

УДК 338.46:61:332.1

М. В. ПАНАСЮК,

доктор географических наук, профессор,

Р. Д. ДАСАЕВА,

аспирант

*Институт управления и территориального развития,
Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия*

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНОВ РОССИИ

Цель: выявить проблемы в сфере экономики здравоохранения российских регионов на современном этапе и определить пути их решения.

Методы: в работе применялись описательный, сравнительный, графический и статистический методы.

Результаты: предложена классификация показателей развития системы здравоохранения региона, проведен сравнительный анализ показателей системы здравоохранения Республики Татарстан и регионов России, рассмотрен подход к организации системы здравоохранения Кубы, предложен ряд мер для решения основных экономических проблем системы здравоохранения региона.

Научная новизна: дана сравнительная характеристика и проведен анализ проблем развития системы здравоохранения регионов, предложены пути для решения данных проблем.

Практическая значимость: выявлены пути оптимизации системы здравоохранения региона.

Ключевые слова: экономика здравоохранения; система здравоохранения региона; организация региональной системы здравоохранения; макроэкономические характеристики системы здравоохранения региона.

Введение

Проблемы экономики и организации системы здравоохранения являются одними из приоритетных направлений развития страны. Влияние медицинского обслуживания на экономику столь же сильно, как и влияние экономики на состояние здоровья [1]. Медицина является одним из главных факторов обеспечения высоких стандартов качества жизни населения, повышения производительности труда в отраслях постиндустриальной экономики. Она стала также наиболее крупным бизнесом в мире. Это обусловлено в первую очередь тем, что медицина во многом формирует параметры роста главного ресурса постиндустриального общества – человеческого капитала. Большинство экономистов, трактуя понятие человеческого капитала, подчеркивают приоритетное значение параметров здоровья населения. В частности, они отмечают, что человеческий капитал – это определенный запас здоровья, способностей, знаний и навыков, сформированный в результате инвестиций и накоплений человека, которые используются в процессе труда и способствуют росту его производительности [2].

Экономические аспекты обеспечения здоровья населения предполагают формирование показате-

лей трудовых ресурсов общества. Здоровье является главным условием воспроизводства трудового потенциала, а также обеспечения экономическими ресурсами государства и частного бизнеса.

Результаты исследования

Особая трудность при изучении экономики системы здравоохранения состоит в том, что основной выбор распределения ресурсов осуществляется, исходя из качества, а не из цены или количества. Необходимо выяснить, в какие именно медицинские услуги следует инвестировать в условиях ограниченности денежных средств, как оптимизировать систему здравоохранения для получения максимального эффекта, исследовать имеющиеся в стране (регионе) ресурсы (материально-техническую базу, кадровое обеспечение и т. д.), выявить проблемы в российской системе медицинского обслуживания.

Наиболее часто с показателями системы здравоохранения связывают показатели: заболеваемости населения, оборачиваемости койко-дней, численности врачей на 1 тысячу человек, обеспеченности оборудованием, коэффициент жизнеспособности населения и др. По нашему мнению, необходимо вести статистику по такому

показателю, как уровень воспроизводства трудового капитала страны. Это поможет своевременно отслеживать назревающие проблемы в стране.

Существует множество различных точек зрения о том, как необходимо организовывать систему здравоохранения. Все многообразие существующих подходов к организации систем здравоохранения можно классифицировать по признакам:

- преобладающая организационно-правовая форма медицинского обслуживания населения;
- степень государственного регулирования системы;
- критерии уровня социального развития и способы управления социальной сферой;
- субъект финансирования системы здравоохранения;
- доля расходов на здравоохранение по отношению к внутреннему валовому продукту (далее – ВВП).

