

УДК 346.543:614.2

DOI: <https://doi.org/10.18799/26584956/2026/3/2165>

Шифр специальности ВАК: 5.2.3



Сбалансированность административного и рыночного контуров в регулировании рынка медицинских услуг

И.И. Дерен^{1,2}, А.Ю. Кусанова^{1,3}✉

¹ Владимирский филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Российская Федерация, г. Владимир

² Владимирский юридический институт Федеральной службы исполнения наказаний, Российская Федерация, г. Владимир

³ ООО «Центр новых медицинских технологий», Российская Федерация, г. Новосибирск

✉ kusanova.ann@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается конфликт между административным и рыночным контурами регулирования рынка медицинских услуг в условиях смешанной модели здравоохранения. Тема обладает особой **актуальностью** ввиду центрального противоречия смешанной модели здравоохранения – необходимости сохранять доступность медицинской помощи при тарифном и нормативном регулировании, а также одновременном формировании стимулов к повышению качества, устойчивости и сервисной ориентированности медицинских организаций. **Цель:** разработка модели оценки сбалансированности административного и рыночного контуров рынка медицинских услуг и механизмов снятия конфликтов стимулов, позволяющей оценить согласованность тарифного контура обязательного медицинского страхования и компенсирующих рыночных механизмов через анализ динамики тарифов обязательного медицинского страхования, участия частных медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования и объема добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. **Методы:** институциональный и системный подходы, а также сравнительно-аналитический анализ статистических и нормативных данных. Институциональный подход позволяет рассматривать рынок медицинских услуг как пространство взаимодействия формальных правил, финансовых ограничений и поведенческих стимулов участников. Системный подход используется для анализа взаимосвязи административного и рыночного контуров как элементов единой модели регулирования. Также проведена предварительная эмпирическая оценка взаимосвязей между ключевыми индикаторами методом расчета коэффициентов парной корреляции Пирсона. **Результаты:** разработана аналитическая модель, объясняющая, каким образом ограничения тарифного контура обязательного медицинского страхования компенсируются страховыми, институциональными и коммерческими механизмами, а также получены предварительные эмпирические оценки, подтверждающие неоднородный характер согласования административного, страхового и коммерческого сегментов. Выявлены способы снятия конфликта стимулов между административным тарифным контуром и рыночной мотивацией участников рынка. Предлагаемая модель позволяет объяснить не только смешанную модель здравоохранения, но и механизм ее функционирования через адаптационные реакции и инструменты согласования. **Выводы:** эффективность регулирования достигается не за счет простого совмещения административных и рыночных инструментов, а за счет их согласования – дифференциации тарифов с учетом сложности случая, институционального допуска частных поставщиков в обязательном медицинском страховании, разграничения обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, а также цифровой прозрачности маршрутов и финансовых потоков.

Ключевые слова: рынок медицинских услуг, регулирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, тарифы обязательного медицинского страхования, частные медицинские организации, смешанная модель здравоохранения, конфликты стимулов, эффективность регулирования, механизмы регулирования

Конфликт интересов: отсутствует.

Вклад авторов: Дерен И.И. – научный обзор, методология исследования, обсуждение; Кусанова А.Ю. – сбор и анализ материала, обсуждение, оценка результатов исследования, подготовка текста статьи.

Использование средств ИИ: авторы заявляют о том, что при написании данной статьи не применялись средства генеративного искусственного интеллекта.

Для цитирования: Дерен И.И., Кусанова А.Ю. Сбалансированность административного и рыночного контуров в регулировании рынка медицинских услуг. *Векторы благополучия: экономика и социум*, 2026, Т. 54, № 3, С. 98–114. <https://doi.org/10.18799/26584956/2026/3/2165>

UDC 346.543:614.2

DOI: <https://doi.org/10.18799/26584956/2026/3/2165>

Balancing administrative and market mechanisms in medical services market regulation

I.I. Deren^{1,2}, A.Yu. Kusanova^{1,3}✉

¹ *Vladimir Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy
and Public Administration, Vladimir, Russian Federation*

² *Vladimir Law Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia,
Vladimir, Russian Federation*

³ *Center for New Medical Technologies LLC, Novosibirsk, Russian Federation*

✉ kusanova.ann@yandex.ru

Abstract. The article examines the conflict between the administrative and market contours of regulation in the medical services market within a mixed healthcare model. **Relevance.** Central contradiction inherent in the mixed healthcare model: the need to preserve the accessibility of medical care under tariff and regulatory constraints while simultaneously creating incentives to improve the quality, sustainability, and service orientation of medical organizations. **Aim.** To develop a model for assessing the balance between the administrative and market contours of the medical services market and the mechanisms for resolving incentive conflicts. The model makes it possible to evaluate the consistency between the compulsory health insurance tariff contour and compensatory market mechanisms through an analysis of the dynamics of compulsory health insurance tariffs, the participation of private medical organizations in the compulsory health insurance system, the volume of voluntary medical insurance, and paid medical services. **Methods.** Systemic approaches, as well as a comparative analysis of statistical and regulatory data. The institutional approach makes it possible to consider the medical services market as a space of interaction among formal rules, financial constraints, and behavioral incentives of market participants. The systemic approach is used to analyze the relationship between the administrative and market contours as elements of a unified regulatory model. In addition, a preliminary empirical assessment of the relationships between key indicators was carried out using Pearson's pairwise correlation coefficients. **Results.** The authors have developed the analytical model explaining how the constraints of the compulsory health insurance tariff contour are compensated by insurance-based, institutional, and commercial mechanisms. The authors obtained as well the preliminary empirical estimates, confirming the heterogeneous nature of coordination among the administrative, insurance, and commercial segments. The study identifies mechanisms for resolving the conflict of incentives between the administrative tariff contour and the market motivation of market participants. The proposed model makes it possible to explain not only the mixed healthcare model itself, but also its functioning through adaptive responses and coordination tools. **Conclusions.** Regulatory effectiveness is achieved not through the simple combination of administrative and market instruments, but through their coordination, including tariff differentiation according to case complexity, institutional access of private providers to the compulsory health insurance system, clear differentiation between compulsory and voluntary health insurance, and digital transparency of patient pathways and financial flows.

Keywords: medical services market, healthcare regulation, compulsory medical insurance, voluntary medical insurance, compulsory medical insurance tariffs, private medical organizations, mixed healthcare model, incentive conflicts, regulation effectiveness, regulation mechanisms

Conflict of interest: none.

Authors' contributions: Deren I.I. – scientific review, research methodology, discussion; A.Yu. Kusanova – data collection and analysis, discussion, evaluation of research results, manuscript preparation.

Use of AI: the authors declare no use of the AI in the paper.

