

*Черкасов С.Н.¹, Шипова В.М.¹, Берсенева Е.А.¹,
Мешков Д.О.¹, Безмельницына Л.Ю.¹, Лалабекова М.В.²,
Федяева А.В.¹, Олейникова В.С.¹*

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ
ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

¹ ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко», Москва, Россия

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Минздрава России, Россия,
Москва

*Cherkasov S.N.¹, Shipova V.M.¹, Berseneva E.A.¹,
Meshkov D.O.¹, Bezmel'nitsyna L.Y.¹, Lalabekova M.V.²,
Fedyayeva A.V.¹, Olejnikova V.S.¹*

**MODERN METHODOLOGICAL APPROACHES TO PLANNING OF MEDICAL
CARE**

¹ National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Черкасов Сергей Николаевич – заведующий отделом исследований
общественного здоровья, д.м.н., E-mail: cherkasovsn@nrph.ru

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник,
д.м.н.

Берсенева Евгения Александровна – руководитель Центра высшего
и дополнительного профессионального образования, д.м.н.

Мешков Дмитрий Олегович – заведующий сектором координации
научных исследований и информации, д.м.н.

Безмельницына Людмила Юрьевна – ведущий научный сотрудник
сектора координации научных исследований и информации, к.м.н.

Лалабекова Марина Валерьевна, проректор по связям с
общественностью и воспитательной работе РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Федяева Анна Владимировна – младший научный сотрудник

Олейникова Валерия Сергеевна – младший научный сотрудник

Резюме. В исследовании представлены обобщающие данные
о современных подходах к планированию объемов медицинской
помощи.

Ключевые слова: планирование, медицинская помощь.

Summary. The study presents an overview on modern approaches to planning of medical care.

Key words: planning, medical care.

Здоровье населения является одним из необходимых условий решения сложнейших социально-политических и экономических задач, стоящих перед обществом. Здоровье население все чаще рассматривается как один из главных критериев эффективности государственного управления [1].

подавляющим большинством авторов подчеркивается, что дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи, повышение эффективности и результативности ее деятельности связано не только с ее приоритетным ресурсным обеспечением, но и оптимизацией организационно-управленческих и технологических возможностей [2 - 4]. Решение указанных проблем является существенным резервом оптимизации деятельности не только отдельных медицинских организаций, но и всей системы медицинского обеспечения населения, как на уровне региона, так и на уровне страны в целом. Кризис экономики усугубляется крайне низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов: несбалансированностью структурных звеньев медицинской помощи населению, диспропорциями в объемах стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее десятилетие, успешную реализацию крупных проектов федерального масштаба, таких как Национальный проект «Здоровье», программа модернизации здравоохранения, государственной программы «Развитие здравоохранения», многими авторами отмечается, что состояние системы здравоохранения характеризуется наличием ряда фундаментальных организационно-экономических проблем, требующих принятия принципиальных решений в целях дальнейшего развития государства [4 - 6].

Среди основных организационно-экономических проблем авторы выделяют проблемы планирования и финансирования отрасли. Планирование рассматривается как одна из важнейших функций управления любой экономической системой. Крайне важное значение данная функция приобретает при управлении сложными,

многокомпонентными системами, такими, как система здравоохранения [7,8]. Достижение высокого уровня доступности медицинской помощи, высокой эффективности использования ресурсов тесно связано с качеством планирования объемов и структуры медицинской помощи. В качестве базовой основы планирования обычно предлагается использовать показатели здоровья населения в целом и отдельных специфических групп. Общепринято, что с количественной стороны здоровье населения определяется совокупностью взаимосвязанных статистических показателей, основными из них являются медико-демографические характеристики, показатели заболеваемости и инвалидности. При исследовании и оценке системы здравоохранения, рекомендуется использовать системный подход к изучению общественного здоровья, позволяющий рассматривать его как сложную динамическую систему, находящуюся в постоянном взаимодействии с другими многочисленными общественными и природными системами [4,9].

