

DOI 10.22394/1818-4049-2017-80-3-54-62  
УДК 330.12 (571.6)

М. А. Грицко  
О. Г. Поливаева

### Основные тенденции и результаты коммерциализации социальной сферы (на примере здравоохранения)

*В статье представлен общий анализ результатов коммерциализации социальной сферы. На примере здравоохранения проанализирована динамика стоимостных объемов рынка платных медицинских услуг, удельного веса расходов домашних хозяйств на покупку медицинских услуг, оценено изменение ценовой доступности медицинских услуг. Сделан вывод, что на фоне самых высоких в стране темпов роста стоимостных объемов платных медицинских услуг, увеличивается отставание демографических показателей дальневосточных субъектов от среднероссийского уровня. Показано, что фактически достигнутые результаты коммерциализации системы здравоохранения выступают весомым ограничением для реализации государственного приоритета опережающего развития Дальнего Востока, выхода основных социально-экономических показателей на уровень, превышающий среднероссийский, создания в регионе высокого качества жизни населения, являющегося основой для воспроизводства конкурентоспособного человеческого капитала.*

*Ключевые слова: социальная сфера, здравоохранение, коммерциализация, доступность медицинских услуг, Дальний Восток.*

Социальная сфера, включающая образование, здравоохранение, культуру и спорт, а также оказание социальных услуг, деятельность которых направлена на формирование условий для всестороннего развития личности, обеспечение расширенного воспроизводства человеческого потенциала, занимает важное место в социально-экономической системе. В структуре занятого населения удельный вес работающих в социальной сфере превышает 17%, в том числе на долю образования приходится 9,4%, здравоохранения и предоставления социальных услуг – 8%. В отраслях социальной сферы создается порядка 7 – 8% валовой добавленной стоимости в целом по стране. На региональном уровне этот показатель достигает 13 – 15%. Все это

подтверждает важное значение социальной сферы не только как производителя общественных благ, но и как отрасли экономики, обеспечивающей трудовую занятость для большого количества граждан и вносящей заметный вклад в формирование валового продукта.

Функционирующая продолжительный период на условиях полного государственного регулирования, бюджетного финансирования и бесплатности для населения социальная сфера с началом трансформации всей социально-экономической системы страны в начале 1990-х гг. перешла на новые принципы работы. В настоящее время основной вектор трансформации отраслей социальной сферы сводится к всеобщей коммодификации оказываемых услуг и коммерциализации

---

Грицко Мария Анатольевна – канд. экон. наук, ученый секретарь, Институт экономических исследований Дальневосточного отделения Российской академии наук (г. Хабаровск). *E-mail: gritsko@ecrin.ru*

Поливаева Ольга Геннадьевна – канд. экон. наук, доцент, заместитель директора по научной работе, Дальневосточный институт управления – филиал РАНХиГС (г. Хабаровск). *E-mail: polivaeva@list.ru*

деятельности учреждений их оказывающих [6]. Наиболее показательным с этой точки зрения, на наш взгляд, является переход на новые принципы работы системы здравоохранения.

Формальный переход российской системы здравоохранения на новую модель развития произошел в 1993 г. с принятием закона об обязательном медицинском страховании. За основу была принята социально-страховая модель, сочетающая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступностью медицинской помощи. Для данной модели характерно обязательное медицинское страхование населения, участие государства в финансировании страховых фондов. Государство выступает в качестве гаранта, обеспечивая удовлетворение общественно необходимой потребности в медицинской помощи вне зависимости от уровня доходов, не нарушая при этом рыночные принципы оплаты услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования позволяет диверсифицировать финансовые риски, обеспечивая необходимую гибкость и устойчивость системы здравоохранения. Данная модель получила распространение во многих развитых странах, таких как ФРГ, Франция, Нидерланды, Австрия, Япония [12].