For citation: Deren I.I., Kusanova A.Yu. Balancing administrative and market mechanisms in medical services market regulation. *Journal of Wellbeing Technologies*, 2026, vol. 54, no. 3, pp. 98–114. <https://doi.org/10.18799/26584956/2026/3/2165>

Введение

Современный рынок медицинских услуг в России функционирует в условиях смешанной модели здравоохранения, в которой административные и рыночные механизмы работают в едином институциональном пространстве. Государство сохраняет ведущую роль в определении нормативных требований, финансовых рамок и минимальных гарантий доступности медицинской помощи, тогда как рыночные инструменты обеспечивают гибкость системы, позволяют учитывать разнообразие форм собственности и стимулируют повышение организационной и сервисной эффективности медицинских организаций [1–3].

Вместе с тем данная модель содержит внутренний конфликт стимулов. С одной стороны, административные механизмы – тарифы ОМС (обязательное медицинское страхование), программа государственных гарантий, стандарты, лицензирование и контрольные процедуры – направлены на обеспечение доступности медицинской помощи и соблюдение базовых требований качества. С другой стороны, медицинские организации функционируют в условиях ограниченности ресурсов, роста технологической сложности помощи, кадрового дефицита и повышения ожиданий пациентов, что усиливает роль страховых, договорных и коммерческих инструментов [4–6]. В научной литературе широко описаны отдельные инструменты регулирования рынка медицинских услуг, однако значительно реже раскрывается вопрос о том, каким образом согласуются административный и рыночный контуры в единой системе управления. Негибкость тарифного регулирования и регламентированность процедур способны снижать мотивацию медицинских организаций к инновациям, сервисным улучшениям и развитию ресурсоемких направлений, тогда как рыночные механизмы не могут быть реализованы в полном объеме без институциональных ограничений, обусловленных социальной природой медицинской помощи [5, 7].

Цель исследования состоит в разработке модели оценки сбалансированности административного и рыночного контуров рынка медицинских услуг и механизмов снятия конфликтов стимулов. Для этого авторами предлагается проанализировать ключевые взаимосвязанные индикаторы. Во-первых, тарифы ОМС в динамике как характеристика жесткости параметров административного финансового регулирования. Во-вторых, доля частных медицинских организаций в системе ОМС как индикатор институциональной открытости государственно-страхового контура. В-третьих, объемы добровольного медицинского страхования как показатель развития дополнительного страхового финансирования. В-четвертых, объем платных медицинских услуг как индикатор емкости коммерческого сегмента. Данные показатели не исчерпывают всей сложности рынка, но позволяют выявить ключевые направления адаптации участников к ограничениям административного контура.

В российских и международных исследованиях отмечается, что демографические вызовы и рост хронических заболеваний требуют повышения устойчивости механизмов регулирования и финансирования систем здравоохранения [8, 9]. Ключевой целью здравоохранения в

данной ситуации является обеспечение доступности и качества медицинской помощи при сохранении устойчивости системы. В России это находит отражение в Стратегии развития здравоохранения, национальных проектах и других государственных программах. В этих условиях особую актуальность приобретает вопрос совершенствования регулирования рынка медицинских услуг как ключевого элемента системы здравоохранения, обеспечивающего взаимодействие государства, медицинских организаций, страховых институтов и населения.

Эффективность регулирования в настоящем исследовании оценивается через три целевых параметра – доступность, качество и устойчивость. Доступность отражает способность системы обеспечивать своевременное получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и через дополнительные каналы финансирования. Качество – соответствие оказанной помощи нормативным требованиям и ожиданиям пациента, клиническая результативность. Устойчивость показывает способность рынка медицинских услуг сохранять финансовую, кадровую и организационную жизнеспособность в условиях смешанного финансирования и внешних ограничений. Для операционализации данных параметров могут использоваться следующие показатели. Доступность целесообразно измерять временем ожидания приема врача, диагностики и госпитализации, долей помощи, оказанной в нормативный срок, обеспеченностью врачами, укомплектованностью кадров и территориальной доступностью медицинских организаций. Качество оценивается через летальность в стационаре, частоту осложнений, повторные госпитализации, соблюдение клинических рекомендаций и стандартов, а также удовлетворенность пациентов и количество жалоб. Устойчивость может измеряться финансовой обеспеченностью системы, кадровой текучестью и дефицитом, резервом мощностей, непрерывностью оказания помощи в кризисных условиях и скоростью восстановления после сбоев.

Таким образом, тарифы ОМС, доля частных медицинских организаций в системе ОМС, объем ДМС (добровольное медицинское страхование) и объем платных медицинских услуг рассматриваются в исследовании как индикаторы конфигурации административного и рыночного контуров, тогда как доступность, качество и устойчивость являются результирующими параметрами эффективности регулирования.

В регулировании сферы здравоохранения государство играет ключевую роль в финансировании, нормировании и контроле качества услуг. В зарубежной экономической литературе подчеркивается, что рынок медицинских услуг характеризуется выраженной асимметрией информации и неопределенностью качества услуги, что объективно ограничивает эффективность саморегулирования и требует институциональных механизмов государственного контроля [1, 2]. Однако функционирование рынка медицинских услуг невозможно без рыночных инструментов взаимодействия. Это обусловлено многоуровневой структурой рынка, различными формами собственности, развитием частного сегмента в здравоохранении и платных медицинских услуг, что способствует развитию рыночных отношений. Применение рыночных инструментов в сфере здравоохранения требует согласования интересов ключевых участников рынка – государства, медицинских организаций, страховых структур и пациентов. В отличие от прямого административного управления государством, рыночные инструменты позволяют формировать устойчивые стимулы для повышения качества услуг, рационального использования ресурсов и развития конкурентной среды, не нарушая при этом социальной направленности отрасли [3].

Административное регулирование, основанное на нормативном закреплении стандартов, тарифном регулировании и контрольных функциях государства, позволяет решать задачи минимального обеспечения доступности медицинской помощи. По мнению Е.Н. Кононовой и Н.В. Безлепкиной, жесткое тарифное регулирование и регламентированность процессов в системе здравоохранения существенно снижают мотивацию медицинских организаций к повышению результативности, внедрению инноваций и развитию сервисной составляющей меди-

цинской помощи [4]. Административные механизмы регулирования отличаются низкой адаптивностью к изменяющимся условиям внешней среды. Как подчеркивают А.А. Байгулова и А.Б. Довлетов, государственные инструменты управления здравоохранением не всегда позволяют оперативно реагировать на изменения спроса, технологические инновации и трансформацию потребностей населения [7]. В результате возникает противоречие между административным контуром государственного регулирования в сфере здравоохранения и рыночной мотивацией медицинских организаций к повышению эффективности.

Следовательно, конфликт заключается не в самом сосуществовании двух контуров регулирования, а в несогласованности стимулов, формируемых каждым из них. Административный контур ориентирован на поддержание социальной справедливости, стандартов качества и минимального гарантированного объема медицинской помощи. Рыночный контур, напротив, связан с гибкостью предложения, поиском организационной эффективности, развитием сервисной составляющей и расширением финансовых источников [3, 5, 10]. Если эти контуры не согласованы, возникает риск либо формального соблюдения норм при экономической неустойчивости организаций, либо чрезмерной коммерциализации, способной ослабить социальную направленность системы.

