



ВОПРОСЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Стрыгин¹, М.А. Садовой¹, И.Ю. Бедорева¹, Ю.В. Балабанова², М.В. Гусев², Е.Г. Сивина¹, Н.Н. Плотникова¹

¹Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

²Государственная Новосибирская областная клиническая больница

Рассмотрена значимость и актуальность вопросов планирования, управления и финансового обеспечения медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. В период реформирования национальных систем здравоохранения экономическая оценка методов диагностики и лечения, наряду с прогнозированием медицинского эффекта, стандартизации медицинских услуг и технологий, является основой для оценки качества, расчета экономических показателей, которые должны использоваться при планировании в здравоохранении. Показано, что финансирование лечебно-профилактического учреждения на основе клинико-затратных групп (клинико-экономических стандартов) позволяет более рационально использовать потенциал лечебных учреждений, сдерживать стремительный рост затрат на оказание медицинской, в том числе дорогостоящей медицинской помощи.

Ключевые слова: государственный стандарт оказания медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, экономическая оценка методов диагностики.

ISSUES OF PLANNING AND FINANCIAL PROVISION OF HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL ASSISTANCE

A.V. Strygin, M.A. Sadovoy, I.Yu. Bedoreva,
Yu.V. Balabanova, M.V. Gusev, E.G. Sivina, N.N. Plotnikova

Significance and actuality of issues of planning, management and financial provision of medical assistance, including high-technologic one, are considered. Economic evaluation of diagnostic and treatment techniques along with prediction of treatment effect, standardization of medical services and technologies are the basis for quality rating, and calculation of economic indicators which should be used for planning in public health care during a period of national public health system reforming. It is demonstrated that financing of patient care and prophylactic institutions on the basis of clinical-expense groups (clinical-economic standards) provides the most efficient use of patient care institution's potential, and restraining of sheer growth of costs for medical care, including for expensive medical technologies.

Key Words: government/state medical care standard, cost of medical services, economic evaluation of diagnostic techniques.

Hir. Pozvonoc. 2007;(4):80–86.

В современных условиях формирование государственной политики в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи связано, прежде всего, с обеспечением населения России гарантированной бесплатной медицинской помощью необходимого объема и качества. Это предъявляет особые требования к созданию новых форм управления отраслью, значительно повышает роль планирования.

В период реформирования национальных систем здравоохранения вопросы планирования, управления и финансового обеспечения меди-

цинской помощи, в том числе высокотехнологичной, приобретают особую значимость [2, 4, 6, 9, 10, 15, 18–20, 22, 24, 29, 30, 32, 40, 41].

Теоретическому обоснованию методик изучения потребностей населения в медицинской помощи и планирования здравоохранения посвящены работы П.И. Калью, Г.А. Попова, Мак-Лэклена, Е.А. Логиновой, Н.А. Кравченко [13, 20, 23, 27, 28]. Необходимо отметить, что планирование здравоохранения на протяжении десятилетий своего развития претерпело существенные изменения как

в методических подходах, так и в точках приложения [9, 17, 20, 25, 31, 33, 37, 38, 41, 43–48].

Обращаемость населения за медицинской помощью во многом определяет спрос, но, кроме того, обязательным и очень важным элементом статистической базы спроса должны быть данные, получаемые путем социологического опроса населения и методом экспертных оценок [1, 9, 11, 20, 31, 38, 41].

Для совершенствования форм и методов управления функционально сложной системой здравоохра-

ния особое значение имеет опыт принятия решений по различным проблемам отдельных организаторов здравоохранения (экспертов), групп специалистов и в целом медицинских коллективов.

Обобщение мнений специалистов (экспертов) позволяет получить достаточно надежную экспертную информацию при условии соблюдения методологических основ организации и проведения экспертизы: научно обоснованного формирования групп экспертов, разработки адекватной цели и задачам исследования программы опроса специалистов, статистической обработки и анализа полученных данных, определения степени точности и достоверности экспертных заключений.