Однако на практике трансплантация новых институтов не привела в российских условиях к масштабным результатам, поскольку перестраивание общественного сектора происходило в стремлении быстро преодолеть путь, который развитые страны, чья модель бралась за основу, проходили в своем развитии столетиями [9].

В результате коммерциализации здравоохранения значительно расширилась сфера услуг, оказываемых на платной основе. Этому способствовали структурные преобразования, итогом которых стало значительное сокращение числа медицинских учреждений. Так, за период 1992 – 2016 гг. количество больниц в целом по стране сократилось более чем на 58%, на Дальнем

Востоке – на 65%. Число амбулаторно-поликлинических учреждений уменьшилось на 8% и 28% соответственно [13]. При этом сохранение устойчивого потребительского спроса на жизненно необходимые медицинские услуги создает благоприятные условия для роста объемов предоставляемых платных услуг, оказываемых как в частном, так и в государственном секторах.

В структуре платных услуг населению удельный вес медицинских услуг составляет 6,6% целом по РФ. По итогам 2016 г. медицинские услуги занимали пятую позицию, уступая место бытовым, жилищно-коммунальным, транспортным и услугам связи и находились на одном уровне с услугами образования. Вместе с тем, если в отношении образовательных услуг положение достаточно стабильно, и этот вид услуг на протяжении периода 2000 – 2016 гг. сохраняет свое место в структуре, то в отношении медицинских отмечается рост удельного веса на 1,8 п.п [14]. На Дальнем Востоке медицинские услуги занимают несколько меньшую долю в структуре платных услуг населению – 4,8% (по данным за 2014 г.). Однако есть основания полагать, что фактическая доля медицинских услуг намного превышает данную величину. Подтверждением этому может служить тот факт, что в структуре платных услуг населению треть приходится на транспортные. Такой высокий удельный вес может объясняться не только действием фактора удаленности дальневосточного региона от центральных районов страны, обуславливающим высокие затраты на перемещение, но и тем, что в настоящее время достаточно широкое распространение получила практика выезда за пределы региона с целью получения квалифицированной медицинской помощи. В этой связи высокий удельный вес транспортных услуг может косвенно свидетельствовать о получении необходимого медицинского обслуживания в других регионах и, соответственно, повышать долю медицинских услуг в структуре платных услуг населению.

Одним из результатов коммерциализации здравоохранения является стремительный рост частных расходов, происходящих на фоне низких государственных

затрат на здравоохранение. Недостаточный уровень государственного финансирования обуславливает последнее место нашей страны в рейтинге эффективности систем здравоохранения, согласно которому отдача от вложенных государством средств в развитие здравоохранения крайне низкая [15].

По итогам 2016 г. стоимостной объем оказанных населению медицинских услуг, предоставляемых населению за плату, достиг в целом по стране 547 млрд. руб., в Дальневосточном федеральном округе объем оказанных услуг составил порядка 30 млрд. руб., и основная его часть (более 60%) приходилась на Приморский и Хабаровский края – 35% и 27% соответственно.

Сегмент платных медицинских услуг является одним из наиболее динамично развивающихся секторов экономики, о чем свидетельствуют темпы его роста. За 2000 – 2016 гг объем оказанных услуг увеличился практически в 20 раз. На Дальнем Востоке этот рост был еще более впечатляющим – в 29 раз. В разрезе дальневосточных субъектов опережающими темпами росли объемы платных медицинских услуг в Чукотском автономном округе – 49,2%, Сахалинской области – 39,8%, Приморском крае – 36,7%.

Дальний Восток опережает среднероссийский показатель объема оказанных услуг в расчете на душу населения. Если в целом по стране на каждого жи-

теля приходится медицинских услуг на сумму 3902,8 руб., то в ДФО этот показатель составляет 4320,3 руб./чел в год. При этом необходимо отметить, что в начале исследуемого периода картина была обратной (рис. 1).