Центральной точкой конфликта выступает тариф в системе ОМС. Тарифное регулирование задает базовые экономические условия оказания помощи в государственно-страховом контуре. При недостаточной чувствительности тарифов к реальной себестоимости, уровню сложности случая и ресурсной емкости технологий они могут ограничивать стимулы к развитию отдельных направлений, особенно высокзатратных и организационно сложных [4, 10]. Поэтому анализ тарифной модели ОМС целесообразно рассматривать не изолированно, а в связке с тем, как рынок компенсирует ее ограничения: через участие частных организаций в системе ОМС, развитие ДМС и рост платного сегмента медицинских услуг.

Цена и тариф в сфере медицинских услуг выступают не только элементами экономического обмена, но и важными инструментами регулирования, поскольку через них формируются стимулы участников рынка, распределяются финансовые потоки и обеспечивается степень доступности медицинской помощи. В отличие от большинства отраслей сферы услуг, где цена в основном отражает рыночное равновесие спроса и предложения, в здравоохранении она во многом зависит от институциональной конструкции системы, включая обязательства государства по предоставлению гарантированного объема помощи и механизмы страхового финансирования [10, 11]. Ключевым элементом экономического регулирования в системе обязательного медицинского страхования является тарифное регулирование, поскольку именно тариф определяет стоимость единицы медицинской помощи, оплачиваемой в рамках ОМС. Тарифы выполняют функцию финансового стандарта и позволяют обеспечить сопоставимость затрат, контроль расходов и реализацию программы государственных гарантий. Вместе с тем тарифное регулирование формирует и ряд ограничений: оно снижает ценовую гибкость медицинских организаций, ограничивает возможности маневра в ресурсном обеспечении и в ряде случаев приводит к расхождению между фактическими затратами и возмещаемыми объемами, особенно по ресурсоемким направлениям [4]. В подобных условиях медицинские организации вынуждены перераспределять ресурсы, оптимизировать структуру услуг либо развивать платный сегмент как компенсирующий источник финансирования, что усиливает значимость смешанной модели рынка.

Для анализа тарифного контура использованы данные тарифных соглашений ТФОМС Новосибирской области за 2022–2025 гг. (табл. 1), что соответствует региональному фокусу исследования.

Согласно данным табл. 1, административный тарифный контур в 2022–2025 гг. развивался неравномерно. Базовый подушевой норматив в амбулаторном звене увеличился за рассматриваемый период на 11 %, что свидетельствует об ограниченной динамике, в 2024–2025 гг. из-

менение тарифа не компенсирует рост медицинской инфляции, что означает сужение реального финансового пространства амбулаторной помощи. Базовая ставка законченного случая лечения в стационаре выросла на 32 %, однако в 2023–2024 гг. индексация не сопоставима с ростом ресурсозатрат медицинской помощи. Следовательно, тарифный контур ОМС обеспечивает формальную устойчивость финансирования, но не устраняет конфликт между нормативной доступностью помощи и экономической мотивацией медицинских организаций к развитию сложных и затратных направлений.

Таблица 1. Динамика ключевых параметров тарифного контура ОМС в Новосибирской области
Table 1. Dynamics of key parameters of the compulsory health insurance tariff mechanism in the Novosibirsk region

Год/Year	2022	2023	2024	2025
Базовый подушевой норматив финансирования, руб. Basic per capita financing standard, rubles	2384,83	2761,52	2624,77	2646,44
Темп прироста подушевого норматива, % Per capita standard growth rate, %	–	15,8	–5,0	0,8
Базовая ставка законченного случая лечения в стационаре, руб. Base rate for a completed case of inpatient treatment, rubles	27651,16	29604,06	31955,85	36616,94
Темп прироста базовой ставки, % Rate of increase of the base rate, %	–	7,1	7,9	14,6
Общая инфляция, %/General inflation, %	–	7,4	9,5	7,0
Медицинская инфляция, %/Medical inflation, %	–	11,8	13,8	14,4

Источник: составлено авторами по данным [12–17]/Source: compiled by the authors based on data from [12–17].

Включение частных организаций в систему ОМС означает, что рынок медицинских услуг развивается во взаимодействии публичного финансирования и негосударственной формы собственности. Тарифный контур задает рамки системы, и участие частных медицинских организаций в ОМС показывает, насколько система институционально открыта для негосударственных поставщиков, что отражает характер смешанной модели. Доля частных медицинских организаций в ОМС (табл. 2) может рассматриваться как один из механизмов адаптации системы к ограничениям административного контура [10, 18].

Таблица 2. Доля частных медицинских организаций, участвующих в системе ОМС
 (по состоянию на 02.04.2026)

Table 2. Share of private medical organizations participating in the compulsory health insurance system
 (as of 2 April 2026)

Территория Territory	Общее число медицинских организаций в ОМС Total number of medical organizations in compulsory medical insurance	Число частных медицинских организаций Number of private medical organizations	Доля частных медицинских организаций, % Share of private medical organizations, %
Российская Федерация Russian Federation	8194	2610	31,85
Новосибирская область Novosibirsk region	151	48	31,79
Красноярский край Krasnoyarsk krai	203	90	44,33
Москва/Moscow	431	195	45,24

Источник: составлено авторами по данным [19]/Source: compiled by the authors based on [19].

По данным на начало 2026 г. доля частных медицинских организаций в системе ОМС в России составляет 31,85 %. Это значит, что треть участников государственно-страхового контура являются негосударственным поставщиком. В Новосибирской области доля частных клиник совпадает с российским уровнем – 31,79 %, регион встраивается в общую модель, институциональная экспансия частного сектора не выражена. В Москве и Красноярском крае значения выше – 44,33 и 45,24 % соответственно. Это означает, что институциональная открытость ОМС для частных поставщиков варьируется по регионам и является одним из механизмов компенсации ограничений административного контура там, где спрос, плотность рынка и инфраструктурная база позволяют больше использовать негосударственный сегмент.

Добровольное медицинское страхование в настоящем исследовании рассматривается как дополнительный компенсирующий механизм согласования конфликта стимулов.

Страховые механизмы оказывают значимое влияние на конкурентную среду, качество и устойчивость рынка медицинских услуг. Во-первых, включение медицинских организаций в систему ОМС расширяет рынок сбыта услуг и повышает финансовую устойчивость, что особенно актуально для частных клиник, интегрирующихся в государственные потоки финансирования. Во-вторых, страховые механизмы стимулируют медицинские организации к соблюдению стандартов и повышению качества услуг, поскольку оплату в системе ОМС и ДМС сопровождают процедуры контроля, экспертизы и оценки обоснованности оказанной помощи [10]. В-третьих, наличие ДМС способствует развитию конкуренции по параметрам сервиса, скорости оказания помощи и широте предложений, что в целом повышает ориентированность рынка на потребности пациента.