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (далее – ВОЗ), в странах с низким уровнем дохода расходы на здравоохранение (на душу населения) оцениваются в 32 доллара (или примерно 5,4 % валового внутреннего продукта), а в странах с высоким уровнем дохода – в 4 590 долларов (или примерно 11 % ВВП). Страны с высоким уровнем дохода имеют, в среднем, в 10 раз больше врачей на душу населения, в 12 раз больше медсестер и акушеров и в 30 раз больше стоматологов, чем страны с низким уровнем дохода¹.

По доле расходов на систему здравоохранения в ВВП можно выделить США. Они тратят на здравоохранение около 18 % ВВП (17,9 % в 2011 г.). Многие развитые страны тратят от 8 до 12 % ВВП на здравоохранение. Доля расходов Японии и стран Европы в ВВП на здравоохранение меньше, чем в США, однако организация здравоохранения порой значительно лучше.

Как видно из рис. 1, в 2011 г. наибольшим процентом затрат на здравоохранение от ВВП выделялись США, Франция, Канада и Дания. Также можно отметить высокий процент затрат на здравоохранение у стран с небольшим объемом ВВП: Либерия, Сьерра-Леоне и Тувалу². Наименьшие

затраты наблюдались у Зимбабве, Южного Судана и Катар. В России этот показатель в 2011 г. достигал 6,2 % (рис. 1). На рис. 2 представлены страны, условно разделенные на 2 группы: с наибольшими и наименьшими расходами на здравоохранение на душу населения. По расходам на душу населения наибольшими показателями в 2007 г. выделялись Норвегия, США, Швейцария. Наименьшие расходы на здравоохранение на душу населения у Сомали, Эфиопии и Бангладеш. Россия занимает промежуточное положение между этими странами – 493 доллара на душу населения³ (рис. 2).

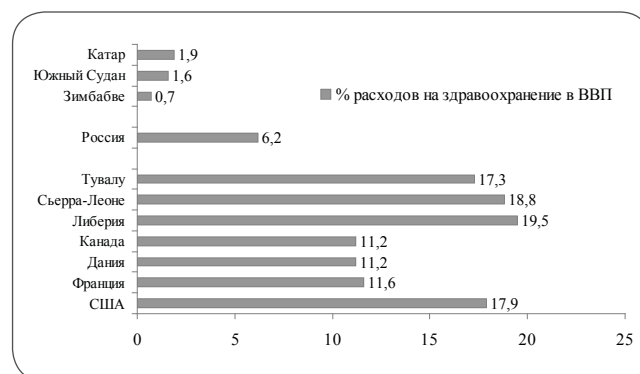


Рис. 1. Расходы на здравоохранение, % в ВВП*

* Источник: официальный сайт ВОЗ.

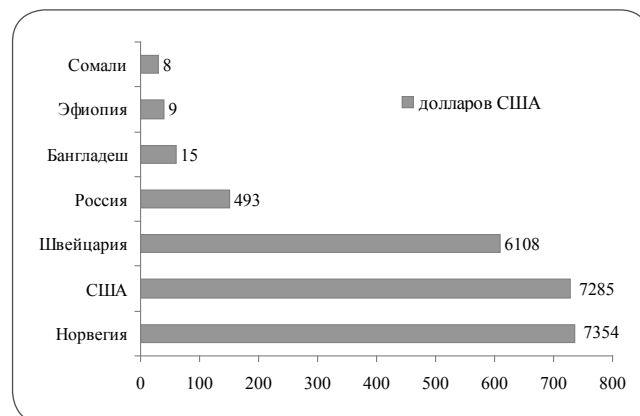


Рис. 2. Расходы на здравоохранение на душу населения, в долларах США*

* Источник: официальный сайт ВОЗ.