Увеличение стоимостных объемов рынка медицинских услуг происходит преимущественно за счет расходов наиболее обеспеченных слоев населения. Согласно данным обследования бюджетов домашних хозяйств, 53% медицинских услуг приходится на девятую и десятую децильные группы, в то время как на первую и вторую группу, которую составляет население с наименьшими доходами, приходится чуть более 2% оказанных платных услуг [5, 13]. Дать оценку распределению расходов на медицинские услуги по категориям домашних хозяйств на региональном уровне не представляется возможным в силу отсутствия необходимой статистической информации. Так, с высокой долей вероятности можно предположить, что региональная проекция картины распределения платных услуг по категориям населения в зависимости от уровня дохода аналогична среднероссийской и платное медицинское обслуживание доступно преимущественно для обеспеченных слоев населения.

Высокие темпы роста сегмента платного медицинского обслуживания населения являются свидетельством существующих

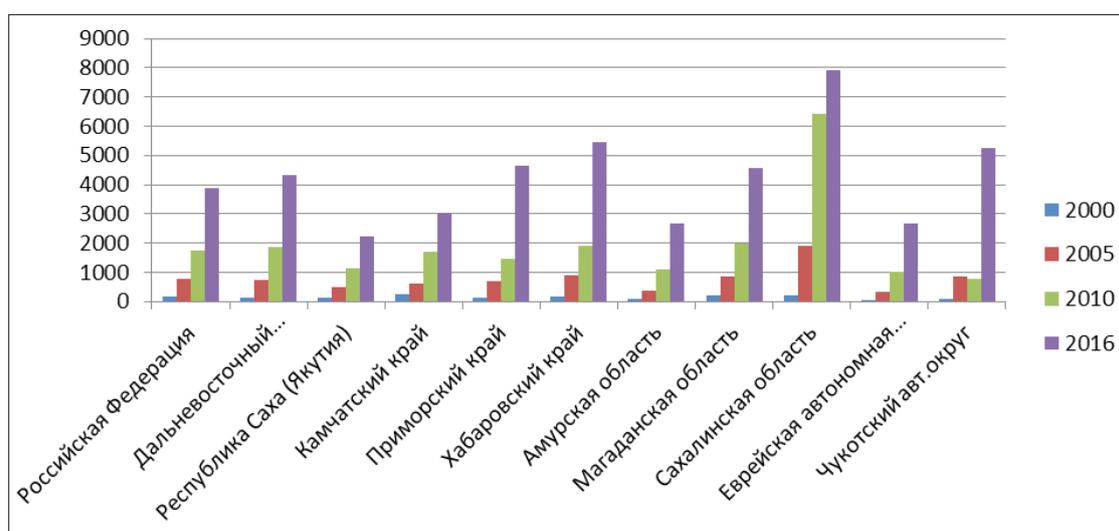


Рис. 1. Объем платных медицинских услуг в расчете на душу населения, руб./чел.

ограничений в системе здравоохранения. По мнению экспертов, рост платной медицины на фоне увеличения объемов предоставляемой помощи в рамках программы государственных гарантий свидетельствует о ее неэффективности. Сегмент платной медицины зачастую выступает субститутутом государственного сектора, поскольку на возмездной основе оказываются услуги не только сверх базового списка, но и предоставляемые в рамках государственных гарантий [10]. Население при этом несет бремя расходов по оплате медицинской помощи в силу множества обстоятельств: отсутствия необходимой услуги в перечне государственных гарантий, низкого качества ее оказания в государственном медицинском учреждении, невозможности своевременного получения услуги из-за отсутствия необходимого специалиста либо его высокой загруженности, отсутствия медицинского учреждения в месте проживания и т. д. [3].

В результате, достижение декларируемой практически во всех государственных программах развития здравоохранения и повышения качества жизни цели, состоящей в повышении доступности услуг для населения, сталкивается с наличием ряда ограничений. К их числу относятся финансовые возможности

потребителей. В условиях расширения перечня услуг, оказываемых на платной основе, а также роста их стоимости, значимым фактором становится уровень доходов населения, достаточный для оплаты необходимых медицинских услуг.