Основы планирования здравоохранения были заложены еще в дореволюционной России на основе разработки норм коечной мощности для промышленных рабочих, для городского населения и для «нормального» сельского участка. В последующие годы, в Советском государстве был накоплен большой опыт планирования всех компонентов, деятельности системы здравоохранения, начиная от фельдшерско-акушерского пункта до крупнейших научных центров [10]. В советскую эпоху методология планирования базировалась на централизованном подходе и принципах нормирования ресурсного обеспечения отрасли. Основной акцент делался на регламентации процесса оказания медицинской помощи. Результаты деятельности системы здравоохранения рассматривались как производные величины. Никогда не ставился вопрос о степени взаимодействия между количеством задействованных ресурсах и результатах их использования. Более того, в качестве основных производных показателей использования ресурсов рассматривали только показатели деятельности системы здравоохранения или отдельных медицинских организаций. Степень улучшения показателей здоровья, уменьшение заболеваемости и смертности не учитывали при расчёте эффективности использования выделенных ресурсов на систему здравоохранения. Система организации медицинской помощи, как

объект планирования, представлялась замкнутым производственным узко профессиональным процессом, в котором практически отсутствовали представления о входных потоках (пациенты и их представления об идеальной системе медицинского обслуживания их интересах) и выходных данных системы, то есть улучшение состояния здоровья тех же пациентов, которые все-таки прибегли к услугам системы здравоохранения.

Смена советской модели здравоохранения на современный подход, потребовали проведения радикальных изменений во всех аспектах ее деятельности, в том числе и подходах к планированию необходимых объемов медицинской помощи. Изменения, связанные с принятием Правительством РФ Программы государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи, перенесли акцент при планировании с ресурсного обеспечения системы здравоохранения на результат ее деятельности. Концепция данного документа предусматривала гарантии гражданам Российской Федерации определенного объема медицинской помощи. Произошел переход от планирования ресурсных показателей, таких как число коек, число врачей, количество медицинских организаций к планированию результативных показателей, таких как число койко-дней, число посещений, число вызовов скорой помощи. Принятыми нормативными документами определена дифференциация показателей по профилям коек и врачебным специальностям, а также по возрастному составу населения (кроме скорой медицинской помощи). Однако, дифференцированные возрастными аспектами нормативы, рекомендуются только для двух возрастных когорт: взрослые и дети. Более детального разделения не предусматривается, несмотря на многочисленные данные о различной степени интенсивности потребления медицинской помощи различными возрастными когортами населения [11 - 14].

Разрабатываемые Методические Рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных Программ предусматривают, что планоно-нормативные показатели должны разрабатываться с учетом удельного веса взрослых и детей в структуре населения региона, с учетом заболеваемости, состояния и развития сети медицинских организаций и других факторов в каждой территории. Однако рекомендованных методик учета указанных

факторов в нормативных документах (кроме учета удельного веса детского населения) не приводится. Этот этап планирования должен осуществляться на уровне субъекта Федерации на основании его (субъекта) собственного представления о необходимости внесения корректив в Федеральные нормативы.

Следует отметить, что перспективное планирование объема медицинской помощи, принятое в советский период, было заменено в 1998 г. на текущее ежегодное планирование. С 2013 г. был осуществлен переход на трехлетний плановый период времени. Однако утверждались такие программы по-прежнему, ежегодно и в них постоянно вносились изменения. В связи с экономической ситуацией в стране плановый период последней Программы ограничен лишь одним 2016 годом.

Также, на протяжении последних лет постоянно происходят изменения единиц измерения медицинской помощи. Так, если при планировании амбулаторной помощи за единицу планирования принимали посещение, то с 2013 года предложены целых три единицы измерения объема амбулаторно-поликлинической помощи: обращение по поводу заболевания, посещение с профилактической целью, по неотложной помощи. Данное нововведение существенно осложняет методику планирования. Дополнительной проблемой является и нечеткость в определении поводов для оказания медицинской помощи. Так в отношении амбулаторно-поликлинической помощи традиционным показателем объема деятельности было посещение. С 2013 г. этот показатель был изменен на обращение по поводу заболевания, а посещение осталось лишь в виде измерителя объема профилактической работы и неотложной медицинской помощи. Однако обращение предполагает выражение инициативы пациента, что реализуется при возникновении заболевания, но, в контексте требований нормативных документов, только не острого заболевания. Если пациент обращается за неотложной помощью, однозначно по поводу заболеваний, данный вид контакта трактуется как посещение. Также, если пациент самостоятельно обращается с профилактическими целями, это тоже относится к категории посещение. В эту группу включены также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования.