¹ Доклад Всемирной Организации Здравоохранения: 2011 год. – Официальный сайт Министерства здравоохранения и развития РФ. URL: <http://rosminzdrav.ru>

² Материал с официального сайта Всемирной Орга-

низации Здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>

³ Материал с официального сайта Всемирной Организации Здравоохранения. URL: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf

По государственным расходам в доле общих расходов на здравоохранение в 2011 г. выделялись Ниуэ, острова Кука и Куба. Из развитых стран наибольшая доля государственных расходов у Норвегии, Дании и Новой Зеландии. У США государственные расходы составляли 45,9 %, что меньше половины всех расходов этой страны на здравоохранение. Наименьшие государственные расходы у Мьянмара, Йемена и Азербайджана. В России данный показатель в 2011 г. равнялся 59,7 % (рис. 3).

По доле расходов на здравоохранение в структуре общих государственных расходов Новая Зеландия и США тратят по 19,8 % от общих расходов на систему здравоохранения, Швейцария – 21 %, от 15 до 19 % такие развитые страны, как Великобритания, Испания, Норвегия, Германия, Франция, Канада, Дания и др. В структуре российских государственных расходов лишь 10,1 % средств тратятся на систему медицинского обслуживания⁴.

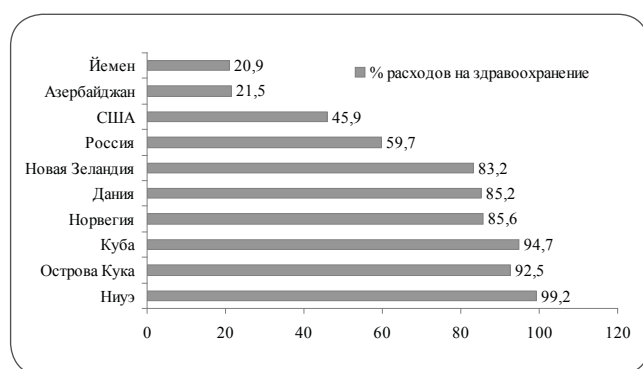


Рис. 3. Доля расходов на здравоохранение в общих расходах системы здравоохранения*

* Источник: официальный сайт ВОЗ.

Данные сравнения с другими странами говорят о необходимости выделения больших денежных средств Российской Федерацией на систему здравоохранения для достижения уровня европейских стран. Существует много способов объяснения тенденции значительного роста затрат на здравоохранение. Так, рост платежеспособного спроса населения приводит к возрастанию расходов на товары и услуги. Затраты на здравоохранение

имеют приоритет, следующий сразу за затратами на еду и жилье. Поэтому необходимо технологическое развитие современной медицины.

Другим фактором, влияющим на рост затрат на систему здравоохранения, является повышение внимания медицины к хроническим заболеваниям, ранее считавшимся безнадежными. Такой переход от обычного лечения к технологически сложному отразился в смене структуры расходов: увеличиваются расходы на стационарное лечение, а также на частные лечебницы и дома престарелых, в то время как доля расходов на амбулаторное лечение снижается. Эта общемировая тенденция подтверждается докладами ВОЗ.

Доля расходов на производство медицинских товаров снизилась, в то время как доля денежных средств, выделяемых на трудоемкие услуги, возросла. Стоимость внедрения инноваций в медицинском обслуживании является ошеломляюще высокой, но отказ от инноваций может стоить намного больше [1].

Источником средств на здравоохранение являются налоги и страховые взносы в фонды медицинского страхования. Страхование и государственное финансирование являются гарантией того, что платежеспособность гражданина не будет препятствием к получению необходимой ему медицинской помощи. Однако общий объем расходов на здравоохранение ограничивается суммой совокупных налоговых отчислений и страховых взносов работодателей, и тут решающую роль играет уже не потребность в медицинской помощи, а объем бюджета. Например, в большинстве стран затраты на население пенсионного возраста в 2 или 3 раза выше затрат на людей молодого и среднего возраста. Более богатые страны тратят больше на здравоохранение, и их население болеет реже. Однако нельзя сделать однозначный вывод о том, что если страны выделяют больше денег на финансирование здравоохранения, то население этого государства будет болеть реже. На здоровье населения также влияют и питание, и санитарные условия, и образование, и темпы экономического роста, ВВП и в целом уровень развития медицины. Однако, за последние 20 лет продолжительность жизни во многих бедных странах увеличилась, в то время как количество врачей и ВВП сократились. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что важен не абсо-

⁴ Материал с официального сайта Всемирной Организации Здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>

лютный уровень доходов, а их распределение [3]. Неудивительно, что в странах, где доходы распределяются более равномерно, состояние здоровья населения в целом лучше. Зависимость здоровья от уровня доходов является нелинейной [1].