Вместе с тем страховая модель имеет и существенные ограничения. Во-первых, тарифное регулирование в ОМС и ограниченность программы государственных гарантий не всегда обеспечивают покрытие фактических затрат по отдельным видам помощи, что может снижать экономические стимулы к развитию ресурсоемких направлений и формировать перекосы в структуре предложения. Во-вторых, развитие ДМС в России ограничено уровнем доходов населения и распространенностью корпоративных программ, вследствие чего сохраняется неравномерность доступа к расширенным медицинским услугам. В-третьих, актуальной проблемой остается недостаточная согласованность механизмов ОМС и ДМС: при отсутствии четких разграничений возможны ситуации, когда добровольное страхование фактически финансирует услуги, которые должны предоставляться в рамках ОМС, что снижает доверие к ДМС и ограничивает его потенциал как инструмента развития рынка [20]. Позиция А.А. Байгуловой, А.Б. Довлетова о том, что необходимо создать такие механизмы взаимодействия добровольного и обязательного медицинского страхования, чтобы средства добровольного страхования не могли расходоваться на услуги, включаемые в перечень в рамках обязательного медицинского страхования, видится вполне обоснованной. Это значительно повысит привлекательность ДМС в глазах населения и организаций, которые страхуют своих работников [7]. В-четвертых, страховые механизмы сопровождаются ростом транзакционных издержек (администрирование, экспертиза, согласование), что может снижать общую эффективность финансовых потоков в системе здравоохранения [21].

Динамика объема ДМС (табл. 3) важна как показатель многоканальности финансирования и страховой адаптации рынка.

В целом по России объем страховых премий по ДМС увеличился с 213,7 до 323,7 млрд руб., на 51,5 % за 2022–2025 гг. В 2025 г. небольшое падение объемов на 1,4 % свидетельствует об устойчивости системы. В Новосибирской области динамика наиболее выражена: объем ДМС вырос с 1,290 до 2,422 млрд руб., или на 87,8 %, а темпы прироста ускорились от 12,1 до 30,7 %. Это свидетельствует о возрастающей роли дополнительного страхового финансирования на региональном рынке и подтверждает, что ограничения тарифной модели ОМС компенсируются не только коммерческим сегментом, но и страховым контуром. Однако для повышения эффективности страховой модели необходимо совершенствовать механизмы координации ОМС и ДМС, увеличивать прозрачность финансовых потоков и формировать стимулы, ориентированные не только на объем оказанной помощи, но и на ее результативность и качество.

Таблица 3. Динамика объема добровольного медицинского страхования**Table 3.** Dynamics of the volume of voluntary medical insurance

Год/Year	2022	2023	2024	2025
РФ, млрд руб./Russian Federation, billion rubles	213,7	253,5	328,3	323,7
Темп прироста, %/Growth rate, %	–	18,60	29,50	–1,40
Новосибирская область, млрд руб./Novosibirsk region, billion rubles	1,29	1,446	1,853	2,422
Темп прироста, %/Growth rate, %	–	12,10	28,10	30,70

Источник: составлено авторами по данным [22]/Source: compiled by the authors based on data [22].

Параллельно с тарифной системой ОМС развивается платный сегмент, где действует свободное рыночное ценообразование: стоимость услуг определяется конкурентной средой, уровнем сервиса, технологическим оснащением, квалификацией персонала и платежеспособным спросом. Однако даже при рыночном характере ценообразования медицинские организации сталкиваются с ограничителями, обусловленными социальной чувствительностью спроса и высокой значимостью медицинской помощи, а также институциональными нормами регулирования платных услуг и требованиями к прозрачности их предоставления [10, 23].

Платные медицинские услуги в рамках настоящего исследования рассматриваются как коммерческий компенсирующий контур. Динамика объема платных медицинских услуг (табл. 4) позволяет оценить масштаб небюджетного и нестрахового сегмента.

Таблица 4. Динамика объема платных медицинских услуг**Table 4.** Dynamics of the volume of paid medical services

Год/Year	2022	2023	2024	2025
РФ, млрд руб./Russian Federation, billion rubles	1122	1291	1494	1780
Рост в текущих ценах, %/Growth in current prices, %	–	15,10	15,70	19,10
Рост в сопоставимых ценах, %/Growth in comparable prices, %	–	2,80	3,20	5,30
Новосибирская область, млрд руб./Novosibirsk region, billion rubles	33,2	34,6	40,9	49,6
Рост в текущих ценах, %/Growth in current prices, %	–	4,10	18,20	21,40
Рост в сопоставимых ценах, %/Growth in comparable prices, %	–	–6,9	3,10	4,90

Источник: составлено авторами по данным [17, 24, 25]/Source: compiled by the authors based on [17, 24, 25].

Согласно табл. 4, коммерческий контур рынка сохраняет устойчивую восходящую динамику, но ее нельзя интерпретировать исключительно как расширение реального объема помощи. В целом по России объем платных медицинских услуг увеличился с 1122 до 1780 млрд руб. за 2022–2025 гг., а номинальные темпы роста по годам составили 15,1, 15,7 и 19,1%. Однако в сопоставимых ценах рост оказался значительно ниже – 2,8, 3,2 и 5,3 %, что говорит о существенном влиянии медицинской инфляции. В Новосибирской области номинальный объем платных медицинских услуг вырос с 33,2 до 49,6 млрд руб. в 2022–2025 гг., однако в сопоставимых ценах динамика носила более сдержанный характер: в 2023 г. был зафиксирован спад на 6,9 %, тогда как в 2024–2025 гг. рост составил 3,1 и 4,9 % соответственно. Это показывает, что стоимостное расширение платного сегмента в значительной степени определялось инфляционным фактором, а реальный рост проявился только в последующие годы. Следовательно, коммерческий сегмент действительно расширяется, но большая часть его стоимостной динамики обусловлена не только увеличением объема спроса, но и опережающим ростом издержек в медицине. Это соответствует отраслевой оценке, согласно которой медицинская инфляция традиционно превышает общий индекс потребительских цен из-за роста фонда оплаты труда, удорожания импортных материалов и оборудования, а также низкой эластичности спроса на медицинские услуги [16]. Динамику объема платных медицинских услуг следует рассматривать как форму рыночной адаптации к ограничениям административного

контура в условиях роста медицинской инфляции и изменения структуры спроса, что свидетельствует о структурной значимости коммерческого контура и о том, что в смешанной модели здравоохранения часть устойчивости системы обеспечивается за счет небюджетных и нестраховых каналов финансирования.

Вместе с тем рост объема платных медицинских услуг не может однозначно интерпретироваться как исключительно адаптационный эффект. Внутри данного показателя могут сочетаться как услуги, расширяющие предложение сверх базового контура ОМС, так и случаи фактического перераспределения части спроса из бесплатного сегмента в платный, прежде всего по диагностическим и сервисно-чувствительным направлениям. По данным отраслевого обзора Совкомбанка, основанного на исследовании Ingate Group, обращались и в государственные, и в частные медучреждения за год 87 % респондентов, 13 % пользовались услугами только частных клиник [26]. Для уточнения причин обращения пациентов в частные клиники и выявления зон возможного пересечения с ОМС целесообразно обратиться к данным о мотивах потребительского выбора (табл. 5).