В современных условиях должны укрепляться следующие принципы планирования: планомерность (научно обоснованные, активно поддерживаемые пропорции), научная обоснованность, единство территориального и программно-целевого подходов, единство текущих и перспективных планов, единство целей и средств [5, 7, 8, 14–16, 23, 33–35, 41, 43, 47].

До недавнего времени политика государства в области оказания дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ДВМП) сводилась к выделению регионам соответствующих квот. Сейчас ситуация меняется: проводится работа по созданию новых центров высоких технологий, планируется включение в систему федеральных квот крупных региональных клиник, создано Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи. Однако можно смело утверждать, что национальная система оказания ДВМП еще только формируется. Основные сложности в этом вопросе связаны с противоречиями между действующим законодательством, формально структурирующим все управление отраслью на федеральный, региональный и муниципальный уровни, и реальными функциями медицинских учреждений здравоохранения. К сожалению, целый ряд вопросов, касаю-

щихся полномочий в сфере здравоохранения, оказался еще более запутанным. В полной мере это относится и к проблемам развития ДВМП, которые в основном рассматриваются только применительно к учреждениям федерального подчинения [26].

Необходимость совершенствования организации оказания ДВМП на всех уровнях продиктована следующими причинами:

- ДВМП оказывается не только центральными клиническими базами страны, но и многими региональными, а также крупными муниципальными медицинскими учреждениями;
- на всех уровнях объемы оказания ДВМП, особенно в статистически подтвержденных условиях ухудшающегося состояния здоровья населения, недостаточны;
- не всегда обеспечивается преемственность между различными этапами оказания ДВМП как вследствие недостаточной квалификации кадров или каких-либо иных недоработок на местах, так и из-за недостаточной методической работы головных медицинских учреждений с территориями;
- отсутствуют критерии отнесения той или иной медицинской помощи к ДВМП, что затрудняет ее планирование и ресурсное обеспечение;
- необходимостью определить потребности населения и оценить возможности их удовлетворения в муниципальных, региональных и федеральных медицинских учреждениях [26].

Вместе с тем интенсивное развитие и внедрение в течение последнего десятилетия новых медицинских технологий привели не только к повышению эффективности лечебно-диагностического процесса, но и к стремительному росту стоимости медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. Только в 2000–2004 гг. расходы федерального бюджета по оказанию населению ДВМП возросли в четыре раза,

а число пролеченных больных увеличилось лишь на 13 % [39].

Сегодня важно при принятии решения о внедрении в практику новой организационной или медицинской технологии учитывать, прежде всего, ее медицинскую эффективность соразмерно имеющимся возможностям. Всегда ли оправданно внедрение той или иной технологии, особенно связанной с приобретением дорогостоящего оборудования, даже при наличии финансовых средств? К сожалению, нередки случаи, когда установленное оборудование используется неэффективно или вообще не используется, просто приобретено впрок.

Необходимость экономической оценки методов диагностики и лечения, наряду с прогнозированием медицинского эффекта, особенно актуальна в условиях дефицита финансовых средств [21].

Для оценки эффективности системы здравоохранения используются разные варианты анализа, критерии и показатели. Так, в Канаде применяются пять критериев: доступность, своевременность, качество медицинской помощи, способность системы реагировать на меняющиеся потребности общества, достоверность показателей [42].

Поэтому одним из важных направлений должно стать выполнение целого комплекса мер по созданию системы управления качеством медицинской помощи, в том числе диагностической, состоящей из формирования условий для повышения качества, разработки системы контроля качества, принятия управленческих решений, направленных на повышение эффективности и качества медицинской помощи.

Основными объектами стандартизации должны стать организационные технологии, медицинские услуги, технологии выполнения медицинских услуг, техническое обеспечение их выполнения, качество медицинских услуг, квалификация персонала, учетно-отчетная документация, используемая в медицинской практике,

информационные технологии, экономические аспекты здравоохранения.

