимой, но не единственной. Как показывают результаты исследований, среди «проблемных зон» отечественного здравоохранения выделяют низкое качество медицинских услуг, неразвитость инфраструктуры, дороговизну лекарств и недостаточную доступность медицинской помощи.

Таблица 6

Источники финансирования здравоохранения в некоторых развитых странах [11]

№ п/п	Страны	Источники финансирования здравоохранения			
		субсидии государства (%)	взносы предпринимателей (%)	страховые взносы граждан (%)	прямые доплаты граждан (%)
1.	Бельгия	27	50	2	21
2.	Германия	14,2	72,5	6,4	6,9
3.	Франция	1,8	73	3,7	21,5
4.	Великобритания	78	10	3,8	8,2
5.	Италия	36,2	45,5	3,3	15
6.	Швеция	71	18,4	2	8,6
7.	Швейцария	34,7	28,7	16,6	20
8.	США	41,8	1,2	30,8	26,2

Для решения перечисленных задач также можно обратиться к зарубежному опыту, в рамках которого были успешно разработаны и реализованы следующие проекты:

1. Государственные антикризисные программы в сфере здравоохранения и социального страхования граждан.

В условиях мирового финансового кризиса 2008–2010 годов многие развитые страны приняли дополнительные антикризисные меры поддержки экономики и социальной сферы. Так, например, в США, на федеральном уровне, а также на уровне отдельных штатов, реализовывались антикризисные программы, целью которых было повышение качества услуг системы здравоохранения и снижение затрат на их оказание. Например, в штате Нью-Йорк действуют такие программы, как Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus, Healthy New-York и др.

Реализация федеральных программ предполагает четкое соблюдение сроков и бюджета, что приобретает особое значение в кризисные периоды. Важно отметить, что антикризисные программы США направлены не только на решение существующих проблем, но и ориентированы на внедрение инновационных составляющих. Так, именно при реализации федеральной антикризисной программы осуществляется перевод в электронную форму историй болезни всех американцев. Проект предполагается осуществить в пятилетний срок, что позволит значительно сэкономить время при проведении обследований пациентов, избежав повторных обследований и снизив вероятность врачебных ошибок.

2. Государственные программы медицинского страхования. Относительно программ медицинского страхования следует отметить, что они распространены во многих странах мира, однако наиболее известными являются государственные программы США, которые реализуются через два социальных проекта — «Медикэйд» и «Медикэр» [6, с. 5–11], финансируемых из различных источников.

Так, программа «Медикэйд» направлена на страхование пожилых людей (старше 65 лет), а также тех, кто имеет серьезные проблемы со здоровьем. При этом финансирование осуществляется частично за счет работающего населения, частично — за счет работодателей. Третьим участником финансирования является государство, причем федеральное правительство оплачивает около половины всех расходов своей части, а вторая половина приходится на правительства штатов.

3. Инфраструктурные социальные проекты в рамках ГЧП.

В странах, где уровень эффективности системы здравоохранения считается достаточно высоким (Швеция, Германия, Австралия, Великобритания), распространены инфраструктурные социальные проекты, реализуемые в рамках ГЧП. При этом следует отметить, что среди наиболее эффективных рассматриваются такие модели сотрудничества, как *Bolb* и *Alzira*. В рамках первой модели взаимодействие государства и бизнеса ведется таким образом, что частный партнер финансирует строительство медицинского учреждения, продает его государственной структуре, но в обязательном порядке участвует в управлении.

Модель *Azira* впервые была применена в одноименной клинике в Испании и показала высокую эффективность такого партнерства государства и бизнеса. В данной модели права частного партнера на построенный объект здравоохранения сохраняются, но при условии заключения с государственной структурой контракта, согласно которому за фиксированную плату со стороны государства услугами построенного медицинского учреждения население будет пользоваться бесплатно.

