

УДК 316.334.55.61(470 +571)

В.Н. Рубцова

Институт аграрных проблем – обособленное структурное подразделение
Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального
исследовательского центра «Саратовский научный центр Российской академии наук»,
Саратов, email: iagpran@mail.ru

УЧЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РИСКОВ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РАЗРАБОТКА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ФИНАНСОВЫХ МЕР ИХ УСТРАНЕНИЯ

Ключевые слова: сельское здравоохранение, дестабилизация, риски, устранение, постковидный период, финансирование.

Цель статьи заключается в выявлении, учете рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период и разработке мер по их устранению. На основании обобщения и конкретизации междисциплинарных научных подходов, принятых научным сообществом, теоретически обосновано появление новых рисков дезорганизации сельского здравоохранения в постковидный период. Выявлены и учтены внутренние и внешние риски дезорганизации сельского здравоохранения. Результатом исследования, который может быть применен в практической деятельности по управлению сельским здравоохранением в постковидный период возвращения сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи сельскому населению с одновременным сохранением готовности к противодействию будущим пандемиям, являются предложенные в статье меры по устранению новых рисков его дестабилизации. Разработаны рекомендации по организации финансирования сельского здравоохранения, рассчитанные на более длительный временной период, содействующие повышению его организационной устойчивости.

В.Н. Rubtsova

The Institute of Agrarian Problems is a separate structural subdivision of the Federal State Budgetary Institution of Science of the Federal Research Center "Saratov Scientific Center of the Russian Academy of Sciences", Saratov, email: iagpran@mail.ru

TAKING INTO ACCOUNT THE RISKS OF ORGANIZATIONAL DESTABILIZATION OF RURAL HEALTH CARE AND DEVELOPING MEASURES TO ELIMINATE THEM IN THE POSTCOVID PERIOD

Keywords: rural healthcare, destabilization, risks, elimination, postcovid period, financing.

The purpose of the article is to identify, take into account and develop measures to eliminate the risks of organizational destabilization of rural health care in the post-crisis period. On the basis of generalization and concretization of interdisciplinary scientific approaches adopted by the scientific community, the emergence of new risks of disorganization of rural health care in the postcovid period is theoretically justified. Internal and external risks of rural health disorganization have been identified and taken into account. The result of the study, which can be applied in practical activities for the management of rural health care in the post-crisis period of the return of rural health care to the provision of planned medical care to the rural population while maintaining readiness to counteract future pandemics, are the measures proposed in the article to eliminate new risks of its destabilization. Recommendations have been developed on the organization of financing of rural health care, designed for a longer time period, contributing to improving its organizational stability.

Опыт сельского здравоохранения по противодействию пандемии привел к выводу о том, что наряду с возвращением сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи сельскому населению необходимо сохранять его готовность к противодействию будущим пандемиям. Слабость системы

сельского здравоохранения, неопределенность условий, обеспечивающих его организационную устойчивость в постковидный период, отсутствие эффективной системы финансирования сельского здравоохранения позволили предположить, что при прохождении постковидного периода появятся риски организа-

ционной дестабилизации сельского здравоохранения, и сделать вывод о необходимости разработки целенаправленной политики их устранения. Целенаправленная деятельность по устранению рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период предполагает необходимость формирования здравоохранительной политики возвращения к оказанию плановой медицинской помощи с сохранением готовности организаций здравоохранения к противодействию будущим пандемиям, разработанной специально для сельского здравоохранения. Разработка здравоохранительной политики устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период функционирования требует различных программ, стратегий устранения рисков организационной дестабилизации территориальных систем сельского здравоохранения, так как показатели эпидемиологических рисков и угроз в сельских территориях России существенно различаются между собой на всех уровнях сельского расселения. При значительных различиях показателей организационной устойчивости территориальных систем сельского здравоохранения в сельском здравоохранении России продолжается организационная дестабилизация за счет сокращения организаций сельского здравоохранения первичного звена, территориально максимально приближенных к населению сельских территорий. В статье доказано, что в условиях организационной неустойчивости сельского здравоохранения в целом, неопределенности здравоохранительной политики постковидного периода и многолетней слабой организации финансовой обеспеченности сельского здравоохранения необходимо учитывать возможность возникновения новых рисков его организационной дестабилизации. В статье выявлены основные риски организационной дестабилизации сельского здравоохранения и предложены мероприятия, позволяющие их устранить.