Таблица 5. Факторы обращения пациентов в частные клиники как причины пересечения платного сегмента и ОМС

Table 5. Factors of patients' use of private clinics as causes of overlap between the paid segment and compulsory health insurance

Причина обращения в частные клиники Reason for contacting private clinics	Значение, % Meaning, %
Трудности с записью на прием в госучреждения Difficulties with making an appointment at government agencies	56
Долгое ожидание в очереди/Long wait in line	52
Запись к узкому специалисту только через терапевта Appointments with a specialist can only be made through a general practitioner	39
Недостаточное внимание к пациенту/Insufficient attention to the patient	35
Нет нужного квалифицированного специалиста There is no required qualified specialist	31
Неприветливость или грубость персонала/Unfriendly or rude staff	30
Не оказывают нужную услугу/процедуру They do not provide the required service/procedure	28
Неэффективное лечение/Ineffective treatment	22
Отсутствие современного медицинского оборудования Lack of modern medical equipment	19

Источник: составлено авторами по данным [26]/Source: compiled by the authors based on [26].

Данные о потребительском поведении показывают, что расширение платного сегмента связано не только с ростом спроса на коммерческую медицину как таковую, но и с ограничениями доступности и качества медицинских услуг в государственном контуре. По данным исследования Ingate Group, основными причинами выбора частных клиник выступали трудности с записью, длительное ожидание в очереди, сложность доступа к узким специалистам, отсутствие необходимой услуги или оборудования, а также недостаток внимания к пациенту. При этом 80 % обращались в частные клиники за диагностическими исследованиями и анализами, а 77 % – за приемом врача, что позволяет рассматривать диагностические и консультативные услуги как наиболее вероятную зону пересечения ОМС и платного сегмента. Можно сделать вывод о том, что зоны пересечения ОМС и платного сегмента формируются главным образом там, где формально гарантированная бесплатная помощь фактически ограничена по срокам получения, организационной доступности и качеству сопровождения. Это согласуется и с отраслевой структурой платного сегмента: по данным отраслевого обзора Совкомбанка,

наибольшую долю в нем занимает стоматология 30–40 %, около 20 % приходится на диагностику, 10 % – акушерство и гинекология, 10 % – терапия, хирургия, травматология как сервисно-чувствительный сегмент [26].

В рамках исследования выдвигается предположение о том, что изменение параметров тарифного контура ОМС связано с динамикой компенсирующих рыночных механизмов, прежде всего добровольного медицинского страхования и платного сегмента медицинских услуг. Для частичной эмпирической проверки данного предположения в исследование включен расчет коэффициентов парной корреляции Пирсона между отдельными индикаторами конфигурации административного и рыночного контуров (табл. 6). Для повышения устойчивости интерпретации в анализ включены два тарифных показателя – базовый подушевой норматив финансирования и базовая ставка законченного случая лечения в стационаре, позволяющие охарактеризовать амбулаторный и стационарный уровни тарифного контура ОМС. Дополнительно в расчет включен показатель темпа роста ДМС как индикатор страхового компенсирующего контура. Данный расчет носит иллюстративный характер и не претендует на полноформатное эконометрическое моделирование. Его задача состоит в предварительной оценке направления взаимосвязей между динамикой тарифного контура ОМС, страховым сегментом и коммерческим рынком медицинских услуг.

Таблица 6. Парные корреляции между отдельными индикаторами конфигурации административного и рыночного контуров (Новосибирская область, 2023–2025 гг.)
Table 6. Pairwise correlations between selected indicators of the configuration of administrative and market contours (Novosibirsk Region, 2023–2025)

Показатели Indicators	Коэффициент корреляции r Correlation coefficient r	Интерпретация Interpretation
Темп роста базового подушевого норматива финансирования – рост платных медицинских услуг в сопоставимых ценах Growth rate of the basic per capita funding standard is the growth of paid medical services in comparable prices	-0,91	сильная отрицательная связь strong negative relationship
Темп роста базовой ставки ОМС в стационаре – рост платных медицинских услуг в сопоставимых ценах Growth rate of the basic compulsory medical insurance rate in hospitals is the growth rate of paid medical services in comparable prices	0,69	умеренная положительная связь moderate positive relationship
Темп роста ДМС – рост платных медицинских услуг в сопоставимых ценах Growth rate of voluntary health insurance is the growth rate of paid medical services in comparable prices	0,99	очень высокая связь, носит иллюстративный характер при $n = 3$ very high correlation, illustrative in nature for $n = 3$

Источник: рассчитано авторами по данным табл. 1, 3, 4/Source: calculated by the authors based on the data presented in Tables 1, 3 and 4.

Результаты расчета показывают, что согласование административного и рыночного контуров носит неоднородный характер. Слабая связь между динамикой базового подушевого норматива финансирования и ростом платных медицинских услуг в сопоставимых ценах означает, что амбулаторный тарифный контур в рассматриваемый период в ограниченной степени соотносится с изменением коммерческого сегмента и не выступает устойчивым фактором его динамики. Более выраженная положительная связь между темпами роста базовой ставки ОМС