Рассмотренные модели являются далеко не единственными. Так, например, в Германии объекты здравоохранения могут быть проданы частным партнерам за небольшую плату под обязательства осуществления инвестиций и выполнения государственного заказа. В Великобритании частные партнеры, как правило, осуществляют строительство и реконструкцию учреждений здравоохранения или занимаются предоставлением медицинских услуг. При этом исследования показали, что более 90 % населения удовлетворены качеством медицинских услуг, оказываемых частным сектором [1].

Опыт развитых стран свидетельствует, что общая экономия общественных ресурсов за счет привлечения моделей ГЧП в здравоохранение составляет около 10 %. В частности, в Австралии затраты государства на строительство объектов здравоохранения снизились на 20 % при существенном повышении доступности медицинских услуг. При этом, как подчеркивают экс-

перты, снижаются цены на медицинское обслуживание [12].

Показателен также пример проекта сдачи в аренду стокгольмского госпиталя, реализованного в рамках ГЧП в Швеции. Результатом проекта стало то, что госпиталь «Сент-Грегори» после сдачи в аренду частному партнеру смог обслуживать дополнительно 100 тыс. пациентов в год при снижении стоимости лечения, услуг скорой медицинской помощи и лабораторной диагностики на 30 %, 10 % и 40 % соответственно, сохранив при этом высокое качество обслуживания и лечения [12].

4. Проекты по социальной адаптации граждан (пожилых, психически нездоровых, инвалидов). Одним из наиболее результативных примеров проектов данной группы можно считать проект «Приятель рядом с кроватью», реализуемый в Бельгии. Суть проекта состоит в том, что бакалавры акушерства и социальной работы обучают (выступают в роли наставников) членов семьи с низким уровнем жизни в течение 18 месяцев во время беременности матери и новорожденности ребенка. Проект «Приятель рядом с кроватью» работает в триаде «семья-приятель — организация здравоохранения». Взаимодействие охватывает пять областей: четыре из них — инструментальные измерения, пятая — эмоциональная поддержка. Проект представляет собой «нулевую черту» дородовой медицинской помощи и позволяет малообеспеченным семьям во время беременности женщины улучшить качество их жизни [7, с. 35].

Успешным можно считать и масштабный проект, функционирующий в США, в штате Техас, целью которого является реабилитация и органичное развитие детей-инвалидов. С 1949 года, когда после вспышки полиомиелита начал работу техасский лагерь, его ежегодно посещают более 1500 человек.

5. Социальные проекты, реализуемые благотворительными организациями и волонтерскими движениями.

Благотворительные социальные проекты в здравоохранении реализуются через создание центров медицинской помощи малоимущим гражданам, слабовидящим, пожилым людям, организацию благотворительных хосписов и т. д. Одной из наиболее известных некоммерческих организаций, реализующей множество проектов в данной сфере, является компания Marc (США), специализирующаяся на помощи пожилым людям. В портфель ее проектов включены программы и проекты по различным направлениям, таким как доставка продуктов и горячей пищи на дом, помощь в уходе за тяжелобольными людьми, информационная поддержка пожилых людей о существующих медицинских услугах и др. [8].

Другим крупнейшим мировым частным благотворительным фондом является Welcome Trust (Великобритания), к направлениям деятельности которого относятся реализация проектов по защите жизни людей и животных, финансированию программ здравоохранения и медицинской науки, связанных с повышением продолжительности и качества жизни людей. Так, например, крупнейшим благотворительным социальным проектом фонда стало участие в разработке вакцины, доступной для жителей развивающихся стран мира, совместно с американской компанией Merck, известным фармацевтическим гигантом. Основной задачей данного проекта является усовершенствование существующих и разработка новых препаратов для иммунизации от заболеваний, которые широко распространены среди населения развивающихся стран.

Изучение и внедрение отдельных положений практики реализации социальных проектов в сфере здравоохранения и организации взаимодействия государства и бизнеса, накопленных зарубежными странами, позволят во многом улучшить эффективность отечественной системы охраны здоровья и реабилитации граждан, снизить финансовую нагрузку на государство и повысить ответственность субъектов хозяйствования всех уровней за состояние здоровья населения.