У населения стран с более низкими показателями доходов возникают проблемы не столь характерные для богатых стран: инфекционные заболевания, задержки в развитии, отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию населения, проживающего в сельской местности и труднодоступных регионах. В то же время жизнь правительственных чиновников, живущих в столице и крупных городах, может и не отличаться от образа жизни населения развитых стран. Неравномерное распределение ресурсов приводит к тому, что в одних районах страны есть медицинские центры, оснащенные последними достижениями техники, в то время как в других районах нет даже квалифицированного персонала, в результате чего, например, детям не делают прививки, регулярно вспыхивают эпидемии инфекционных заболеваний.

ВОЗ ежегодно оглашает лучшую, по ее мнению, систему здравоохранения. По ее рейтингу в первую тройку стран с лучшими системами здравоохранения входят Франция, Италия и Сан-Марино. Однако подобные показатели не могут говорить однозначно об эффективности вложений, поэтому система здравоохранения каждой страны нуждается в тщательном анализе.

В 2012 г. внимание стран мира привлек опыт Кубы, занявшей 34-е место рейтинга, обогнав многие другие более развитые страны. В этой стране всем гражданам оказывается высококласная медицинская помощь на бесплатной основе. Помимо поддержания здравоохранения своей страны на должном уровне, Куба занимается обучением иностранных специалистов и помогает коллегам более чем в 32 странах [4]. Продолжительность жизни на Кубе составляет 77,8 лет (для сравнения в России – 70,3 лет), а уровень детской смертности, в том числе младенческой, очень низкий: 4,3 на 10 тысяч детей в возрасте от одного года до четырех лет и 2,7 на 10 тысяч детей школьного возраста.

После кубинской революции 1959 г. были сформулированы 2 основных принципа социального развития страны: образование и медицина должны быть доступны и бесплатны для каждого

гражданина. Вся медицина на острове является государственной, курирует ее специально созданное министерство здравоохранения. Система подготовки врачей Кубы во многом опирается на опыт подготовки специалистов бывшего Советского Союза: чтобы получить диплом врача, необходимо 6 лет проучиться в мединституте и пройти 3-летнюю специализацию. Несмотря на значительные достижения, в кубинской системе здравоохранения существует достаточно проблем, в первую очередь финансовых. В больницах по всей стране наблюдается нехватка самого необходимого – антибиотиков, одноразовых перчаток и шприцев, рентгеновской пленки. Частная врачебная практика на Кубе строго запрещена, за нарушение этого принципа предусмотрена уголовная ответственность [5, с. 25].

Куба пошла по пути переориентирования медицины из лечебной в профилактическую. Большое количество мероприятий направлено на предупреждение болезней. Система здравоохранения организована так, чтобы предотвращать заболевания, прежде чем они перейдут в запущенную стадию и потребуют дорогостоящего лечения [5, с. 25]. На этот подход к организации системы здравоохранения нацелена и Россия.