Включение в указанную группу разовых посещений по поводу заболеваний может значительно исказить статистику здравоохранения, так как это приведет к значительному «статистическому» увеличению объема профилактической деятельности [15,16].

Следовательно, невозможно учесть частоту контактов с системой здравоохранения по инициативе самого пациента, что является краеугольным камнем изучения потребительского поведения и, в конечном итоге, степени удовлетворенности потребителя или, в данном случае пациента, оказанной медицинской помощью [17,18]. В результате, провести разграничение между активными, с точки зрения пациента, и пассивными, по инициативе медицинского персонала, контактами не представляется возможным.

Попытки частичного отхода от понятия посещение было предпринято в период внедрения нового хозяйственного механизма. Тогда была попытка перехода на новый статистический показатель: случай поликлинического обслуживания на базе использования «талона амбулаторного пациента»: ф. № 25-10/у-97 (Приказ Минздрава РФ от 14.02.97 № 46). Положительным моментом перехода на случай поликлинического обслуживания в указанный период времени считается возможное уменьшение числа посещений, не являющихся объективно необходимыми в связи с характером течения заболевания. Особую актуальность эти вопросы приобретают в тех территориях, где объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи напрямую связан с числом посещений [15,16].

Несомненно, что плановые объемные показатели медицинской помощи должны учитывать показатели заболеваемости как определяющие частоту обращений за медицинской помощью [19]. Многие авторы указывают, что хотя данные заболеваемости и смертности, приводимые в статистике здравоохранения, и не отражают в полной мере потребности населения, но их изучение позволяет установить основные тренды происходящих изменений [20]. Анализ заболеваемости населения в целом и отдельных его групп, как по данным статистики здравоохранения, так и по материалам специально проведенных научных исследований, достаточно полно представлен в современной литературе [21 - 23]. Однако

выполненный анализ показывает, зависимость между динамическими процессами, наблюдаемыми в статистике заболеваемости и рекомендованными объемными нормативами медицинской помощи не прослеживается. Более того, авторы обращают внимание на тот факт, что показатели заболеваемости представлены в статистике по отдельным заболеваниям или их группам, что затрудняет сравнения с данными по отдельным специальностям, указываемыми в территориальных программах. Например, пациенты с болезнями системы кровообращения могут лечиться не только у врача-кардиолога, но и у врача-невролога, врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача). Только показатели по социально значимым заболеваниям напрямую могут быть сопоставлены с той или иной специальностью. Но и в данном случае зависимость не всегда однозначна. Так, первичная диагностика туберкулеза может быть частично отнесена к первичной медико-санитарной помощи или даже доврачебной, особенно на территориях со сниженной доступностью специализированной медицинской помощью. Кроме того, технология лечебно-диагностического процесса также сильно влияет на потребность в объемах медицинской помощи.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что система планирования в Российской Федерации далеко не идеальна и не всегда позволяет достичь требуемых результатов. Результаты же деятельности системы здравоохранения Российской Федерации закреплены законодательно. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в качестве шестого принципа охраны здоровья, закрепленных положениями статьи четвертой настоящего закона, определяет обязанность органов государственной власти и местного самоуправления по обеспечению доступности и качества медицинской помощи. Реализация данного принципа требует обеспечения планового развития системы здравоохранения, а также активного участия населения и его организаций в процессе планирования деятельности здравоохранения.