Определение доступности медицинских услуг для потребителей производилось путем соотношения среднедушевых денежных доходов населения и стоимости условно принятого набора медицинских услуг. В рамках проводимого исследования данное соотношение рассматривается как показатель ценовой доступности медицинских услуг. В качестве условно принятого набора медицинских услуг принималась стоимость комплекса услуг, включающего первичное посещение врача-терапевта и общий анализ крови. Рассчитанный таким образом показатель позволил определить количество условно принятых наборов медицинских услуг, которое население способно приобрести, исходя из имеющихся в его распоряжении средств (табл. 1).

В абсолютном измерении количество наборов, доступных населению Дальнего Востока, превышает среднероссийский показатель. В 2016 г. среднестатистический дальневосточник, исходя из имеющихся у него доходов, мог приобрести

Таблица 1

#### Ценовая доступность медицинских услуг, ед.

Территория	2003 г.	2010 г.	2013 г.	2015 г.	2016 г.	2016/ 2003 гг.
Российская Федерация	28,2	35,34	33,6	32,25	30,05	1,07
Дальневосточный федеральный округ	32,6	36,3	35,65	38,57	34,36	1,05
Республика Саха (Якутия)	47,01	75,65	51,65	45,98	44,67	0,95
Камчатский край	23,67	31,75	33,06	35,69	29,36	1,24
Приморский край	29,45	28,33	23,57	32,52	27,22	0,92
Хабаровский край	29,99	38,25	36,25	36,4	32,9	1,1
Амурская область	27,96	21,93	29,42	40,76	31,23	1,12
Магаданская область	18,35	21,7	32,42	24,01	21,82	1,19
Сахалинская область	17,21	23,98	30,52	23,72	24,18	1,4
Еврейская автономная область	33,36	28,96	27,58	23,96	21,42	0,64
Чукотский автономный округ	578,98	94,06	63,91	61,85	56,86	0,1

Источник: рассчитано автором по данным Федеральной службы государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru>

34,36 набора, тогда как среднестатистический россиянин – 30,05. Вместе с тем, с точки зрения определения ценовой доступности, важным являются не столько абсолютные показатели, сколько относительная динамика их изменения за рассматриваемый период времени. За исследуемый период доступность медицинских услуг для жителей Дальнего Востока увеличивалась меньшими по сравнению со среднероссийскими темпами – 5% против 7% в целом по РФ. При этом для четырех дальневосточных субъектов: Республики Саха (Якутия), Приморского края, Еврейской автономной области и Чукотского автономного округа – анализируемый период характеризовался снижением доступности медицинских услуг.

При анализе динамики показателя за два последних года следует отметить, что в связи с падением уровня доходов населения в 2016 г. и ростом стоимости набора медицинских услуг, снижение ценовой доступности произошло практически повсеместно, исключение составила только Сахалинская область.

Развитие платного медицинского обслуживания рассматривается не только как дополнительный источник финансирования здравоохранения, но и как спо-

соб расширения для потребителей выбора различных форм получения медицинских услуг [1]. При этом проведение любых преобразований в системе здравоохранения, в том числе и коммерциализация ее деятельности, в силу общественного характера оказываемых в ее рамках услуг должно способствовать достижению основной цели ее функционирования – улучшению показателей здоровья населения, сокращению смертности, увеличению продолжительности жизни.

Ожидаемая продолжительность жизни населения на Дальнем Востоке отстает от среднего по стране показателя на 2,65 г. Если житель Дальнего Востока по данным 2016 г. в среднем живет 69,22 года, то среднестатистический россиянин – 71,87 года. При этом на фоне положительной динамики изменения продолжительности жизни населения разрыв между средними значениями в целом по РФ и на Дальнем Востоке увеличивается. Иными словами, рост продолжительности жизни дальневосточников происходит с меньшей скоростью (табл. 2).