С учетом изложенного, стандартизация в области диагностики предполагает разработку оптимальных моделей организации диагностических служб и их подразделений и рекомендаций по ресурсному и организационно-методическому обеспечению диагностики заболеваний.

В этой связи необходимо продолжить разработку нормативной базы по упорядочению сети диагностических служб на различных уровнях, оптимизации их структуры и мощности, материально-технической базы и кадрового состава.

Особое значение приобретают отработка принципов этапности с определением объемов диагностической помощи и унификация используемых методов диагностики на каждом этапе, а также создание системы учета, позволяющей анализировать деятельность служб в необходимом объеме [21].

В современной медицине значительное число окончательных клинических диагнозов, служащих основанием для выработки тактики лечения, основано на результатах исследования лучевыми методами. Умелое, профессиональное использование этих технологий позволяет строить диагностически и экономически эффективные алгоритмы обследования пациентов. В современных условиях развития рыночных механизмов в российском здравоохранении, наряду с освещенной выше диагностической стороной, актуальной становится и экономическая значимость лучевой диагностики. Во-первых, в стоимостном выражении аппараты лучевой диагностики составляют значительную часть от всего медицинского оборудования учреждения здравоохранения. Во-вторых, окупаемость лучевых технологий напрямую зависит от интеграции каждого аппарата в единую диагностическую систему лечебно-профилактического учреждения – отделение лучевой диагностики. Модели оборудования долж-

ны быть адекватны клиническим задачам и технически совместимы. В-третьих, низкая себестоимость при максимальной диагностической пользе лучевых методов достижима только в условиях реализации на практике известных алгоритмов последовательности диагностического процесса. Кратчайший, наименее затратный путь получения достаточного для окончательного клинического решения объема диагностической информации пролегает через кабинеты единого отделения лучевой диагностики. Устранение дублирования, использование менее затратных способов диагностики, быстрое решение клинической задачи – все это вопросы компетенции специалистов по лучевой диагностике. В-четвертых, экономическая эффективность рациональной системы лучевой диагностики (медицинской радиологии) также состоит в обеспечении сокращения срока лечения с наиболее высоким конечным результатом. При этом не только сокращается время от обращения больного за медицинской помощью до его излечения, но и снижаются риски инвалидизации, перехода острого процесса в хроническую форму и т.д. Таким образом, консолидация методов лучевой диагностики не узкоспециализированная задача, а социально значимая проблема всей отрасли [36].

Наиболее важный и сложный объект стандартизации – медицинские услуги, в том числе связанные с диагностикой заболеваний. Необходимость их стандартизации определяется потребностями здравоохранения, медицинского страхования, так как стандартизация – основа для оценки качества, расчета экономических показателей, используемых при планировании в здравоохранении.

В процессе стандартизации медицинских услуг предстоит выполнить немалый объем работы по формированию требований к условиям их оказания, медицинским технологиям (протоколам ведения пациентов) и результатам (исходам), позволяющим объективизировать оценку ка-

чества предоставляемой помощи в соответствии с современными требованиями медицинской науки.

Возможность повышения качества медицинской помощи заключается в дальнейшем совершенствовании взаимодействия лечебно-профилактического учреждения и специалистов на разных уровнях лечебно-диагностического процесса и обеспечение преемственности с отработкой принципов обратной связи, адаптированной к формирующейся модели первичной медико-санитарной помощи [21].

Важными направлениями современной технологии управления качеством стационарной медицинской помощи стали идентификация, проектирование и непрерывное совершенствование процессов.

В этом плане интересен большой опыт проектирования процессов в диагностических подразделениях Ставропольской краевой клинической больницы [3]. Для всех процессов в диагностических подразделениях были определены контрольные пределы допустимых значений воспроизводимости, надежности, безопасности и стоимости исследования (временные эталонные значения индикаторов качества к каждому из процессов), к которым адаптирована вся последовательность процесса. Учитывая дискретный характер работы диагностических подразделений, а также то, что основным потребителем продукции этих подразделений является врач стационарного отделения, проводящий лечение и обследование больного, в основу проектирования процессов положен метод структурного анализа с использованием методики функционального моделирования и выделением событий.

