СИСТЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЯХ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И РОССИЙСКАЯ ПРАКТИКА

Качанова Е. А.

доктор экономических наук, декан факультета экономики и менеджмента, профессор кафедры экономики и управления Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Россия), 620990, Россия, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, д. 66, к. 512, elena.kachanova@ui.ranepa.ru

Захарова Е. Н.

аспирант кафедры экономики и управления Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (Россия), 620990, Россия, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. 8 марта, д. 66, к. 512, elena.kachanova@ui.ranepa.ru

УДК 338:614.2
ББК 65.495

Цель. Изучение опыта регулирования на федеральном и муниципальном уровнях системы здравоохранения стран с высоким уровнем развития сферы здравоохранения для выделения общих способов, методов регулирования, которые могли бы использоваться применительно к регулированию системы здравоохранения России как на макроуровне, так и на уровне каждого муниципального образования.

Методы. Проанализированы существующие методы рыночного и нерыночного регулирования здравоохранения как вида экономической деятельности ряда стран глобальной экономики.

Результаты. Выявлена основная группа проблем, характерная для большинства из рассмотренных стран, определены основные методы регулирования, а также возможные пути использования опыта других стран в процессе организации предоставления медицинских услуг на макроуровне и на территории муниципальных образований Российской Федерации.

Научная новизна. Сформулированы общие для ряда стран проблемы рыночного и нерыночного регулирования здравоохранения на федеральном и муниципальном уровнях, определены направления совершенствования системы регулирования здравоохранения как вида экономической деятельности в национальной экономике России.

Ключевые слова: Система регулирования здравоохранения, специфика регулирования здравоохранения на федеральном и муниципальном уровнях, здравоохранение как вид экономической деятельности, зарубежный опыт.

HEALTH REGULATORY SYSTEMS AT THE FEDERAL AND MUNICIPAL LEVELS: FOREIGN EXPERIENCE AND RUSSIAN PRACTICE

Kachanova E. A.

Doctor of Economics, Dean of the Faculty of Economics and Management, Professor of the Department of Economics and Management of the Ural Institute of Management – branch, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Russia), 620990, Russia, Sverdlovsk Region, Ekaterinburg, 8th March str., d. 66, room 512, elena.kachanova@ui.ranepa.ru

© Качанова Е. А., Захарова Е. Н., 2017

Качанова Е. А., Захарова Е. Н.

Zakharova E. N.

post-graduate student of the Department of Economics and Management of the Ural Institute of Management – branch, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Russia), 620990, Russia, Sverdlovsk Region, Ekaterinburg, 8th March str., d. 66, room 512, elena.kachanova@ui.ranepa.ru

Purpose. The study of experience of regulation of a health care system of the countries with a high level of development of health sector for allocation of general ways, methods of regulation that could be applied to the state and municipal regulation of the health care system of Russia.

Methods. The existing methods of state regulation of health care of a number of countries of global economy used concerning a health care system are analyzed.

Results. The main group of problems, characteristic of most of the considered states, including problems of municipal units are revealed, the basic methods of regulation and possible ways of using the experience of other countries in the process of state regulation of the health care system of Russia at federal and municipal levels are defined.

Scientific novelty. The general problems of state regulation of health care at the federal and municipal levels for a number of countries and the direction of improvement of system regulation of branch of health care of Russia at the federal and municipal levels are defined.

Key words: the system of regulation of health care, specifics of regulation of health care at the federal and municipal levels, health care, foreign experience.

Организация предоставления медицинских услуг населению определяет долгосрочные цели и результаты социально-экономического развития каждого конкретного муниципального образования, т.к. влияет на продолжительность и качество жизни всех социальных слоев и групп населения местного сообщества, процессы воспроизводство рабочей силы на локальном рынке труда, брендирование муниципального образования. Это крайне актуально также в современных условиях демографического феномена старения нации большинства старопромышленных территорий РФ, снижения рождаемости и роста убыли населения по экологическим и производственным причинам.