Несмотря на то, что коэффициент смертности населения на Дальнем Востоке ниже среднероссийского значения, в большинстве субъектов смертность

Таблица 2

### Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет

Территория	мужчины		женщины		оба пола	
	2000 г.	2016 г.	2000 г.	2016 г.	2000 г.	2016 г.
Российская Федерация	59	66,5	72,3	77,06	65,3	71,87
Дальневосточный Федеральный округ	57,3	63,84	70	74,84	63,2	69,22
Республика Саха (Якутия)	57,9	65,78	70,3	75,98	63,7	70,84
Камчатский край	58,1	63,48	69,7	74,54	63,3	68,66
Приморский край	57,9	64,48	70,5	75,06	63,7	69,66
Хабаровский край	57	63,52	70,1	74,9	63	69,13
Амурская область	56,1	62,65	69,3	74,2	62,2	68,28
Магаданская область	55,7	63,56	70	74,47	62	69
Сахалинская область	57,7	63,08	69,8	74,61	63,3	68,66
Еврейская автономная область	56,1	59,98	68,6	72,27	61,8	65,88
Чукотский автономный округ	54,9	59,73	67,1	69,58	60,2	64,42

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. URL.: <http://www.gks.ru>

остается высокой. В 2016 г. число умерших в расчете на 1000 чел. населения Дальнего Востока составило 12,5 промилле, против 12,9 промилле в среднем по стране. Однако более низкое значение показателя было в основном обусловлено достаточно низким уровнем смертности населения в Республике Саха (Якутия), который фактически обеспечил снижение показателя в целом по округу. В большинстве же дальневосточных субъектов уровень смертности населения превышает среднероссийский. При этом для дальневосточных субъектов характерен более низкий темп снижения смертности населения. Если за 2000 – 2016 гг. средний по стране показатель сократился на 16%, то на Дальнем Востоке только на 6%. При этом треть дальневосточных субъектов характеризовалась увеличением смертности населения (рис. 2).

Показатель продолжительности жизни как расчетный параметр таблиц смертности находится в непосредственной зависимости от уровня младенческой смертности и смертности населения трудоспособного возраста, в особенности мужчин.

Ситуация в области изменения младенческой смертности на Дальнем Востоке характеризуется устойчивой положительной динамикой. За период 2000 – 2016 гг. темпы сокращения показателя превысили среднероссийское значение – 65% против 60%. По итогам 2016 г. коэффициент младенческой смертности практически сравнялся со среднероссийским значением, на Дальнем Вос-

токе он составил 6,5 против 6 промилле в целом по стране. Вместе с тем в ряде дальневосточных субъектов, к числу которых прежде всего относятся Еврейская автономная область с показателем 15,7 промилле и Чукотский автономный округ, младенческая смертность в котором в 2016 г. составила 16,1 промилле, уровень младенческой смертности остается достаточно высоким.

Если динамика в области снижения младенческой смертности может расцениваться как благоприятная, то с точки зрения смертности населения трудоспособного возраста картина на Дальнем Востоке остается крайне негативной. При схожей с общероссийской траектории изменения смертности населения трудоспособного возраста темпы ее сокращения на Дальнем Востоке уступают средним по стране. Сохраняется высокий разрыв между дальневосточным и среднероссийским уровнем. Причем, если в начале 2000-х гг. коэффициент смертности населения трудоспособного возраста превышал среднероссийский уровень на 12%, то к 2016 г. этот разрыв увеличился до 22%.