Данный метод предусматривал графическое построение модели процесса с выделением потока работ (подпроцессы, формирующие процесс); потока входов (больной, информация-заявка на исследование, информация в виде данных предыдущего обследования и лечения); потока выходов – ожидаемый материальный эффект (для манипуляции) и ин-

формации (для диагностических процедур); информационных потоков для управления процессом (правила и стандарты выполнения процедуры или исследования); потоков механизмов выполнения работ (ресурсы, выполняющие работу – персонал, оборудование, расходные материалы).

Необходимость в дополнительных ресурсах обозначается термином «вызов». Моделируя процесс с помощью представленных выше процессобразующих потоков, необходимо отметить следующее.

Во-первых, входы и выходы (границы процесса) должны быть предельно ясными. Это означает, что по каждому процессу необходимо четко определить, какому больному требуется конкретное исследование или манипуляция и что в результате мы собираемся получить в количественном (конкретное значение показателя или его изменение после манипуляции) или качественном выражении (ангиограмма, клиническая динамика). При этом входом для процесса является не только больной, но и информация, поступающая в виде заявки, где должно быть четко указано, что необходимо представить на выходе, и в виде результатов предыдущих исследований и манипуляций. Последние необходимы для оценки возможности выполнения процедуры с учетом правил и стандартов, определенных управленческими информационными потоками, и ее коррекции в случае повторного проведения.

Во-вторых, должна быть идентифицирована и определена последовательность всех потоков работ (подпроцессов), а также необходимых материальных и информационных ресурсов. В противном случае недоучет любого из подпроцессов может привести к неуправляемому снижению качества конечного результата, на который ориентирован базовый процесс.

В-третьих, обязательно должны быть указаны возможные отклонения от желаемого конечного результата на этапе выхода всей системы и отдельных подпроцессов (осложнения

манипуляции, дефекты обследования и др.) и реакция на их возникновение (повторное исследование, привлечение дополнительных процессов через систему «вызов», отказ от последующего проведения процедуры). Анализ причин отклонения от структурных проектов показал, что их наибольший удельный вес приходился на ситуационно-зависимые причины, связанные чаще всего с техническими характеристиками оборудования и расходного материала.

Отклонения, обусловленные системными дефектами, требуют перепроектирования. При идентификации других причин разрабатываются пути улучшения процесса в соответствии с известным циклом Шухарта – Деминга: планирование → испытание → изучение результатов → внедрение и коррекция изменений.

Снижение стоимости диагностики после внедрения метода структурного проектирования обусловлено снижением числа дублирующих и необоснованных исследований, оптимизацией последовательности и числа диагностических процедур, снижением длительности предоперационного обследования и общей продолжительности стационарного лечения, адаптацией диагностического процесса к лечению больных в стационарных отделениях [3].

По мнению В.Ю. Семенова и др. [36], многопрофильному стационару рационально предоставить технологию рентгенокомпьютерной томографии (РКТ) из расчета одна установка со спиральной функцией на 600–700 коек. Амбулаторно-поликлиническая служба реально нуждается не менее чем в одном РКТ-аппарате на 50–60 тыс. населения зоны обслуживания.

РКТ-комплекс должен работать с максимальной нагрузкой. Нормой для аппаратов данного класса следует считать не менее трех тысяч исследований в год. Врач лучевой диагностики должен быть обеспечен персональной рабочей станцией, позволяющей выполнять анализ получаемых изображений, протоколирование,

архивирование независимо от оператора РКТ-установки. Обязательный компонент РКТ-комплекса – автоматический инъектор (болосный шприц), который обеспечивает стандартизацию технологии контрастного усиления и значительно повышает диагностическую отдачу метода РКТ.