С развитием рыночных отношений изменяется система государственного регулирования здравоохранения как важнейшего вида экономической деятельности. Отличительной чертой рыночной системы хозяйствования является механизм саморегулирования, основанный на соотношении спроса и предложения. Однако именно в сфере здравоохранения существуют изъяны рынка, нарушающие действие законов.

Необходимость определения оптимального соотношения плановых и рыночных регуляторов, актуальную как для бюджетных, так и страховых систем здравоохранения диктуют и реформы здравоохранения, проводимые в последние годы [1, с. 7]. О невозможности развития рыночных регуляторов в сфере медицинских услуг в силу недостаточности государственных регуляторов говорит А. В. Тихомиров [2].

Трансформация здравоохранения происходит на всех уровнях: федеральном, региональном, муниципальном. Рассматривая регулирование здравоохранения на муниципальном уровне, следует учитывать принцип децентрализации, в соответствии с которым на муниципальные органы власти возложены функции по решению проблем отрасли, в том числе финансовых вопросов.

В этой связи актуально исследование опыта зарубежных стран в области регулирования здравоохранения с целью определения степени нерыночного вмешательства в сферу здравоохранения, а также методов, которые позволят оптимизировать регулирование сферы здравоохранения на национальном, региональном и муниципальном уровнях.

Систему здравоохранения Швеции можно считать одной из лучших из-за ее высокой эффективности при умеренных расходах. Здравоохранение Швеции является государственным на 92 %, характеризуется высокой степенью децентрализации с разделением ответственности за охрану здоровья между государством, ландстингами (политическими органами) и муниципалитетами.

Главным регулирующим органом выступает государство, которое регулирует работу местных органов власти, формирование политики, стратегий и принципов в сфере здравоохранения, принятие законов. В частности, Закон об охране здоровья и медицинской помощи определяет обязанности ландстингов и муниципалитетов и предоставляет самостоятельность местным органам управления.

Все медицинские работники находятся под надзором Государственного совета по здравоохранению и социальному обеспечению. В органы управления также входят Управление по лекарственным средствам – контролирует качество и эффективность использования лекарственных средств, Государственный институт общественного здоровья – осуществляет контроль за профилактикой, Государственная фармацевтическая корпорация, контролирующая деятельность аптек, обеспечивает лекарственными средствами, Государственный совет по социальному страхованию – выплачивает страховые пособия и компенсации, Ассоциация муниципалитетов и ландстингов, которая представляет интересы регионов на центральном уровне [3].

Несмотря на то, что государственное регулирование является наиболее эффективным способом регулирования, отсутствие конкуренции приводит к высоким расходам денежных средств и, следовательно, низкой эффективности.

Эффективность обобществленной системы, по Милтону Фридману, примерно в два раза ниже системы, основанной на частном предпринимательстве, когда одни и те же средства в условиях рынка позволят повысить уровень медицинского обслуживания в два раза в сравнении с системами, существующими в условиях монополии или прямого бюджетного финансирования [4].

Вместе с тем, реформы внутреннего рынка медицинских услуг Швеции, направленные на сокращение затрат, ввели новые схемы финансирования и организации медицинского обслуживания. Развитие частной медицины и возможность выбора медицинской организации привели к усилению конкуренции на рынке медицинских услуг. Однако результатом таких рыночных отношений стало не снижение затрат, а угроза принципа социального равенства. Следствием этого стала переориентация политики в области здравоохранения с конкуренции на сотрудничество между медицинскими организациями и покупателями медицинских услуг [5].

Из опыта Швеции следует, что рыночные механизмы не всегда приводят к снижению затрат, угрожают принципу равенства и требует грамотной политики в отношении отрасли конкретной страны.

В Великобритании существует жестко централизованная национальная (государственная) система здравоохранения (НСЗ), которая регулируется государством.

Рычаги управления принадлежат Правительству, которое устанавливает правила поведения для органов управления сферой здравоохранения, а также поставщиков медицинских услуг.