Таким образом, отставание дальневосточных субъектов по показателю продолжительности жизни, обусловленное высокой смертностью населения трудоспособного возраста, сохраняется на фоне высокой обеспеченности дальневосточников объектами медицинской инфраструктуры и медицинским персоналом [7, 8] и самых высоких в стра-

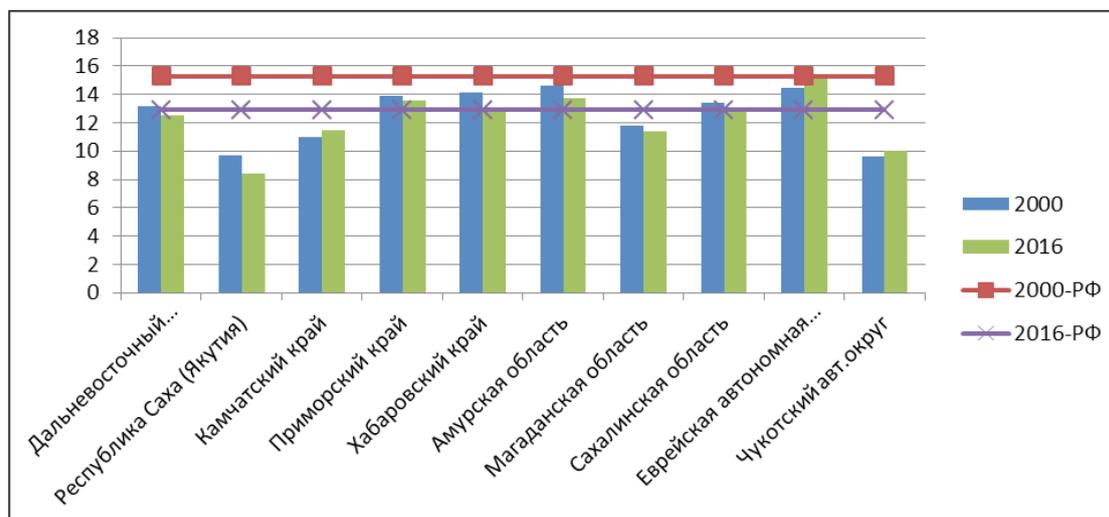


Рис. 2. Общий показатель смертности населения, промилле

не темпов роста стоимостных объемов платного медицинского обслуживания при низких темпах увеличения ценовой доступности услуг.

В связи с этим, представляется, что результаты коммерциализации системы здравоохранения носят двойственный характер. С одной стороны, рост стоимостных объемов платного медицинского обслуживания, увеличение доли медицинских услуг в структуре расходов домашних хозяйств могут расцениваться положительно и свидетельствовать о росте благосостояния населения и увеличении доступности медицинских услуг. С другой, платное медицинское обслуживание доступно преимущественно высокообеспеченным слоям населения, на долю которых приходится более половины объема оказанных платных услуг.

Общественный характер и высокая значимость медицинских услуг обуславливает необходимость обеспечения их равной доступности для потребителей. Достижение этой цели декларируется в большинстве нормативных документов, касающихся стратегических приоритетов развития страны в целом и ее отдельных территориальных образований. Однако фактическим результатом проводимых преобразований становится снижение доступности медицинских услуг для основных социально-экономических групп домашних хозяйств.

В условиях Дальнего Востока, который продолжает оставаться в числе регионов-аутсайдеров по большинству демографических показателей, эти результаты могут иметь крайне негативные последствия. Уменьшение ценовой доступности услуг в субъектах ДФО усугубляется результатами структурных преобразований в системе здравоохранения – снижением пространственной доступности учреждений прежде всего для жителей малонаселенных и удаленных мест проживания [3, с. 116–119]. В связи с этим фактически достигнутые результаты коммерциализации системы здравоохранения выступают весомым ограничением для реализации государственного приоритета опережающего развития Дальнего Востока, выхода основных социально-экономических показателей на уровень, превышающий

среднероссийский, создания в регионе высокого качества жизни населения, являющегося основой для воспроизводства конкурентоспособного человеческого капитала.