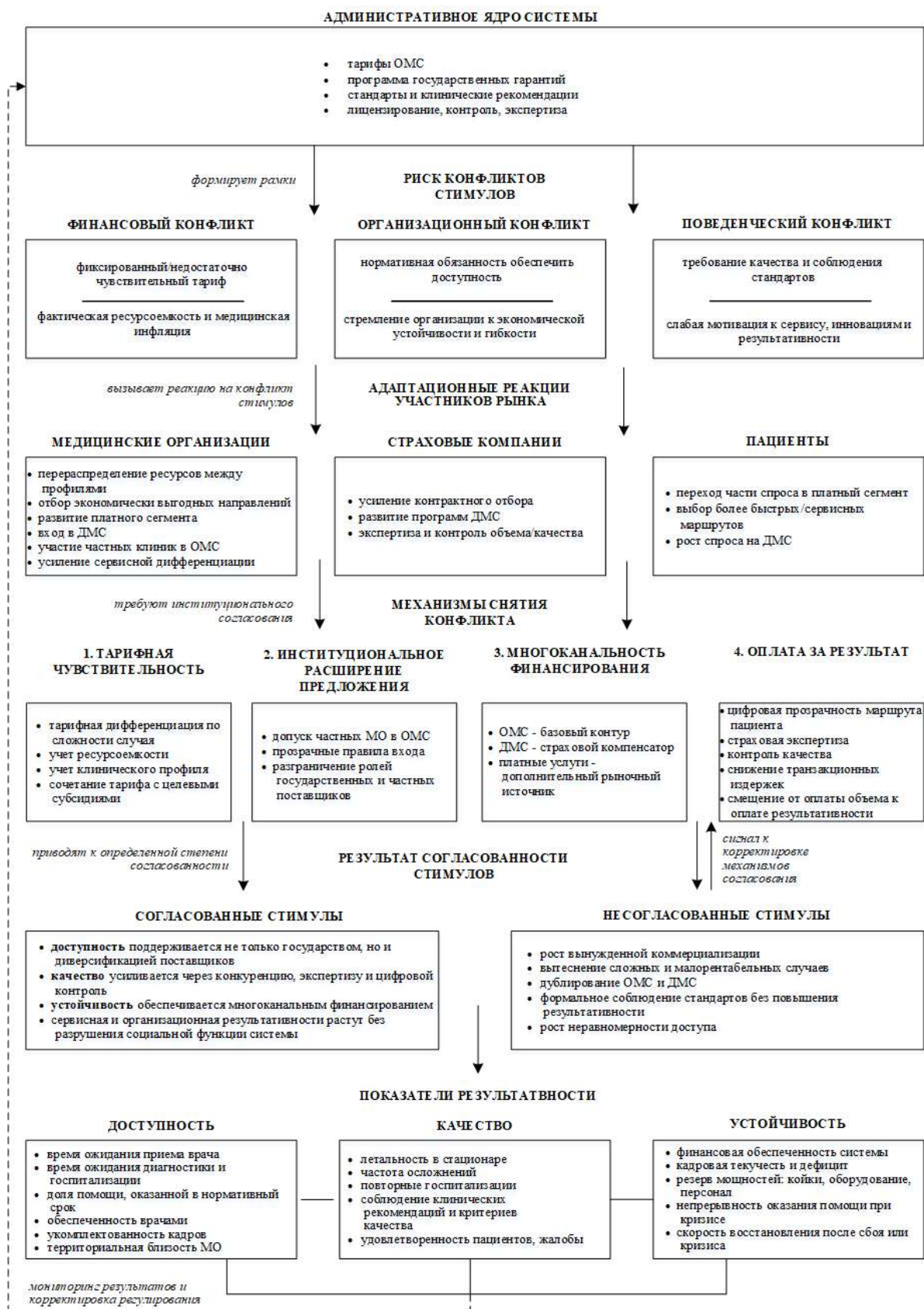
в стационаре и ростом платных медицинских услуг в сопоставимых ценах ($r = 0,69$) показывает, что стационарный уровень тарифного регулирования в большей степени согласуется с поведением коммерческого сегмента: изменение ресурсоемкости и стоимости стационарной помощи сопровождается синхронной адаптацией рынка платных услуг. Очень высокая положительная связь между темпами роста ДМС и ростом платных медицинских услуг в сопоставимых ценах ($r \approx 1,00$), несмотря на ее иллюстративный характер при крайне малом числе наблюдений, показывает, что страховой и коммерческий компенсирующие контуры развиваются наиболее согласованно и фактически усиливают друг друга. Полученные результаты позволяют предположить, что в смешанной модели здравоохранения наибольшая степень согласования наблюдается между страховым и коммерческим сегментами, тогда как тарифный контур ОМС взаимодействует с ними менее равномерно: амбулаторный уровень слабее встроен в общую логику адаптации рынка, чем стационарный. Это подтверждает, что ограничения тарифной модели ОМС компенсируются не единообразно, а через различающиеся по степени связанности механизмы, среди которых наиболее чувствительными оказываются ДМС и платный сегмент медицинских услуг. Ограниченность временного ряда и малого числа наблюдений не позволяет рассматривать полученные оценки как статистически устойчивые параметры, однако они могут использоваться как предварительное эмпирическое подтверждение направления выявленных взаимосвязей.

Эмпирический анализ подтверждает наличие не только самого факта взаимодействия контуров, но и различий в механизмах их адаптации: одни элементы системы реагируют на ограничения тарифной модели ОМС слабее, другие – более синхронно. Однако данные статистические взаимосвязи не объясняют, где именно возникает конфликт стимулов, почему он проявляется по-разному на амбулаторном и стационарном уровнях и за счет каких инструментов может быть переведен в управляемую форму. Это требует перехода от эмпирического описания взаимосвязей к аналитической модели, раскрывающей механизм возникновения и снятия конфликта между административным тарифным контуром ОМС и рыночной мотивацией участников рынка (см. рисунок).

Исходной точкой модели является административное ядро регулирования, включающее тарифы ОМС, программу государственных гарантий, стандарты, клинические рекомендации, лицензирование и контрольные процедуры. Указанные элементы обеспечивают социальную направленность системы, определяют минимально гарантированный объем помощи и задают обязательные рамки деятельности медицинских организаций. Именно в этой зоне формируется базовое противоречие: фиксированный или недостаточно чувствительный к реальной себестоимости тариф должен одновременно обеспечивать доступность медицинской помощи и создавать стимулы к качеству, развитию технологий, сервисной ориентации и организационной эффективности.

Данное противоречие проявляется в трех взаимосвязанных формах. Во-первых, возникает финансовый конфликт между тарифными ограничениями и фактической ресурсоемкостью медицинской помощи, особенно в сложных и высокочрезвычайных профилях. Во-вторых, формируется организационный конфликт между необходимостью соблюдения нормативных обязательств и стремлением медицинской организации к гибкости, устойчивости и рациональному использованию ресурсов. В-третьих, возникает поведенческий конфликт между формальным требованием качества и недостаточной экономической мотивацией к повышению результативности, сервисности и инновационной активности.

Данный конфликт стимулирует реакцию участников рынка в виде адаптационных стратегий. Медицинские организации перераспределяют ресурсы, развивают платные услуги, входят в сегмент ДМС, усиливают сервисную дифференциацию или стремятся к включению в систему ОМС на более выгодных организационных условиях. Страховые организации усиливают контрактный и экспертный контур регулирования, а пациенты частично перераспределяют спрос между ОМС, ДМС и прямой оплатой услуг в зависимости от скорости, доступности и ожидаемого качества помощи.



Источник: составлено авторами/Source: compiled by the authors.

Рисунок. Модель снятия конфликта стимулов между административным тарифным контуром ОМС и рыночной мотивацией медицинских организаций

Figure. Model for removing the conflict of incentives between the administrative tariff contour of compulsory medical insurance and the market motivation of medical organizations

Снятие конфликта в модели реализуется через четыре основных механизма согласования. Первый механизм связан с повышением чувствительности тарифного регулирования к реальной сложности и ресурсоемкости медицинской помощи. Второй механизм состоит в институциональном расширении предложения за счет увеличения доли включения частных медицинских организаций в выполнение части обязательств в системе ОМС. Третий механизм представляет собой многоканальность финансирования, при которой ОМС сохраняет базовую социальную функцию, ДМС выступает дополнительным страховым компенсатором, а платный сегмент обеспечивает дополнительную финансовую и организационную гибкость рынка. Четвертый механизм связан с цифровой и страховой прозрачностью маршрута пациента, позволяющей связывать оплату не только с объемом оказанной помощи, но и с параметрами ее качества, своевременности и результативности.