Департамент здравоохранения Правительства – центральный орган управления – осуществляя законотворческую функцию, формулирует и контролирует внедрение законов и нормативных актов, регулирующих деятельность медицинской отрасли. Местные подразделения НСЗ принимают решения по их внедрению в практику на локальном уровне.

Правительством также формируется механизм договорных отношений, устанавливается правило обязательности конкурсного размещения заказов. Требования к ценообразованию исключают перекладывание на покупателей услуг издержек по содержанию неиспользованных мощностей. Существует процедура проверки обоснованности цен [1, с. 199].

Регулирование системы здравоохранения Франции осуществляет государство в лице парламента, Правительства и Управления по вопросам здравоохранения и социального развития, система ОМС и сообщества регионального уровня. На региональном уровне для повышения управляемости было создано региональное агентство по здравоохранению, ответственные за обеспечение соответствия оказываемой медицинской помощи потребностям населения путем улучшения взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеном.

Регулирование системы здравоохранения осуществляется в процессе взаимодействия поставщиков услуг (больницы и медицинские работники), государства в лице Министерства здравоохранения и системы ОМС. Парламентом принимаются административные постановления и законы. Рост расходов на здравоохранение и увеличение дефицита ОМС усилили роль государства в регулировании здравоохранения.

Государственные тарифы на медицинские услуги утверждаются Министерством здравоохранения. Качество медицинской помощи регулируется на национальном уровне [6].

Рынок частного медицинского страхования, заполняющий пробелы предложения, подвержен меньшему регулированию в сравнении с США. Суммы, начисляемые врачами за услуги, не регулируются. Также система позволяет поставщикам услуг предъявлять счета, превышающие базовые тарифы, чем пользуется до 30% врачей. Вместе с тем, существующая среди врачей конкуренция не позволяет чрезмерно завышать стоимость.

Государство ограничивает отпуск медикаментов по рецептам.

Несмотря на наличие определенных проблем, таких как рост затрат, французская модель имеет преимущества относительно большинства государственных систем здравоохранения. Стране удается избежать нормирования медицинских услуг, однако продолжающийся рост затрат может способствовать введению государством нормирования в сфере здравоохранения.

Эффективность французской системы частично связана с тем, что для Франции характерно достаточно высокое долевое участие пациентов в оплате медицинской помощи, что позволяет избежать чрезмерного

и не всегда необходимого использования медицинских услуг [7].

В Германии существуют две системы медицинского страхования – социальная, являющаяся обязательной для всех работающих и их иждивенцев, и частная. Ассоциации страховых фондов и медицинские ассоциации осуществляют регулирование системы медицинского страхования, наиболее значимым из которых является Федеральный объединенный комитет медицинского страхования. Государство в лице Правительства регулирует размер взносов в систему частного медицинского страхования с целью недопущения их роста по мере увеличения возраста.

Для Германии не характерно прямое регулирование цен производителя, аккредитованные медицинские препараты подлежат быстрой компенсации. Существует косвенное регулирование лекарственных средств, имеющих препараты замены, которое заключается в наличии справочной цены, по которой страховщиками проводится определение величины компенсации. Опыт Германии свидетельствует о том, что здравоохранение развитых стран также является предметом конфликта рыночной конкуренции и государственного регулирования [8].

Регулирование системы здравоохранения осуществляется центральным правительством и региональными органами.

Ценовые ограничения и фиксированные ставки гонораров приводят к тому, что врачи, вынужденные работать в условиях жестких тарифов, и ввиду отсутствия финансовых стимулов не стремятся оказывать помощь пациентам сверх необходимого минимума. В этой связи возникают вопросы качества их услуг [7].

Система медицинского страхования Японии строится на национальном и профессиональном страховании и отличается от европейской системы. Во-первых, потому, что сочетает в себе частное здравоохранение и элементы жесткого государственного регулирования тарифов на медицинские услуги. Во-вторых, страхование большей части населения государственными и муниципальными органами. [9]

В сфере здравоохранения Японии были введены ограничения, устанавливающие «потолок» количества процедур, разрешенных к выполнению больницей в течение месяца.