Однако несмотря на усилия правительства развитие системы здравоохранения России на сегодняшний день сталкивается с рядом серьезных проблем. К ним относятся невысокое качество медицинской помощи во многих регионах страны, неравный доступ населения к медицинским услугам в различных регионах, ограниченность Программы государственных гарантий, кадровый дефицит (к примеру, по словам заместителя премьер-министра Республики Башкортостан Лилии Гумеровой, в республике не хватает более 2 тысяч врачей и 3 тысяч среднего медперсонала [12]), низкая заработная плата врачей, дефицит средств, возникающий при оплате высокотехнологичной медицинской помощи, а также возникающее в связи с этим ожидание пациента предоставления необходимой медицинской помощи. Новые государственные программы – Национальный проект «Здоровье», Программа модернизации здравоохранения Российской Федерации – показывают, что стране нужны перемены. Необходимо понимать, что преобразования на уровне государства не могут дать мгновенного результата,

однако уже на начальном этапе можно оценить, имеется ли хотя бы незначительный эффект от вложений средств.

Помимо национальных проектов Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – МЗ РФ) разрабатывает планы на ближайшие 5 лет. План деятельности министерства на 2013–2018 гг. направлен на достижение следующих целей:

1. Обеспечение достижения показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни (согласно указам № 598 и № 606 от 07.05.2012).

2. Повышение эффективности оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций и медицинских работников.

3. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами.

4. Инновационное развитие здравоохранения.

5. Информатизация здравоохранения.

6. Обеспечение публичной открытости плана деятельности МЗ РФ.

Что же касается Республики Татарстан (далее – РТ), то показатели системы здравоохранения РТ по сравнению с аналогичными периодами прошлых лет улучшились.

Впервые за последние 12 лет показатель смертности в 2012 г. составил 12,2 на 1 тысячу человек (на 1,1 промилле ниже, чем в среднем по России и на 0,2 промилле ниже, чем в 2011 г.), показатель младенческой смертности – 6,5 промилле (на 2,2 промилле меньше среднероссийского показателя). Число родившихся в республике (по сравнению с 2011 г.) также увеличилось на 4514 человек; величина рождаемости выше аналогичного показателя по России на 9 %⁵. Согласно данным решения коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан (далее – МЗ РТ) от 12.02.2013 в республике сохраняется следующая структура смертности населения:

1. Болезни системы кровообращения (53,8 %).
2. Новообразования (14,3 %).
3. Внешние причины (9,7 %).

В 2012 г. в республике пролечено 806 644 больных (2011 г. – 795 316), т. е. абсолютный прирост составил 1,4 %. Средняя занятость койки составила 346 дней (2011 г. – 338 дней, т. е. эффективность использования койко-места повысилась на 2,4 %), показатель средней длительности пребывания больного на койке круглосуточного пребывания – 11,0 дней (2011 г. – 11,3 дней), уровень летальности – 1,13% (2011 г. – 1,12 %)⁵. Наиболее высокие показатели работы коек дневного стационара зарегистрированы в Сабинском (359), Алексеевском (349), Нурлатском (347), Тюлячинском (344), Пестречинском (343), Атнинском (343), Бавлинском (342), Новошешминском (342), Бугульминском (340) районах. Средняя длительность пребывания больного на койке дневного стационара составила 12,4 дня (2011 г. – 12,3 дня).

По сравнению же со средними показателями по России показатели по республике несколько ниже. К примеру, обеспеченность коечным фондом на 10 тысяч человек населения составляет 74,6 по Республике Татарстан и 88,1 по России. Обеспеченность врачами на 10 тысяч человек составляет 44,1 по России и 39,6 по Республике Татарстан. По сравнению с 2011 г. улучшились такие показатели, как снижение госпитальной летальности больных с инсультом (на 25,1 %), проведение высокотехнологичных оперативных вмешательств, а также сократилось среднее время приезда бригад скорой медицинской помощи с 15,8 до 14,3 минут.

За счет реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» многие показатели системы здравоохранения в республике улучшились. К примеру, высокотехнологичную медицинскую помощь в республиканских клиниках получили 23 056 пациентов. По сравнению с 2007 г. объем помощи увеличился в 2,6 раза (2007 г. – 9 358 человек, 2012 г. – 24 768 человек).