Практическим результатом исследования, который может быть использован в управлении сельским здравоохранением, являются предложенные в статье меры по устранению рисков сельского

здравоохранения в постковидный период и рассчитанные на более длительный временной период рекомендации по организации финансирования сельского здравоохранения, содействующие повышению его организационной устойчивости.

Цель исследования заключается в выявлении, учете новых рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения и предложении мер по их устранению в период возвращения сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи сельскому населению с сохранением его готовности к противодействию будущим пандемиям в неопределенных условиях. Значимой задачей представленного исследования является разработка рекомендаций по организации финансирования сельского здравоохранения, рассчитанная на более длительный временной период, содействующая повышению его организационной устойчивости. Объектом предпринятого исследования избрана организационная структура сельского здравоохранения России в постковидный период.

Материалы и методы исследования

Теоретической основой проведенного исследования стали междисциплинарные подходы И. Пригожина и И. Стенгерс, обосновавших возможность появления рисков дестабилизации сложных систем на переходных этапах к новым состояниям в условиях неопределенности [1]. И. Ансофф научно доказал необходимость разработки и применения стратегий, обеспечивающих формирование организационной устойчивости в крупных и мелких экономических системах в неопределенных условиях [2]. В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров О.В. Обухова и соавторы указали на необходимость выявления и учета новых рисков дестабилизации национальной системы здравоохранения в постковидный период и обосновали необходимость их устранения [3]. Для определения цели исследования и формирования его структуры применялся монографический метод. При доказательстве отдельных положений, обоснованных в статье, использовались показатели статистики.

Результаты и их обсуждение

Первым этапом исследования стала разработка категориального аппарата в применении к цели проведенного исследования. Организационная устойчивость сельского здравоохранения получила определение полного и сбалансированного набора организаций сельского здравоохранения, необходимого для оказания всех видов медицинской помощи сельскому населению России.

Организационной неустойчивости сельского здравоохранения была дана характеристика расбалансированности структуры организаций сельского здравоохранения, лишенной первичного звена, осуществляющего амбулаторную помощь населению мелких, удаленных от центров расселения населенных пунктов, не имеющих дорог с твердым покрытием, обеспечивающих круглогодичную связь с центрами расселения.

Риски организационной дестабилизации сельского здравоохранения рассматривались как деятельность организаций сельского здравоохранения в постковидный период в условиях неопределенности, содержащая негативные факторы, влияние которых может содействовать дальнейшей организационной дестабилизации (разбалансированности) сельского здравоохранения.

Одним из значимых негативных факторов была признана организационная несформированность, слабость финансирования сельского здравоохранения, углубляющая противоречие между ростом у сельского населения России спроса на медицинские услуги и ограниченными ресурсами, которые могут быть предоставлены на охрану его здоровья.

Сельское здравоохранение на этапе возвращения к оказанию плановой медицинской помощи с сохранением его готовности к противодействию будущим пандемиям после прохождения пика пандемии теоретически содержит возможность появления рисков его дезорганизации, так как современное сельское здравоохранение представляет собой достаточно сложную систему с финансированием, не обеспечивающим его организационную устойчивость. Условиями, усиливающими возможность появления новых рисков дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период,