Организационная технология реализации данного принципа охраны здоровья раскрывается в положениях государственной программы «Развитие здравоохранения». Среди главных проблем

организации и управления на настоящем этапе развития, решение которых предусматривается в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения», указаны следующие:

- отсутствие экономически эффективных механизмов управления государственной системой здравоохранения;
- неэффективное планирование.

Прогноз развития сферы реализации Программы развития здравоохранения, предусматривает переход от "системы диагностики и лечения" к "охране здоровья", от активного вмешательства к профилактике, что требовало проведения реформирования системы первичной медико-санитарной помощи населению (Щепин В.О., 2013). В настоящее время, первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерками и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-педиатрами и врачами общей практики.

Большое количество исследователей считает, что существующая в настоящее время нормативно рекомендованная система планирования, закреплённая алгоритмами разработки территориальных Программ государственных гарантий, полностью игнорирует динамические процессы (изменение возрастно-половой структуры населения, уровня заболеваемости, распространённости факторов риска), что с учетом имеющегося временного разрыва между принятием решения и получением желаемых результатов от его реализации (консервативность системы), превращает процесс определения потребности в случайный, когда совпадение потребности и плановых показателей может быть достигнуто далеко не всегда. Кроме того, совершенствование среднесрочного планирования невозможно без учета региональных и территориальных особенностей и факторов, влияющих на формирование потребности в объемах медицинской помощи [24 - 29].

На необходимость совершенствования методических подходов к определению потребности населения в медицинской помощи, на основе применения экономико-математических методов моделирования, указывали многие авторы [30 - 32]. Предлагалось использовать коэффициенты отбора больных для госпитализации, использования комплекса методических подходов, включающих как традиционные, так и специально разработанные методы анализа и моделирования социально-демографических показателей и параметров функционирования системы здравоохранения. Предлагалось при планировании объемов помощи необходимо учитывать и тип населения, а также ведомственную принадлежность [15,25,33,34].

Следовательно, выполненные исследования позволили заложить базисные научные подходы к планированию объемов медицинской помощи, которые позволяют максимально удовлетворить потребность населения в помощи установленного качества и повысить эффективность использования имеющихся ресурсов здравоохранения. Анализ результатов проведенных работ доказывает необходимость комплексного подхода к определению потребности населения в медицинской помощи.

Наиболее часто авторами указывается на необходимость учета возраста при планировании частоты потребления медицинской помощи [34 - 36]. Несмотря на изученность проблемы и доказанность наличия общего тренда на увеличение объема потребления медицинской помощи с увеличением возраста, при детальном анализе и практическом применении данного принципа возникает ряд проблем.

Показано, что и другие факторы, связанные как с объективными параметрами (уровень заболеваемости, уровень доступности медицинской помощи, территориальный тип) и субъективными характеристиками и в первую очередь поведением самого пациента определяет степень потребности в медицинской помощи. Научные исследования в данном вопросе крайне ограничены [17,37,38]. Авторами указывалось, что, несмотря на все профессиональные рекомендации и указания, именно сам пациент в конечном итоге принимает решение об обращении за медицинской помощью. Особенно ярко это проявляется в отношении первичной медико-санитарной помощи. Недоучет данного фактора практически

сильно снижает, если не делает бесполезным все рекомендации по планированию с точки зрения медицинского профессионального сообщества.

Зарубежный опыт планирования также не имеет готовых решений и во многом повторяет подходы, реализуемые в Российской Федерации [39,40].

Несмотря на большой интерес исследователей к проблеме планирования медицинской помощи, совершенствование подходов к планированию, как резерва повышения качества и эффективности медицинского обеспечения, требует дальнейших теоретических и практических изысканий. Ярко выраженным трендом является переход от валовых планово-нормативных показателей объема медицинской помощи: койко-дней, посещений, пациенто-дней - к законченному случаю оказания медицинской помощи.

В качестве недостатков, существующей в настоящее время системы планирования объемных показателей медицинской помощи, указывают на отсутствие планово-нормативных данных по основному показателю амбулаторно-поликлинической помощи в территориальных программах; резкие колебания планово-нормативных показателей объема медицинской помощи, не соотносящиеся с динамикой фактических данных; отсутствие зависимости планово-нормативных показателей от уровня заболеваемости и потребности населения в том или ином виде медицинской помощи; недостаточность перечня должностей врачей амбулаторного приема, по которому определена кратность посещений в одном обращении по поводу заболеваний.