Одним из главных условий работы РКТ, особенно на муниципальном уровне, является полнота обеспечения планового технического (сервисного) обслуживания. Своевременное, качественное исполнение регламентных и ремонтных работ инженерным составом, имеющим должный уровень подготовки, – залог стабильности применения не только РКТ, но и всей группы методов лучевой диагностики.

Необходимо разработать конкретные многоуровневые программы развития отечественной лучевой диагностики, которые должны учитывать не только возможности различных источников финансирования, но и стандарты соответствия класса устанавливаемого оборудования практическим задачам каждого конкретного лечебно-профилактического учреждения. Исходя из государственной значимости рационального использования ресурсов здравоохранения, такая работа может проводиться через сертификацию учреждений, определяющую разумность использования в них диагностических приборов разных типов и видов.

Целесообразно для адекватного ресурсного обеспечения в региональном и муниципальном здравоохранении составить собственные перечни видов ДВМП с учетом указанных критериев. В противном случае, значительные объемы медицинской помощи, в которых используются современные технологии, будут предоставляться населению исключительно на платной основе.

Клинико-диагностические пакеты должны быть сгруппированы по нозологическому принципу и содержать все медицинские технологии, в том числе высокие, применяемые для достижения планируемого ре-

зультата госпитализации больного. Технологии оказания ДВМП также должны быть стандартизированы. По сути, это и есть отраслевые клинические протоколы (стандарты) ДВМП, позволяющие исполнить Указ Президента Российской Федерации от 26.09.92 г. № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» в части составления списка заболеваний [39].

Доступность является не только медицинским, но и социальным критерием, характеризующим деятельность органов государственного управления всех уровней в сфере здравоохранения [26].

В условиях структурной реформы здравоохранения и федеральных органов исполнительной власти необходим жесткий, строго организованный и системный подход к решению вопросов, касающихся распределения ограниченных ресурсов здравоохранения по различным направлениям их применения, в том числе для оказания населению ДВМП [39]. Для этого требуется наладить полноценный учет и анализ объемов предоставления государственных медицинских услуг в сопоставлении с соответствующими затратами бюджета; разработать критерии количественной и качественной оценок социально-экономических результатов предоставления специализированной помощи, в том числе ДВМП; разработать четкие тарифоустанавливающие методологии и процедуры выделения бюджетных средств на основе стандартизации и нормирования основных расходов медицинских учреждений; сформировать условия для распределения бюджетных ресурсов в форме государственного заказа на технологии оказания ДВМП.

Акцент при этом необходимо делать на достижении максимально высоких конечных результатов на единицу затрат.

Управление ресурсами должно проводиться по двум основным направлениям: планирование потоков пациентов и управление объемами медицинской помощи.

При планировании потоков предполагается установить наиболее эффективные маршруты обращаемости пациентов за медицинской помощью, что позволит снизить затраты без ущерба для качества. План потоков может сохраниться в форме квот, доводимых до медицинских учреждений и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Управление объемами медицинской помощи предполагает санкционирование плановых госпитализаций, управление ими, анализ и контроль хода выполнения плановых объемов помощи. Комплекс мероприятий по управлению использованием ресурсов может выполняться как на базе существующих главных распорядителей средств федерального бюджета, так и самих медицинских учреждений на функциональной основе.

При сохранении существующего уровня финансирования медицинских учреждений, нерешенных нормативно-правовых вопросов по оказанию населению ДВМП подход, ориентированный только на заключение договора на оказание медицинской помощи между покупателем (ведомством) и производителем высокотехнологичных медицинских услуг (государственного контракта), может привести к сокращению финансируемых государством объемов деятельности лечебно-профилактического учреждения, ограничению для населения объемов гарантированной ДВМП и ухудшению условий ее предоставления. С другой стороны, стандартизация и нормирование оказания медицинских услуг в виде подгонки клинико-экономических стандартов и финансовых нормативов под существующие уровни финансирования и ресурсной оснащенности стационаров чревата последующей примитивизацией высоких медицинских технологий.