#### Список литературы:

1. Болдов О. Н., Иванов В. Н., Розенфельд Б. А., Суворов А. В. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы // *Проблемы прогнозирования*. 2002. № 1. С. 59 (с.47–64).
2. Грицко М. А. Человеческий потенциал Дальнего Востока: современная динамика и ограничения роста // *Власть и управление на Востоке России*. 2014. № 4. С. 47–52.
3. Грицко М. А., Колбина Е. О. Пространственные деформации результативности системы здравоохранения // *Пространственная экономика*. 2013. № 4. С. 107 – 121.
4. Иванов В. Н., Суворов А. В., Балашова Е. Е., Трещина С. В. Анализ динамики общественных и частных расходов на здравоохранение и образование в современной России // *Проблемы прогнозирования*. 2014. № 6. С. 31 – 43.
5. Иванов В. Н., Суворов А. В., Балашова Е. Е., Трещина С. В. Анализ динамики общественных и частных расходов на здравоохранение и образование в современной России // *Проблемы прогнозирования*. 2014. № 6. С. 32, 38.
6. Институциональные изменения в социальной сфере российской экономики. Коллективная монография / под ред. В. Л. Тамбовцева. М. : МГУ, Экономический факультет. 2015. – 256 с.
7. Найден С. Н. Развитие социальной инфраструктуры в условиях Дальнего Востока // *Регионалистика*. 2015. Том 2. № 3. С. 6–17.
8. Найден С. Н., Грицко М. А. Реакция региональной социальной системы на институциональные и инвестиционные шоки // *Регионалистика*. 2016. Т. 3. № 6. С. 6–22.
9. Полтерович В. М. Трансплантация экономических институтов // *Экономическая наука современной России*. 2001. № 3. С. 24–50.
10. Потапчик, Е. Г. Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении); препринт WP8/2011/11 / Е. Г. Потапчик, Е. В. Селезнева, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – 36 с.
11. Рынок платных услуг населению. Бюллетень социально-экономического кризиса в Российской Федерации. Выпуск № 16, июль 2016 г.
12. Тэннер М. Сравнительный анализ

систем здравоохранения в разных странах [Электронный ресурс]. URL.: <http://www.inliberty.ru/library>

13. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL.: <http://www.gks.ru>

14. Что изменилось в доходах, расходах и

потреблении российского населения? М. : НИУ ВШЭ, 2014 – 42 с.

15. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 г. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. URL.: <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>

#### Библиографическое описание статьи

Грицко М. А., Поливаева О. Г. Основные тенденции и результаты коммерциализации социальной сферы (на примере здравоохранения) // Власть и управление на Востоке России. 2017. № 3 (80). С. 54–62. DOI 10.22394/1818-4049-2017-80-3-54-62

**M. A. Gritsko**  
**O. G. Polivayeva**

### The main trends and results of commercialization of the social sphere (on the example of health care)

*The article presents a general analysis of the results of commercialization of the social sphere. On the example of public health services, the dynamics of the cost volumes of the paid medical services market, the specific weight of household expenditures for the purchase of medical services, and the change in the affordability of medical services have been analyzed. The conclusion is drawn that, against the backdrop of the highest growth rates in the country of the cost volumes of paid medical services, the backlog of demographic indicators of the Far Eastern subjects from the average Russian level is increasing. It is shown that the actually achieved results of the commercialization of the healthcare system are a weighty restriction for the implementation of the state priority for the outstripping development of the Far East, emergence of the basic socio-economic indicators to a level higher than the average Russian level, creating a high quality of life in the region that is the basis for reproduction of the competitive human capital.*

*Keywords: social sphere, health care, commercialization, availability to medical services, the Far East.*

#### References:

1. Boldov O. N., Ivanov V. N., Rozenfel'd B. A., Suvorov A. V. Resursnyj potencial social'noj sfery v 90-e gody // Problemy prognozirovaniya. 2002. № 1. S. 59 (s.47–64).

2. Gricko M. A. SHe lovecheskij potencial Dal'nego Vostoka: sovremennaya dinamika i ogranicheniya rosta // Vlast' i upravlenie na Vostoke Rossii. 2014. № 4. S. 47–52.