Таким образом, несмотря на многочисленные исследования и огромный опыт планирования объемных показателей медицинской помощи еще в советское время, до настоящего времени отсутствует однозначное понимание о технологиях учета при планировании возраста пациента, уровня заболеваемости на обслуживаемой территории, места проживания и степени доступности медицинской помощи. При планировании полностью игнорируется активная роль пациента в принятии решения об обращении за медицинской помощи. Существует путаница в объемных показателях, особенно применительно к амбулаторной медицинской помощи. Планирование осуществляется на основании жесткого детерминированного подхода

и предположения, что все указанные факторы независимы друг от друга. Все вышесказанное определяет актуальность дальнейшего совершенствования процесса и технологий планирования необходимых объемов медицинской помощи.

Литература

1. Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Комаров Ю.М. /Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. - с. 3-5.
2. Калининская А.А. /Научное обоснование эффективности использования коечного фонда стационаров //А.А. Калининская: Автореф. дис., канд.мед.наук. Москва, 2000. – 20 с.
3. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю., Латышева Е.А. /Современные подходы к экономическому анализу эффективности деятельности многопрофильного лечебно-профилактического учреждения //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. - №5. – с. 34 – 37.
4. Щепин В.О., Расторгуева Т.И.К вопросу о развитии приоритетных программ в здравоохранении России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012. № 6. с. 179-182.
5. Щепин О.П., Коротких Р.В. /Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 6. - с. 3-6.
6. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. /Здравоохранение России: проблемы и решения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1 (1). -с. 12-27.
7. Совершенствование планирования объема деятельности сети лпу территории (методические материалы) / Линденбрaten А. Л. [и др.] ; Российская акад. мед. наук, нац. науч.-исслед. ин-т общественного здоровья. Москва, 2008.
8. Современные подходы к совершенствованию планирования здравоохранения [Линденбрaten А. Л. и др.] ; под общ.ред.

- О.П. Щепина ; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН. Москва, 2009.
9. Михайлова Ю.В. /Научные основы стратегического планирования в здравоохранении //Экономика здравоохранения, 2002. - №3.- с. 48-52.
 10. Плутницкий А.Н., Головина С.М. /Эволюция планирования здравоохранения в России и в мире // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2013. № Т1. - с. 162-164.
 11. Леонов С.А., Матвеев Э.Н. /Проблемы нормативной базы, Программы государственных гарантий на современном этапе развития здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации 2009;(3):14-16.
 12. Семенов В.М., Руголь Л.В., Матвеев Э.Н. /Научно-методическое обоснование нуждаемости детского населения в стационарной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения 2010;(10):29-40.
 13. Шипова В.М. /Влияние возрастного-полового состава населения на планирование коечного фонда акушерско-гинекологического профиля //Бюллетень национального НИИ общественного здоровья, 2006. - №3. – с.170-172.
 14. Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. /Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа // В сборнике: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе 2015. - с. 309-312.
 15. Шипова В.М., Воронцов Т.Н. /Современные проблемы планирования медицинской помощи // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2014. 1. - с. 306-310.
 16. Шипова В. М., Воронцов Т.Н. /Планово-нормативные и финансовые показатели медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров на 2015 год //Зам. гл. врача, 2015.-№4. – с. 16-26.