Таким образом, в предлагаемой модели конфликт между административным и рыночным контурами не устраняется путем отказа от одного из них, а переводится в управляемую форму за счет механизмов согласования стимулов. При недостаточной развитости механизмов согласования система демонстрирует низкую эффективность – рост коммерциализации, дублирование ОМС и ДМС, ослабление мотивации к качеству и неравномерность доступа к медицинской помощи. Вместе с тем модель носит не линейный, а циклический характер: показатели доступности, качества и устойчивости формируют обратную связь для административного ядра системы и служат основанием для корректировки тарифных, нормативных, контрактных и контрольных параметров регулирования, тогда как несогласованность стимулов требует перенастройки механизмов согласования. Результативное согласование стимулов влияет на последующее поведение участников рынка, закрепляя устойчивые адаптационные практики. Это позволяет рассматривать предложенную модель не как статичную схему, а как процесс управляемой адаптации рынка медицинских услуг.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что рынок медицинских услуг в России функционирует в логике смешанной модели здравоохранения, в которой административные и рыночные механизмы не исключают, а структурно дополняют друг друга. Ключевым узлом этой модели выступает тарифный контур ОМС, задающий базовые нормативно-финансовые ограничения и одновременно формирующий конфликт между целевым значением доступности медицинской помощи и экономической мотивацией медицинских организаций к повышению результативности.

Анализ статистических данных позволяет наблюдать проявление конфликта между административным и рыночным контурами в несоответствии между динамикой тарифов и ресурсной емкостью медицинской помощи, особенно в условиях опережающей медицинской инфляции. При этом рынок уже выработал механизмы адаптации к данной несогласованности через институциональное включение частных медицинских организаций в систему ОМС, развитие ДМС и расширение платного сегмента. При этом эмпирическая оценка подтверждает, что согласование административного и рыночного контуров носит неравномерный характер. Наиболее тесная связанность наблюдается между страховым и коммерческим сегментами, тогда как тарифный контур ОМС взаимодействует с ними менее равномерно, особенно на амбулаторном уровне. Проведенная парная корреляционная оценка, несмотря на ограниченность выборки, дает предварительное эмпирическое подтверждение того, что изменение параметров административного, страхового и коммерческого контуров происходит во взаимосвязанной логике, а не изолированно.

Рост ДМС и платных медицинских услуг не означает автоматического ослабления роли ОМС и не должен трактоваться как замещение административного контура. Вместе с тем в отдельных сегментах, прежде всего диагностических и консультативных, он может отражать

пересечение платного сегмента и системы ОМС в тех случаях, когда формально гарантированная бесплатная помощь фактически ограничена по срокам получения, маршрутизации пациента, организационной доступности и воспринимаемому качеству сопровождения. Задача эффективного регулирования состоит не в противопоставлении ОМС и рыночных механизмов, а в их согласовании, при котором компенсирующая функция частного, страхового и коммерческого сегментов не разрушает принципы доступности и социальной справедливости. Наиболее значимыми направлениями такого согласования выступают дифференциация тарифов ОМС с учетом сложности и ресурсоемкости случая, институционально прозрачные правила допуска частных поставщиков в систему ОМС, четкое разграничение контуров ОМС и ДМС, а также цифровизация экспертизы, маршрутизации и мониторинга качества, позволяющая связывать оплату не только с объемом, но с результативностью медицинской помощи. Это свидетельствует о том, что устойчивость и функциональная гибкость рынка обеспечиваются через многоканальную конфигурацию инструментов, а не только за счет административного тарифного регулирования.

Практическая значимость работы заключается в возможности использования предложенной модели для анализа региональных рынков медицинских услуг, в том числе их сегментов, выявления зон несогласованности административного и рыночного контуров и корректировки инструментов регулирования с учетом параметров доступности, качества и устойчивости системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963, Vol. 53, № 5, P. 941–973.
2. Akerlof G.A. The market for “Lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 1970, Vol. 84, № 3, P. 488–500.
3. Норт Д. *Институты, институциональные изменения и функционирование экономики*. М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997. 180 с. EDN: YQDVYE.
4. Кононова Е.Н., Безлепкина Н.В. Механизмы финансирования медицинских услуг и их развитие в РФ. *Развитие сферы услуг в современной экономической системе*. Под ред. Н.М. Тюкавкина. Самара: Самарский государственный университет, 2016. С. 149–156. EDN: VSHHFL.
5. Козлова А.Д. Модели финансирования здравоохранения. *Промышленная политика: глобализация, инновации, устойчивость: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции*. Самара: Издательство СНЦ, 2018. С. 238–244. EDN: YMASFN.
6. Saltman R.B. Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science & Medicine*, 2002, Vol. 54, № 11, P. 1677–1684. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00138-3). EDN: HAIQIR.
7. Байгулова А.А., Довлетов А.Б. Эффективность частных медицинских организаций в системе здравоохранения России. *Теоретическая и прикладная экономика*, 2023, № 1, С. 35–44. DOI: <https://doi.org/10.25136/2409-8647.2023.1.37514>. EDN: TQSCDF.
8. Health at a Glance 2023. *OECD Indicators*. 2023. URL: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance> (дата обращения 26.03.2026).
9. The World Health Report 2010: Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage. 2010. *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> (дата обращения 27.03.2026).
10. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации*. Федер. закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения 28.03.2026).
11. Ильясова А.Р. *Основы экономики здравоохранения*. Казань: Изд-во Казанского университета, 2019. 86 с.
12. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области на 2022 год. *Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области*. URL: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (дата обращения 30.03.2026).
13. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области на 2023 год. *Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области*. URL: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (дата обращения 30.03.2026).
14. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области на 2024 год. *Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области*. URL: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (дата обращения 30.03.2026).
15. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области на 2025 год. *Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области*. URL: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (дата обращения 30.03.2026).

16. Инфляция медицинских услуг по регионам РФ в 2025–2026 – Аналитика Eqiva. 2026. *Eqiva*. URL: <https://eqiva.ru/analytics/medical-inflation-russia-2026> (дата обращения 02.04.2026).
17. Рынок платных медицинских услуг России в 2025 году: объем, динамика и драйверы роста. *Eqiva*. URL: <https://eqiva.ru/private-healthcare-market-2025> (дата обращения 02.04.2026).
18. Степкина Ю.А. Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина*, 2012, Т. 6, № 1, С. 135–144. EDN: PJTDHB.
19. Статистика частной медицины. Участие медицинских организаций в системе ОМС по регионам Российской Федерации. URL: <https://statprivat.ru/oms?r=17> (дата обращения 02.04.2026).
20. Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/> (дата обращения 05.04.2026).
21. Солонин А.В., Белохов Н.В., Благих И.А., Малюшин И.И., Симченко А.Е. Тенденции и перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*, 2025, Т. 33, № 1, С. 79–84. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-79-84>. EDN: TWICBK.
22. Динамические ряды основных показателей деятельности страховщиков. *Банк России*. URL: https://cbr.ru/statistics/insurance/ssd_stat/ (дата обращения 02.04.2026).
23. Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Правительство Российской Федерации. Постановление от 4 октября 2012 г. № 1006. URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=204609&ysclid=mtcy9kkj2131301100> (дата обращения 29.03.2026).
24. Платные услуги населению. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/uslugi> (дата обращения 02.04.2026).
25. Новосибирская область в цифрах. 2022. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Новосибирской области. URL: <https://54.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Новосибирская%20область%20в%20цифрах%202022.docx> (дата обращения 02.04.2026).
26. Варламова О. Рынок частной медицины России: аналитический отчет. URL: https://vk.ru/wall-121091965_4856?ysclid=mtqsqurl3789254289 (дата обращения 02.04.2026).