Также, как и для других стран для Японии характерна проблема роста расходов, справиться с которой удается отчасти благодаря здоровому образу жизни японцев, низкому уровню аварий, преступности, наркомании [7].

Система здравоохранения Швейцарии носит наиболее рыночно ориентированный характер и основывается на принципе «управляемой конкуренции», в рамках которой предоставление медицинских услуг и медицинское страхование отдается в частные руки, тогда как отрасль действует в рамках регулируемого «искусственного» рынка.

Единого государственного бюджета на нужды здравоохранения нет, что позволяет снизить до минимума очереди на медицинскую помощь, в противовес системам здравоохранения других стран.

Недостатки сферы связаны с расширением сферы обязательного страхования и государственным регулированием. Потребители влияют на цену, отказываясь приобретать слишком дорогой товар. Обязательность медицинского страхования лишает их этого рычага влияния, поскольку потребители обязаны приобретать данный «товар», даже если считают его цену завышенной.

Следует отметить, что в Швейцарии действует одна из самых жестких в Европе систем регулирования деятельности представителей не врачебных медицинских профессий [7].

Система государственного регулирования в России находится в условиях его постоянного изменения.

Совершенствование системы регулирования осуществляется по трем основным направлениям:

- сокращение государственного регулирования (дерегулирование);
- оптимизация действующих регуляторов (процессов, форм, методов),
- изменение действующих и создание новых регуляторов.

Данные направления изменений характерны практически для всех сфер регулирования [10].

В Российской Федерации действует трехуровневая система здравоохранения. Объемы по основным видам медицинской помощи оказываются и на муниципальном уровне. Муниципальная система здравоохранения включает лечебно-профилактические и иные учреждения системы здравоохранения, расположенные на территории муниципального образования и находящиеся в собственности муниципалитета, государства или частной, а также органы муниципального управления охраной здоровья, отвечающие за обеспечение доступности и качества медицинской помощи в пределах Программы государственных гарантий, осуществляющие организацию и регулирование видов медицинской помощи.

Российское здравоохранение представлено на сегодняшний день государственным и негосударственным секторами.

Медицинскими организациями государственного сектора являются все государственные учреждения здравоохранения, а также территориальные и муниципальные учреждения здравоохранения, управление и распоряжение которыми осуществляет государство.

Неэффективность государственного здравоохранения, ухудшение показателей здоровья населения

и растущий теневой сектор способствовали развитию негосударственного сектора здравоохранения. Однако негосударственный сектор медицинских услуг еще не достиг уровня устойчивого функционирования. Для этого необходима соответствующая правовая база, институциональные преобразования, формирование соответствующей бюджетной и налоговой политики [11].

Исполнительными органами власти, осуществляющими регулирование в сфере здравоохранения на сегодняшний день, являются органы государственной власти в лице Министерства здравоохранения Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов РФ (Министерства здравоохранения в субъектах РФ) и муниципальные органы власти. Правовая основа государственного регулирования обеспечивается законодательными органами власти РФ.

Государственное регулирование медицинских услуг в условиях рынка представляет собой совокупность законодательных, исполнительных и контролирующих мер, осуществляемых государственными учреждениями, с применением мер прямого и косвенного воздействия на деятельность субъектов здравоохранения и рыночную конъюнктуру. Непосредственное участие государства в рынке медицинских услуг заключается в следующем [12]:

- остается основным субъектом спроса на рынке медицинских услуг и влияет на структуру спроса;
- влияет на предложение медицинских услуг на рынке за счет финансирования строительства новых или реконструкцию старых объектов здравоохранения в регионах, где вложения частного капитала недостаточны;
- регулирует рынок медицинских услуг путем контроля качества, регулирования ценообразования;
- ограничивает монопольную деятельность;
- защищает права потребителей.