17. Антонова Г.А., Пирогов М.В. /Планирование медицинской помощи, ориентированное на пациента // Экономика здравоохранения. 2008. № 12. - с. 18-26.
18. Хурцилава О.Г., Авдеева М.В., Ващенко В.В., Лучкевич В.С., Логунов Д.Л. /Проблемные аспекты использования современных нормативно-целевых индикаторов для объективной оценки потребности первичного звена здравоохранения во врачах-специалистах // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2015. Т. 7. № 4. - с. 7-12.
19. Аликова З.Р., Гетигежева А.З., Аликова Т.Т., Козырева Ф.У. /Влияние заболеваемости населения на объемы медицинской помощи в дневных стационарах // Фундаментальные исследования. 2014. № 7-5. - с. 899-902.
20. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В., Роговина А.Г., Самошин О.А. /О тенденциях кардиологической заболеваемости и смертности в Тверской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 2. - с. 6-10.
21. Щепин, О.П., Коротких Р.В., Щепин В.О., Медик В.А. /Здоровье населения – основа развития здравоохранения // Москва: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. – 375 с.
22. Максимова Т.М. /Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения.// - М.: ПЕРСЭ, 2002.- 192.
23. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. /Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения.// - М.: Персэ, 2012.-224с.
24. Вялков А.И. /Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика// Москва: Издательский дом ГЭОТАР- Мед. – 2003. - 527 с.
25. Злобин А.Н. /Планирование и регулирование ресурсов здравоохранения в субъекте Российской Федерации // диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук /// Центральный научно-исследовательский

институт организации и информатизации здравоохранения.
Москва, 2003.

26. Вибляя И.В. /Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения: Автореф. дис....докт.мед.наук. // И.В. Вибляя. - Кемерово, 2004. – 23 с.
27. Козаченко С.В., Пирогов М.В. /Особенности планирования бесплатной медицинской помощи на уровне регионального здравоохранения // Вестник Сибирского государственного аэрокосмического университета им. академика М.Ф. Решетнева. 2010. № 2 (28), - с. 206-210.
28. Егизарян К.А., Черкасов С.Н., Кудряшова Л.В., Коломийченко М.Е., Олейникова В.С. /Анализ влияния демографических показателей на потребность в специализированной медицинской помощи по профилю травматология и ортопедия на региональном уровне // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 6, - с. 42-53.
29. Григоричева Л.Г., Кореньяк Н.А. /Определение потребности населения субъектов Сибирского федерального округа в высокотехнологичной помощи по профилю «Травматология и ортопедия» // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4, - с. 72.
30. Лакунин К.Ю. /Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию в новых социально-экономических условиях //Автореферат дисс. д-ра мед.наук. М.: 2001. – 48 с.
31. Дарьин А.В. /Совершенствование планирования и организации медицинской помощи в сельском муниципальном образовании // диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН". Москва, 2010.
32. Дьячкова А.С. /Совершенствование обеспечения и организация первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому городскому населению //

Автореферат дисс. кандидата медицинских наук. Москва, 2014.
– 26 с.

33. Кулеш Д.В. /Оптимизация планирования стационарной медицинской помощи населению муниципального образования с учетом ведомственного здравоохранения // Автореф. дис.канд.мед.наук, Красноярск, 2003. – 25 с.
34. Кравченко, Н.А., Розанов В.Б. /Унифицированная методика формирования дифференцированных повозрастных нормативов потребности населения в объемах стационарной медицинской помощи //Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал, 2013. 6.
35. Кравченко Н.А., Розанов В.Б. /К методологии формирования дифференцированных нормативов потребностей в объемах стационарной медицинской помощи разным возрастным группам населения //Экономика здравоохранения 2011. 9-10. - с. 20-31.
36. Макаров В.Ю., Лазарева Е.В., Шильникова Н.Ф. /Анализ заболеваемости по обращаемости в возрастно-половых группах, как основа планирования медицинской помощи // Забайкальский медицинский вестник. 2014. № 4. - с. 142-147.
37. Ступаков И.Н., Самородская И.В. /Современные подходы к изучению потребности в медицинской помощи // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечнососудистые заболевания. 2006. Т. 7. № S3. - с. 253.
38. Черкасов С.Н., Курносиков М.С. /Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 3. - с. 66-70.
39. Герасимова К.В., Федяев Д.В., Сура М.В., Тихонова А.А., Омеляновский В.В., Авксентьева М.В. /Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2016. Т. 9. № 1. - с. 69-78.
40. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи обзор международного опыта / StefaniEttelt [и др.];