Единой системы анализа использования дорогостоящего диагностического и лечебного оборудования до настоящего времени в лечебно-профилактических учреждениях не существует, а это актуально в связи

с особенностями перехода здравоохранения на страховую форму, когда лечебно-профилактическим учреждениям и страховым медицинским организациям приходится подсчитывать экономическую эффективность использования оборудования [12].

Исследователи [39] отмечают, что для регулирования использования новых технологий необходимы адекватное информационное обеспечение (создание информационных баз данных для получения доказательств клинической и экономической эффективности технологий, в первую очередь дорогостоящих); система аккредитации и лицензирования клиник (ряд новых технологий обеспечивает лучшие результаты лечения по сравнению с традиционными только при условии определенного материально-технического и кадрового обеспечения клиники); формализованные показания и противопоказания к вмешательствам на основе доказательств.

В зарубежной литературе описано немало способов расчета стоимости медицинских услуг; однако применительно к реалиям российского здравоохранения существует Приказ Минздрава России № 132, регламентирующий деятельность службы лучевой диагностики, в приложении к которому даны рекомендации по расчету стоимости диагностических и лечебно-диагностических исследований, которые предлагается производить по следующей формуле:

$$\text{Стоимость} = (\text{Зосн} + \text{Здоп} + \text{Осс} + \text{МЗ} + \text{Зам} + \text{НР}) \times \text{Р},$$

где Зосн – средняя основная зарплата медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в проведении исследования, рассчитанная на норму времени; Здоп – дополнительная зарплата, состоящая из расходов на оплату отпусков, выполнение государственных и общественных обязанностей; Осс – отчисления на социальное страхование; МЗ – затраты на материалы, необходимые для выполнения исследо-

вания; Зам – затраты на возмещение износа медицинского оборудования, используемого при проведении конкретного исследования; НР – накладные расходы; Р – рентабельность в размере до 30 %.

При любой модели финансирования система оплаты медицинской помощи – это, прежде всего, механизм обеспечения эффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат. Помимо общих требований социальной справедливости и эффективности, к системе оплаты медицинской помощи должны предъявляться требования устойчивости, универсальности, единства единиц оплаты, учета и отчетности. Кроме того, система оплаты должна носить противозатратный характер, быть предсказуемой по текущим затратам, обеспечивать стимулы к ресурсосбережению, сочетаемость применяемых методов оплаты, иметь минимальные расходы на ведение дела и, наконец, быть применимой для конкретной существующей модели финансирования здравоохранения в конкретных условиях.

При этом должны быть внедрены договорные отношения специализированных медицинских учреждений с финансирующей стороной на согласованные объемы медицинской деятельности в пределах объемов финансирования. Следует также установить порядок анализа и оценки эффективности деятельности лечебно-профилактического учреждения, расширить права руководителей клиник

по совершенствованию систем оплаты труда медицинского персонала, ориентированных на конечные результаты оказания медицинской помощи и степень трудового вклада каждого работника.

Например, в Великобритании, Канаде, США компенсация затрат медицинскому учреждению при госпитализации основана на присвоении случаю кода, учитывающего диагноз, выполненное вмешательство, возраст пациента и сопутствующие заболевания, которые могут осложнить течение болезни. В США – это DRG (Diagnosis-Related Group), в Канаде – CMG (Case Mix Group), в Великобритании – HealthCare Resource Groups (HRGs).

Общим для DRG, CMG, HRG является то, что они разрабатывались на основе клинко-экономического анализа большого числа реальных случаев лечения.

Стоимость лечения складывалась отдельно из расходов (прямых затрат) на обычное и интенсивное лечение, а также затрат на так называемые гостиничные услуги. В стоимость не включали капитальные затраты и расходы на повышение квалификации персонала.