3. Gricko M. A., Kolbina E. O.

Prostranstvennye deformacii rezul'tativnosti sistemy zdavoohraneniya // Prostranstvennaya ehkonomika. 2013. № 4. S. 107 – 121.

4. Ivanov V. N., Suvorov A. V., Balashova E. E., Treshchina S. V. Analiz dinamiki obshchestvennyh i chastnyh raskhodov na zdavoohranenie i obrazovanie v sovremennoj Rossii // Problemy prognozirovaniya. 2014. № 6. S. 31 – 43.

5. Ivanov V. N., Suvorov A. V., Balashova E. E., Treshchina S. V. Analiz dinamiki obshchestvennyh i chastnyh raskhodov na zdavoohranenie i

Gritsko Mariya Anatolyevna – Candidate of Economics, scientific secretary, the Institute of economic researches of the Far-Eastern branch of the Russian Academy of Sciences (Khabarovsk). E-mail: [gritsko@ecrin.ru](mailto:gritsko@ecrin.ru)

Polivayeva Olga Gennadyevna – Candidate of Economics, associate professor, deputy director on science, the Far-Eastern institute of management – branch of RANEPa (Khabarovsk). E-mail: [polivaeva@list.ru](mailto:polivaeva@list.ru)

---

*obrazovanie v sovremennoj Rossii // Problemy prognozirovaniya. 2014. № 6. S. 32, 38.*

6. *Institucional'nye izmeneniya v social'noj sfere rossijskoj ehkonomiki. Kollektivnaya monografiya / pod red. V. L. Tambovceva. M. : MGU, EHkonomicheskij fakul'tet. 2015. – 256 s.*

7. *Najden S. N. Razvitie social'noj infrastruktury v usloviyah Dal'nego Vostoka // Regionalistika. 2015. Tom 2. № 3. S. 6–17.*

8. *Najden S. N., Gricko M. A. Reakciya regional'noj social'noj sistemy na institucional'nye i investicionnye shoki // Regionalistika. 2016. T. 3. № 6. S. 6–22.*

9. *Polterovich V. M. Transplantaciya ehkonomicheskikh institutov // EHkonomicheskaya nauka sovremennoj Rossii. 2001. № 3. S. 24–50.*

10. *Potapchik, E. G. Dostupnost' medicinskoj pomoshchi dlya naseleniya (po materialam monitoringa ehkonomicheskikh processov v zdavoohranenii); preprint WP8/2011/11 / E. G.*

*Potapchik, E. V. Selezneva, S. V. SHishkin ; Nac. issled. un-t «Vysshaya shkola ehkonomiki». – M. : Izd. dom Vysshej shkoly ehkonomiki, 2011. – 36 s.*

11. *Rynok platnyh uslug naseleniyu. Byulleten' social'no-ehkonomicheskogo krizisa v Rossijskoj Federacii. Vypusk № 16, iyul' 2016 g.*

12. *Tehnner M. Sravnitel'nyj analiz sistem zdavoohraneniya v raznyh stranah [EHlektronnyj resurs]. URL.: <http://www.inliberty.ru/library>*

13. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki [EHlektronnyj resurs]. URL.: <http://www.gks.ru>*

14. *CHto izmenilos' v dohodah, rashkodah i potreblenii rossijskogo naseleniya? M. : NIU VSHEH, 2014 – 42 s.*

15. *Bloomberg: Rejting stran mira po ehffektivnosti sistem zdavoohraneniya v 2016 g. [EHlektronnyj resurs] // Centr gumanitarnyh tekhnologij. URL.: <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>*

---

#### **Reference to the article**

---

Gritsko M. A., Polivaeva O. G The main trends and results of commercialization of the social sphere (on the example of health care) // Power and Administration in the East of Russia. 2017. No. 3 (80). PP. 54–62. DOI: 10.22394/1818-4049-2017-80-3-54-62

---