Литература

1. Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: международный опыт // Управление здравоохранением 2010. — № 1 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ekspert.ppp-lawrussia.ru/book0/index-med1.html> (дата обращения 08.08.2016).
2. В рейтинге эффективности систем здравоохранения Россия заняла предпоследнее место [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.vedemec.ru/news/2015/12/30/v_retinge_effektivnosti_sistem_zdravookhraneniya_rossiya_zanyala_predposlednee_mesto/ (дата обращения 03.08.2016)

3. Жук С. С. *Управление качеством человеческих ресурсов: теория и практика*. — М.: Дашков и К. — 2015. — 232 с.
4. *Здравоохранение в России. 2011: стат. сб./ Росстат*. — М., 2011. — 236 с.
5. *Здравоохранение в России. 2015: стат. сб./ Росстат*. — М., 2015. — 174 с.
6. Иванова М. С. Финансирование системы здравоохранения: Россия и зарубежный опыт. // *Адвокат*. — 2003. — № 12. — С. 5–11.
7. Кузнецова Ю. Социальные инновации в России за рубежом: сравнительный анализ / Ю. Кузнецова // *Проблемы теории и практики управления*. № 6. — 2014. — С. 33–36.
8. *Опыт США в социальной сфере [Электронный ресурс]*. Режим доступа: <http://www.3vozrast.ru/article/society/opinion/3316/> (Дата обращения: 23.04. 2015).
9. *Регионы России. Социально-экономические показатели. 2015: стат. сб./ Росстат*. — М., 2015. — 1266 с.
10. *Россия и страны мира. 2014.: стат. сб. / Росстат*. — М., 2014. — 382 с.
11. *Страхование в системе здравоохранения [Электронный ресурс]*. Режим доступа: <http://www.kazedu.kz/115370> (Дата обращения: 21.05.2015 г.)
12. *Центр развития государственно — частного партнерства. [Электронный ресурс]*. Режим доступа: <http://pppcenter.ru/index.php?id=1866> (Дата обращения: 20.05.2015 г.)
13. *Health at a Glance. Europe (EU), 2010. OCED Publishing, 2010.*

References:

1. *Health at a Glance. Europe (EU), 2010. OCED Publishing, 2010.*
2. *Healthcare in Russia. 2011: stat. issue, Federal State Statistic Services. M., 2011. 236 p.*
3. *Healthcare in Russia. 2015: stat. issue, Federal State Statistic Services. M., 2015. 174 p.*
4. *In the rating of healthcare system effectiveness Russia took the penultimate place [Electronic resource]. Access mode: http://www.vedemec.ru/news/2015/12/30/v_retinge_effektivnosti_sistem_zdravookhraneniya_rossiya_zanyala_predposlednee_mesto/.*
5. *Insurance in a healthcare system [Electronic resource]. Access mode: <http://www.kazedu.kz/115370>.*
6. Ivanova M. S. *Healthcare system financing: Russian and foreign experience. // Lawyer. 2003. No. 12. P. 5–11.*
7. *Kuznetsova Y. Social innovations in Russia and abroad // Problems of management theory and practice. 2014. No. 6. P. 33–36.*
8. *Regions of Russia. Socio-economic indexes. 2015: stat. issue. Federal State Statistic Services. M., 2015. 1266 p.*
9. *Russia and countries of the world. 2014: stat. issue. Federal State Statistic Services. M., 2014. 382 p.*
10. *The Center of public-private partnership development [Electronic resource]. Access mode: <http://pppcenter.ru/index.php?id=1866>.*
11. *The USA experience in social sphere [Electronic resource]. Access mode: <http://www.3vozrast.ru/article/society/opinion/3316/>.*
12. *Varnavsky V. G. Public-private partnership in healthcare: international experience. // Management in Healthcare sphere, 2010, No. 1 [Electronic resource]. Access mode :<http://ekspert.ppp-lawrussia.ru/book0/index-med1.html>.*
13. *Zhuk S. S. Human Resources Quality Management: theory and practice. M.: Dashkov and K, 2015. 232 p.*