Высокая степень регулирования деятельности медицинских организаций касается в основном некоммерческих организаций государственного сектора. Правовые, административные и экономические регуляторы, стандарты в области здравоохранения, целевые программы, национальные проекты, территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, а также лицензирование медицинской деятельности, – основные инструменты механизма государственного регулирования здравоохранения.

Динамично развивающийся негосударственный сектор здравоохранения, составляющий конкуренцию государственным (муниципальным) учреждениям, остается практически нерегулируемым. По отношению к нему в основном применяются ограничительные меры, в виде административных барьеров для участия в реализации программ ОМС, однако и это ограничение устранено в последние годы. Для данного сектора характерно отсутствие четких границ между рыночным саморегулированием и государственным регулированием.

Несмотря на то, что достаточно сложно определить объем рынка платных медицинских услуг в России из-за отсутствия информации по теневому рынку медицинских услуг, очевиден устойчивый рост российского рынка платных медицинских услуг, что можно считать следствием сокращения доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет государства (рис. 1). Следует отметить, что для большинства жителей страны платные медицинское услуги остаются недоступными ввиду невысокого уровня доходов.

На взгляд И. М. Шеймана [1, с. 7], в здравоохранении России отсутствует стратегия и концептуальная основа для оптимального сочетания плановых и рыночных механизмов управления. С одной стороны, появились призывы к усилению роли государства. Этот тезис оказывается бессодержательным поскольку рыночные отношения в системе общественного здравоохранения так и не утвердились. С другой стороны – абсолютизация рыночных механизмов. Считается, что ценовые и прочие рыночные регуляторы автоматически обеспечивают эффективное использование



Рис. 1. **Объем платных медицинских услуг населению. Составлено авторами на основе [13]**

ресурсов – как на уровне отдельного учреждения, так и в системе в целом.

Кроме того, следует помнить о принципе доступности и качестве медицинской помощи, гарантированном Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Таким образом, поиск оптимального соотношения рыночных и нерыночных регуляторов на федеральном и муниципальном уровнях в сфере здравоохранения приобретает первостепенное значение.

По итогам анализа существующих регуляторов и состояния сферы здравоохранения в странах с высоким уровнем развития здравоохранения можно выделить следующие, присущие большинству, стран проблемы государственного и муниципального уровня:

- наличие очередей на получение медицинской помощи;
- недоукомплектованность врачами в периферийных удаленных муниципальных образованиях;
- ограничение доступности к специализированной медицинской помощи на территории периферийных удаленных муниципальных образований;
- рост затрат на предоставление медицинской услуги;
- ограниченность финансовых ресурсов медицинских организаций;
- увеличение потребностей населения в медицинских услугах.

Основными используемыми методами регулирования здравоохранения на федеральном и муниципальном уровнях являются административные и экономические методы. Административные включают законодательную базу и контроль за исполнением законов, меры запрета и ограничения. Экономические методы строятся на специфике налогообложения медицинских организаций, финансировании государственного и муниципального задания.

Таким образом, авторы считают, что в условиях стабильного роста российского рынка платных медицинских услуг (как следствие сокращения доступности медицинской помощи, оплачиваемой за счет бюджетных средств) и снижения уровня реальных доходов населения, особенно локальных периферийных муниципальных образований, введение долевого участия пациентов в оплате медицинской помощи позволит избежать: во-первых, чрезмерного и не всегда необходимого использования медицинских услуг; во-вторых снизит расходы граждан на оплату стоимости всей услуги.

Руководствоваться при этом следует опытом организации системы регулирования здравоохранения на федеральном и муниципальном уровнях Франции и Швеции, где максимальная годовая сумма со платежей граждан ограничена публично-правовым образованием соответствующего уровня по каждому виду медицинской помощи и лекарственному обеспечению.