Правительство Республики Татарстан, располагая достаточными экономическими ресурсами и организационными возможностями, вносит заметный вклад в развитие системы здравоохранения региона. Это, в частности, проявляется в разработке и реализации региональной программы модернизации здравоохранения, на нужды которого в 2012 г. было дополнительно выделено 1575,5 млн рублей; в оптимизации работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) (в частности, была проведена оптимизация коечного

⁵ Справка МЗ РТ на 10.02.2013. – Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан. URL: <https://minzdrav.tatar.ru/>

фонда РТ, объединение некоторых медицинских учреждений). В рамках программы «Дети Татарстана» было закуплено оборудование, дорогостоящие препараты. В 2012 г. началась реализация проекта Первый детский хоспис в Республике Татарстан. Эти и другие программы развития системы здравоохранения региона служат основой создания ее оптимальной модели в ближайшей перспективе. Помимо этого, в 2012 г. республика получила дополнительно 603 млн рублей за успешную реализацию программы здравоохранения (второе место после Санкт-Петербурга), которые были направлены на приоритетное направление здравоохранения республики – строительство медицинских учреждений первичного звена (ФАП).

Следует отметить, что индикатор уровня удовлетворенности населения Республики Татарстан в высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в 2013 г. был выше среднего показателя по России на 1 % (87) и на 4 % выше, чем в 2012 г. К преимуществам системы здравоохранения республики следует отнести и наличие электронного документооборота – «Электронного правительства», которое позволяет Министерству здравоохранения Республики Татарстан лучше координировать работу всех подведомственных учреждений.

Выводы

Главным путем решения экономических проблем системы здравоохранения региона должно стать увеличение денежных средств на ее содержание. Однако очевидна проблемность данного подхода, поэтому необходимо просчитать эффективность принимаемых решений и отдачу от каждого вложенного рубля. Выделяемые лимиты денежных средств не всегда расходуются по назначению, что является несомненным недостатком государственной системы здравоохранения. Развитие системы частного здравоохранения, как показывает опыт многих стран, приводит к возникновению других проблем: желанию компаний, оказывающих медицинские услуги, получить прибыль любым способом; отказу частных страховых компаний страховать «тяжелых» пациентов; расслоению общества по уровню дохода; бесконтрольности частных организаций и др.

Это обуславливает необходимость достижения оптимальной комбинации организационно-правовых форм медицинского обслуживания насе-

ления региона, включающих государственный, муниципальный и частный уровни системы здравоохранения при преобладании государственного уровня системы, что соответствует общемировым тенденциям.

Необходимо также ориентироваться на перспективы эффективной реализации социального (смешанного) подхода к управлению региональной системой здравоохранения, в рамках которого осознается необходимость регулирования данной сферы в условиях рыночной экономики, и сочетаются черты государственного и частного подходов, экономических и социальных принципов управления здравоохранением. Недостатки государственного подхода – нормирование услуг, делающее доступ к услугам более трудным, возникновение очередей на лечение («листы ожидания»), ограничение выбора врача и др. Недостатки частного подхода – отсутствие доступа к медицинским услугам некоторых уязвимых категорий населения (неполное покрытие населения страховками); неконтролируемый рост расходов на систему здравоохранения; нарушение социального характера здравоохранения (доступность, всеобщность); децентрализованное управление и др.

Исторически сложившиеся уникальные особенности экономики и социальной сферы региона обуславливают поиск особых моделей организации системы здравоохранения на основе доминирующего метода финансирования. Уровень социально-экономического развития регионов России предполагает поиск оптимального для каждого региона баланса подходов, основанных на принципах «единого плательщика» и медицинского страхования по месту работы.