Оплата по методу клинко-затратных групп заинтересовывает врачей в оказании медицинской помощи максимально возможному числу больных с минимально возможными затратами. Однако этот метод критикуют за то, что врачи получают достаточно широкие возможности для манипуляции диагнозами, относя паци-

ентов к более дорогим финансовым группам. Это требует постоянного контроля со стороны финансирующих органов, а также постоянной корректировки системы классификации лечебно-диагностического процесса в связи с развитием новых технологий и изменением цен на необходимые медикаменты, изделия медицинского назначения и оборудование.

Финансирование лечебно-профилактического учреждения на основе клинко-затратных групп позволяет использовать экономическое давление для выравнивания цен на однотипные и однопрофильные услуги в больницах, а также дает клиникам возможность приспособиться к новым условиям, когда специфичные для больницы немедицинские затраты играют все меньшую роль в определении цены на медицинскую помощь [39].

Таким образом, подход к решению столь масштабной задачи необходимо базировать на государственных стандартах оказания медицинской помощи населению. Тогда могут возникнуть условия для реального приближения достижений мировой диагностики к самым широким слоям российских граждан [36].

Литература

1. **Антипенко Э.С.** К вопросу о методологии медико-социального опроса врачей и населения в системе здравоохранения // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии: Сб. науч. тр. М., 1989. С. 88–91.
2. **Бабенко А.И.** Общие принципы программно-целевого планирования и управления охраной здоровья населения // Бюл. СО АМН СССР. 1987. № 6. С. 73–76.
3. **Вардосанидзе С.Л.** Проектирование процессов методом структурного анализа в диагностических подразделениях многопрофильной клинической больницы // Проблемы управления здравоохранением. 2002. № 5. С. 10–14.
4. **Вейл П.** Искусство менеджмента: Новые идеи для мира хаотических перемен. М., 1993.
5. **Венедиктов Д.Д., Киселев А.С., Петровский А.М.** Системное моделирование здравоохранения. М., 1976.
6. **Виблия И.В.** Определение потребности в стационарной помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Кемерово, 2004.
7. **Вуори Х.В.** Обеспечение качества медицинского обслуживания. Копенгаген, 1985.
8. **Гаврилов Н.И., Сибурин Т.А.** Совершенствование организационных форм оказания медицинской помощи населению: Сб. науч. тр. М., 1981.
9. **Денисов В.Н., Бабенко А.И.** Методология стратегического планирования в здравоохранении. Новосибирск, 2001.