Информация об авторах

Дерен Иванна Ивановна, доктор экономических наук, профессор кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин Владимирского юридического института Федеральной службы исполнения наказаний, Российская Федерация, 600020, г. Владимир, ул. Большая Нижегородская, 67Е; профессор кафедры финансов Владимирского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Российская Федерация, 600017, г. Владимир, ул. Горького, 59а; deren-ivanna@yandex.ru

Кусанова Анна Юрьевна, соискатель, Владимирский филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Российская Федерация, 600017, г. Владимир, ул. Горького, 59а; директор по маркетингу ООО «Центр новых медицинских технологий», Российская Федерация, 630090, г. Новосибирск, ул. Пирогова, 25/4; kusanova.ann@yandex.ru

Поступила в редакцию: 09.04.2026

Поступила после рецензирования: 27.05.2026

Принята к публикации: 19.09.2026

REFERENCES

1. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963, vol. 53, no. 5, pp. 941–973.
2. Akerlof G.A. The market for “Lemons”: quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 1970, vol. 84, no. 3, pp. 488–500.
3. North D. *Institutions, institutional changes and the functioning of the economy*. Moscow, Fund of the economic book “Beginnings” Publ., 1997. 180 p. (In Russ.) EDN: YQDVYE.
4. Kononova E.N., Bezlepina N.V. Mechanisms for financing medical services and their development in the Russian Federation. *Development of the Service Sphere in the Modern Economic System*. Ed. by N.M. Tyukavkin. Samara, Samara State University Publ., 2016. pp. 149–156. (In Russ.) EDN: VSHHFL.
5. Kozlova A.D. Healthcare financing models. *Industrial Policy: Globalization, Innovation, Sustainability. Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference*. Samara, SNC Publ. House, 2018. pp. 238–244. (In Russ.) EDN: YMASFN.

6. Saltman R.B. Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science & Medicine*, 2002, vol. 54, no. 11, pp. 1677–1684. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00138-3). EDN: HAIQIR.
7. Baigulova A.A., Dovletov A.B. Effectiveness of private medical organizations in the Russian healthcare system. *Theoretical and Applied Economics*, 2023, no. 1, pp. 36–45. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.25136/2409-8647.2023.1.37514>. EDN: TQSCDF.
8. Health at a Glance 2023. *OECD Indicators*, 2023. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance> (accessed 26 March 2026).
9. The World Health Report 2010: Health Systems Financing – The Path to Universal Coverage. 2010. *World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> (accessed 27 March 2026).
10. “On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation”. Federal Law No. 323-FL of November 21, 2011 (In Russ.) Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (accessed 28 March 2026).
11. Ilyasova A.R. *Fundamentals of healthcare economics*. Kazan, Kazan University Press, 2019. 86 p. (In Russ.)
12. Tariff agreement in the system of compulsory health insurance of the Novosibirsk Region for 2022. *Territorial Compulsory Health Insurance Fund of the Novosibirsk Region*. (In Russ.) Available at: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (accessed 30 March 2026).
13. Tariff agreement in the system of compulsory health insurance of the Novosibirsk Region for 2023. *Territorial Compulsory Health Insurance Fund of the Novosibirsk Region*. (In Russ.) Available at: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (accessed 30 March 2026).
14. Tariff agreement in the system of compulsory health insurance of the Novosibirsk Region for 2024. *Territorial Compulsory Health Insurance Fund of the Novosibirsk Region*. (In Russ.) Available at: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (accessed 30 March 2026).
15. Tariff agreement in the system of compulsory health insurance of the Novosibirsk Region for 2025. *Territorial Compulsory Health Insurance Fund of the Novosibirsk Region*. (In Russ.) Available at: https://novofoms.ru/regulatory_documents/tariff_agreement.php (accessed 30 March 2026).
16. Inflation of medical services by regions of the Russian Federation in 2025–2026 – Eqiva Analytics. *Eqiva*, 2026. (In Russ.) Available at: <https://eqiva.ru/analytics/medical-inflation-russia-2026> (accessed 2 April 2026).
17. Market of paid medical services in Russia in 2025. *Eqiva*. (In Russ.) Available at: <https://eqiva.ru/private-healthcare-market-2025> (accessed: 2 April 2026).
18. Stepkina Yu.A. Models of health care financing systems. *Pushkin Leningrad State University Journal*, 2012, vol. 6, no. 1, pp. 135–144. (In Russ.) EDN: PJTDHB.
19. *Private healthcare statistics. Participation of medical organizations in the compulsory health insurance system by regions of the Russian Federation*. (In Russ.) Available at: <https://statprivat.ru/oms?r=17> (accessed 2 April 2026).
20. “On Approval of the Requirements for the Organization and Conduct of Internal Quality and Safety Control of Medical Activities”. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 785n of July 31, 2020. (In Russ.) Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/> (accessed 5 April 2026).
21. Solonin A.V., Belokhov N.V., Blagikh I.A., Malyushin I.I., Simchenko A.E. Trends and the perspectives of development of market of commercial medical services. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*, 2025, vol. 33, no. 1, pp. 79–84. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-79-84>. EDN: TWICBK.
22. Dynamic series of main performance indicators of insurers. *Bank of Russia*. (In Russ.) Available at: https://cbr.ru/statistics/insurance/ssd_stat/ (accessed 2 April 2026).
23. *On Approval of the Rules for the Provision of Paid Medical Services by Medical Organizations*. Resolution of the Government of the Russian Federation No. 1006 of October 4, 2012. (In Russ.) Available at: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=204609&ysclid=mtcy9kkj2131301100> (accessed 29 March 2026).
24. Paid services to the population. *Federal State Statistics Service*. (In Russ.) Available at: <https://rosstat.gov.ru/uslugi> (accessed 2 April 2026).
25. Novosibirsk Region in Figures. 2022. *Territorial Office of the Federal State Statistics Service for the Novosibirsk Region*. (In Russ.) Available at: <https://54.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Новосибирская%20область%20в%20цифрах%202022.docx> (accessed 2 April 2026).
26. Varlamova O. *Private healthcare market in Russia: analytical report*. Available at: https://vk.ru/wall-121091965_4856?ysclid=mtqsqurl3789254289 (accessed 2 April 2026).

Information about the authors

Ivanna I. Deren, Dr. Sci. (Econ.), Professor, Vladimir Law Institute of the Federal Penitentiary Service, 67E, Bolshaya Nizhegorodskaya street, Vladimir, 600020, Russian Federation; Professor, Vladimir Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, 59a, Gorky street, Vladimir, 600017, Russian Federation; deren-ivanna@yandex.ru

Anna Yu. Kusanova, Applicant, Vladimir Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, 59a, Gorky street, Vladimir, 600017, Russian Federation; Director of Marketing, Center for New Medical Technologies LLC, 25/4, Pirogov street, Novosibirsk, 630090, Russian Federation; kusanova.ann@yandex.ru

Received: 09.04.2026

Revised: 27.05.2026

Accepted: 19.09.2026