является его низкая организационная устойчивость и слабая система финансирования. Отечественные авторы указывают на продолжающуюся организационную дестабилизацию сельского здравоохранения, вызванную необоснованным сокращением его первичного звена [4]. Сокращение и присоединение к крупным центрам организаций сельского здравоохранения первичного звена отражено в статистике. С 2012 по 2017 годы численность медицинских организаций в сельской местности России сократилась с 2384 до 1109, то есть в 2,09 раза. За эти же годы численность стационарных медицинских организаций (мелких участковых больниц) была сокращена в 2,29 раз (с 2151 единиц в 2012 году до 939 единиц в 2017 году). В 2,57 раза за эти же годы уменьшилось число амбулаторных медицинских организаций. В 2012 году их насчитывалось в селе 2587 ед., в 2017 году – 1005 ед. [5]. В публикациях отечественных авторов указывается на обновление технической базы сельского здравоохранения в некоторых регионах России, зафиксированное еще до пика пандемии [6]. В публикациях также приводятся факты, свидетельствующие об обновлении медицинской техники за счет ее предоставления крупным сельским организациям здравоохранения для оказания медицинской помощи больным с тяжелыми формами коронавирусной инфекции. Содержащиеся в публикациях отечественных авторов сведения свидетельствуют о том, что попытки повышения организационной устойчивости в отдельных территориальных системах сельского здравоохранения носят частный характер и не оказывают существенного воздействия на общее состояние сельского здравоохранения, которое может быть оценено как состояние системного кризиса.

Почти все публикации отечественных авторов содержат информацию о рисках дестабилизации сельского здравоохранения, связанных с недостаточным и плохо организованным финансированием сельского здравоохранения, реализующимся по остаточному принципу и во многих случаях зависящим от субъективных причин. Этот вывод приводит к мысли о неизбежном появлении рисков

организационной дестабилизации сельского здравоохранения на постковидном этапе и актуализирует необходимость разработки политики выявления, учета и устранения рисков его организационной дестабилизации.

В предложенной статье разработаны некоторые методологические принципы, значимые для выявления, учета и устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения.

К числу предложенных методологических принципов, значимых для устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период, отнесена необходимость разработки программ, стратегий и других документов, в рамках которых будет осуществляться практическая деятельность по проведению постковидного периода для мелких, различающихся между собой объектов. К их числу относятся территориальные системы сельского здравоохранения в сельских административных районах и крупные организации здравоохранения, оказывавшие медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией на пике коронавирусной инфекции. Методологическим принципом, значимым для последующей разработки здравоохранительной политики в постковидный период в территориальных системах сельского здравоохранения на этапе возвращения к оказанию плановой медицинской помощи с одновременным сохранением их готовности к противодействию будущим пандемиям, стал принцип необходимости учета на каждой территории соотношения неинфекционных и инфекционных заболеваний и рисков появления новых пандемий. Третий методологический принцип разработки здравоохранительной политики проведения постковидного периода предполагает неодновременность перехода территориальных систем сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи с одновременным сохранением их готовности противодействия будущим коронавирусным инфекциям. Относительно устойчивые территориальные системы сельского здравоохранения, сохранившие доступное для населения первичное звено здравоохранения (ФАПы, ФП, амбулатории, до-

мовые хозяйства с правом оказания доврачебных медицинских услуг, мелкие участковые больницы и др.) с низкими рисками возвращения пандемии, могут переходить к реализации постковидного периода раньше. Организационно неустойчивые системы сельского здравоохранения, расположенные в сельских территориях с высокими показателями заболевших коронавирусной инфекцией на 100 000 населения на пике коронавирусной инфекции, или с наличием других эпидемиологических угроз, должны более тщательно разрабатывать здравоохранительную политику перехода к постковидному периоду и переходить к ее реализации в более поздние сроки.

К актуальным методологическим принципам сельской здравоохранительной политики, чье применение рассчитано на более длительный временной промежуток, отнесена необходимость реализации системы финансирования, разработанной специально сельского здравоохранения и учитывающей особенности сельского расселения России, социально-экономическую неоднородность сельских территорий России. Необходим учет территориальных различий показателей организационной устойчивости территориальных систем сельского здравоохранения, материальной обеспеченности и демографического состава населения сельских территорий России.

В результате исследования были выявлены внешние и внутренние риски организационной дестабилизации сельского здравоохранения и предложены меры их устранения.