10. Драккер Питер Ф. Управление, нацеленное на результаты. М., 1992.
11. Железняк Е.С., Алексеева Л.А., Пенюгина В.Н. и др. Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса // Пробл. соц. гигиены и история мед. 1996. № 3. С. 20–22.
12. Каданцев В.А., Маренко А.М., Трусевич С.А. Способ повышения экономической эффективности (рентабельности) современных методов медицинской визуализации в условиях муниципального здравоохранения Российской Федерации // Экономика здравоохранения. 2006. № 5. С. 22–26.
13. Калью, П.И. Сущность системного подхода и его применение в области здравоохранения. М., 1975.
14. Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения. М., 1978.
15. Кант В.И., Пустовой И.В. Методическое единство территориально-отраслевого и программно-целевого планирования здравоохранения // Актуальные проблемы экономики и планирования здравоохранения: Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. М. 1983. С. 27–30.
16. Клементьев А.А. Моделирование распределения ресурсов в системе здравоохранения. Случай многих видов ресурсов: Модель РАСПР // Тр. института проблем управления. М., 1981. Вып. 28. С. 25–29.
17. Комаров Ю.М. К вопросу о стратегии и тактике развития здравоохранения в России // Здрав. Рос. Фед. 1991. № 9. С. 1–6.
18. Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. М., 1997.
19. Котлер Ф. Основы маркетинга. Новосибирск, 1992.
20. Кравченко Н.А. Проблемы методологии прогнозирования потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку // Эконом. здрав. 1996. № 3. С. 12–18.
21. Кузин В.Ф. Организационные и экономические аспекты совершенствования диагностической помощи населению // Здравоохранение. 2000. № 2. С. 22–31.
22. Кучеренко В.З., Филатов В.И., Рахимов Д.М. Маркетинг в здравоохранении – система регулирования медицинских услуг // Развитие экономических отношений в здравоохранении. М., 1991. С. 14–17.
23. Логинова Е.А., Потехина М.В., Аронсон В.М. Организация и планирование сети больниц. М., 1985.
24. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к организации общественного здравоохранения в переходный период. Новосибирск, 2003.
25. Моделирование в управлении здравоохранением: Сб. науч. тр. 2-го Моск. гос. мед. ин-та им. Н.И. Пирогова. М., 1990.
26. Пивень Д.В., Дудин П.Е., Кутцевич А.С. О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2007. № 1. С. 20–25.
27. Планирование служб здравоохранения / Под ред. Мак-Лэклена. Женева, 1982.
28. Попов Г.А. Экономика и планирование здравоохранения. М., 1976.
29. Райс Джеймс А. Смешанная экономика в здравоохранении. М., 1996.
30. Рейльян Я.Р. Аналитическая основа принятия управленческих решений. М., 1989.
31. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998.
32. Ройтман М.П. Экономические методы в здравоохранении // Сов. здрав. 1989. № 12. С. 10–14.
33. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. М., 1987.
34. Светличная Т.Г., Кромм Л.И., Зенипина В.Е. Маркетинговое исследование рынка диагностических услуг // Пробл. соц. гигиены и история мед. 1997. № 6. С. 19–24.
35. Свецинский М.Л. Медико-экономические основы развития диагностической службы в регионе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
36. Семенов В.Ю., Портной Л.М., Крушинский А.Г. Изменения в организации лечебно-диагностического процесса муниципального здравоохранения под влиянием компьютерной томографии // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. № 5. С. 25–31.
37. Сибурина Т.А., Шестаков М.Г. Программно-целевое планирование в системе стратегического управления здравоохранением // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: Тез. докл. республиканской науч.-практ. конф. М., 2002.
38. Сибурина Т.А., Бадаев Ф.И. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению // Менеджер здравоохранения. 2006. № 1. С. 19–24.
39. Солодкий В.А., Перхов В.И., Ступаков И.Н. и др. О формировании госзаказа на оказание высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях // Здравоохранение. 2006. № 3. С. 15–27.
40. Тейлор Ф.У. Менеджмент: Контроллинг. М., 1992.
41. Филатов В.Б. Стратегическое планирование в управлении здравоохранением на территориальном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996.
42. Шампурина Н.Г. Социально-экономические критерии и показатели эффективности деятельности организаций здравоохранения // ГлавВрач. 2006. № 7. С. 44–48.
43. Шепин О.П. Тенденции в развитии общественно-го здравоохранения // Тер. архив. 1990. № 62. С. 115–119.
44. Chen M.S., Tatsuoka M. The relationship between American women's preventive dental behavior and dental health beliefs // Soc. Sci. Med. 1984. Vol. 19. P. 971–978.
45. Corney R.H. The views of clients new to a general practice at-tachment scheme and to a local authority social work intake team // Soc. Sci. Med. 1983. Vol. 17. P. 1549–1558.
46. Davies P. Keeping the customer satisfied // Health Soc. Serv. J. 1986. Vol. 96. P. 102–103.
47. McGuire C. What the consumer thinks - getting the technique right // Health Educ. J. 1989. Vol. 48. P. 150–151.
48. Moores B., Thompson A. Consumerism. From the patient's mouth // Health Soc. Serv. J. 1985. Vol. 95. P. 1040–1042.

Адрес для переписки:

Стрыгин Александр Валерьевич
630091, Новосибирск, ул. Фрунзе, 17,
НИИТО,
AStygin@niito.ru

Статья поступила в редакцию 18.10.2007