Литература:

1. *Шейман И. М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М: Издатцентр, 1998. 337 с.
2. *Тихомиров А. В.* Соотношение рыночных и государственных регуляторов в развитии сферы медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. 2013. №2. С. 31
3. Здравоохранение Швеции [Электронный ресурс]. URL: http://sos-system.org.ua/?page_id=88 (дата обращения 02.06.2017)
4. *Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.*. Медицинское страхование. М.: Наука, 1994. 312 с. [Электронный ресурс]. URL: http://scicenter.online/teoriya-strahovaniya/zdravoohranenie-shvetsii.html (дата обращения 02.06.2017)
5. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Швеция, 2002 [Электронный документ]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/184678/Summary-HiT-Sweden-2012-Rus.pdf (дата обращения 30.05.2017)
6. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. №6. [Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/journal/n/mezhdunarodnye-obzory-klinicheskaya-praktika-i-zdorovie (дата обращения 27.05.2017)

References:

1. *Sheiman I. M.* Reform of management and financing of health care. M: Publishing Centre, 1998. 337 p.
2. Tikhomirov, A. V. the ratio of the market and state regulators in the development of the health service // Chief physician: economy and law. 2013. №. 2.
3. The health of Sweden [e-resource]. URL: http://sos-system.org.ua/?page_id=88 (date of references 02.06.2017)
4. *Mironov A. A., Taranov A. M., Chada A. A.*. Medical insurance. M.: Nauka, 1994. 312 p. [e-resource]. URL: http://scicenter.online/teoriya-strahovaniya/zdravoohranenie-shvetsii.html (date of references 02.06.2017)
5. Health system: time for a change. Essay review: Sweden, 2002 [e-resource]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/184678/Summary-HiT-Sweden-2012-Rus.pdf (date of references 30.05.2017)
6. International surveys of clinical practice and health. 2013. №. 6. [e-resource]. URL: https://cyberleninka.ru/journal/n/mezhdunarodnye-obzory-klinicheskaya-praktika-i-zdorovie (date of references 27.05.2017)

Литература:

7. *Тэннер М.* Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах [Электронный ресурс]. URL: http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analiz-sistem-zdravoohraneniya-v-raznyh-stranah (дата обращения 27.05.2017)
8. *Солодкий В. А., Перхов В. И., Стебунова Р. В.* Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет // Менеджер здравоохранения. 2011. №10.
9. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования за рубежом [Электронный ресурс]. URL: http://www.abf-law.ru/content/articles/index.php (дата обращения 05.06.2017)
10. *Клименко А. В., Минченко О. С.* Государственное регулирование экономики: вопросы теории и лучшая практика // Вопросы государственного и муниципального управления. 2016. №3.
11. *Ковалева И. П.* Обобщенная характеристика рынка медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук. 2015. №44.
12. *Шаховой В. А.* Формирование рынка медицинских услуг в сфере здравоохранения: пути развития // Труд и социальные отношения. 2012. №4.
13. Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_78/Main.htm (дата обращения 27.05.2017)
14. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ. [Электронный ресурс]. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант-Плюс»

References:

7. *Tanner M.* Comparative analysis of health systems in different countries [e-resource] URL: http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analiz-sistem-zdravoohraneniya-v-raznyh-stranah (date of references 27.05.2017)
8. *Solodky V. A., Perkhov V. I., Stebunova R. V.* Review of reforms in the health system of Germany for the last twenty years // health Manager. 2011. №. 10.
9. Legal regulation of obligatory medical insurance abroad [e-resource]. URL: http://www.abf-law.ru/content/articles/index.php (date of references 05.06.2017)
10. *Klimenko A. V., Minchenko O. C.* Government regulation of the economy: theory and best practice // Problems of state and municipal management. 2016. №. 3.
11. *Kovaleva I. P.* a Generalized description of the market of medical services // Actual problems of economic Sciences. 2015. №. 44.
12. *Shakhova V. A.* Formation market of medical services in health care: ways of development // Labour and social relations. 2012. №. 4.
13. The Federal state statistics service [e-resource]. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_78/Main.htm (date of references 27.05.2017)
14. On the basis of health protection in the Russian Federation: Federal law of 21.11.2011 №323-FL. [e-resource]. Access from the ref.-legal system «ConsultantPlus».