Во внешние риски организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период автором включено:

– повышение показателей неинфекционных хронических заболеваний из-за сокращения медицинской помощи вследствие перевода организаций сельского здравоохранения на медицинскую помощь больным с коронавирусной инфекцией. Ситуация осложняется тем, что в сельской местности почти полностью отсутствуют профилактические и диспансерные организации здравоохранения, поэтому перевод осуществлялся за счет сокращения мощностей,

достаточно активно используемых при оказании медицинской помощи больным с неинфекционными хроническими заболеваниями;

– разрывы значений основного показателя пандемии (количество заболевших коронавирусной инфекцией на 100 000 населения) между сельскими территориями различных рангов расселения. В региональных аналитических докладах установлено, что в некоторых сельских административных районах значение показателей распространения коронавирусной инфекции превышало аналогичные показатели, зафиксированные в крупных городах России и за ее рубежами [7];

– отсутствие у сельского здравоохранения общей концепции, нормативно-правовой базы, регламентов возвращения к оказанию плановой медицинской помощи с сохранением готовности к противодействию будущим пандемиям.

К внешним финансовым рискам организационной дестабилизации сельского здравоохранения отнесено возможное сокращение источников финансирования здравоохранения из государственного бюджета и фонда обязательного медицинского страхования; неопределенность будущего финансирования реализации национального проекта «Здравоохранение» [3].

Возвращение сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи населению с сохранением готовности организаций здравоохранения к противодействию пандемиям в условиях низкой организационной устойчивости сельского здравоохранения и отсутствия политики устранения организационных рисков, разработанной специально для сельского здравоохранения, внутренние риски дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период включают:

– отсутствие опыта администрации территориальных систем сельского здравоохранения и крупных объектов здравоохранения, принимавших больных с коронавирусной инфекцией, проведения последовательных действий в процессе возвращения к оказанию плановой медицинской помощи с одновременным сохранением готовности к противодействию будущим пандемиям;

– отсутствие четких представлений у администрации сельских организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в период пика коронавирусной инфекции, о необходимом объеме финансирования для проведения процедур, связанных с возвращением (невозвращением) дорогой медицинской техники, полученной ими в период противодействия коронавирусной инфекции, отсутствие четкой оценки необходимости ее применения в будущем, условий для хранения расходных материалов;

– отсутствие у администрации сельских организаций здравоохранения и территориальных органов здравоохранения регламентов обращения к определенным источникам финансирования при проведении возвращения к плановой медицинской помощи с одновременным сохранением готовности к противодействию будущим пандемиям в сельской местности РФ;

– несформированность механизмов восстановления кадрового состава, медицинских работников, выбывших из системы сельского здравоохранения на пике коронавирусной инфекции; отсутствие инструментов компенсации медицинским кадрам, временно прекратившим оказание плановой медицинской помощи из-за необходимости приема больных коронавирусной инфекцией.

– низкая организация системы финансирования сельского здравоохранения из определенных законом источников в системе национального здравоохранения по остаточному принципу

В целях устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период рекомендуются следующие меры:

1. Разработка здравоохранительной политики постковидного периода по отношению к сельскому здравоохранению как отдельному объекту с более сложной, чем в городских условиях, организационной структурой, обусловленной особенностями сельского расселения, в применении к более мелким, различающимся между собой объектам. К их числу относятся территориальные системы сельского здравоохранения, расположенные в сельских административных районах, организации сельско-

го здравоохранения, в том числе ЦРБ, крупные участковые больницы. Учет низкой организационной устойчивости сельского здравоохранения и продолжающиеся процессы его организационной дестабилизации за счет сокращения его первичного звена.

2. Разработка политики выявления, учета и устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период в применении к различным уровням сельского расселения, на территории которых осуществлялся прием больных с коронавирусной инфекцией. При разработке программ, стратегий здравоохранительной политики устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период необходим учет существенных разрывов в показателях коронавирусной инфекции на 100 000 населения в неоднородных сельских территориях России. В сельских административных районах Саратовской области разрыв между максимальным и минимальным показателем заболевших коронавирусной инфекцией в расчете на 100 000 населения на пике пандемии достигал 7,5 раз (Александрово-Гайский административный район – 1876,1 заболевших коронавирусной инфекцией на 100 000 населения, Калининский административный район – 250,5 заболевших коронавирусной инфекцией на 100 000 населения) [7]. Выявлена основная причина наличия высоких показателей заболевших коронавирусной инфекцией – трансграничное положение района на востоке области [8].