Список литературы

1. Getzen, T.E. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. Wiley, 2004, 464p.
2. McConnell, C., Brue, S. Economics. McGraw – Hill/Irwin, 2008, 808 p.
3. Rodgers, G.B. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis // Population Studies. 1979, no. 2, pp. 343–351.
4. Кубанское здравоохранение названо эталоном мирового качества. URL: <http://www.meddaily.ru/article/28mar2012/ccool>
5. Канцайло Т. Здравоохранение Кубы: пример для многих стран // Здоровье Украины. 2009. №8. С. 25.
6. Healthy nation. URL: <http://www.healthynation.ru/568> (дата обращения: 06.09.2013)

В редакцию материал поступил 01.10.13

© Панасюк М. В., Дасаева Р. Д., 2014

Информация об авторах

Панасюк Михаил Валентинович, доктор географических наук, профессор Института управления и территориального развития, заведующий отделением управления территорий, Казанский (Приволжский) федеральный университет
Адрес: 420111, г. Казань, ул. Кремлевская, 6/20, тел.: (843) 231-54-50
E-mail: mp3719@yandex.ru

Дасаева Регина Джафяревна, аспирант Института управления и территориального развития, Казанский (Приволжский) федеральный университет
Адрес: 420111, г. Казань, ул. Кремлевская, 6/20, тел.: (843) 231-54-50
E-mail: redji1990@hotmail.com

Как цитировать статью: Панасюк М. В., Дасаева Р. Д. Проблемы совершенствования экономики здравоохранения регионов России // Актуальные проблемы экономики и права. 2014. № 2 (30). С. 61–67.

M. V. PANASYUK,

Doctor of Geography, Professor,

R. D. DASAYEVA,

Post-graduate student

Institute for Management and Territorial Development, Kazan (Volga) Federal University, Kazan, Russia

ISSUES OF IMPROVING THE ECONOMY OF HEALTHCARE IN THE RUSSIAN REGIONS

Objective: to identify problems in the field of healthcare economy of Russian regions nowadays and to determine the ways of their solution.

Methods: descriptive, comparative, graphic and statistical methods.

Results: classification of indicators of the health care system development in the region is proposed; comparative analysis of the health care system indicators of the Tatarstan Republic and Russian regions is carried out; the approach to the organization of the health care system in Cuba is described; a number of measures to address the major economic problems of the health care system of the region are proposed.

Scientific novelty: comparative characteristics is presented and analysis of development of regional healthcare system is made, the ways to solve these problems are proposed.

Practical value: the ways of optimization of the healthcare system of the region are described.

Keywords: healthcare economy; healthcare system of the region; organization of a regional healthcare system; macroeconomic characteristics of the healthcare system of the region.

References

1. Getzen, T. E. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, Wiley, 2004, 464 p.
2. McConnell, C., Brue, S. *Economics*. McGraw – Hill/Irwin, 2008, 808 p.
3. Rodgers, G. B., Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies*, 1979, no. 2, pp. 343–351.
4. <http://www.meddaily.ru/article/28mar2012/ccool>
5. Kantsidailo, T. Zdravookhranenie Kuby: primer dlya mnogikh stran (Health care in Cuba: an example for many countries). *Zdorov'e Ukrainy*, 2009, no. 8, p. 25.
6. <http://www.healthnation.ru/568> (accessed: 06.09.2013)

Received 01.10.13

Information about the authors

Panasjuk Mikhail Valentinovich, Doctor of Geography, Professor, Institute for Management and Territorial Development, head of the Territorial Management Department, Kazan (Volga) Federal University
Address: 6/20 Kremlyovskaya Str., 420111, Kazan, tel.: (843) 231-54-50
E-mail: mp3719@yandex.ru

Dasayeva Regina Dzhafirevna, Post-graduate student, Institute for Management and Territorial Development, Kazan (Volga) Federal University
Address: 6/20 Kremlyovskaya Str., 420111, Kazan, tel.: (843) 231-54-50
E-mail: redji1990@hotmail.com

How to cite the article: Panasyuk M. V., Dasayeva R. D. Issues of improving the economy of healthcare in the Russian regions. *Aktual'nye problemy ekonomiki i prava*, 2014, no. 2 (30), pp. 61–67.