3. Предоставление администрациям и ведущим специалистам организаций сельского здравоохранения более широких прав и полномочий в решении вопроса о возвращении (или дальнейшем использовании в медицинских учреждениях) дорогостоящей медицинской техники, предоставленной организациям здравоохранения на этапе пика пандемии.

4. Учет наличия (и динамики) в структуре заболеваемости населения сельских территорий неинфекционных и инфекционных заболеваний, угроз возможного появления и распространения будущих пандемий. На этой основе рас-

пределение материальных и кадровых ресурсов в сельских территориях, направляемых на оказание плановой медицинской помощи и сохранение готовности к противодействию пандемиям, будет более точным.

5. Разработка и применение нормативно-правовых документов, учитывающих финансовые потери сельских организаций здравоохранения в период пика коронавирусной инфекции и постковидный период.

6. Осуществление компенсационных выплат специалистам, временно не оказывающих плановых медицинских услуг на пике коронавирусной инфекции. В постковидный период такие выплаты должны поступить врачам-эпидемиологам и инфекционистам, временно не оказывающим медицинской помощи из-за снижения количества или отсутствия пациентов с коронавирусной инфекцией (или другими инфекционными заболеваниями).

7. Государственное адресное финансирование мероприятий, связанных с возвращением организаций сельского здравоохранения к оказанию плановой медицинской помощи населению с сохранением их готовности к противодействию будущим пандемиям и другим инфекциям

Для устранения рисков организационной дестабилизации сельского здравоохранения в постковидный период и сохранения его готовности к противодействию будущим коронавирусным пандемиям на государственном уровне рекомендуется применение следующих финансовых инструментов, разработанных автором на основе рекомендаций, предложенных в Аналитическом докладе «Общество и пандемия опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России» [9]:

– в резервном фонде Правительства РФ сохранять и выделять отдельной строкой для оперативного выделения Министерству здравоохранения финансовых ресурсов на оснащение и переснащение коечного фонда организаций здравоохранения сельских территорий, необходимых для противодействия будущим коронавирусным инфекциям;

– выделять отдельной строкой объем средств Федерального бюджета для перемещения их в виде межбюджетных

трансфертов в территориальные фонды ОМС субъектов РФ для оплаты лечения больных COVID-19 в сельской местности в случае возвращения коронавирусной инфекции;

- в национальном проекте «Здоровье» выделить отдельной строкой численность машин повышенной проходимости, необходимых для оказания скорой медицинской помощи в сельских территориях с дорожной сетью лишенной твердого покрытия;

- принять законодательные меры для ограничения на определенный срок числа посредников, поставляющих группы товаров, необходимых для предотвращения распространения коронавирусной инфекции в случае инфекционных угроз возвращения коронавирусной инфекции в сельские территории РФ.

Представленный в статье блок рекомендаций по финансированию сельского здравоохранения разработан на основе оригинальной авторской идеи о том, что для устойчивого развития сельского здравоохранения России необходимо его функционирование в качестве отдельной подсистемы здравоохранения РФ, обладающей собственным организационным статусом. Организационный статус сельского здравоохранения должен включать: наличие схем размещения организаций сельского здравоохранения, соответствующих особенностям и сложной структуре сельского расселения России; централизованную систему управления в рамках системы управления национальным здравоохранением РФ. Сельское здравоохранение должно обладать собственной нормативно – правовой базой и системой финансирования [10].

В систему финансирования сельского здравоохранения на более длительный временной период рекомендуется:

- включение в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи РФ и соответствующие региональные программы подразделов, рассчитанных на сельское население;

- включение в источники финансирования систем сельского здравоохранения субъектов РФ механизмов, позволяющих оперативно изменять доли государственного финансирования и региональных отчислений, направляемых

в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и распределяемых по территориальным фондам обязательного медицинского страхования средств при переходе субъектов РФ в статус доноров или, напротив – в положение дотируемых регионов;

- формирование для сельских территорий субъектов РФ финансовых инструментов особого режима финансирования услуг здравоохранения для неработающего сельского населения по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- разработка механизмов обратной связи Федерального фонда обязательного медицинского страхования с представителями администрации и ведущими специалистами территориальных систем сельского здравоохранения субъектов РФ для эффективного использования субвенций и финансовых поступлений из других источников при выполнении территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

- временное введение прямого государственного адресного финансирования из резервного фонда Правительства РФ для восстановления организаций первичного звена сельского здравоохранения в сельских территориях России, население которых лишено доступной медицинской помощи и проживает в сельских территориях с высокими эпидемиологическими рисками возвращения коронавирусной инфекции;

- разработка и применение в сельских организациях здравоохранения методов финансирования, соответствующих существенно различающимся условиям функционирования крупных и мелких организаций сельского здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь населению. Для мелких организаций здравоохранения эффективным будет финансирование по смете, а для крупных организаций здравоохранения рекомендуется подушевое финансирование в сочетании с финансированием из других источников, определенных законодательно;

- разработка и введение минимальных стандартов материально-технического обеспечения всех форм организа-

ций здравоохранения, включая инновационные формы;

– разработка региональных перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств с учетом структурных особенностей сельской заболеваемости; установление для остальных лекарственных средств предельных оптовых и розничных надбавок для сельских территорий субъектов РФ [11,12].

Выводы

Результаты проведенного исследования позволили научно обосновать появление рисков дальнейшей

организационной дестабилизации сельского здравоохранения в условиях низкой организационной устойчивости сельского здравоохранения и неопределенности политики прохождения сельским здравоохранением постковидного периода. Выявлены внутренние и внешние риски его организационной дестабилизации и выработаны меры их устранения, Предложены рекомендации по организации финансирования сельского здравоохранения, рассчитанные на более длительный временной промежуток, содействующие повышению его организационной устойчивости.

Библиографический список

1. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. М., 1986. С. 5-429.
2. Ансофф И. Стратегическое управление. М., 1989. С. 2-303.
3. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базаров И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. Аналитический доклад / Под ред. акад. РАН В.И. Стародубова. «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2020. С. 45.
4. Козырева П.Н., Смирнов А.И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // Гуманитарий Юга России. 2018. Т. 7, № 4. С. 33-49.
5. Сельское здравоохранение в России. 2017, Стат. сб./Министерство здравоохранения РФ. М.; 2018.
6. Колесников А.В. Здравоохранение в сельской местности // Вестник сельского развития и социальной политики. 2019. № 3 (23). С. 30-37.
7. Иванова А.В., Поспелов М.В., Зимирова А.А., Карнаухов И.Г., Щербакова С.А., Кутырев В.В., Вяткин И.Н., Матвеева Н.И., Кожанова О.И. Характеристика эпидемического процесса COVID-19 в Саратовской области. ФКУЗ Российский НИИ противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора, Управление Роспотребнадзора по Саратовской области. COVID 19-REPRINTS. MICROBE.RU. DOI: 10.21055/preprints-3111894.
8. Рубцова В.Н. Сельский COVID-19: закономерности и риски (на материалах сельских административных районов Саратовской области) // Научное обозрение: теория и практика. 2021. Т. 11. № 6 (86). С. 1905-1919 DOI: 10.35679/2226-0226-2021-11-6-1905-1919.
9. Аналитический доклад «Общество и пандемия: опыт и уроки борьбы с COVID-19 в России». М., 2020. 744 с.
10. Рубцова В.Н. Инновационный подход к формированию факторов устойчивого развития организационной структуры сельского здравоохранения // Инновационная деятельность. 2022. № 3 (62). С. 49-58.
11. Федеральное собрание РФ. Современные тенденции в системе здравоохранения РФ. Издание Государственной Думы. М., 2019. С. 38.
12. Шишкин С.В., Чернец В.А., Бесстремьянная Г.Е. Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России // Менеджмент в здравоохранении. М. 2007. С. 35-40.